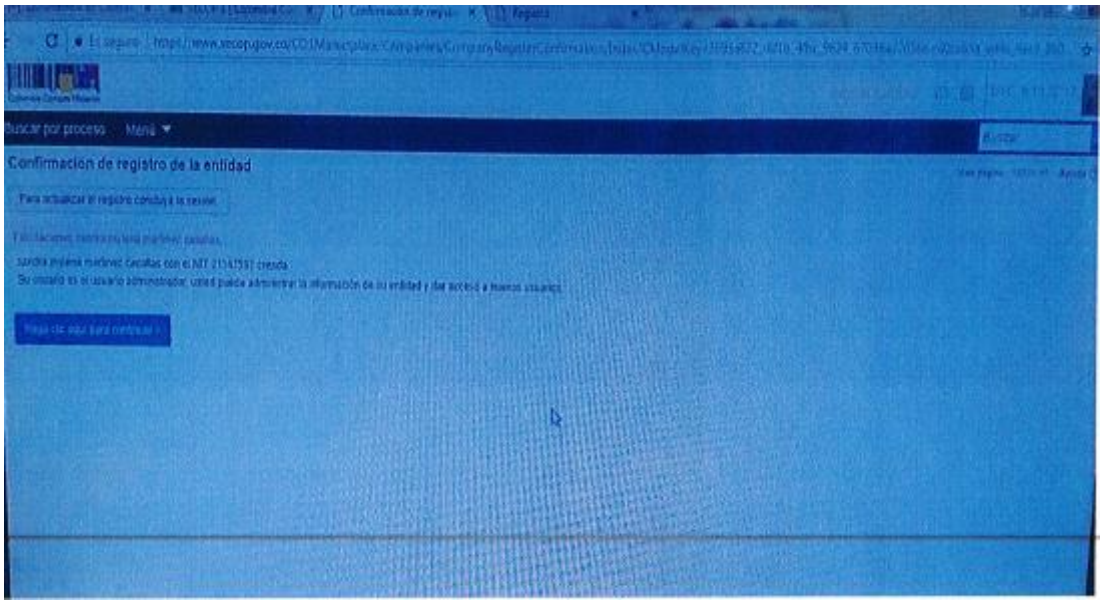



Buscar por proceso
Mena
Confirmacion de registro de la entidad

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 2.0

Última Actualización: 03-sep-2020

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
MARTINEZ	CASALLAS	SANDRA MYLENA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 21147597

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 5 MES SEP AÑO 1979

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

KR 13BIS ESTE # 43 B 58 SUR

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 2066374

EMAIL sandra.felipe99@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											*TITULO* BACHILLER ACADEMICO
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES DICIEMBRE AÑO 1998
										X	

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	*INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN*	*AÑO TERMINACIÓN*	*HORAS*
TECNICO LABORAL EN AUXILIAR DE	FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y	2007	1800

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 2.0

Última Actualización: 03-sep-2020

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	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
caja de compensacion familiar compensar		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	www.compensar.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3077001	DIA 1 MES 3 AÑO 2020	DIA 30 MES 6 AÑO 2020

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Auxiliar de enfermeria	Educacion	av 68 49A47

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
COMPENSAR		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	WWW.COMPENSAR.COM

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3077001	DIA 5 MES 6 AÑO 2018	DIA 30 MES 11 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR DE SALUD Y NUTRICION	EDUCACION	AV 68 49 A 47

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
CAFAM	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	WWW.CAFAM.COM

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
2716916	DIA 20 MES 2 AÑO 2013	DIA 20 MES 12 AÑO 2013

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR ENFERMERIA	EDUCACION	AV CARRERA 68 N 90 88

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 2.0

Última Actualización: 03-sep-2020

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	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	WWW.CENTROORIENTE.GOV.CO

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3649666	DIA 15 MES 4 AÑO 2008	DIA 9 MES 4 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR DE ENFERMERIA	SALUD	AV 1 DE MAYO 8 20

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

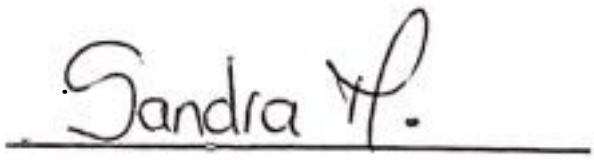
OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
Privada	0	9
Pública	9	11
Total	10	9

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha del diligenciamiento



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 2.0

Última Actualización: 03-sep-2020

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	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	WWW.CENTROORIENTE.GOV.CO

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3649666	DIA 15 MES 4 AÑO 2008	DIA 9 MES 4 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR DE ENFERMERIA	SALUD	AV 1 DE MAYO 8 20

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

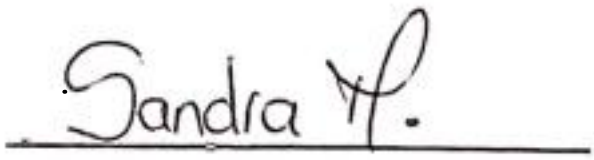
OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
Privada	0	9
Pública	9	11
Total	10	9

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha del diligenciamiento



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 2.0

Última Actualización: 03-sep-2020

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, SANDRA MYLENA MARTINEZ CASALLAS

IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ◯ **T.I.** ◯ **No.** 21147597 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección KR 13BIS ESTE # 43 B 58 SUR **Teléfonos**3102942002 2066374

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
ANDRES FELIPE LEON MARTINEZ	1021313704	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	$ 7.000.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 5.000.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 12.000.000,00

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
Banco Caja Social	Cuenta de ahorros	24064446668	SALITRE	$ 1.000.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
Lote	21147597	$ 6.000.000,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
		$ 0,00

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

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

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

Sandra M.

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRA~~TISTA~~

BOGOTÁ D.C. 03-sep-2020

~~CIUDAD Y FECHA~~

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

Manifiesto bajo la gravedad de juramento que NO me encuentro dentro de las causales de inhabilidad e incompatibilidad de orden constitucional o legal, para ejercer cargos, empleos públicos o para celebrar contratos de prestación de servicios con la administración pública.

De conformidad con lo establecido en el artículo 6 de la Ley 190 de 1995 en caso de que sobrevenga al acto de nombramiento o posesión alguna inhabilidad o incompatibilidad, lo advertiré inmediatamente a la entidad.

Para todos los efectos legales, certifico que los datos registrados en mi hoja de vida, así como los documentos anexos aportados son veraces.

Para constancia se firma en Bogotá a los 03 de 09 de 2020

Cordialmente,

Sandra M.
C.C. 21.147.597

Escaneado con CamScanner

La República de Colombia
y en su nombre

FUNDACION DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCION

"FUSDESA"

Educación no formal Acuerdo Ejecutivo No. 31 de Febrero de 1999
expedido por el Ministerio de Salud y Licencia de Funcionamiento No. 1330-22 de Abril de 1999
emanada de la Secretaría de educación de Santafe de Bogotá D.C.

Que : Martínez Casallas Sandra Mylena

Curso y Aprobó los estudios programados por la Institución y cumplió los requisitos exigidos por la Ley
Con una intensidad de 1800 horas

Técnico Laboral en

AUXILIAR DE ENFERMERIA

FUSDESA DIRECTOR ACADEMICO

Presidente
Roberto Galindo G.

Secretaria
Nancy Galindo

Directora Académica
Lila Yaneth Cieza Ramirez

Dado en Bogotá D.C., A los 20 días del mes de Diciembre de 2007
Anotado en el folio 6119 del libro 04 del Registro de Fusdesa

La República de Colombia

y en su nombre

La Escuela Normal Departamental Nacionalizada

"María Auxiliadora"

Villapinzón - Cundinamarca

Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional,
según Resolución No. 001931 del 29 de Octubre de 1997

Confiere a:

Sandra Mylena Martínez Casallas

Identificado (a) con T.I. No. 790905-02633 de Bogotá

el Título de:

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, con Profundización en el campo de la Educación y formación Pedagógica

Rectora

Hna. María Teresa Arias Herrera

Secretaria

Hna. Adiela Gómez Bartolly

Dado en Villapinzón a 3 de diciembre de 1998

No requiere Registro " según Decreto 921 del 6 de Mayo de 1994 "
y 2150 del 5 de Diciembre de 1995

Fise

FUNDACION DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCION
"FUSDESA"

Aprobada por el Ministerio de Salud Acuerdo Ejecutivo No. 31 del 12 de Febrero de 1999 y Licencia de Funcionamiento No. 1330 del 22 de Abril de 1999, Emanada de la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C.

ACTA GENERAL No. 018

En Bogotá, D.C. El día 18 de Diciembre del Año dos mil siete (2007), se Reunieron en el aula múltiple de la Escuela de Salud FUSDESA, el Presidente, Director Académico, Coordinador Académico y el Cuerpo de Docentes, previo juramento de rigor se le hizo entrega a

ACTA INDIVIDUAL No. 6119

Martínez Casallas Sandra Mylena

C.C. 21.147.597 de Villapinzón

El certificado que lo (a) acredita como :

Técnico Laboral
Auxiliar de Enfermería

Por haber cumplido los requisitos académicos y las prácticas reglamentarias, conforme a disposiciones de Ley con una intensidad de 1.800 horas.

Para constancia se firma la presente en Bogotá, D.C. A los Veinte (20) días del mes de Diciembre del año dos mil siete (2007)

FUSDESA DIRECTOR ACADEMICO

Presidente
Roberto Galindo G.

Secretaria
Nancy Galindo

Directora Académica
Lila Yaneth Cícua Ramírez

La Escuela Normal Departamental Nacionalizada

"MARIA AUXILIADORA"

VILLAPINZON CUNDINAMARCA

INSCRIPCION S.E. No. 527 Septiembre 25-98
DANE No. 125873-00204

ACTA INDIVIDUAL DE GRADUACION

En la ciudad de Villapinzón, a los **3 (TRES)** días del mes de diciembre del año **1.998** se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, las suscritas Rectora y secretaria en la Rectoría de la **ESCUELA NORMAL DEPARTAMENTAL NACIONALIZADA "MARIA AUXILIADORA".**

Institución aprobada hasta el año **2.000 (DOS MIL)** en el Nivel de Educación Media Vocacional y Autorizada por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el Título de Bachiller en la modalidad **ACADEMICO**, Según Resolución No. 001931 del 29 de octubre de 1.997; Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional se procedió a otorgar **EL TITULO DE BACHILLER ACADEMICO EN EL CAMPO DE LA EDUCACION Y LA FORMACION PEDAGOGICA**, Al graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación:

Nombre: **SANDRA MYLENA MARTINEZ CASALLAS**
Con **T.I. No. 790905-02633 de Bogotá**
Es fiel copia tomada del Acta original general No. 22 de fecha 3 de diciembre de 1.998 que consta de 118 alumnos, que comienzan con el nombre de **ADRIANA GAITAN GONZALEZ** y termina con el de **ZONIA YAMILE GIL HERNANDEZ**.

Firmada y Sellada por **HERMANA MARIA TERESA ARIAS HERRERA** (Rectora) y **HERMANA ADIELA GOMEZ BARTOLLY** (Secretaria).

Dada en Villapinzón, a los 3 días del mes de Diciembre de 1.998.
En Constancia se firma la presente, por quienes intervinieron en cumplimiento a lo ordenado en el Artículo 7º. Del Decreto 180 de 1.981.

RECTORA
HNA. MARIA TERESA ARIAS
C.C. 20.194.666 DE BOGOTA.

SECRETARIA
HNA. ADIELA GOMEZ BARTOLLY
C.C. 33.190.983 DE MAGANGUE.

compensar | unipanamericana
fundación universitaria

UNIPANAMERICANA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA

Certifica que

SANDRA MYLENA MARTINEZ CASALLAS

C.C. 21147597

Asistió y participó del diplomado:

BIENESTAR PARA LA PRIMERA INFANCIA: UNA APUESTA POR LA ATENCIÓN INTEGRAL

Realizado del 10 de octubre al 03 de diciembre de 2019
Con intensidad de 120 horas presenciales

Diana Consuelo Rubiano Ríos
Director de Desarrollo

Nancy Rocío Alarcón Corredor
Líder Admisiones y Registro

Se firma el 03 de diciembre de 2019

Con el respaldo de:

La educación es de todos Mineducación

BIENESTAR FAMILIAR

compensar

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Escaneado con CamScanner

ASOCIACION AJUDISP

BOGOTA-COLOMBIA

EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901364935-1

Como miembro de entidades avaladas en cursos básicos de economía solidaria con énfasis en trabajo asociado. Es un registro de las entidades que están facultadas para dictar cursos básicos de economía solidaria con énfasis en trabajo asociado con el objeto de cumplir el requisito de la ley 115 de Febrero 8 de 1994. junto al decreto 4904 de diciembre 16 de 2009 como Requisito de la educación para trabajo y el desarrollo humano.

CERTIFICA:

SANDRA MYLENA MARTINEZ CASALLAS

QUE:

C.C. 21147597 DE VILLAPINZON ASISTIO Y APROBO AL CURSO BASICO DE

VACUNACION - PAI

CON UNA INTENSIDAD DE 20 HORAS

Asociación Juvenil de Estudios Sociales y Políticos NIT. 901.364.935-1 AJUDISP

RAFAEL IVAN GONZALEZ FIGUEROA
C.C 1012362780 de Bogotá
REPRESENTANTE LEGAL

Asociación AJUDISP
NIT. 901364935-1

Rafael Iván González Figueroa
Presidente AJUDISP
C.C. 1.012.362.780
Asociación AJUDISP

INSTRUCTOR

DADO EN BOGOTA, CUNDINAMARCA A LOS 10 DIAS DEL MES DE JULIO DEL 2020

Escaneado con CamScanner

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 DEL TALENTO HUMANO
FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA TÍTULOS ACADÉMICOS

CÓDIGO: ET-GT-FT-014
VERSIÓN: 01
FECHA: 2016-11-25

Bogotá D.C

Señores:

Fundacion de socorristas desarrollo y accion FUSDESA
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

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

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

Tecnico laboral en Auxiliar de enfermeria
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Sandra Martínez

No. de documento: 21.147.597. de Ulpinzón

Tarjeta profesional No: 21147597.

Dirección de contacto: Cra 13 A este Nº 43b-58 sur

Teléfono: 310 294 2002

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

LA JEFE OFICINA ASESORA JURIDICA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

HACE CONSTAR QUE:

De acuerdo con la información que reposa en la oficina de contratación – OPS, de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, la señora **SANDRA MYLENA MARTINEZ CASALLAS**, identificada con cedula de ciudadanía N° **21.147.597**, presta sus servicios en la USS San Cristobal, mediante contrato de prestación de servicios, según se relaciona a continuación.

Nº Contrato	Fecha inicio	Plazo	Valor
450-2008	15/04/2008	14/06/2008	$ 2.120.000
758-2008	15/10/2008	14/11/2018	$ 1.060.000
444-2009	16/02/2009	31/03/2009	$ 1.275.000
ADC.444-2009	01/04/2009	30/04/2009	$ 850.000
759-2009	04/05/2009	31/08/2009	$ 3.315.000
ADC.759-2009	01/09/2009	30/09/2009	$ 850.000
ADC.759-2009	01/10/2009	31/10/2009	$ 850.000
ADC.759-2009	01/11/2009	30/11/2009	$ 850.000
ADC.759-2009	01/12/2009	20/12/2009	$ 566.667
1430-2009	21/12/2009	20/01/2010	$ 850.000
368-2010	25/01/2010	15/06/2010	$ 5.170.000
ADC. 368-2010	16/06/2010	10/08/2010	$ 1.980.000
800-2010	17/08/2010	24/12/2010	$ 4.693.333
443-2011	09/02/2011	28/04/2011	$ 3.026.667
ADC. 443-2011	29/04/2011	31/05/2011	$ 1.210.667
1122-2011	01/06/2011	30/11/2011	$ 6.810.000
ADC.1122-2011	01/12/2011	31/01/2011	$ 2.270.000
824-2014	07/03/2014	30/04/2014	$ 1.710.000
1179-2014	01/05/2014	31/07/2014	$ 2.850.000
2121-2014	01/08/2014	31/08/2014	$ 950.000
2848-2014	01/09/2014	30/09/2014	$ 950.000
3157-2014	03/10/2014	31/10/2014	$ 950.000
3671-2014	01/11/2014	30/11/2014	$ 1.500.000
4661-2014	01/12/2014	31/12/2014	$ 1.500.000
288-2015	05/01/2015	31/01/2015	$ 1.500.000
1066-2015	01/02/2015	31/03/2015	$ 3.000.000
1613-2015	01/04/2015	31/05/2015	$ 6.219.600
PS-3013-2017	14/02/2017	31/03/2017	$ 2.193.333

OBSERVACIONES
CON UNA TERMINACION BILATERAL DE LA OPS 1613-2015 A PARTIR DEL 01 DE MAYO DE 2015

Contrato 408-2008- al 1122-2011
OBJETO
APOYO Y SOPORTE COMO GESTOR EN SALUD PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION DE LOS PROYECTOS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, EN EL MARCO DEL CONTRATO FIRMADO CON EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL.

OBLIGACIONES ESPECIFICAS
1. Prestar sus servicios como Gestor en Salud para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito entre el FFD y la ESE 2. Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que correspondan al objeto y/o actividades contractuales 3. Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de la calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de los servicios de salud 4. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar 5. Entregar oportunamente constancia de pago de seguridad social y el respectivo informe mensual de avance en el cumplimiento del contrato 6. Comunicar al supervisor del contrato con antelación a 15 dias calendario al vencimiento del plazo pactado, el deseo de terminar unilateralmente el mismo, en el caso en que no se pueda cumplir con el termino establecido.

Contrato 1122-2011 al 1613-2015

OBJETO
APOYO Y SOPORTE COMO TECNICO SALUD- AUXILIAR DE ENFERMERIA TERRITORIAL PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCIÓN DE LOS PROYECTOS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, EN EL MARCO DEL CONTRATO FIRMADO CON EL F.F.D.

OBLIGACIONES ESPECIFICAS
1. Prestar sus servicios como Auxiliar de Enfermería para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito entre el FFD y la ESE. 2. Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que correspondan al objeto y/o actividades contractuales. 3. Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de la calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de los servicios de salud. 4. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 5. Entregar oportunamente constancia de pago de seguridad social y el respectivo informe mensual de avance en el cumplimiento del contrato. 6. Comunicar al supervisor del contrato con antelación a 15 días calendario al vencimiento del plazo pactado, el deseo de terminar unilateralmente el mismo, en el caso en que no se pueda cumplir con el termino establecido. 7- Dar aplicación a los subsistemas que componen el sistema Integrado de Gestión adoptados por la ESE San Cristobal. 8- Proteger y mantener en estricta reserva la información institucional confidencial que conozca por causa o con ocasión del contrato, asi como respetar la titulación de los derechos de autor, en relación con los documentos, obras y creaciones que se desarrollen en ejecución del contrato. 9- Dar estricto cumplimiento al Código de Etica y Buen Gobierno de la ESE San Cristóbal en la ejecución del contrato. 10- No instalar ni utilizar ningun software sin la autorización previa y escrita de la oficina de Planeación y Sistemas de la ESE San Cristóbal. Asi mismo, responder y hacer buen uso de los bienes, valores y/o recursos a cargo, hacer entrega de los mismos en el estado en que los recibió, salvo el deterioro normal , o daños ocasionados por el caso fortuito o fuerza mayor. 11- Proyectar respuesta, dentro de los términos de ley, de peticiones verbales o escritas o informes requeridos por entes de control, entes gubernamentales y/o requerimientos internos. 12- Realizar el pago mensual de los portes al régimen de seguridad social, en proporción al valor mensual del contrato y entregar copia de la planilla correspondiente al supervisor del contrato para cada pago. 13- Entregar al supervisor los documentos (físicos y/o magnéticos) elaborados en cumplimiento de las obligaciones contractuales, debidamente organizados, rotulados y almacenados, atendiendo los estándares y directrices de gestión documental, sin que ello implique exoneración de las responsabilidades a que haya lugar en caso de irregularidades (articulo 15 de la Ley 594 de 2000), así como los informes requeridos sobre las actividades realizadas durante la ejecución del mismo. 14- Responde por las glosas presentadas que se deriven de un proceso de auditoria, esta se deriva de la revisión de glosa de 2010 del FFD

Contrato PS-3013-2017
OBJETO
PRESTAR SERVICIOS TECNICOS DE APOYO EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, EN EL COMPONENTE DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA, EN EL MARCO DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO 833/2016, SUSCRITO CON EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE

OBLIGACIONES ESPECIFICAS
1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE. 2. Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que corresponde al objeto y/o actividades contractuales y de acuerdo al ANEXO 3 contenido en el Contrato interadministrativo

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

833/2016 suscrito con el Fondo Financiero Distrital. 3. Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de los servicios de salud. 4. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.

Se expide a solicitud de la interesada en Bogotá D.C., el día 24 de abril de 2017

Para mayor información favor dirigirse a la Carrera 5 No. 33 A-45, oficina de Contratación OPS. O al celular 3023399604

Cordialmente,

DANIELA RODRIGUEZ GOYES
Asesora Dirección Contratación Ops
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital San Cristóbal

LA ASESORA JURIDICA DE LA ESE SAN CRISTOBAL

HACE CONSTAR

Que una vez revisados los archivos magnéticos que se encuentran en el área de Contratación, se constata que **SANDRA MYLENA MARTINEZ CASALLAS,** identificada con cedula de ciudadanía **N° 21.147.597 de Villa pinzón,** suscribió con la ESE San Cristóbal las siguientes ordenes de prestación de servicios, con total autonomía e independencia:

N° Contrato	Valor	Fecha inicio	Plazo
450-2008	$ 2.120.000	15/04/2008	DOS (2) MESES
758-2008	$ 1.060.000	15/10/2008	UN (1) MES
444-2009	$ 1.275.000	16/02/2009	UN (1) MES Y QUINCE (15) DIAS
ADC.444	$ 850.000	01/04/2009	UN (1) MES
759-2009	$ 3.315.000	04/05/2009	TRES (3) MESES Y VEINTISIETE (27) DIAS
ADC.759	$ 850.000	01/09/2009	UN (1) MES
ADC.759	$ 850.000	01/10/2009	UN (1) MES
ADC.759	$ 850.000	01/11/2009	UN (1) MES
ADC.759	$ 566.667	01/12/2009	VEINTE (20) DÍAS
1430	$ 850.000	21/12/2009	UN (1) MES
368-2010	$ 5.170.000	25/01/2010	CUATRO (4) MESES Y VEINTIUN (21) DIAS
ADC. 368	$ 1.980.000	17/06/2010	UN (1) MES Y VEINTICUATRO (24) DIAS
800-2010	$ 4.693.333	17/08/2010	CUATRO (4) MESES Y OCHO (8) DIAS
443-2011	$ 3.026.667	09/02/2011	DOS (2) MESES Y VEINTE (20) DIAS
ADC. 443	$ 1.210.667	29/04/2011	UN (1) MES Y DOS (2) DIAS
1122-2011	$ 6.810.000	01/06/2011	SEIS (6) MESES
ADC. 1122	$ 2.270.000	01/12/2011	DOS (2) MESES
OBJETO: APOYO Y SOPORTE COMO GESTOR EN SALUD PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION DE LOS PROYECTOS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, EN EL MARCO DEL CONTRATO FIRMADO CON EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL.			
824-2014	$ 1.710.000	07/03/2014	UN (01) MES Y VEINTICUATRO (24) DIAS
1179-2014	$ 2.850.000	01/05/2014	TRES (03) MESES
2121-2014	$ 950.000	01/08/2014	UN (01) MES
2848-2014	$ 950.000	01/09/2014	UN (01) MES

Calle 20 Sur No. 8A-58
Código Postal: 110421
Conmutador: 2091480 Fax 2783980
www.esesancristobal.gov.co
Info: Línea 195

E.S.E SAN CRISTÓBAL

SAN CRISTOBAL SERVICIO SUPERIOR

BOGOTÁ HUMANA

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital San Cristóbal

Nº Contrato	Valor	Fecha inicio	Plazo
3157-2014	$ 950.000	03/10/2014	VEINTIOCHO (28) DIAS
3671-2014	$ 1.500.000	01/11/2014	UN (01) MES
4661-2014	$ 1.500.000	01/12/2014	UN (01) MES
288-2015	$ 1.500.000	05/01/2015	VEINTISEIS (26) DIAS
1066-2015	$ 3.000.000	01/02/2015	DOS (02) MESES
1613-2015	$ 6.219.600	01/04/2015	CUATRO (04) MESES
OBJETO ULTIMO CONTRATO: APOYO Y SOPORTE COMO TECNICO SALUD- AUXILIAR DE ENFERMERIA TERRITORIAL PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCIÓN DE LOS PROYECTOS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, EN EL MARCO DEL CONTRATO FIRMADO CON EL F.F.D.			

Los contratos aquí relacionados, no generan relación Jurídico Laboral entre la Entidad y el Contratista, ni el reconocimiento de Prestaciones sociales, solo la ejecución y Prestación de los servicios contratados.

Nota: La información antes relacionada de carácter contractual queda sujeta a las liquidaciones efectuadas o por efectuar, razón por la cual se le sugiere solicitar copia de ellas.

Se expide a solicitud del interesado en Bogotá D.C., el día 05 de mayo de 2015

Cordialmente,

Virmary Angela ORTIZ HERRERA
Asesora Jurídica
ESE San Cristóbal
Elaboró: A. Copete-Apoyo Técnico Área Jurídica

Av. Cra. 68 Nº 90-88
Sede Administrativa La Floresta
PBX (57)1 646 8000
www.cafam.com
Bogotá - Colombia

EL SUSCRITO JEFE DE SECCION ADMINISTRACION DE PERSONAL

DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAFAM

HACE CONSTAR:

1. QUE MARTINEZ CASALLAS SANDRA MYLENA
   IDENTIFICADO (A) CON CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 21.147.597
   EXPEDIDA EN VILLAPINZON ESTUVO VINCULADO (A) A LA CAJA,
   MEDIANTE CONTRATO OBRA O LABOR DETERMINADA DESDE EL
   DÍA 20 DE FEBRERO DE 2013 HASTA EL DÍA 20 DE DICIEMBRE
   DE 2013, CON UN HORARIO DE 240 HORAS MENSUALES.
2. QUE A LA FECHA DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO DE TRABAJO OCUPABA
   EL CARGO DE AYUDANTE ENFERMERIA EDUCA
   EN CHOCONTA INSTI
   CON UNA ASIGNACION MENSUAL DE $805.100.

DADA EN BOGOTÁ, D.C A LOS 16 DÍAS DEL MES DE ENERO DE 2014.

JOSÉ ARMANDO CUARÁN PASOS
JEFE SECCIÓN ADMINISTRACIÓN DE PERSONAL

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital San Cristóbal

Nº Contrato	Valor	Fecha inicio	Plazo
3157-2014	$ 950.000	03/10/2014	VEINTIOCHO (28) DIAS
3671-2014	$ 1.500.000	01/11/2014	UN (01) MES
4661-2014	$ 1.500.000	01/12/2014	UN (01) MES
288-2015	$ 1.500.000	05/01/2015	VEINTISEIS (26) DIAS
1066-2015	$ 3.000.000	01/02/2015	DOS (02) MESES
1613-2015	$ 6.219.600	01/04/2015	CUATRO (04) MESES
OBJETO ULTIMO CONTRATO: APOYO Y SOPORTE COMO TECNICO SALUD- AUXILIAR DE ENFERMERIA TERRITORIAL PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCIÓN DE LOS PROYECTOS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, EN EL MARCO DEL CONTRATO FIRMADO CON EL F.F.D.			

Los contratos aquí relacionados, no generan relación Jurídico Laboral entre la Entidad y el Contratista, ni el reconocimiento de Prestaciones sociales, solo la ejecución y Prestación de los servicios contratados.

Nota: La información antes relacionada de carácter contractual queda sujeta a las liquidaciones efectuadas o por efectuar, razón por la cual se le sugiere solicitar copia de ellas.

Se expide a solicitud del interesado en Bogotá D.C., el día 05 de mayo de 2015

Cordialmente,

Virmary Angela ORTIZ HERRERA
Asesora Jurídica
ESE San Cristóbal
Elaboró: A. Copete-Apoyo Técnico Área Jurídica

Av. Cra. 68 Nº 90-88
Sede Administrativa La Floresta
PBX (57)1 646 8000
www.cafam.com
Bogotá - Colombia

EL SUSCRITO JEFE DE SECCION ADMINISTRACION DE PERSONAL

DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAFAM

HACE CONSTAR:

1. QUE MARTINEZ CASALLAS SANDRA MYLENA
   IDENTIFICADO (A) CON CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 21.147.597
   EXPEDIDA EN VILLAPINZON ESTUVO VINCULADO (A) A LA CAJA,
   MEDIANTE CONTRATO OBRA O LABOR DETERMINADA DESDE EL
   DÍA 20 DE FEBRERO DE 2013 HASTA EL DÍA 20 DE DICIEMBRE
   DE 2013, CON UN HORARIO DE 240 HORAS MENSUALES.
2. QUE A LA FECHA DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO DE TRABAJO OCUPABA
   EL CARGO DE AYUDANTE ENFERMERIA EDUCA
   EN CHOCONTA INSTI
   CON UNA ASIGNACION MENSUAL DE $805.100.

DADA EN BOGOTÁ, D.C A LOS 16 DÍAS DEL MES DE ENERO DE 2014.

JOSÉ ARMANDO CUARÁN PASOS
JEFE SECCIÓN ADMINISTRACIÓN DE PERSONAL

Codigo:612
Cedula: 21147597

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942-7

CERTIFICA QUE

El (la) señor (a) SANDRA MYLENA MARTINEZ CASALLAS identificado(a) CC 21147597 laboró en esta empresa con contrato a término DURACION OBRA O LABOI desde el 1/03/2020 hasta 30/06/2020 ; desempeñando el cargo de TECNICO APOYO NUTRICION Y SALUD en el proceso de REACI N, EDUCACI N Y DEPORTE-I, con un ingreso FIJO mensual de $ 1,019,900

Causa de terminación: TERMINACION DE OBRA

La presente certificación se expide a solicitud del interesado(a) con destino a HOJA DE VIDA, de conformidad con los registros existentes en el proceso de Talento Humano, 6/07/2020 , en la ciudad de Bogotá D.C.

Sujeta a verificación por el Proceso de Talento Humano, teléfono 4280666 Ext.13900-opción 1.

ALEXANDRA CASTELLANOS GUTIERREZ
GERENTE DE TALENTO HUMANO

sandra martinez
sandra martinez (7 Jul. 2020 08:41 CDT)

Firma colaborador(a)

Cédula: 21147597

Codigo:612

Cedula 21147597

Bogotá, 6/07/2020

Señor (a)

SANDRA MYLENA MARTINEZ CASALLAS

CC 21147597

Ciudad

Respetada Señor (a):

Solicitamos programar su cita para la práctica correspondiente a examen médico de egreso a los correos aprodriguezv@compensar.com o lacastanedam@compensar.com; para realizar esta solicitud cuenta **con cinco (5) días hábiles** a partir de la fecha; dando cumplimiento al artículo 57 del CST.

Si transcurrido este tiempo no ha cumplido la cita, **COMPENSAR** queda liberado del cumplimiento de esa obligación.



ALEXANDRA CASTELLANOS GUTIERREZ
GERENTE DE TALENTO HUMANO

sandra martinez
sandra martinez (7 Jul. 2020 08:41 CDT)

Firma colaborador(a)

Cédula: 21147597

21147597_Documentos de liquidacion final

Informe de auditoría final 2020-07-07

Fecha de creación:	2020-07-06
Por:	Talento Humano Compensar (COMPENSAR)
Estado:	Firmado
ID de transacción:	CBJCHBCAABAA5hgta6KCSxnZxRJriFCZbWwH4tdzt2YS

Historial de “21147597_Documentos de liquidacion final”

Talento Humano Compensar (COMPENSAR) ha creado el documento.

2020-07-06 - 15:50:58 GMT- Dirección IP: 161.18.131.90.

El documento se ha enviado por correo electrónico a sandra martinez (sandra.felipe99@gmail.com) para su firma.

2020-07-06 - 15:51:01 GMT

sandra martinez (sandra.felipe99@gmail.com) ha visualizado el correo electrónico.

2020-07-07 - 3:21:21 GMT- Dirección IP: 66.102.8.243.

sandra martinez (sandra.felipe99@gmail.com) ha aceptado las condiciones de uso y llevar a cabo las actividades empresariales de forma electrónica con COMPENSAR.

2020-07-07 - 13:41:59 GMT- Dirección IP: 186.30.178.11.

sandra martinez (sandra.felipe99@gmail.com) ha firmado electrónicamente el documento.

Fecha de firma: 2020-07-07 - 13:41:59 GMT. Origen de hora: servidor.- Dirección IP: 186.30.178.11.

El documento firmado se ha enviado por correo electrónico a sandra martinez (sandra.felipe99@gmail.com) y Talento Humano Compensar (COMPENSAR).

2020-07-07 - 13:41:59 GMT

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **21.147.597**

MARTINEZ CASALLAS

APELLIDOS

SANDRA MYLENA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **05-SEP-1979**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

18-AGO-1998 VILLAPINZON

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1532500-00178266-F-0021147597-20090915 **00160**83835A 1 24423721

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

Actualización

2. Concepto 0 2

4. Número de formulario 14708493314

(415)7707212489984(8020) 000001470849331 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 2 1 1 4 7 5 9 7 | 6. DV 3 | 12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá | 14. Buzón electrónico

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 21147597	19980818

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Cundinamarca 2 5	Villapinzón 8 7 3

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MARTINEZ	CASALLAS	SANDRA	MYLENA

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: CR 13 BIS ESTE 43 B 58 SUR

42. Correo electrónico: sandra.felipe99@gmail.com

43. Código postal | 44. Teléfono 1: 3102942002 | 45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica					Ocupación
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	51. Código
8692	20080407	7490	20080407		

52. Número establecimientos

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

Obligados aduaneros

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

54. Código

11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

Servicio **Exportadores**

55. Forma | 56. Tipo | 1 2 3

57. Modo

58. CPC

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

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.

59. Anexos SI NO X

60. No. de Folios:

Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Para uso exclusivo de la DIAN

0 | 61. Fecha 2020 - 09 - 04 / 20 : 22: 20

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre MARTINEZ CASALLAS SANDRA MYLENA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 04-09-2020 08:25:22PM

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 02-02-2017
Hora: 9:21:02 AM

CONTRIBUYENTE NIT 21147597-3 SANDRA MYLENA MARTINEZ CASALLAS

Información General

Dirección CR 13 A ESTE 43B 58 SUR

Teléfonos 3102942002

Dirección electrónica sandramylena1@hotmaail.com

Fax 0

Información de Registro

Fecha Inscripción 26/01/2015

Soporte Inscripción 16460948

Fecha Inicio Actividades 07/04/2008

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: 74902-OTRAS ACTIVIDADES PROFESIONALES, CIENTIFICAS Y TECNICAS N.C.P. EN EL EJERCICIO DE UNA PROFESION LIBERAL

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 17001678311

Fuente ICA TE TOCA

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

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

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTA



CERTIFICADO DE INSCRIPCION

SANDRA MYLENA

MARTINEZ CASALLAS

CC 21147597

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Expedicion 01/02/2008

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría
Salud

Resolución No 733 de 23/01/2008

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D,C

Por la cual se autoriza el ejercicio de la profesión en el Territorio Nacional.

EL DIRECTOR DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

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

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) MARTINEZ CASALLAS SANDRA MYLENA Identificado(a) con CC número 21147597 expedida en VILLAPINZON solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según CERTIFICADO de AUXILIAR DE ENFERMERIA otorgado por LA FUNDACION ESCUELA DE SALUD FUSDESA el día 20/12/2007 y registrado en el libro 4 Folio 6119 año 2007
Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes;

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: autorizar a MARTINEZ CASALLAS SANDRA MYLENA identificado(a) con CC número 21147597 expedida en VILLAPINZON para desempeñarse como AUXILIAR DE ENFERMERIA en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D,C.

ARTICULO SEGUNDO: Para poder ejercer la profesión en zona geográfica diferente a donde se autorizo el título o certificado la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud del departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

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

NOTIFIQUESE, Y CUMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los 23/01/2008

HERMAN REDONDO GÓMEZ
Director de Desarrollo de Servicios.

Elaboro : Victor Sánchez
Reviso : Yudy Rodríguez

Bogotá, D.C 02-01-2008
A la fecha notifiqué personalmente al
señor (a) Sandra Mylena Martinez
CC. # 21.147-597
Firma

ReTHUS

A continuación diligencie su identificación para proceder a consultar si se encuentra registrado en el Registro Nacional del Talento Humano en Salud.

TIPO DE IDENTIFICACIÓN *

Cédula de Ciudadanía ▼

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN *

21147597

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

El ciudadano con Identificación CC 21147597, se encuentra inscrito en el Registro Nacional de Talento Humano en Salud.

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	2006	Aplicativo PAI	
	2	2006	Aplicativo PAI	
	3	13/03/07	UPA 1° de Mayo	
	4	09/04/08	UPA 1° de Mayo	
	5	13/04/09	Bibiana H.	
Contra Hepatitis B	1	09/03/07	Diana Ubbe	
	2	16/04/07	Eliana Blanco	
	3	09/05/07	Eliana Blanco	

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla	26/09/09		10 AÑOS	H.S.C
Contra Influenza	20 de Mayo 2009		1 AÑO	
	04 MAR 2013		1 año	
ACTUAL	07/Mayo/2010			H.S.C
Otras				
Neumo	8/04/11	E5524	5 años	H.S.C.
Hepatitis B	04 MAR. 2013		4 AÑOS	

Lote: 3002038.07

Fecha de vencimiento: 07.2014

Este carné es válido en Colombia

VAXIGRIP

2013 southern hemisphere
INFLUENZA VACCINE/
VACUNA ANTIGRIPAL
Suspension/Suspensión
IM or deep SC use
Vía IM o subcutánea profunda
0.5 ml/0.5 ml - 1 dose/dosis

Sanofi Pasteur

15 OCT 12

J7311

09-2013

para entrar a zonas de riesgo

sérvelo

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

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Libertad y Orden

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:	Sandra Milena
Apellidos	Martinez
Documento de Identidad:	CC [X] TI [ ] PASAPORTE [ ] No. 21147597
Fecha de Nacimiento:	Día: Mes: Año:

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

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

La salud es de todos

La salud es de todos | Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Sandra Helena

Apellidos: Martínez

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 21147597

Fecha de nacimiento: Día 05 Mes 09 Año 1979

Escaneado con CamScanner

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			
TdaP acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1	07 Sept 2020	032900036	Filena B.
	2			
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual			
Otras				

Escaneado con CamScanner

EL DIVINO NIÑO JESUS

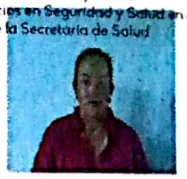
Unidad Medica de Especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

Licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo No. 1142 de 29/01/2020

Nit: 830.015.894-4

Código de prestador de servicios de la salud No.110010565901
Aprobado por la Secretaria de Salud de Bogotá segun
Resolucion No. 1701 de Mayo 26 de 1997
Dra. María Luisa Molina M. CPTP No. 13958-T
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Lic. de Prestacion de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo
Res. 7402 de 27/08/2019 de la Secretaria de Salud



Nro. 50212

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

FECHA : 03/09/2020 HORA:8:10	**EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO**	
NOMBRES: SANDRA MYLENA MARTINEZ CASALLAS	DOCUMENTO: 21147597	EDAD: 40 GENERO: F
EMPRESA: SUBRED CENTRO-ORIENTE	CARGO: AUXILIAR DE ENFERMERIA	TELEFONO: 3102942002 -

EXAMENES LABORALES REALIZADOS

Valoración Medica Laboral	Si		Respiratorio	Si	
Espirometria	--		Dermatología	Si	
Audiometria	--		Osteomuscular	Si	
Visiometria	--		Cardiovascular	Si	
Optometria	--		Prueba de equilibrio	--	
Electrocardiograma	--		Radiologia Tunel/carpo	--	
Psicología Laboral	--		Radiologia Columna	--	
Vacunas	--		Radiologia Torax	--	

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

Cuadro Hematico IVG	--		Parcial de Orina	--	
Glicemia	--		RH-Grupo Sanguineo	--	
Colesterol	--		KOH Uñas	--	
Trigliceridos	--		Frotis Faringeo	--	
Serologia	--		Coprologico	--	

CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

APTO PARA TRABAJOS EN ALTURA Y ESPACIOS CONFINADOS (CURSO SENA) -- Segun Res.1409 de julio 23 de 2012

Apto Para el cargo sin Restricciones	**Si**	**Aplazado**	**--**
Apto Para el Cargo con Restricciones que Intervienen con su Trabajo	**--**	**No Apto Para Este Cargo**	**--**
Apto Para Trabajos en Superficies sin Infradesnivel	**--**		**--**
Examen PERIODICO Satisfactorio --		**Examen de EGRESO Satisfactorio**	**--**

EXAMEN MEDICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR DENTRO DE LIMITES NORMALES

RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

Higiene Postural	Si	Uso de Doble Protección Auditiva	--	Evitar Posturas Prolongadas	Si
Pausas Activas	Si	Control Optometrico Periodico	--	Uso de Medias de Compresión Graduado	--
Ergonomía del Puesto de trabajo	Si	Uso de Lentes Permanentes	--	Valoración y Manejo en IPS	--
Uso de Elementos de Protección Personal	Si	Uso de Lentes Visión Cercana	--	Dieta - Ejercicio Físico	--
Valoración por IPS de Medicina Laboral	--	Control de Tension Arterial	--	Control Espirómetria	--
Control Audiometrico	--	Estilos de Vida Saludable	Si	Control Médico Ocupacional Anual	Si
					--

CONSENTIMIENTO INFORMADO (De lectura Obligatoria)

He comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación y los riesgos del examen médico, paraclínico(s) y/o ocupacionales que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mi en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas. Entendiendo que este proceso es voluntario y libre de toda cohesión y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de que se realizaran las pruebas, fui informado de las medidas que el profesional de salud ocupacional de UMED LTDA.tomará para proteger la confidencialidad de la información allí expuesta,Los autorizo para que den a conocer por cualquier medio electrónico o físico la información registrada a la persona o entidad contemplada en la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional de la Empresa y de los cuales recibiré los resultados y aseguro estar de acuerdo con el proceso. Hago constar con mi firma que he leído y comprendido a la perfección lo anterior y que estoy en la capacidad de manifestar mi libre consentimiento.

NESTOR RAUL GARZON RODRIGUEZ
LICENCIA No. 6660 DE 30/07/2019
Medico Especialista en Salud Ocupacional

Firma Trabajador Sandra M.

C.C. No 21147597

Carrera 21 No. 26-00/06 Sur
Barrio Olaya - Bogotá, D.C.
Tels.: 278 5555 - 366 5291 - 239 1657
Cels.: 311 265 5841 - 301 541 2992
umedltda@gmail.com
www.umedips.com

Realice sus exámenes en Instituciones medicas aprobadas por la Secretaria Distrital de Salud: UMED LTDA. I.P.S. Salud Ocupacional

Audiometria - Salud Ocupacional - Cursos de Alturas

Escaneado con CamScanner

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

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

CODIGO: [illegible]
VERSION: 03
FECHA: 2018-12-31

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO (SARLAFT)

FECHA: 03-09-2020 CIUDAD: Bogota D.C DEPARTAMENTO: Bogota D.C

Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente de conformidad con el Numeral 5.2.3.2.3. de la Circular Externa No 000 de 2015, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de carácter 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 Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo

CLASE O TIPO DE VINCULACION 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	Casallas	Sandra	Mylena

TIPO DE IDENTIFICACION (Marcar con X)					No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio/Departamento)		FECHA EXPEDICION (DD-MM-AAAA)
CC ☒	CE ☐	RC ☐	NUIP ☐		21 147597	Villapinzon	Cundinamarca	18-08-1998
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL				ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐		

FECHA NACIMIENTO DD-MM-AAAA:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio/Departamento)		PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD
05-09-1999	Bogotá	Bogotá	Colombia	Colombiana

ESTADO CIVIL (Marcar Con X)					PERSONAS A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO FIJO / CELULAR
SOLTERO(A) ☒	CASADO(A) ☐	DIVORCIADO(A) ☐	UNION LIBRE ☐	VIUDO(A) ☐	1	1	3025412002

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA (Marcar con X)					CUAL	PROFESION / OFICIO
PRIMARIA ☐	BACHILLER ☐	TECNICO ☒	TECNOLOGO ☐			Auxiliar de Enfermeria
UNIVERSITARIO ☐	POSTGRADO ☐	MAGISTER ☐	OTRO ☐			

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
KR 13 B 15 ESTE 43 B-58 S.	Bogotá	Bogotá	Colombia	

CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA (Marcar con X)		
Sandra.felipe99@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 (Marcar con X)				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio/Departamento)		FECHA EXPEDICION (DD-MM-AAAA)
CC ☐	CE ☐	RC ☐	NUIP ☐				
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL:			ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐		NACIONALIDAD:

3. INFORMACION ACTIVIDAD ECONOMICA (Marcar con X):

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE	DECLARA RENTA		IVA		ICA		CIIU (Actividad Economica Principal)	
	SI ☐	NO ☒	SI ☐	NO ☒	SI ☐	NO ☒	PRINCIPAL: 8562	SECUNDARIA:

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

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA	NIT
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒		

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		GOBIERNO	COMERCIAL	SERVICIOS	SALUD	ENERGIA	ALIMENTOS
		☐	☐	☐	☐	☐	☐
EXPORTACIONES	FINANCIERA	MEDICAMENTOS	AGROPECUARIA	INDUSTRIAL	TECNOLOGIA	OTRA:	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO FIJO/CELULAR	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS

CARGO ACTUAL		FECHA VINCULACION (DD-MM-AAAA)	

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA PRINCIPAL	DESCRIPCION ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCION (DD-MM-AAAA)	TIPO SOCIEDAD

5. INFORMACION FINANCIERA (PESOS $)

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES		AHORROS		OBLIGACIONES FINANCIERAS	
HONORARIOS		ARRIENDOS		INVERSIONES		CUENTAS POR PAGAR	
ARRENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		OBLIGACIONES HIPOTECARIAS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		OBLIGACIONES TARJETAS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	0	TOTAL EGRESOS	0	TOTAL ACTIVOS	0	TOTAL PASIVOS	0
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS	

Escaneado con CamScanner

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO (SARLAFT)

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Sanchez	Diaz	Maria	Cenelia
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
Cl 44Sur 13A-15	Bogota	Cuñada	3143863695

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Banca Caja Social	Cuenta de ahorros	24064446668	Salitre	

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒ (Marcar con X)

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	CIUDAD/PAIS	MONEDA	MONTO

IMPORTACION	EXPORTACION	TRANSFERENCIA	PAGO SERVICIOS	PRESTAMO	OTRO	CUAL:	
☐	☐	☐	☐	☐	☐		

8. INFORMACION COMERCIAL (Marcar con X)

POR QUE MEDIO O CANAL CONOCIO SOBRE LOS SERVICIOS DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE	CORRESPONDECIA ☐	PUBLICIDAD ENTIDAD ☐	MERCADEO ☐	INTERNET ☐	BASE DE DATOS ☐	EVENTOS ☐
OTRA ☐ CUAL:	REFERENCIADO CLIENTE NUEVO ☐	REFERENCIADO CLIENTE ANTIGUO ☐	INVITACION A COTIZAR ☐	PORTAL WEB SUBRED ☐	LLAMADA TELEFONICA ☐	PORTALES EMPLEO ☐

9. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aqui 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, profesion, negocio, etc)

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilicita contemplada en el Codigo Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que la adicione, complemente o modifique)
3. No admitire que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilicitas contempladas en el Codigo Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que la adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas
4. Asi mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinaran a actividades licitas
5. Informare 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 infraccion de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicacion de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento, 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 erronea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violacion 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

10. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado Certificacion laboral no mayor a 30 dias o comprobantes de nómina de los tres ultimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaracion de renta si es declarante
Pensionado: Certificado de pension o desprendibles de pago de los ultimos tres meses + declaración de Renta si es declarante
Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 dias calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los ultimos tres meses o certificacion firmada por contador publico o estados **financieros certificados + declaración de renta si es declarante Nota:** Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia legible de la tarjeta profesional del Contador Publico
Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los ultimos tres meses + declaración de renta si es declarante

1. Original Certificado de Existencia y Representación 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 Inscripción en el Rit Distrital
4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%
5. Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo año, 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 conceptos de ingreso deben estar debidamente soportados (Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc)

11. AUTORIZACION REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO. AUTORIZACION EXPRESA PARA REPORTAR,CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICIA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTES 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 estándares internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del articulo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la proteccion de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposicion, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilizacion no requeriria 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 serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente

AUTORIZACION

Escaneado con CamScanner

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO (SARLAFT)

Para efectos de la presente autorizacion, entiendase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.041-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 43 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 contratacion y/o prestacion de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministraremos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestacion de servicios de salud.

B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado expresamente

1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES. Mis datos personales seran tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El tramite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociacion de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevencion del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestion integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios tecnicos, estadisticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y en general estudios técnicos del sector salud. i) Envio de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realizacion de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envio de información de Sujetos de tributacion 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 prevencion y control de Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo

2. El tratamiento podra 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 juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañias de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes, que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios. d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona juridica legalmente autorizada, para la administración de bases de datos para efectos de la prevencion y control de fraudes, la seleccion de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboración de estudios tecnicos y estadisticos

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 definicion 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 biometricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideracion que el capitulo XI del Título I de la Circular Basica Juridica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas

6. DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES. Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas

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

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION. Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorizacion. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfieran, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, seran: a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (*Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, telefono 344 44 84 , e-mail sarlaft@subredcentrooriente.gov.co*) y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada, para la administracion de bases de datos para efectos de la prevencion y control del fraude.

9. AUTORIZACION. De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizado, 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: Si 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"

11. FIRMA Y HUELLA

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

Sandra M.

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

12. INFORMACION DE ENTREVISTA				13. VERIFICACION DE LA INFORMACION			
1. Fecha y Hora:		2. Ciudad		1. Fecha y Hora:		2. Ciudad	
3. Nombre del funcionario Subred				3. Nombre y Cargo (Contraparte)			
4. Lugar de la Entrevista:				4. Lugar de la verificación:			
5. Observaciones:				5. Observaciones:			
6. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐	RECHAZADO ☐		6. Firma y No. Cédula:			
7. Firma y Cédula				7. Nombre Apellidos Funcionario Subred			
8. Proceso Responsable Subred				8. Proceso Responsable Subred			

Escaneado con CamScanner



POST TEST INDUCCIÓN – REINDUCCIÓN 2020

Puntos totales 70/100

El siguiente instrumento tiene como finalidad analizar el conocimiento obtenido como resultado de la inducción - reinducción. Por tal motivo califique cada enunciado de acuerdo a los rangos propuestos con honestidad y tranquilidad.

Dirección de correo electrónico *

sandra.felipe99@gmail.com

Documento de Identidad *

21147597

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

compensar | eps salud

No. de Radicación | Fecha de Radicación 02 09 2020

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de trámite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual • Cotizante o cabeza de Familia [X] • Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]
Código (a registrar por la EPS): 59

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

6. Apellidos y nombres: MARTINEZ CASALLAS SANDRA MILENA
7. Tipo de documento de identidad: CC
8. Número de documento de identidad: 21147597
9. Sexo: Femenino [X] Masculino [ ]
10. Fecha de nacimiento: 09 09 1991

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia
12. Discapacidad: Tipo / Condición
13. Puntaje SISBÉN
14. Grupo de población especial
15. Administradora de riesgos laborales - ARL: Bolivar
16. Administradora de pensiones: Porvenir. 31029442002.
17. Ingreso base de cotización - IBC: 5147803
18. Residencia: KR 13 B 15 (Sic H 43 b-58 Sur
Sandra.felipe99@gmail.com Bogotá Zona Urbana [X] Rural [ ] Sant Cristobal Martin e Bogotá

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres
20. Tipo de documento de identidad
21. Número de documento de identidad: 21147597
22. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]
23. Fecha de nacimiento

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

	24. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad: Tipo F N M	Condición T P	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC adicional (a registrar por la EPS)
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
Cot.		
B	1059	
B		
B		

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

35. Nombre o razón social
36. Tipo de documento de identificación
37. Número del documento de identificación
38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación: Dirección / Teléfono / Departamento / Municipio / Distrito / Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad
1. Modificación datos básicos de identificación [ ]
2. Corrección datos básicos de identificación [ ]
3. Actualización documento de identidad [ ]
4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ]
5. Terminación de la inscripción en la EPS [ ] Código [ ]
6. Reinscripción en la EPS [X]
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ]
8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ]
9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar [ ]
10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ]
11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ]
12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ]
13. Movilidad: A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ]
14. Traslado: A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ]
15. Reporte por fallecimiento [ ]
16. Reporte del trámite de protección al cesante [ ]
17. Reporte de la calidad de Pre pensionado [ ]
18. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación: Primer Apellido / Segundo Apellido / Primer Nombre / Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad | Número de documento de identidad | Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ] | Fecha de nacimiento | 42. Fecha
43. EPS anterior | 44. Motivo de traslado: Código | 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

Sandra Martinez
Sandra Martinez
21147597
Firma del cotizante, cabeza de familia, representante legal de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] Cant [ ] RC [ ] Cant [ ] TI [ ] Cant [ ] CC [ ] Cant [ ] PA [ ] Cant [ ] CE [ ] Cant [ ] CD [ ] Cant [ ] SC [ ] Cant [ ] Total [ ]
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente [ ]
58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital [ ]
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital [ ]
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor [ ]
61. Copia de la orden judicial o del acta administrativa de [illegible] [ ]
62. Documento en que conste la [illegible] de los padres o la declaración [illegible] [ ]
63. Copia de la autorización del [illegible] [ ]
64. Certificación de vinculación [illegible] [ ]
65. Copia del acto administrativ[illegible] la calidad de beneficiario o se [illegible] [ ]

02 SEP 2020
Cod. Oscar Fabian Contreras S.
SUJETO A VERIFICACIÓN

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial: Código del municipio | Código del departamento
67. Datos del SISBÉN: Número de la ficha | Puntaje | Nivel
68. Fecha de radicación
69. Fecha de validación
70. Datos del funcionario que realiza la validación: Primer Apellido / Segundo Apellido / Primer Nombre / Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad | Número de documento de identidad
71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES: Ingresado en Sabera Aporte Septiembre Pasa

Escaneado con CamScanner

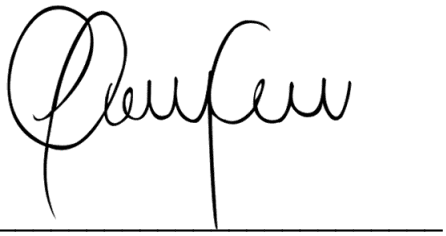
SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

SANDRA MYLENA MARTINEZ CASALLAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **21.147.597**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 02 de Septiembre del 2020.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

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

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

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

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

21147597	SEGUROS BOLIVAR
Numero de Documento	ARL

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
Sandra	Mylena	Martínez	casallas

F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo
05-09-1979	Bogotá	KR 13 A este 43b58b.	8041667

EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios
Salud Total	Porvenir	$ 1'500.000=

Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato
Auxiliar de enfermería (Inscrita en el programa de promoción)	

Correo Electrónico	Celular
Sandra.felipe99@gmail.com	3102942002

Firma del Afliado	Firma y Nombre Supervisor del Contrato
Sandra Martínez	C.C.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE
Diagonal 34 No 5 - 43 Tel: 3444484

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 149661751

WEB
13:40:57

Bogotá DC, 02 de septiembre del 2020

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) SANDRA MYLENA MARTINEZ CASALLAS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 21147597:

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 CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 02 de septiembre de 2020, a las 13:43:06, el número de identificación de la Persona Jurídica, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	NIT
No. Identificación	21147597
Código de Verificación	21147597200902134306

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

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

Soraya Vargas P.

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA WEB
No. 3733888

Bogotá D.C., 2 de Septiembre de 2020 - 13:52 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) **SANDRA MYLENA MARTINEZ CASALLAS**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **VEINTIUNO MILLONES CIENTO CUARENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS NOVENTA Y SIETE** de VILLAPINZON

21147597

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.

JUAN RAMÓN JIMENEZ OSORIO
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: 9_TTVRG_4813
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 20:45:31 horas del 03/09/2020, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **21147597**
Apellidos y Nombres: **MARTINEZ CASALLAS SANDRA MYLENA**

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.

Banco Caja Social
Su banco amigo.

UNA EMPRESA DE FUNDACIÓN GRUPO SOCIAL

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA | Banco Caja Social

HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

SANDRA MYLENA MARTINEZ CASALLAS Identificado con CC 21147597

Actualmente tiene(n) Cuenta de Ahorros, radicado(a) en la oficina SALITRE, con las siguientes características:

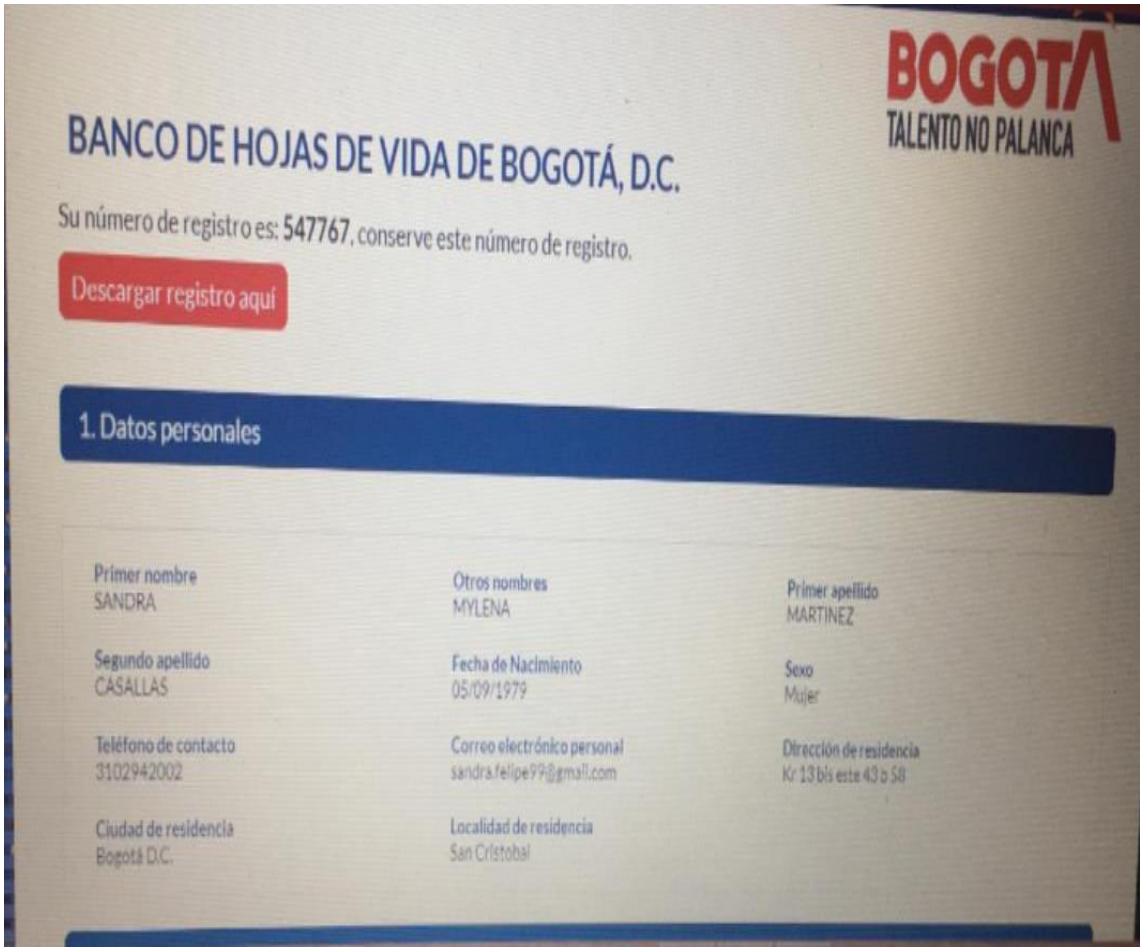
Número:	24064446668
Fecha de apertura:	8 de Julio de 2016
Condiciones de uso:	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
Estado:	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a Sandra Mylena Martinez Casallas, el 03 del mes Septiembre de 2020.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva

Escaneado con CamScanner



BOGOTÁ
TALENTO NO PALANCA

BANCO DE HOJAS DE VIDA DE BOGOTÁ, D.C.

Su número de registro es: **547767**, conserve este número de registro.

Descargar registro aquí

1. Datos personales

Primer nombre SANDRA	Otros nombres MYLENA	Primer apellido MARTINEZ
Segundo apellido CASALLAS	Fecha de Nacimiento 05/09/1979	Sexo Mujer
Teléfono de contacto 3102942002	Correo electrónico personal sandra.felipe99@gmail.com	Dirección de residencia Kr 13 bis este 43 b 58
Ciudad de residencia Bogotá D.C.	Localidad de residencia San Cristobal	