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 TALENTO HUMANO
FORMATO LISTA DE CHEQUEO INGRESO PERSONAL OPS

CÓDIGO: AP-TH-FT-013
VERSIÓN: 05
FECHA: 2017-11-08

A. DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA

PROCESO SOLICITANTE:	**Auxiliar atencion al usuario**	**FECHA**	**16-nov-17**	**N° FOLIOS**	
NOMBRE DEL CANDIDATO	**Martha Vanessa Argel Perez**		**DOCUMENTO:**	**50641643**	
TELEFONO	**3004748574**		**ACTIVIDAD SOLICITADA:**		

NINGUNA PERSONA SE ENCUENTRA AUTORIZADA PARA INICIAR ACTIVIDADES SIN HABER SUSCRITO PREVIAMENTE EL CONTRATO (FIRMA DE LAS DOS PARTES).

TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS DEBEN SER PRESENTADOS EN FISICO

B. DOCUMENTOS DE LA ENTIDAD PARA SOLICITUD DEL CONTRATO

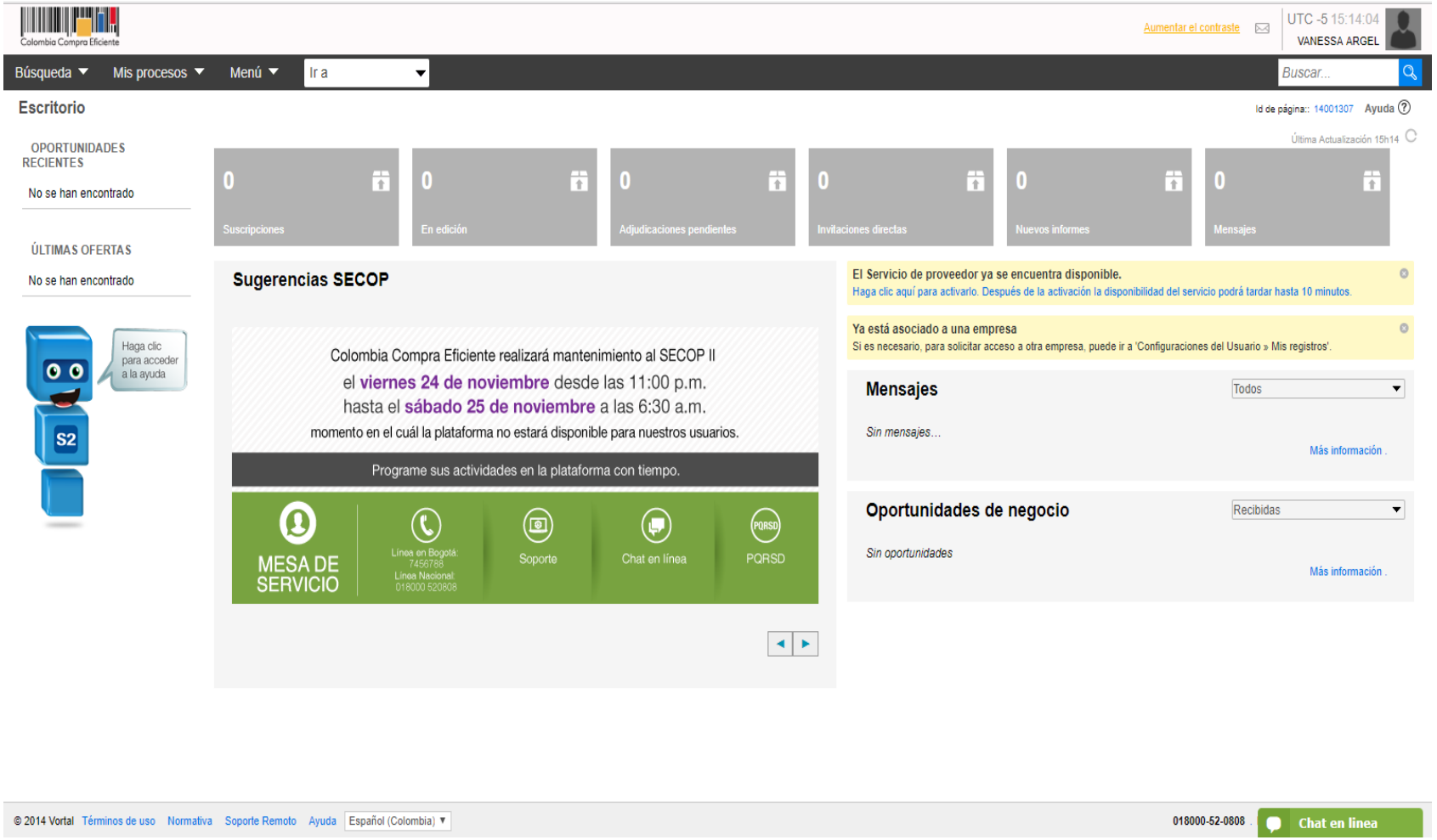
1	NECESIDAD DE PERSONAL OPS					
2	SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL					
3	CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	SI		NO		

C. DOCUMENTOS PERSONALES PARA ELABORACIÓN DEL CONTRATO

1	SOPORTE INSCRIPCIÓN SECOP II	SI	X			
2	FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)	SI	X			
3	DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)	SI	X			
4	DIPLOMAS ACADÉMICOS	SI	X	N/A		
5	ACTAS DE GRADO DE CADA TÍTULO ACADÉMICO	SI	X	N/A		
6	CERTIFICACIONES DE CURSOS FORMALES E INFORMALES	SI	X	NO		
7	SI ES TITULO DEL EXTRANJERO, RESOLUCIÓN DE CONVALIDACIÓN DE TITULO ANTE MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL / ICFES. (Res. 06950 del 15 de mayo de 2015)	SI		N/A	X	
8	FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA DE TITULOS ACADÉMICOS (Técnicos, Tecnólogos, Profesionales)	SI	X	N/A		
9	CERTIFICADOS LABORALES REGISTRADOS EN FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA	SI	X	N/A		
10	FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA AMPLIADA AL 150%	SI	X			
11	REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT: CÓDIGO CIIU _____ FECHA _____	SI	X			
12	REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT	SI	X			
13	LIBRETA MILITAR (Hombres)	SI		N/A	X	
14	TARJETA PROFESIONAL	SI		N/A	X	
15	RESOLUCION EXPEDIDA POR SECRETARIA DE SALUD (DISTRISTAL O DEPARTAMENTAL) - (Personal en Salud)	SI		N/A	X	
16	CERTIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN EN RETHUS (Personal de salud)	SI		N/A	X	
17	ANTECEDENTES ÉTICO PROFESIONALES DISCIPLINARIOS (Medicina, Enfermería, Odontología, Derecho, Ingenierías, Contaduría, Adminsitración)	SI		N/A	X	
18	CARNÉ DE VACUNAS DE HEPATITIS B (Personal Asistencial) - Mínimo tres dosis vigentes (0 / 1 mes/ 6 meses /1 año - 10 años de vigencia) Y/O O TITULACIÓN (reactiva)	SI	X	N/A		
19	EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO (Vigencia no mayor a 3 años - Dec. 723/2013)	SI	X			
20	CARNÉ DE RADIOPROTECCIÓN (Personal expuesto a Radiaciones Ionizantes) - Vigencia 4 años	SI		N/A	X	
21	CERTIFICADO SOPORTE VITAL BÁSICO (Enfermería, Auxiliar de Enfermeria, Auxiliar Ambulancias)	SI		N/A	X	
22	CERTIFICADO SOPORTE VITAL AVANZADO (Médicos Urgencias, atención ambulatoria SPA, salud mental y personal APH)	SI		N/A	X	
23	CERTIFICADO PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancia - Camilleros)	SI		N/A	X	
24	LICENCIA DE CONDUCCIÓN (Conductores)	SI		N/A	X	
25	ESTADO DE MULTAS (Conductores administrativos y ambulancia)	SI		N/A	X	
26	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL (SARLAF) - Completamente diligenciado	SI	X			
27	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A EPS - NOMBRE: __COOMEVA_	SI	X			
28	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A FONDO DE PENSIÓN - NOMBRE: _PORVENIR_	SI	X			
29	FORMULARIO DE AFILIACIÓN A ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES - NOMBRE: _BOLIVAR_	SI	X			
30	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES - PROCURADURÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	X			
31	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES FISCALES - CONTRALORÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	X			
32	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PERSONERÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	X			
33	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	X			
34	CERTIFICACION BANCARIA (Debe contener nombre, N° de documento y N° de cuenta)	SI	X			

D. VERIFICACIÓN Y REGISTRO DE LA INFORMACIÓN

V°/B° Proceso Solicitante		**Fecha:**	
V°/B° Talento Humano:		**Fecha:**	
V°/B° Contratación:		**Fecha:**	


Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
UTC -5 15:14:04
VANESSA ARGEL
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio
Id de página:: 14001307
Ayuda
Última Actualización 15h14
OPORTUNIDADES RECIENTES
No se han encontrado
ÚLTIMAS OFERTAS
No se han encontrado
Haga clic para acceder a la ayuda
0 Suscripciones
0 En edición
0 Adjudicaciones pendientes
0 Invitaciones directas
0 Nuevos informes
0 Mensajes
Sugerencias SECOP
Colombia Compra Eficiente realizará mantenimiento al SECOP II
el viernes 24 de noviembre desde las 11:00 p.m.
hasta el sábado 25 de noviembre a las 6:30 a.m.
momento en el cuál la plataforma no estará disponible para nuestros usuarios.
Programe sus actividades en la plataforma con tiempo.
MESA DE SERVICIO
Línea en Bogotá: 7456788
Línea Nacional: 018000 520808
Soporte
Chat en línea
PQRSD
El Servicio de proveedor ya se encuentra disponible.
Haga clic aquí para activarlo. Después de la activación la disponibilidad del servicio podrá tardar hasta 10 minutos.
Ya está asociado a una empresa
Si es necesario, para solicitar acceso a otra empresa, puede ir a 'Configuraciones del Usuario » Mis registros'.
Mensajes
Todos
Sin mensajes...
Más información .
Oportunidades de negocio
Recibidas
Sin oportunidades
Más información .
© 2014 Vortal
Términos de uso
Normativa
Soporte Remoto
Ayuda
Español (Colombia)
018000-52-0808
Chat en línea

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 24-nov-2017

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
ARGEL	PEREZ	MARTHA VANESSA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 50641643

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 21 MES MAR AÑO 1983

PAÍS COLOMBIA

DEPTO Córdoba

MUNICIPIO TIERRALTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

TRANSVERSAL 1 B ESTE N 7A 08 SUR

PAÍS COLOMBIA DEPTO Bogotá D. C.

MUNICIPIO BOGOTA D. C.

TELEFONO 2091480

EMAIL argelvanessa2103@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 DIC AÑO 2001

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 24-nov-2017

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: SUBRED CENTRO ORIENTE	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: COLOMBIA
DEPARTAMENTO: Bogotá D. C.	*MUNICIPIO*: BOGOTA D. C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: atencionusuario@subredcentrooriente.gov.co	
TELÉFONOS: 2091480	*FECHA DE INGRESO*: DIA 2 MES 5 AÑO 2013	*FECHA DE RETIRO*: DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO: APOYO A ATENCION AL USUARIO	*DEPENDENCIA*: ATENCION AL USUARIO	*DIRECCIÓN*: Diagonal 34 Nº 5 - 43	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: PNUD (NACIONES UNIDAS)	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: COLOMBIA
DEPARTAMENTO: Sucre	*MUNICIPIO*: SINCELEJO	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS: 5-2741004	*FECHA DE INGRESO*: DIA 3 MES 3 AÑO 2008	*FECHA DE RETIRO*: DIA 29 MES 8 AÑO 2008	
CARGO O CONTRATO: ASISTENTE ADMINISTRATIVA	*DEPENDENCIA*: COORDINACION	*DIRECCIÓN*: SINCELEJO SUCRE	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: FUNDACION INTEGRAL SANTA MARIA DE LA PAZ	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: COLOMBIA
DEPARTAMENTO: Córdoba	*MUNICIPIO*: MONTERIA	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS: (4)7920207-785022	*FECHA DE INGRESO*: DIA 3 MES 7 AÑO 2006	*FECHA DE RETIRO*: DIA 30 MES 11 AÑO 2007	
CARGO O CONTRATO: ASISTENTE ADMINISTRATIVA	*DEPENDENCIA*: COORDINACION	*DIRECCIÓN*: MONTERIA CORDOBA	

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACION DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACION PUBLICA

Última Actualización: 24-nov-2017

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*
UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA PROGRAMA "FAMILIAS GUARDA		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Córdoba	TIERRALTA	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3115120056	DIA 3 MES 10 AÑO 2005	DIA 31 MES 5 AÑO 2006

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
APOYO A COORDINACION	COORDINACION	TIERRALTA CORDOBA

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
MY PIME ELECTROCOSTA		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Córdoba	TIERRALTA	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
(4) 7771037	DIA 2 MES 8 AÑO 2004	DIA 31 MES 8 AÑO 2005

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
DIGITADORA DE BASE DE DATOS	DIGITACION	TIERRELTA CORDOBA

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
PUBLICO	4	6
PRIVADO	3	7
PARTICULAR	0	0
TOTAL	8	2

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 180/95).

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 24-nov-2017

Bogotá
28-11-17

Ciudad y fecha del diligenciamiento

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, MARTHA VANESSA ARGEL PEREZ
IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 50641643 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**
País COLOMBIA **Departamento** Bogotá D. C. **Municipio** BOGOTA D. C.
Dirección TRANSVERSAL 1 B ESTE N 7A 08 SUR **Teléfonos** 3004748574 2091480

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
MARTHA CECILIA PEREZ DORIA	26213642	MADRE
GUILLERMO LEON ARGEL MONTALVO	6865281	PADRE

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	$ 15.276.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00

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
COOMEVA	AHORROS	008480343741	20 de julio	$ 0,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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:

	CALIDAD DE MIEMBRO

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

ENTIDAD O INSTITUCION

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** ◯ **N** ⓧ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE C.C◯ C.E◯ T.I.◯	No.

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

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

28-11-17 Bogotá

CIUDAD Y FECHA

La República de Colombia

y en su nombre el

Liceo "Gabriel García Márquez"

Valledupar - Cesar

Autorizado por la Secretaría de Educación Municipal,
según resolución No. 1339 del 30 de Nov. de 2000

Confiere a:

Martha Vanessa Argel Pérez

Identificado(a) con C.C. No. 50.641.643 de TIERRA ALTA(CORDOBA)

El Título de:

Bachiller Académico

Con Enfasis en Bellas Artes

Por haber alcanzado y aprobado los logros de formación integral correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, y haber cumplido con los requisitos establecidos en el Proyecto Educativo Institucional P.E.I. del Colegio

Rector

Secretario

Shanel Rodriguez

Anotado en el control interno del plantel en el

Libro No. 01 Folio No. 16 Diploma No. 02

Dado en Valledupar, a 15 de DICIEMBRE de 2001

LICEO "GABRIEL GARCIA MARQUEZ"

FORJADORES DE HOMBRES NUEVOS PARA UNA PATRIA NUEVA

AUTORIZADO POR LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN MUNICIPAL
RESOLUCIÓN 30198 DE 12 DE NOVIEMBRE DE 2004 DANE 320001003788
EDUCACIÓN PREESCOLAR, BÁSICA Y MEDIA ACADEMICA, ÉNFASIS BELLAS ARTES
CARRERA 6 No 13C – 37 TEL 573704 VALLEDUPAR - CESAR

ACTA DE GRADO No 02

En la ciudad de Valledupar – Cesar a los 15 días del mes de Diciembre del año 2001, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del ultimo grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría de la Institución Educativa **LICEO "GABRIEL GARCIA MARQUEZ"**, Institución autorizada hasta el año 2006, en el nivel de Educación Media Académica con énfasis en Bellas Artes; por la Secretaría de Educación municipal, para otorgar el título de BACHILLER en la modalidad ACADÉMICA con énfasis en Bellas Artes, según la Resolución No 0059 de junio 15 de 2007.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los educandos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el título de BACHILLER ACADÉMICO al graduando cuyo, apellidos y nombres y número de identificación se relacionan a continuación:

APELLIDOS Y NOMBRES

ARGEL PEREZ MARTHA VANESSA

Identificado con T.I No 830321-50996 Montería – Córdoba

Es fiel copia tomada del libro 01 del acta original general No 16; de fecha Diciembre 15 de 2001 que consta de cuarenta (40) estudiantes graduados y comienza con el nombre de: ARAUJO TORRES JESUS y se cierra con el nombre de: ZARATE HERNANDEZ JOSE.

Firmado y sellado por: OSCAR ESPEJO LAZARO (Rector)
y SHANELL NELLYS RODRÍGUEZ PARRA (Secretaria)

En constancia se firma la presente por quienes intervinieron, en cumplimiento de lo ordenado en el artículo 11 del Decreto 1860 de 1994.

Dado en Valledupar – Cesar a los 10 días del mes de Diciembre de 2007

RECTOR VALLEDUPAR

ESP. OSCAR ESPEJO LAZARO
C.C 77.013.276 VALLEDUPAR
Rector

SHANELL NELLYS RODRÍGUEZ PARRA
C.C 1.126.704.042 VALLEDUPAR
Secretaria

REPUBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace Constar que

MARTHA VANESSA ARGEL PEREZ

Con Cédula de Ciudadanía No. 50641643

Cursó y aprobó la acción de Formación

MANEJO DE HERRAMIENTAS OFIMÁTICAS: MICROSOFT EXCEL

Con una duración de 40 Horas

En testimonio de lo anterior se firma en Manizales a los Trece (13) días del mes de Diciembre de Dos Mil Seis (2006)

MARIA BEATRIZ RESTREPO TABARES
SUBDIRECTOR CENTRO DE AUTOMATIZACION INDUSTRIAL
REGIONAL CALDAS

SGC2006V084739 13/12/2006
No. Y FECHA DE REGISTRO

Para verificar la validez de este Certificado consulte la página http://sis.senavirtual.edu.co

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

MARTHA VANESSA ARGEL PEREZ

Con Cedula de Ciudadania No. 50.641.643

Cursó y aprobó la acción de Formación

HUMANIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Bogotá, a los ocho (8) dias del mes de agosto de dos mil dieciseis (2016)

Firmado Digitalmente por
SANTIAGO JULIO CAMACHO PEÑA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

SANTIAGO JULIO CAMACHO PEÑA
SUBDIRECTOR
CENTRO DE MATERIALES Y ENSAYOS
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

37443778 - 08/08/2016
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9215001240051CC50641643C.

La ESE San Cristóbal

Otorga el presente

Reconocimiento

A:

MARTHA VANESSA ARGEL PEREZ

ha completado el curso

SEGURIDAD DEL PACIENTE

Bogotá D.C, 4 de junio de 2014

Horas de crédito: 10

Instructor: Sandra Ximena Cifuentes G.

Raúl Andrés Munévar Niño
Gerente ESE San Cristóbal

DQGYw5nceb
código verificación

@esesancristobal
Facebook/ESEHospitalSanCristobal

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ HUMANA

E.S.E. Hospital San Cristóbal

La ESE San Cristóbal

Otorga el presente

Reconocimiento

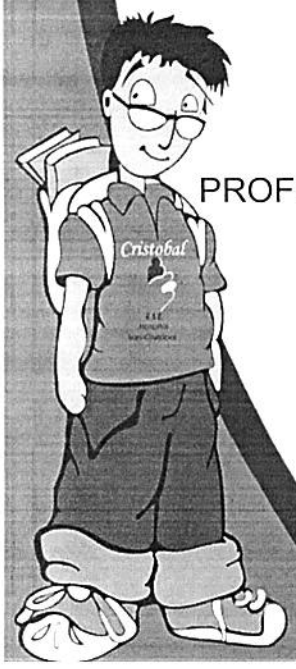
A:

MARTHA VANESSA ARGEL PEREZ

ha completado el curso

SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL

Bogotá D.C, 14 de noviembre de 2014



Horas de crédito: 20

PROFESOR: LUISA LILIANA CARTAGENA

Raúl Andrés Munévar Niño
Gerente ESE San Cristóbal

código verificación

@esesancristobal

Facebook/ESEHospitalSanCristobal

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ HUMANA

E.S.E. Hospital San Cristóbal

La ESE San Cristóbal

Otorga el presente

Reconocimiento

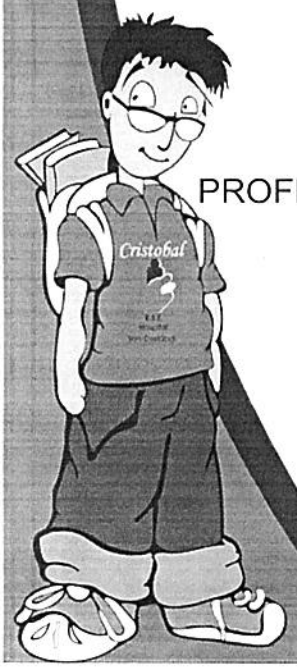
A:

MARTHA VANESSA ARGEL PEREZ

ha completado el curso

SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL

Bogotá D.C, 14 de noviembre de 2014



Horas de crédito: 20

PROFESOR: LUISA LILIANA CARTAGENA

Raúl Andrés Munévar Niño
Gerente ESE San Cristóbal

código verificación

@esesancristobal

Facebook/ESEHospitalSanCristobal

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ HUMANA

E.S.E. Hospital San Cristóbal

Bogotá D.C

Señores:

Liceo Gabriel García Marquez

(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Martha Vanessa Argel Perez en consideración a que el articulo 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:

Bachiller Academico

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

No. de documento: 50.691.643

Tarjeta profesional No: _____

Dirección de contacto: _____

Teléfono: _____

CONTRATO DE SERVICIOS No. 2008- 001 -134
PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO
PNUD-BOGOTA

MEMORANDO DE CONTRATO FIRMADO EL **25/02/2008**, entre el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), un órgano subsidiario de las Naciones Unidas, organización internacional establecida por tratado, y **MARTHA VANESSA ARGEL**, identificada con cédula de ciudadanía No. **50.641.643 de Tierralta**, ahora en adelante "el Suscrito" cuya dirección es **Carrera 34 No.23-06, teléfono: 2801514 en Sincelejo.**

VISTO QUE El PNUD, como parte de las Naciones Unidas, no está sujeto a legislación local relativa a temas sobre personal laboral, el presente Contrato detalla todas las condiciones de servicio del Suscrito.

AHORA, por lo tanto, el PNUD y el Suscrito (de aquí en adelante, las "Partes") acuerdan lo siguiente:

1. DURACIÓN DEL CONTRATO
Este Contrato entrará en vigencia el **25/02/2008** y expirará el **31/12/2008**, según las disposiciones del párrafo 9 siguiente. El presente Contrato no implica expectativa de renovación alguna.

2. TÉRMINOS DE REFERENCIA
El Suscrito acepta las atribuciones estipuladas en el Anexo "A" del presente Contrato y rendirá cuentas al Director del Proyecto individualizado en el mismo Anexo.

3. SITUACIÓN, DERECHOS Y OBLIGACIONES DEL SUSCRITO
El Suscrito presta servicios a título personal y no en representación de un Gobierno ni de ninguna otra autoridad externa a las Naciones Unidas. El Suscrito no tiene calidad de "miembro del personal", según los Estatutos del Personal de las Naciones Unidas, ni tampoco de "funcionario" para los fines de la Convención del 13 de febrero de 1946 sobre los privilegios e inmunidades de las Naciones Unidas. Sin embargo, se le puede otorgar el rango de "experto en misión" según lo indica el Párrafo 22 del Artículo VI de la mencionada Convención. El Suscrito admite y acepta el hecho de que los términos de la contratación, según están establecidos en el presente instrumento, son diferentes de aquellos que se aplican a los miembros del personal del PNUD por concepto de Reglamento y Estatuto del Personal. Los derechos y obligaciones del Suscrito están estrictamente limitados a los términos y condiciones del presente Contrato. Por consiguiente, el Suscrito no tiene derecho a ningún beneficio, pago, subsidio, indemnización o pensión por parte del PNUD, excepto lo expresamente estipulado en el presente Contrato.

4. REMUNERACIÓN
En total consideración a los servicios prestados por el Suscrito según las disposiciones del presente Contrato, el PNUD pagará el monto de **$1.272.000.oo** según el calendario de pagos identificado en el Anexo A. El pago es un monto global e incluye la contribución del PNUD por concepto de seguro médico, licencia de maternidad, discapacidad, pensión y cualquier otro beneficio social, como se describe en detalle en el párrafo 6. Ninguna otra remuneración, beneficio, indemnización o subsidio será pagado según lo dispuesto en el presente Contrato, excepto en el caso de viajes oficiales, donde el PNUD pagará al Suscrito un viático diario sobre la base de las tarifas establecidas para dicho fin.

5. LICENCIA ANUAL, LICENCIA DE ENFERMEDAD, VACACIONES Y HORAS DE TRABAJO
Las condiciones pertinentes se especifican en el Anexo "B" del presente Contrato, el que se adjunta al mismo.

6. SEGURIDAD SOCIAL
Como se indicó en el párrafo 4 anterior, el Suscrito es el único responsable de conseguir seguro médico y cobertura de pensión. Las obligaciones del PNUD se limitan exclusivamente a proporcionar una indemnización líquida en dinero en efectivo incluida en la remuneración total mencionada en el párrafo 4 anterior, en lugar de prestar contribuciones directas a planes de salud o de jubilación. El Suscrito confirma que ha contratado tales seguros y que los mantendrá durante el plazo del presente Contrato. El Suscrito entregará evidencia de dicha cobertura, en cumplimiento del presente Contrato, contra firma del mismo y

el presente Contrato ni tampoco representar un conflicto de intereses real o aparente. El Representante Residente tomará la decisión final con respecto a la compatibilidad de tales actividades con las funciones indicadas en el Contrato.

14. NORMAS DE CONDUCTA

El Suscrito deberá conducirse a sí mismo en todo momento de acuerdo con las normas de conducta establecidas en el presente Contrato y en la circular ST/SGB/2002/9, emitidas por el Secretario General de las Naciones Unidas, copia de lo cual se ha entregado al Suscrito contra la firma del presente Contrato. En particular, el Suscrito deberá comportarse con total consideración de los propósitos y principios de las Naciones Unidas y de sus Organismos Especializados, y de una manera que corresponda a su relación con las Naciones Unidas -incluyendo el PNUD- según lo estipula el presente Contrato. El Suscrito puede no estar involucrado en ninguna actividad que sea incompatible con dichos propósitos y principios o con el cumplimiento de sus funciones con el Gobierno, o que represente un conflicto de intereses real o aparente según se establece en el párrafo 13 anterior y en la circular ST/SGB/2002/9. Sin embargo, éste evitará cualquier acción y, en particular, cualquier tipo de pronunciamiento público que pueda afectar negativamente dicha relación o la integridad, independencia e imparcialidad que se requiere para la misma. Al mismo tiempo que se espera que el Suscrito no renuncie a ningún tipo de sentimiento nacionalista o convicción política o religiosa, éste deberá mantener en todo momento la reserva y tacto que se requiere con motivo de su relación con las Naciones Unidas, incluyendo el PNUD, y con sus Organismos Especializados y el Gobierno. El Suscrito no aceptará ningún tipo de favores, regalos o remuneraciones provenientes de fuentes externas a las Naciones Unidas sin previa autorización del Secretario General de la ONU o del Director del PNUD.

15. SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Cualquier reclamo o disputa entre las Partes relativa a la interpretación o aplicación del presente Contrato o a la rescisión del mismo que no pueda ser solucionada de manera amistosa será resuelta por arbitraje obligatorio según lo indica el Reglamento de Arbitraje de la Comisión de las Naciones Unidas para el Desarrollo Mercantil Internacional (CNUDMI). El arbitraje obligatorio debe, en todos los casos, ser precedido por un procedimiento de conciliación según lo estipula el Reglamento de Conciliación de la CNUDMI.

16. PRIVILEGIOS E INMUNIDADES DEL PNUD

Ninguno de los aspectos que incluye el presente Contrato será considerado como renuncia -expresa o implícita- a ninguno de los privilegios e inmunidades de las Naciones Unidas atribuidos a la Organización (incluyendo el PNUD), conforme a la Convención sobre Privilegios e Inmunidades de las Naciones Unidas, aprobada por Colombia mediante Ley 62 de 1973 o a cualquier otro medio.

He leído y entendido los detalles del presente Contrato y sus anexos (Anexo A: Términos de Referencia y Anexo B: Condiciones del Servicio). También entiendo que se me pagará en dinero en efectivo en lugar de recibir cobertura para mi seguro médico y pensión, y que soy responsable de presentar al PNUD las respectivas evidencias de mi suscripción a tiempo completo a planes de seguro médico y pensión y que la omisión de aquello puede ser motivo de rescisión del presente Contrato.

Bárbara Resce-Monteiro
Directora de País

Fecha: 25 - 02 - 08

Martha Vanessa Argel
C. C. 50.641.643 de Tierralta

Fecha: 26 - 02 - 08

Universidad Pontificia Bolivariana

LA UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA - SECCIONAL BUCARAMANGA EJECUTORA DEL ACOMPAÑAMIENTO SOCIAL DEL PROGRAMA FAMILIAS GUARDABOSQUES EN EL MUNICIPIO DE TIERRALTA, CÓRDOBA.

CERTIFICA QUE:

La Señorita **MARTHA VANESSA ARGEL PÉREZ**, identificada con Cédula de Ciudadanía número 50.641.643 expedida en Tierralta, Córdoba; se desempeñó como **ASISTENTE DE COORDINACIÓN**, de manera satisfactoria entre los meses de Octubre de 2005 hasta Mayo de 2006, cumpliendo con las siguientes actividades:

- Creación y actualización de la base de datos de los beneficiarios del Programa.
- Servicio de Atención al Público.
- Articulación en los procesos de logística, interventoría, control y seguimiento por parte de ACCIÓN SOCIAL.
- Elaboración, recepción y entrega de documentos.

Se expide a petición del interesado, a los 02 de noviembre de 2006.

LUDWING YESID BANGUERO JAIMES
COORDINADOR ACOMPAÑAMIENTO SOCIAL

FUNDACION DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD
SANTA MARIA DE LA PAZ

A quien interese

La suscrita Subdirectora administrativa de la F.A.I.SS. Certifica que la señorita MARTHA VANESSA ARGEL PEREZ, identificada con cedula de ciudadanía Nº 50`641.643 expedida en la ciudad de Tierralta-Cordoba, laboró en esta entidad como Asistente administrativa, en los programas de prevención integral dirigidos a la comunidad en la fecha comprendida desde julio de 2006 a noviembre de 2007.

Para constancia se firma en Montería a los 17 días del mes de Marzo de 2011.

BEATRIZ BRUNAL VERGARA
PS. INSTITUCIONAL

ESES LTDA.

Empresa de Servicios Especiales del Sinú

MIPYME DE ENERGIA

NIT: 812008605-8

CERTIFICA:

Que la joven **MARTHA VANESA ARGEL PEREZ**, identificada con la cédula de ciudadanía número 50.641.643 expedida en Tierralta-Córdoba, laboró para esta Empresa, desde el 02 de septiembre hasta el 31 de diciembre, del año 2006 en el cargo de **Digitadora**.
Es una persona idónea y responsable en el cumplimiento de su deber.

Para constancia se expide, a solicitud del interesado a los 15 días del mes de Agosto del año 2007.

LINA FABRA
RECURSOS HUMANOS

LINA FABRA GARCES
Jefe Talento Humano
"ESES" LTDA.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 50.641.643
ARGEL PEREZ

APELLIDOS
MARTHA VANESSA

NOMBRES

FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 21-MAR-1983
TIERRALTA
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.54 ESTATURA
A+ G.S RH
F SEXO

09-JUN-2003 TIERRALTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500150-00789009-F-00506-416-13-20160216 0048375748A 2 1543777106

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

CONTRIBUYENTE NIT 50641643-8 MARTHA VANESSA ARGEL PEREZ

Información General

Dirección TV 1 B ESTE 7 A 08 SUR

Teléfonos 2091480-3004748574

Dirección electrónica argelvanessa2103@gmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 24/08/2016

Soporte Inscripción 19867003

Fecha Inicio Actividades 11/03/2013

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 8299-OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIO DE APOYO A LAS EMPRESAS N.C.P.

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 17002433355

Fuente ICA TE TOCA

DIAN
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA
Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14439222040

(415)7707212489984(8020) 000001443922204 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
5 0 6 4 1 6 4 3	8	Impuestos de Bogotá	3 2	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 1 3	5 0 6 4 1 6 4 3	2 0 0 3 0 6 0 9

Lugar de expedición	28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA	1 6 9	Córdoba 2 3	Tierralta 8 0 7

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ARGEL	PEREZ	MARTHA	VANESSA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

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
T V 1 B E 7 A 08 S U

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
argelvanessa2103@gmail.com		2 0 9 1 4 8 0	3 0 0 4 7 4 8 5 7 4

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 2 9 9	2 0 1 3 0 3 1 1						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

DOCUMENTO GENERADOR SIN COSTO

12- Ventas régimen simplificado

Obligados aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI ☐ NO ☐ 60. No. de Folios: ☐☐☐ 61. Fecha: ☐☐☐

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

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

984. Nombre
985. Cargo:

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría Salud

Institución vacunadora: 110010805905

Fecha de generación del carné: lunes, 04 de diciembre de 2017 12:06 p.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	50641643
Nombres y Apellidos	MARTHA VANESA ARGEL PEREZ		
Fecha de nacimiento:	21/03/1983		

Vacuna	Dosis	Fecha	Nombre comercial	Lote	Institución vacunadora
Anti - Rábica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
Antirrábica profiláctica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
DPT	Única				
DPT Acelular	Tercera dosis	16/10/2013	Adacell		
	Quinta dosis	05/04/2017	Bostrix	AC37B177AC	CAMI ALTAMIRA
Fiebre amarilla	Primera dosis				
	Refuerzo				
Fiebre tifoidea	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A, Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
Hepatitis B	Primera dosis	16/10/2013	Engerix B Adultos	2C3420	
	Segunda dosis	07/01/2014	Engerix B Adultos	51AE11020	
Influenza	Única	30/08/2017	Vaxigrip	P3B761V	CAMI ALTAMIRA
Meningococo Conjugado	Única				
Meningococo Polisacárido	Primera dosis				
Neumo Conjugado	Única				
Neumo Polisacárido	Primera dosis				
	Refuerzo				
Neumococo	Primera dosis				
	Refuerzo				
Sarampión y Rubéola	Única	30/04/2013	Sarampión -Rubéola	012N1020 10/2013	UPA 1 DE MAYO
Td	Primera dosis	30/04/2013	Toxoide Tetánico y diftérico	024B1008B 04/2014	UPA 1 DE MAYO
	Segunda dosis	31/05/2013	Toxoide Tetánico y diftérico	024L1009C 05/2014	UPA 1 DE MAYO
	Cuarta dosis	16/01/2015	Toxoide Tetánico y diftérico	024L3002B 01/2016	UPA 1 DE MAYO
Toxoide Tetánico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría Salud

Institución vacunadora: 110010805905

Fecha de generación del carné: lunes, 04 de diciembre de 2017 12:06 p.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	50641643
Nombres y Apellidos	MARTHA VANESA ARGEL PEREZ		
Fecha de nacimiento:	21/03/1983		

Toxoide Tetánico	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Toxoide Tetánico Diftérico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Triple viral	Primera dosis				
	Refuerzo				
	Primera dosis				
Varicela	Primera dosis				
	Segunda dosis				
VPH Bivalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
VPH Tetravalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000109824

Régimen : COMUN Salud Ocupacional

Nit. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

EMPRESA: PARTICULAR

FECHA 23/08/2016 15:09:03

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: MARTHA VANESSA ARGEL PEREZ C.C 50641643

EDAD 33 Años SEXO F CARGO A DESEMPEÑAR ATENCION AL CLIENTE

EXÁMENES PARA CLÍNICOS PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☐ NO ☑
Visiometria	☐	Glic ☐ Col ☐ Trigli ☐ Otros ☐	
Audiometria	☐	Cuales	
Espirometria	☐	Radiografías	

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente diagnostico

APTO PARA EL CARGO ☑ MOTIVO PARA LABORAR.

NO APTO ☐ MOTIVO

OBSERVACIONES

CONTROL MEDICO EPS

USO DE EPP/ REALIZACION DE PAUSAS ACTIVAS

EXÁMEN PERIÓDICO

Puede continuar con su labor SI ☐ NO ☐ Se sugiere reubicación laboral SI ☐ NO ☐

EXÁMEN DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ Cual

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

Vanessa Argel.

FIRMA DEL PACIENTE

Captura Biometrica

Dr. LUIS FERNANDO MARTINEZ G.
Médico Cirujano
Especialista en Gerencia
En Salud Ocupacional
Lic. S.O 2440/25/02/2014

FIRMA DEL ESPECIALISTA

Dirección: CALLE 27 SUR No 19-07
Tel: 2784705

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

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

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

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT

FECHA:	2018-02-21	CIUDAD:	BOGOTA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA

Distiguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Politicas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
ARGEL	PEREZ	MARTHA	VANESSA		

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	50641643	TIERRALTA-CORDOBA	2003-09-06
PASAPORTE ☐	OTRO ☐				ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ ☐	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1983-03-21	TIERRALTA-CORDOBA	COLOMBIA	COLOMBIANA

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐ VIUDO(A)			3004748574

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CRA 7D 163 A 47	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	N/A

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
argelvanessa2103@gmail.com	NO APLICA	PROPIA ☐	FAMILIAR ☐	ARRENDADA ☒

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

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

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

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

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

FUNCIONARIO PUBLICO		ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA		
SI ☐	NO ☒	SI ☐	NO ☐	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE		
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		GOBIERNO ☐	VICIOS ☒	LUD ☐	# NIT	900.959.051

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ INANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ A☐NTOS ☐ MEDIC☐ENTOS ☐
OTRA ☐ CUAL:

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
CRA 5 # 33 A 45	3444484	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA

CARGO ACTUAL	AUXILIAR DE ATENCION AL USUARIO	FECHA VINCULACION	2016-08-01

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

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

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

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

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	$ 1.350.000	GASTOS FAMILIARES		AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS		ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	$ 1.350.000	TOTAL EGRESOS	$ 0	TOTAL ACTIVOS	$ 0	TOTAL PASIVOS	$ 0

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS
N/A	N/A	N/A	N/A

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
GARZON	CAMARGO	DANIELA	
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
CR 89 B 40 A 13 SUR	BOGOTA	AMIGA	3144838227

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
DAVIVIENDA	CUENTA DE AHORROS	8450343741	20 DE JULIO	

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI NO [X]

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS

IMPORTACION [ ] EXPORTA [ ] TRANSFERENCIA [ ] PRESTAMOS [ ] PAGO SERVICIOS [ ] TRA [ ] CUAL:

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":

1. Que los recursos que entregue y entregaré a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.)

Auxiliar de atención al Usuario

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinaran a actividades lícitas.
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Camara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripcion en el Rit Distrital.
4. Fotocopia del documento de identificacion, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso (Obligados a llevar contabilidad)

APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

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

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintedencia Nacional de Salud y los estandares internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del articulo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su 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 seran tratados para fines comerciales, razon por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

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

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

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finanlidades mencionadas a: a) Las peronas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades 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, compañías de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquir otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevension y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboracion de estudios técnicos y 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 definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Título I de la Circular Básica Juridica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionalde Salud, exigen las mismas.
6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En onsecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal c) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud *(Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, telefono 344 44 84 , e-mail sarlaft@subredcentrooriente.gov.co)* y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude,*(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO)*.
9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizao, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los terminos que nos fueron informados en el presente documento.
NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentrooriente.gov.co) en el Link " POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES".

IX. FIRMA Y HUELLA

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

Firma Cliente / Representante Legal

Huella Indice Derecho

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

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION		
1. Fecha	2. Ciudad	
3. Nombre y Cargo de quien verifica:		
4. Lugar de la verificación:		
5. Observaciones:		
6. Firma y cédula:		

NIT - 805000427

CERTIFICADO DE AFILIACION A COOMEVA EPS

(NO VALIDO PARA MOVILIDAD EN EL SGSSS

USO DE SERVICIOS MÉDICOS NI PARA PAGO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS)

La afiliada MARTHA VANESSA ARGEL PEREZ identificada con CC-50641643 está vinculada al Sistema General de Seguridad Social en Salud Régimen Contributivo por intermedio de COOMEVA EPS S.A en calidad de COTIZANTE CABEZA DE FAMILIA y su estado actual es ACTIVO.

Reiteramos nuestra entera disposición para colaborar frente a cualquier inquietud que pueda presentarse en las líneas gratuitas: 01 8000 110 779 ó 01 8000 930 779.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado el dia Febrero 21 de 2018.

Cordialmente,

Director Nacional Ingresos

50641643

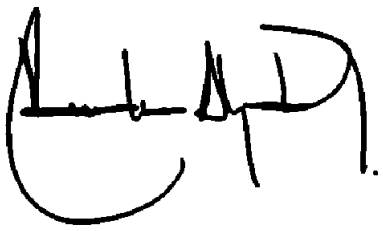
¡Gracias por contar con Coomeva, Coomeva cuenta con usted!

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **MARTHA VANESSA ARGEL PEREZ**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **50,641,643**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 19 días del mes de Febrero de 2018.



_____
Gerente de Clientes

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 106142650

WEB
15:45:00

Bogotá DC, 19 de febrero del 2018

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) MARTHA VANESSA ARGEL PEREZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 50641643:

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 GONZÁLEZ
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 CONTRALORA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 21 de febrero de 2018, a las 11:36:53, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	50641643
Código de Verificación	506416431802211136 53

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

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2112008

Bogotá D.C., 21 de Febrero de 2018 - 11:34 am

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) **MARTHA VANESSA ARGEL PEREZ**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CINCUENTA MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA Y UN MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y TRES** de TIERRALTA

50641643

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.

MANUEL DAGOBERTO CARO ROJAS
Jefe Oficina Asesora de Juridica

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: 2_2UZL5_3411
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 11:33:52 horas del 21/02/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **50641643**
Apellidos y Nombres: **ARGEL PEREZ MARTHA VANESSA**

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.

Carrera 27 N° 18 - 41 (Paloquemao). Bogotá DC
Atención administrativa de lunes a viernes de 8:00 am - 12:00 pm y 2:00 pm - 5:00 pm
Línea de Atención al Ciudadano - Bogotá D.C.
(571) 5159111 / 9112
Resto del país: 018000 910 112
Requerimientos ciudadanos 24 horas
Fax (571) 5159581 - E-mail: lineadirecta@policia.gov.co.

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

Gobierno en Línea

Todos los derechos reservados.

DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

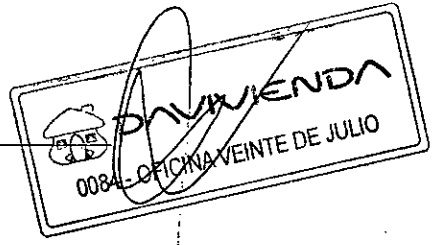
BOGOTA 2017/12/04
COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que la señora MARTHA VANESA ARGEL PEREZ
con Cédula de Ciudadanía número 50641643
de BOGOTA D.C.-DISTRITO CAPITAL
posee en el Banco Davivienda:

CUENTA AHORROS (FIJODIARIO)

Número	008480343741
Fecha Apertura	2013/03/08

Cordialmente,



Firma Autorizada
BANCO DAVIVIENDA

SEGUROS BOLÍVAR

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
Identificada con NT No. 900959051

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 1505666909402, a partir del 01 de Agosto del año 2016.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguiente manera:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DEL EMPLEADO	CENTRO DE TRABAJO	CLASE	TASA	FECHA INICIO COBERTURA	FECHA DE RETIRO	TIPO COTIZANTE	ESTADO
CC	50641643	MARTHA VANESSA ARGEL PEREZ	SAN CRISTOBAL-ASISTENCIAL CONTRATO	3	2.436%	01/08/2016		INDEPENDIENTE	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 20 de Marzo del año 2018.

Firma Representante Legal

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA