EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	LISTA DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS PARA LA CONTRATACIÓN DE PERSONAL		
	PROCESO: Gerencia de Talento humano	CÓDIGO	TH_FTO_10
		VERSIÓN	04
		VIGENCIA	15/08/2025

ok

Para el efecto, dentro de los criterios técnicos establecidos por la resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social, el manual de contratación de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y la normatividad vigente.

NOMBRES Y APELLIDOS: Martha Esperanza Hernandez

CARGO: Medico

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	CUMPLE SI	CUMPLE NO	CUMPLE N/A	OBSERVACIÓN
	GESTIÓN DE TALENTO HUMANO				
1	Propuesta de servicios dirigida al gerente	✓			
2	Hoja de vida (actualizada con foto)	✓			
3	Documento de identificación al 150% Legible totalmente por las dos caras *Para extranjeros visa y cedula de extranjería	✓			
4	Libreta militar al 150% Legible totalmente por las dos caras o certificado situación militar definida. *Aplica únicamente para hombres menores de 50 años				
5	Certificado de antecedentes Procuraduría. *No mayor a tres meses	✓			
6	Certificado de antecedentes Contraloría. *No mayor a tres meses	✓			
7	Certificado de antecedentes judiciales Policía Nacional. *No menor a tres meses	✓			
8	Certificado medidas correctivas. *No mayor a tres meses	✓			
9	Certificado del Registro de Deudores Alimentarios Morosos	✓			
10	Consulta de Inhabilidades Delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años. Ley 1918 de 2018.	✓			
11	Antecedentes disciplinarios tribunal (medicina, odontología y enfermería)	✓			
12	Registro usuario Secop II	✓			
13	RUT Actualizado	✓			
14	Formato SARLAFT: Sistema de administración del riesgo de lavado de activos y financiación Del terrorismo.	✓			
15	Certificado actual de afiliación EPS	✓			
16	Certificado actual de afiliación fondo de pensiones	✓			
17	Hoja de vida formato único de la función pública. *Hoja de vida SIGEP II	✓			
18	Formato de declaración de bienes y rentas (conflicto intereses ajustado SIGEP II solo Referentes)	✓			
19	Formato de oferta de prestación de servicios	✓			
20	Formato de indemnidad	✓			
21	Formato de ARL	✓			
22	Autorización manejo de datos personales (habeas data) (Consulta de Títulos)	✓			
23	Compromiso de Confidencialidad y no Divulgación de la Información	✓			
24	Formato de Inhabilidades e incompatibilidades	✓			
25	Póliza de responsabilidad civil (Asistenciales)	✓			
26	Carné de vacunas: COVID 19 Esquema completo	✓			
27	Carné de vacunas: hepatitis (titulaciones) toxoide tetánico. * Esquema completo	✓			
28	Examen médico ocupacional con énfasis osteomuscular y visiometría*Vigencia de 3 años	✓			
	SOPORTES DE ESTUDIOS FORMALES *DIPLOMA Y ACTA DE GRADO				
29	Básica secundaria (bachiller) *De conformidad con el perfil solicitado				
30	Técnico *De conformidad con el perfil solicitado				
31	Tecnólogo *De conformidad con el perfil solicitado				
32	Profesional *De conformidad con el perfil solicitado		✓		
33	Especialización *De conformidad con el perfil solicitado		✓		
34	Maestría *De conformidad con el perfil solicitado				
35	Tarjeta profesional	✓			
36	Resolución para ejercicio profesional y técnico de Cundinamarca				
37	RETHUS actualizado– pregrado y postgrado (Asistenciales)	✓			
38	Resolución de convalidación de títulos*Aplica para extranjeros				
	CERTIFICADO SOPORTES DE ESTUDIOS NO FORMALES				
39	Atención a víctimas de agente químicos (Personal asistencial y transporte asistencial)				
40	Ruta atención integral a víctimas de abuso sexual (Asistenciales)				
41	Manejo del duelo (Asistenciales)				
42	Inducción – reinducción corporativa (Todos)	✓			
43	Certificado Dengue y fiebre amarilla				
	AUXILIAR DE ENFERMERÍA URGENCIAS ADULTOS, PEDIÁTRICAS O GINECOLÓGICAS				
44	Soporte vital básico con fecha de vigencia				
45	Toma de muestra con fecha de vigencia				
46	Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING -POCT)				
	JEFE DE ENFERMERÍA URGENCIAS ADULTOS, PEDIÁTRICAS O GINECOLÓGICAS				
47	Toma de muestra con fecha de vigencia				
48	Soporte vital avanzado con fecha de vigencia				
49	Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING -POCT)				
	MEDICO GENERAL, URGENCIAS ADULTOS, PEDIÁTRICAS O GINECOLÓGICAS				
50	Soporte v tal avanzado con fecha de vigencia				
51	Soporte vital avanzado pediátrico con fecha de vigencia (Pediatría)				
52	Certificado curso donación de órganos * Aplica a médicos hospitalización, médicos urgencias, médicos quirúrgicos Institución aprobada INS.				
53	Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING -POCT)				
	MEDICO URGENCIOLOGO				
54	Certificado en formación de sedación				

	ODONTOLOGO				
55	Certificado radio protección * Vigencia 2 años				
	AUXILIAR DE ENFERMERÍA CENTROS Y PUESTOS DE SALUD				
56	Certificado en administración de inmunobiológicos (PAI) con fecha de vigencia *Aplica para vacunador				
57	Toma de muestra con fecha de vigencia				
	JEFE DE ENFERMERÍA CENTROS Y PUESTOS DE SALUD				
58	Retiro e inserción DIU				
59	Retiro e inserción JADELLE				
60	Certificado de formación en toma de citología				
61	Soporte vital avanzado				
62	Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING - POCT)				
	MEDICO GENERAL CENTROS Y PUESTOS DE SALUD				
63	Soporte v tal avanzado				
	CONDUCTORES DE AMBULANCIA - ADMINISTRATIVOS				
64	Formación operador vehículo de emergencia (COVE) * Aplica solo ambulancia				
65	Primeros auxilios * Aplica solo ambulancia				
66	Registro único nacional de tránsito RUNT				
67	Licencia de conducción				
68	Consulta SIMIT estado de infracciones y multas de transito				
69	Certificado de aptitud laboral con énfasis osteomuscular y evaluaciones psicosensométricas * Vigencia 3 años.				
	AUXILIAR ENFERMERÍA AMBULANCIA				
70	Soporte vital básico				
71	Primeros Auxilios				
72	Certificado pruebas en el punto de atención del paciente (POINT OFF CARE TESTING -POCT)				
	INGENIERO BIOMÉDICO				
73	Certificado del registro INVIMA				
	SERVICIO TRANSFUSIONAL / LABORATORIO CLÍNICO				
74	Certificado en formación para el manejo de transfusión sanguínea				
75	Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING -POCT)				
	RADIOLOGÍA (APLICA PARA PERSONAL EXPUESTO A RADIACIONES IONIZANTES)				
76	Certificado curso radio protección * Vigencia 2 años.				
77	Certificado aptitud laboral con énfasis osteomuscular , visiometría y laboratorios clínicos (cuadro hemático con recuento de plaquetas y medición de TSH T3 Y T4 libre)				
	SERVICIO DE ALIMENTACIÓN				
78	Certificación de manipulación de alimentos				
79	Certificado de aptitud laboral con examen coprológico, frotis faríngeo con cultivo, COH.				
	MANTENIMIENTO				
80	Certificado curso de alturas				
81	Certificado de aptitud laboral con énfasis trabajo en alturas * Vigencia 1 año.				
	EXPERIENCIA LABORAL				
82	Certificaciones laborales *De conformidad con el perfil solicitado				
Nombre y firma de quien verifica la documentación:					

- **Favor entregar fotocopia de los documentos en el orden relacionado anteriormente.**
- **El Referente de Talento Humano certifica que los documentos aportados en medio físico se encuentran completos y vigentes una vez firmada la lista de verificación para la contratación de personal.**

NOTA: IMPRIMIR ESTE DOCUMENTO A DOBLE CARA (Pagina 1-2)

- **Personal Asistencial:** La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA contempla como Personal Asistencial a todo aquel colaborador que está inmerso en la Atención directa de Pacientes o Usuarios (Médicos Especialistas, Profesional Médico, Odontólogos, Enfermeras jefes, Terapeutas, Instrumentadores Quirúrgicos, Psicólogos, Trabajadores sociales, Auxiliares de Enfermería, Camilleros, entre otros).

- **Personal Administrativo:** EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, define como Personal Administrativo a los Profesionales Especializados, Profesionales Universitarios, Tecnólogos, Técnicos y Bachilleres que en su actividad contractual no están relacionados con la atención de Pacientes o Usuarios.

COORDINADOR DE TALENTO HUMANO Y/O
QUIEN HAGA SUS VECES

Soacha, 1 _de diciembre de 2025

Doctor.
DIEGO ALEJANDRO GARCIA
Gerente
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA
Calle 13 # 9-97
Teléfono: (601) 730 92 30
Ciudad

REFERENCIA: PROPUESTAS DE SERVICIOS

Nombre: Martha Esperanza Hernández Buitrago

Cargo: Medico Auditor

Respetado Doctor Diego Alejandro García, reciba un cordial saludo, por medio de la presente me permito confirmar mi intención de participar en la contratación que a bien tenga la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y cumplir a cabalidad cada una de las actividadesque sean asignadas mediante contrato de prestación de servicios conforme los términos que se estipulen en la minuta contractual.

Cordialmente,

Nombre del Contratista: Martha Esperanza Hernández Buitrago
CC: 39.691.945 Usaquén
Dirección: carrera 68ª#23-47 apto 703 bloque 1
Email: marthaespehernandez@gmail.com
Teléfono/Celular: 310-8807040

HOJA DE VIDA

1. DATOS PERSONALES

NOMBRE	**MARTHA ESPERANZA HERNANDEZ BUITRAGO**
CEDULA DE CIUDADANIA	39.691.945 de Usaquén
MATRICULA PROFESIONAL	15.377
DIRECCION	Cra. 68 A # 23B- 47 Apto. 703 Bloque 1
TELEFONO	310 8807040

PERFIL PROFESIONAL:

Médico Cirujano General con especialización en Gerencia en Calidad y Auditoria Medica con 33 años de experiencia como médico, de los cuales durante los últimos 20 años me he desempeñado como Medico Auditor, laborando por más de 10 años en Famisanar. Donde me encargué de liderar el grupo de auditoria en la IPS para realizar procesos de concurrencia, revisión y conciliación de cuentas médica y respuesta de investigación de quejas.

Entre las empresas donde trabaje se destaca Ecoopsos, en donde lideré y vigilé los indicadores solicitados por la Supersalud. En las IPS asignadas ejercía funciones de concurrencia, revisión y conciliación de cuentas, respuesta de quejas, verificación de habilitación. Siempre me he caracterizado por ser una persona responsable, con excelentes relaciones interpersonales, capacidad de liderazgo y resolución de problemas.

2. ESTUDIOS REALIZADOS

SECUNDARIOS	Colegio de la Presentación del Centro 1981 TITULO: Bachiller Académico
UNIVERSITARIOS	Escuela de Medicina Juan N. Corpas 1990 TITULO: Médico Cirujano General

ESPECIALIZACION:	Gerencia de la Calidad y Auditoria Médica Universidad Cooperativa de Colombia 1996-1998
CURSOS REALIZADOS	Acupuntura y Moxibustión FUNDAMOX 1993. Duración 6 meses
SEMINARIOS	Cirugía General ISS 1986 Diabetes Mellitus . Instituto para Diabéticos 1988 Pediatría. Misericordia 1990
CONFERENCIAS DICTADAS:	Seminario de Educación Personalizada. Dirigido a rectores y docentes Bogotá Colombia 1980. Santiago de Chile 1981.

CURSOS REALIZADOS:

- Seminario taller Fundaempresas Bogotá
  Creación de Empresas agosto 1.997

- Diplomado Alta Gerencia y Liderazgo
  17 de Marzo 2.001

- Actualización Clínica de las Empresas
  Sociales del estado Mayo 30/2.001

- Actualización en Reanimación Cardio- Pulmonar
  15 horas Febrero 14 2.003

- Atención del Trauma, Reanimación Cardiopulmonar y urgencias médicas
  Intensidad 120 horas Mayo 5/2.003

- Guías para manejo hospitalario del Trauma Cerebral
  Intensidad 6 Horas Mayo 5/2.003

- Actualización en Patologías Médicas
  Pontificia Universidad Javeriana
  Intensidad 16 Horas Nov./2.004

- Actualización para profesionales de salud
  Pontificia Universidad Javeriana
  Intensidad 8 Horas Octubre/2.005

- Actualización en Patologías Prevalentes
  Pontificia Universidad Javeriana
  Intensidad 16 Horas Diciembre/2.005

- Actualización en Reanimación Cardio- Pulmonar
  48 horas Julio 14 22 2016 Salamandra SVA

EXPERIENCIA LABORAL

Empresa: **SERVISALUD**

Cargo: Médico auditor de cuentas
Fecha de ingreso: diciembre 2021
Fecha de retiro: mayo 2024

Empresa **: EPS FAMISANAR**

Cargo: Médico Auditor de calidad, conciliación y revisión de facturas
Fecha de inicio: Mayo 22//2.012
Fecha de retiro: noviembre 10/2021

Empresa: **IQ-OUTSOURCING**

Cargo : Médico Auditor revisión de facturación del Soat (Previsora. Mundial, Liberty)
Fecha de inicio: marzo 2012
Fecha de retiro: octubre 2014

Empresa: **UNICAJAS – COMFACUNDI**

Cargo: Coordinador de Plan de Beneficios y Referencia

Funciones: realizar seguimiento de las autorizaciones por la EPS, verificar pertinencia médica, controlar el gasto, realizar seguimiento de los pacientes de referencia ajustándome al indicador dado por la Supersalud.

Fecha de inicio: Marzo 2010
Fecha de retiro: Mayo 2011

Empresa: **SALUD TOTAL**

Cargo: Médico Auditor
Funciones: Médico Auditor
Fecha de Inicio: Diciembre 17 de 2007
Fecha de Retiro: Junio 8 de 2009

Empresa: **ARS ECOOPSOS**

Cargo: Médico Auditor
Funciones: Médico Auditor
Fecha de Inicio: Agosto 15/2.002
Fecha de Retiro: Diciembre 15 de 2007

Empresa: **Hospital La Victoria**

Cargo: Médico Auditor
Funciones: Auditoria médica Facturación
Fecha de Iniciación: Diciembre 1/2.001
Fecha de Retiro : Abril 30 año 2.003

Empresa: **SECRETARIA DE SALUD DE BOGOTA**

Funciones: Medico regulador de electivas
Fecha de Iniciación: Febrero 16 año 2.001
Fecha de Retiro: Junio 6 año 2.002

Empresa: **Hospital Meissen**

Cargo: Médico Auditor
Funciones: Auditoria médica contestación de glosas
Fecha de iniciación: Abril 1/ 2.000
Fecha de retiro: octubre 31/2.001

Empresa: **Médicos Asociados**

Cargo: Médico General y Médico Urgencias Clínica Federman
Funciones: Urgencias Ayudantías en cirugía consulta promoción y prevención

Fecha de iniciación: Septiembre 9 de 1999
Fecha de retiro: Octubre 31 de 2000
Fecha de iniciación: Febrero 12 de 2001
Fecha de retiro: Abril de 2004

Empresa: **Hospital El Tunal**

Cargo: Médico General
Funciones: Urgencias Generales
Fecha de iniciación: Diciembre 1.992
Fecha de Retiro: Agosto de 1999

Empresa: **Centro Médico San Juan**

Cargo: Médico General

Funciones: Consulta Externa
Fecha de iniciación: Junio 21 de 1.997
Fecha de retiro: Abril 15 de 1.998

Empresa: **Prosalud-IPS-ISS.**

Cargo: Médico General

Funciones: Consulta Externa 12 horas.
Fecha de iniciación: Octubre 1 de 1996
Fecha de retiro: Febrero 10 de 1997

Empresa**: ISS**

Cargo: Médico General
Funciones: Consulta Externa y Urgencias Reemplazos
Urgencias Clínica San Pedro Claver

Fecha de Iniciación: Junio de 1994
Fecha de retiro: Diciembre de 1999

Empresa : **Caja de Previsión Distrital**

Cargo: Médico General

Funciones: Coordinadora del programa de Hipertensión Arterial. CAB SUR
Fecha de iniciación: Abril de 1992
Fecha de retiro: Febrero de 1996

Empresa: **Consultorio Médico Mehebu (Particular)**

Cargo: Médico General
Funciones: Consulta Externa y Terapias alternativas
Fecha de iniciación: Enero de 1992
Fecha de retiro: Octubre de 1996

REFERENCIAS LABORALES

Dr. Rene Granados	Médico Auditor EPS Famisanar Celular 300 5578241

5. REFERENCIAS PERSONALES.

Dra Claudia Gutiérrez de Peñeres	Médico Cirujano General Tel: 3102030474

Atte:

MARTHA ESPERANZA HERNANDEZ BUITRAGO
CC 39691945 Usaquén

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 39691945

HERNANDEZ BUITRAGO
APELLIDOS

MARTHA ESPERANZA
NOMBRES

FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 20-MAY-1964
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.53 ESTATURA | A+ G.S. RH | F SEXO

08-SEP-1983 USAQUEN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-1500101-42112383-F-0039691945-20030704 04850 03185A 01 139795110

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 285264310

PIB
12:49:30

Bogotá DC, 30 de noviembre del 2025

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 ESPERANZA HERNANDEZ BUITRAGO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 39691945:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

Carlos William Rodríguez Millán
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

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 domingo 30 de noviembre de 2025, a las 13:30:23, el número de identificación de la Persona Jurídica, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Número de identificación tributario
No. Identificación	39691945
Código de Verificación	39691945251130133023

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en linea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 11:45:19 AM horas del 09/09/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº 39691945
Apellidos y Nombres: **HERNANDEZ BUITRAGO MARTHA ESPERANZA**

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.

Volver al Inicio

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 04/12/2025 06:03:56 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **39691945** y Nombre: **MARTHA ESPERANZA HERNANDEZ BUITRAGO.**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **128526868** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

TIC

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 39691945 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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

Se expide en Bogotá el 11/09/2025 05:11 PM

Código Verificación: **9GAY5JLQZ8**

Válida hasta: **10/12/2025**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 15:42:07 horas del 09/09/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **39691945,** Apellidos y Nombres **HERNANDEZ BUITRAGO MARTHA ESPERANZA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta.** con NIT **800247350-6** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta

Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23 / 81 - Artículo 63

C3969194500285851
Codigo de verificacion

EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA

CERTIFICA

Que consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones del Tribunal Nacional de Ética Médica el(a) doctor(a) **MARTHA ESPERANZA HERNANDEZ BUITRAGO**, identificado(a) con C.C. No. 39691945 y T.P. o R.M. No. 2883/1992 del(a) Ministerio de Salud y Protección Social, no registra sanciones vigentes.

Nota: Esta certificación de antecedentes contiene las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones que se encuentren vigentes en dicho momento. Link de Verificación de certificado de antecedentes www.tribunalnacionaldeeticamedica.org/certificados/validar/

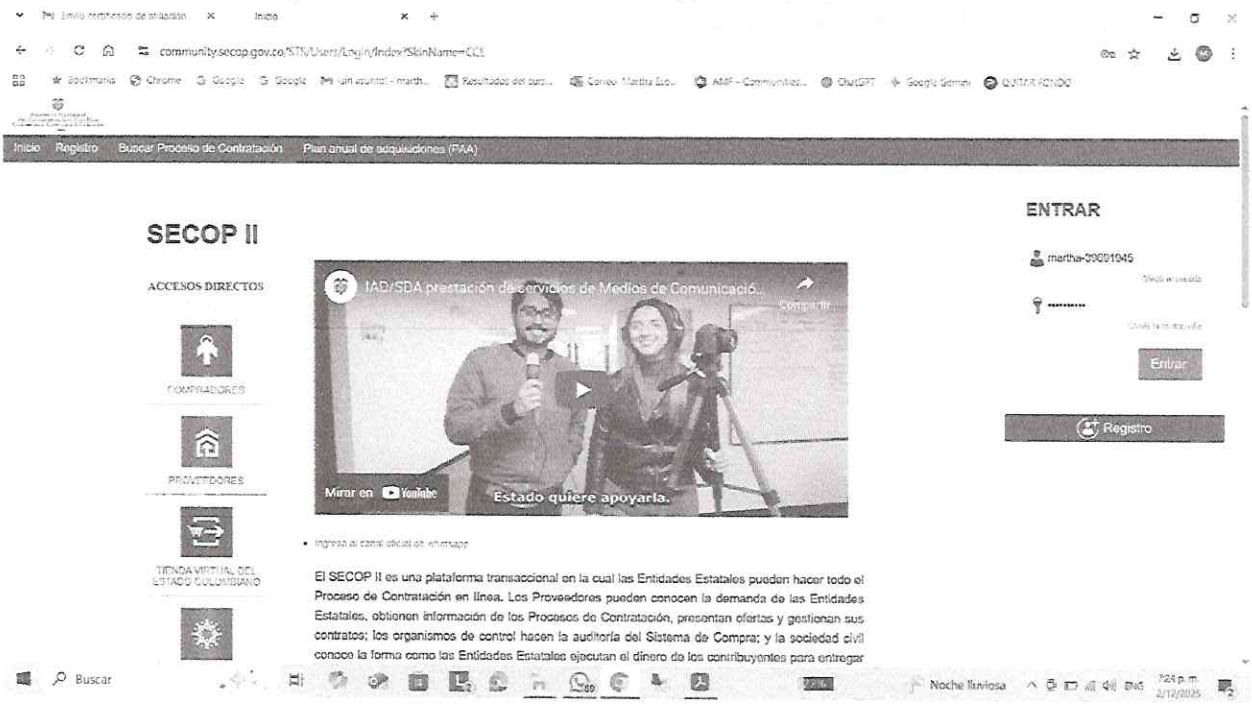
"EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICION DE MÉDICO"

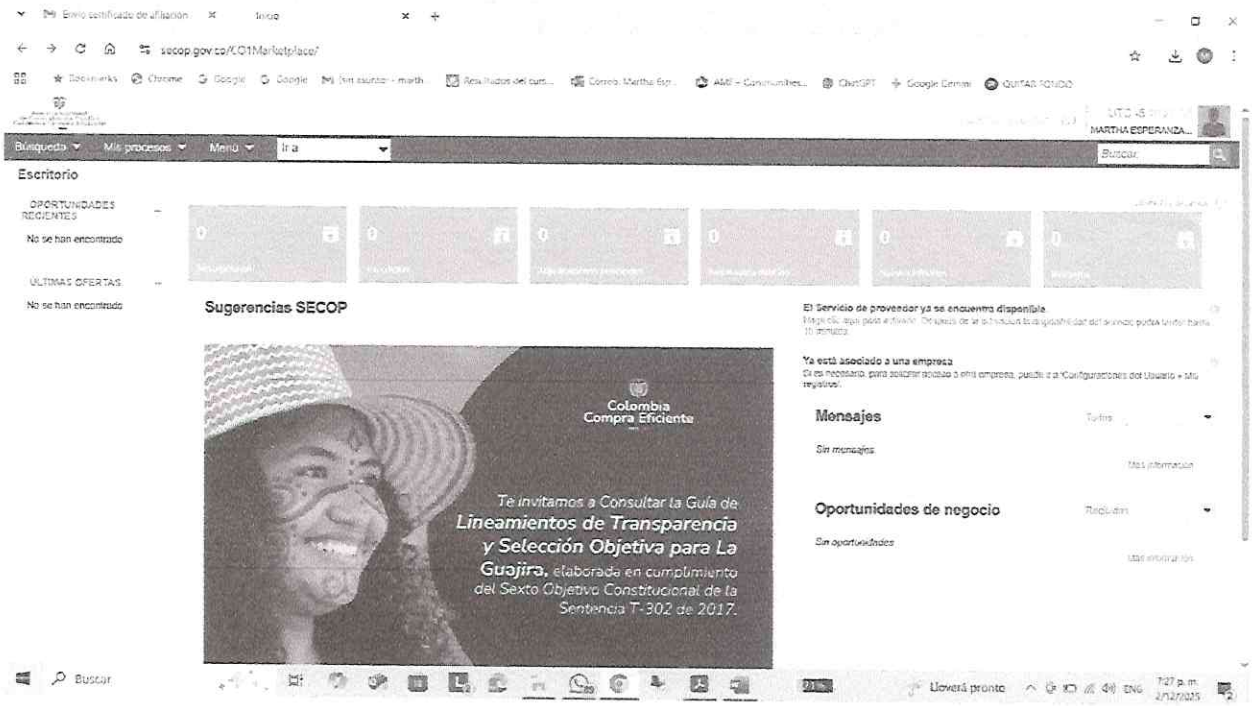
Dada en Bogotá, D. C., el domingo 30 noviembre 2025 a solicitud del(a) interesado(a).

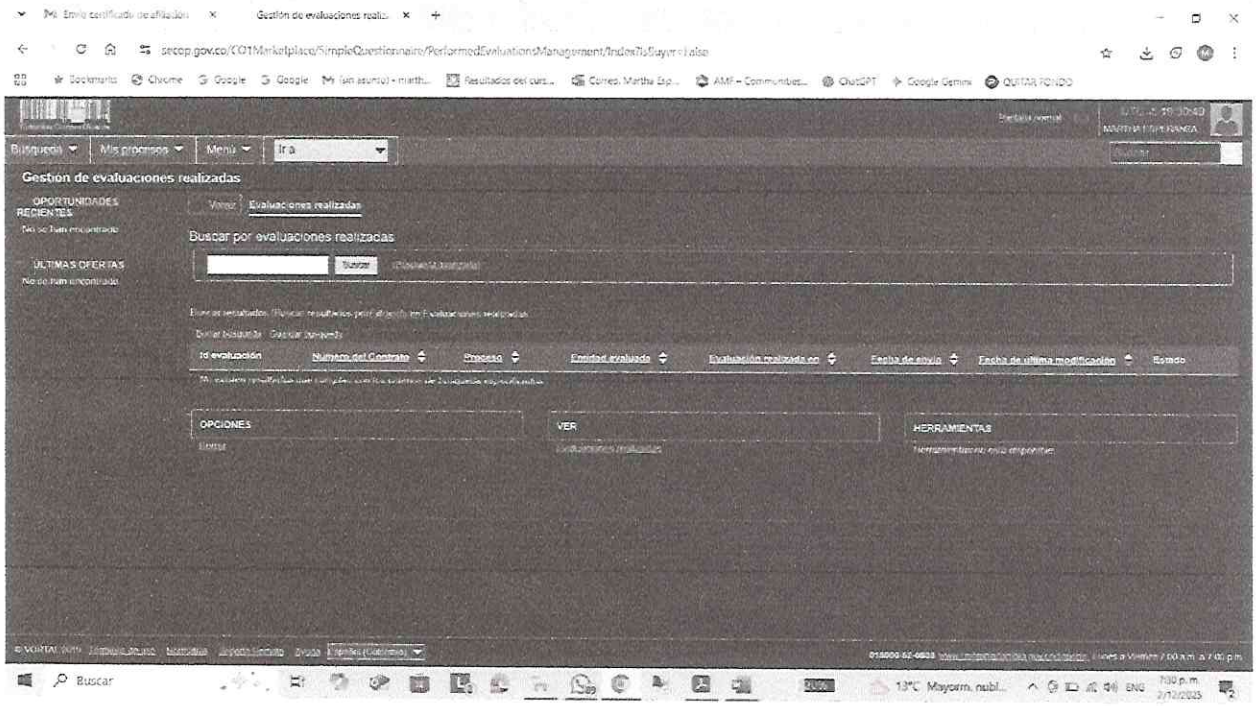
HERMAN REDONDO GOMEZ
Presidente

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

REGISTRO SECOP II






Gestión de evaluaciones realizadas
secop.gov.co/CO1MarketplaceSimpleQuestionnaire/PerformedEvaluationsManagement/Index?isSayv=false
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Gestión de evaluaciones realizadas
OPORTUNIDADES RECIENTES
ÚLTIMAS OFERTAS
Ver:
Evaluaciones realizadas
Buscar por evaluaciones realizadas
Buscar
Id evaluación
Número del Contrato
Proceso
Entidad evaluada
Evaluación realizada en
Fecha de envío
Fecha de última modificación
Estado
OPCIONES
VER
HERRAMIENTAS
Buscar
13°C Mayorm. nubl...
ENG
7:00 p.m.
2/12/2025

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141124632641

(415)7707212489984(8020) 000014112463264 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
3 9 6 9 1 9 4 5	0	Impuestos de Bogotá 3 2	

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	3 9 6 9 1 9 4 5	

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
HERNANDEZ	BUITRAGO	MARTHA	ESPERANZA

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 29 C 75 22 BRR SANTA MONICA

42. Correo electrónico marthaespeherndez@gmail.com

43. Código postal | 44. Teléfono 1 3 1 0 8 8 0 7 0 4 0 | 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 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 2 1	1 9 9 0 0 4 0 6	6 1 1 0	2 0 1 0 0 1 0 1	6 1 2 0	0 0 2 0		1

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	5	4	9																							

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	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 [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024 - 09 - 11 / 19 : 34: 31

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.
Firma del solicitante:

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

984. Nombre HERNANDEZ BUITRAGO MARTHA ESPERANZA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	**FORMATO SARLAFT**	Codigo	TH_FTO_45
		Version	0
		Vigencia	6/07/2022

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

FECHA:	Dic 1/2025	CIUDAD:	BOGOTA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA

Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de carácter obligatorio para la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

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

PROVEEDOR	PARTICULAR	CONTRATISTA OPS	SERVIDOR PUBLICO	OTRO	CUAL:
		X			

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

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

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1964-05-20	BOGOTA	COLOMBIA	COLOMBIANA

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) CASADO(A) X DIVORCIADO(A) UNION LIBRE VIUDO(A)	0	2	3108807040

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA									PROFESION / OFICIO
MAGISTER	POSGRADO	UNIVERSITARIO	BACHILLER	PRIMARIA	TECNICO	TECNOLOGO	OTRO	CUAL:	MEDICO AUDITOR
	X								

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CARRERA 68 a#23-47 APTO 703 BLOQUE 1	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIANA	NO

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
marthaespehernandez@gmail.com	N/A	PROPIA X	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
HERNANDEZ	BUITRAFGO	MARTHA	ESPERANZA

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. X	C.E.	R.C.	NUIP	39691945	USAQUEN	1983-09-08
PASAPORTE	OTRO	CUAL:			ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI X NO	

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA					CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA
	SI X	IVA	SI	NO X		8621 / 6110
	NO	ICA	SI	NO X		PRINCIPAL: X SECUNDARIA: X

GRAN CONTRIBUYENTE	AGENTE RETENEDOR	AGENTE AUTORETENEDOR
SI NO X	SI / NO X	SI / NO X

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI NO X	SI NO X	CENTRO DERMATOLOGICO FEDERICO LLERAS ACOSTA

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO	SERVICIOS	SALUD	# NIT	
			X		890706833-9

EXPORTACIONES AGRICOLA ENERGETICA FINANCIERA TRANSPORTE TECNOLOGIA ALIMENTOS MEDICAMENTOS

OTRA CUAL:

REGIÓN DE SALUD SOACHA	**FORMATO SARLAFT**	Codigo	TH_FTO_45
		Version	0
		Vigencia	6/07/2022

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
AVENIDA 1A N° 13A-61	2428160	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLONMBIA
CARGO ACTUAL	MEDICO AUDITOR		FECHA VINCULACION	OCT 1/2025

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES	$ 2.500.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	$ 61.000.000
HONORARIOS	4,000,000	ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA	$ 1.700.000	PROPIEDADES	$ 750.000.000	DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*	$ 5.600.000	OTROS EGRESOS*	$ 4.300.000	OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	$ 76.000.000
TOTAL INGRESOS	**$ 9.600**	TOTAL EGRESOS	**$ 8.500.000**	TOTAL ACTIVOS	**$ 750.000.000**	TOTAL PASIVOS	**$ 139.000.000**

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS
PENSION	N/A	N/A	CREDITO DE LIBRE INVERSION

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
COGOLLOS	SARMIENTO	CLAUDIA	SOFIA
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
CARRERA 69 #69-62	Bogota	amigos	311824427 0

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
AV VILLASD	CREDITO DE LIBRE INVERSION	0003064451-8	SALITRE PLAZA	6014231010

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ O ☒

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐

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 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":

1. Que los recursos que entregue y entregaré a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):

Medico Auditor

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 del la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA 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 al la ESE Región de Salud Soacha a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con el la ESE Región de Salud Soacha en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo tanto al la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de 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 últimos tres meses + declaración de renta si es declarante

	FORMATO SARLAFT	Codigo	TH_FTO_45
		Version	0
		Vigencia	6/07/2022

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) dias, expedido por la Cámara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripción en el Rit.
4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaración 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 según 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, CREDITICIA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAISES.

CONSIDERACIONES

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

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, con Nit. 800006850-3, ubicada en la Calle 13 No. 9-97 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:

A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.

B. Que la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:

1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o sus Unidades 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 determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para accederé a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envio de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envió 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 finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia 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 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA 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 jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Titulo I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.
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 ESE Región de Salud Soacha y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La ESE Región de Salud Soacha y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Calle 13 No. 9-97, Soacha, Teléfono (601) 730 92 30) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO).

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

IX. FIRMA Y 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

Famisanar EPS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) MARTHA ESPERANZA HERNANDEZ BUITRAGO identificado(a) con CC 39691945 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	**01/07/2011**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR**
Categoría:	**B**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en **QUIEN** , a los 02 días del mes diciembre del 2025.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MARTHA ESPERANZA HERNANDEZ BUITRAGO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **39691945,** se encuentra afiliado/a desde **01/05/2011** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES.**

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 02 de diciembre de 2025.

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
HERNANDEZ	BUITRAGO	MARTHA ESPERANZA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 39691945	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 20 MES 05 AÑO 1964

PAÍS COLOMBIA

DEPTO BOGOTÁ. D.C.

MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 68A 23 47 apto 703 bloque 1

PAÍS COLOMBIA DEPTO BOGOTÁ. D.C.

MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.

TELÉFONO 3108807040 EMAIL marthaespehernandez@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA ESPECIALIZADA) **UN** (UNIVERSITARIA)

ES (ESPECIALIZACIÓN) **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER) **DOC** (DOCTORADO O PHD)

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

MODALIDAD ACADEMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
POSTGRADO	3	X		ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE LA CALIDAD Y AUDITORIA EN SALUD	12	1997	
PREGRADO	12	X		MEDICINA	12	1989	15.377

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:

INF (EDUCACIÓN INFORMAL) **TR_DES** (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 IDIOMAS

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

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

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD AGM SALUD CTA - SERVISALUD QCL			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍ* CSOLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	22	*Mes*	12	*Año*	2021	*Día*	12	*Mes*	07	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL AAUDITOR MEDICO	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA - AUDITORIA						*DIRECCIÓN* CALLE 26 85D 55 OESTE calle 26 #85D55					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD FAMISANAR EPS			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍ* CSOLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	23	*Mes*	05	*Año*	2011	*Día*	11	*Mes*	11	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL AAUDITOR MEDICO	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA - AUDITORIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 13 93 85 carrera13#93-85					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CAJA DE COMPENSACIÓN COMFACUNDI			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍ* CSOLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3790909	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	25	*Mes*	03	*Año*	2010	*Día*	22	*Mes*	05	*Año*	2011
CARGO O CONTRATO ACTUAL AAUDITOR MEDICO	*DEPENDENCIA* "AUDITORIA MEDICA"						*DIRECCIÓN* CALLE 53 10 39 calle 53 #10-39					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD E.P.S SALUD TOTAL			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍ* CSOLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3055882164	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	03	*Mes*	02	*Año*	2009	*Día*	08	*Mes*	06	*Año*	2009
CARGO O CONTRATO ACTUAL AAUDITOR MEDICO	*DEPENDENCIA* "AUDITORIA MEDICA"						*DIRECCIÓN* CARRERA 68 13 50 carrera 68 # 13-50					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EPS ECOOPSOS			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍ* CSOLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3415190088	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	11	*Mes*	11	*Año*	2005	*Día*	14	*Mes*	12	*Año*	2007
CARGO O CONTRATO ACTUAL AAUDITOR MEDICO	*DEPENDENCIA* "AUDITORIA MEDICA"						*DIRECCIÓN* AVENIDA 72 50 34 Avenida 72 #50-34					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD E.P.S ECOOPSOS			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍ* CSOLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3415190088	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	08	*Año*	2002	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2005
CARGO O CONTRATO ACTUAL AAUDITOR MEDICO	*DEPENDENCIA* "AUDITORIA MEDICA"						*DIRECCIÓN* AVENIDA 72 50 34 Avenidad 72 #50-34					

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	19	7
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI _NO X ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Bogotá Septiembre 3/2025

9 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

	FORMATO DE OFERTA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	PROCESO: Gerencia del talento humano	CÓDIGO	TH_FTO_13
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	05/07/2022

Soacha, 2 de Diciembre de 2025

NOTIFICACION DE INFORMACION

Yo Martha Esperanza Hernández Buitrago, identificado(a) con cedula No. 39691945 de Usaquén, interesado(a) en la oferta deprestación de servicios de: Auditor Medico , manifiesto haberrecibido la información correspondiente por parte del Coordinador del área para el desarrollo de las actividades publicadas en las páginas de empleo www.computrabajo.com.co y/o el www.empleo.com.

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

Si su respuesta es negativa agradecemos exponga brevemente su decisión:

_____

_____

_____

_____

Atentamente,

Martha Hernández

C.C. 39691945

Soacha, 2 de diciembre de 2025

Señores,
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA
E. S. M.

Yo Martha Esperanza Hernandez Buitrago, identificado (a) con Cedula de ciudadanía No. 39691945 de Usaquén, por medio del presente documento mepermito manifestar que:

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

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

Cordialmente,

Martha Hernández

C.C. No. 39691945 de Usaquén

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	FORMATO PARA REALIZAR LA AFILIACIÓN A LA ARL		
	PROCESO: Gerencia del talento humano	CÓDIGO	SSO_FTO_01
		VERSIÓN	01
		VIGENCIA	12/03/2024

ARL SURA

DATOS DEL CONTRATISTA:

Nombre y apellido: Martha Esperanza Hernández Buitrago

N.º Documento: 39691945

Fecha de Nacimiento: mayo 20/1964

Dirección: carrera 68 A # 23-47 apto 703 bloque 1

Teléfono. Fijo – Celular: 3108807040

E-mail: marthaeespehernandez@gmail.com

EPS: Famisanar

AFP: Colpensiones

Firma Contratista:

NOTA: En caso de estar afiliado a otra ARL favor allegar con este formato la copia de la afiliación y de igual forma es de carácter obligatorio el diligenciamiento del formato de solicitud de afiliación 2024 que se encuentra en el drive y fue compartido a cada uno de los responsables de su diligenciamiento.

Medellín, 29 de december de 2025

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

CERTIFICA:

Que MARTHA ESPERANZA HERNANDEZ BUITRAGO identificado(a) con cédula de ciudadanía 39691945 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 30/12/2025 **Fecha fin cobertura:** 30/06/2026

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS N800006850

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDIOLOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2.436%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - TRABAJADORES INDEPENDIENTES

CLASE: 3 **PORCENTAJE:** 2.436% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDIOLOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDIOLOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3861001

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2.436%

Su pago lo debe realizar con riesgo null (null %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

null

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 29/12/2025 8.36 PM

Dirección IP: 38.52.157.29, 192.230.104.1, 172.16.42.57

	AUTORIZACIÓN CONSULTA TITULOS ACADEMICOS		
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	PROCESO: Gerencia del talento humano	CÓDIGO	TH_FTO_31
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	5/07/2022

Soacha diciembre 2/2025

Señores:

Escuela de Medicina Juan N corpas

(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 Esperanza Hernandez Buitrago en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política de Colombia establece "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 Articulo 4 de la ley 1581 de 2012 y de conformidad con el Decreto 1377 de 2013, en el que se establecen los principios para el tratamiento de datos personales, en cuanto al principio de libertad "el tratamiento solo 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 cuanto a datos personales en mi calidad de egresado. Solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes emitir respuesta a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, sobre la idoneidad de mi título como:

Médico Cirujano General

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

N° Documento 39691945

Tarjeta Profesional N° 15.377

Dirección de contacto carrera 68ª #23-47 apto 703 bloque 1

Teléfono 3108807040

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

Yo Martha Esperanza Hernandez Buitrago_identificado (a) con cédula de ciudadanía número _ 39691945, expedida en _Usaquén , en mi condición decontratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**, usuario (a) de los aplicativos y herramientas del sistema de información de la Entidad, entiendo y acepto las siguientes condiciones, compromisos, derechos y deberes relacionados: **CLÁUSULA PRIMERA:** Definición de información confidencial**.** La confidencialidad es uno de los principios que regula la actividad del tratamiento de datos personales, en virtud del cual, las personas que intervengan en la recolección,almacenamiento, uso, divulgación y control de estos datos están obligadas, en todo tiempo, a garantizar la reserva de la misma, incluso después de finalizar sus relaciones con el responsable del tratamiento, hállese esta en forma escrita, oral, visual, grabada en medios magnéticos o en cualquier otra forma tangible. **CLÁUSULA SEGUNDA:** Propiedad de la información: La información suministrada pertenece a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA** y a sus respectivos titulares, no pudiendo ser utilizada para fines distintos al cumplimiento de las actividades contractuales. **CLÁUSULA TERCERA:** Objeto de la confidencialidad**:** El presente compromiso de confidencialidad y no divulgaciónde la información, tiene por objeto señalar y especificarlas políticas de confidencialidad que debe cumplir el contratista, respecto del acceso, consulta y uso de la información confidencial que produce y administra la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA. CLÁUSULA CUARTA:**

Obligaciones del contratista**.** Como contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**, me obligo a mantener estricta reserva de confidencialidad sobre la información que conozca o cause con ocasión del desarrollo de mis actividades contractuales y a no divulgar a terceras personas sin autorización del supervisor y/o directivas de la Entidad. También me comprometo a no usar la información suministrada para fines diferentes a los establecidos, a no revelar, divulgar, exhibir, mostrar, hacer circular, compilar, sustraer, ofrecer, vender, intercambiar, captar, interceptar, modificar, almacenar, replicar, complementar o crear bases de datos con la información confidencial. Igualmente, no utilizare la información confidencial de forma que pudiere causar perjuicio directo o indirecto a los titulares de la información o a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA. Parágrafo Primero.** Como contratista responderé frente al Hospital por la utilización indebida de la información y me someteré al régimen del ordenamiento jurídico colombiano en caso de incumplimiento de

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

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

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

ITEM	DESCRIPCION	MARCAR CON X
1	BASE DE DATOS PERSONALES DE USUARIOS, EMPRESAS, ENTIDADES DE SALUD, FUNCIONARIOS Y CONTRATISTAS	X
2	APLICATIVOS FUENTES DE INFORMACIÓN: • DATADOC • SIVIGILA • SIVISALA • MANGO • PAI WEB • DINAMICAGERENCIAL HOSPITALARIA • PLATAFORMA INSTITUCIONAL DE CAPACITACIONES	 X X X
3	FICHAS DE NOTIFICACIÓN EPIDEMIOLOGICAS	
4	HISTORIAS CLÍNICAS	
5	BASES DE DATOS SISBEN – REGIMEN SUBSIDIADO – REGIMEN CONTRIBUTIVO	X
6	INFORMACION PRIVILEGIADA Y RESERVADA – SECRETO PROFESIONAL	X

Para constancia se firma en Soacha, a los Veinticuatro (24) de noviembre de 2025_

Firma y huella

3108807040

Celular No.

Correo institucional.

Soacha, 2 de diciembre de 2025.

Señores
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA
Soacha (Cundinamarca)

Yo Martha Esperanza Hernández Buitrago con C.C. 39691945 expedida en Usaquén, declaro bajo la gravedad de Juramento que no me encuentro incurso, en causales de inhabilidades e incompatibilidades de conformidad con las normas vigentes que regulan el tema: articulo 8 y 9 Ley 80/93, Ley 1150/2007 y Decretos reglamentarios.

De igual manera declaro no encontrarme, en ninguna de las siguientes causales: Conflicto de Intereses, Ser servidor público, caducidad, destitución, responsabilidad fiscal, cesación de pagos, concurso de acreedores, embargos judiciales, liquidación y cualquier otra circunstancia que permita presumir incapacidad o imposibilidad jurídica, económica o técnica para cumplir con el objeto del contrato.

Atentamente,

Martha Hernández

C.C. 39691945

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: Martha Esperanza
Apellidos: Hernandez Buitrago
Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte PEP otro cuál:
No. 39691945
Fecha de nacimiento: Día 20 Mes 05 Año 1964

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: Martha Esperanza.
Apellidos: Hernandez Buitrago.
Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte PEP otro cuál:
No. 39691945
Fecha de nacimiento: Día 20 Mes 05 Año 1964

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	10-04-21	PFIZER	504 ER 9449	HOME SALUD Asistencia Médica Integral Domiciliaria NIT. 830.063.394-8	Julieth Mancholla C.C. [illegible] Bogotá	
	2	02-5-21	PFIZER	ER 9449	Innovar salud	Jessica Curacas	1117821943
		04 ENE 2022	ASTRAZENECA	MNOZZA	PROYECTAR SALUD SAS	Lidia Cuastumal Aux. Enfermeria CC 1086755351	

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
2do refuerzo COVID-19	1	25/08/22	PFIZER	PC4007J5	PROYECTAR SALUD SAS	Erika Rodriguez C.C. 1.007.398.440 Aux. de Enfermeria	
	2						

SERVISALUD OCUPACIONAL IPS

CONCEPTO DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL

FECHA 26-ago.-2024 **HORA** 10:48:16
EMPRESA PARTICULAR
TIPO DE EXAMEN: INGRESO
INFORMACIÓN GENERAL:
Nombre del Trabajador: Martha Esperanza Hernandez Buitrago
Edad 60 años 3 meses 6 dias
Documento de Identificación: CC Número: 39691945
Cargo MEDICO AUDITOR

APTO PARA LABORES ASIGNADAS.

EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

Otras Recomendaciones: 1. Practicar ejercicio físico en forma habitual (Mínimo tres veces a la semana). // 2. Incluir y hacer seguimiento en los sistemas de vigilancia implementados en la empresa de acuerdo con la exposición laboral.// 3. Capacitar en higiene postural y permitir la realización de recesos saludables durante 10 a 15 minutos cada 4 horas durante la jornada laboral o según programa de la empresa. // 4. Uso adecuado de Elementos de Protección Personal (EPP) durante jornada de trabajo según exposición y actividad laboral. // 5. Debe usar lentes correctivos formulados por optómetra durante su jornada laboral para tareas que requieran visión lejana y/o cercana.
MEDICO: Normal. OSTEOMUSCULAR. Normal
REMISIÓN A EPS?: NO.
CONSENTIMIENTO: Autorizo a SERVISALUD OCUPACIONAL IPS para realizar los exámenes médicos necesarios, comprendiendo los riesgos y beneficios. Acepto el tratamiento de mis datos personales con fines de salud ocupacional y otros legales, garantizando la confidencialidad. Entiendo y acepto el uso de mi firma, fotografía y huella digital para verificar mi identidad. Declaro haber leído y comprendido el documento antes de otorgar mi consentimiento.

"El examinado certifica que no omitió ningún dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales , personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud, y que toda la información expresada en este documento es cierta "
LOS RESULTADOS FUERON CONSIGNADOS EN UNA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL QUE REPOSA EN NUESTRA IPS

Médico		**Trabajador**	
Firma	LIC SST N°3508 19-07-22 Reg Med N° 72173322	Firma	
Nombre:	JOSE GERARDO GUZMAN ROMANO	Nombre:	Martha Esperanza Hernandez Buitrago
RM.	LIC.SST#3508 de 19 Lic.SO:	CC N°	39691945

Huella

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos:	MARTHA ESPERANZA HERNANDEZ BUITRAGO	**Identificación:**	CC: 39691945
Fecha de Nacimiento:	1964-05-20	**Edad:**	61
Género:	F	**RH:**	A +
Estado civil:	CASADO	**Escolaridad:**	UNIVERSITARIO
Estrato:	3	**Ciudad:**	BOGOTA, D.C.
Dirección:	CRA 68A #23-47	**Teléfono:**	3108807040
Acompañante:		**Tel. Acompañante:**	
Empresa:	PARTICULAR MEDICINA	**Cargo:**	INDEPENDIENTE MEDICO AUDITOR
Ciudad - Sede:	BOGOTA, D.C.	**Sede:**	BOGOTA TEUSAQUILLO
TIPO EXAMEN:	EXAMENES COMPLEMENTARIOS	**ENFASIS:**	NINGUNO,

VISIOMETRIA OCUPACIONAL

TIPO EXAMEN Y DATOS EMPRESA

TIPO EXAMEN

ENFASIS

DATOS EMPRESA

RAZON SOCIAL		CAMPO ADICIONAL1	
CAMPO ADICIONAL 2		CARGO	
PROFESION			

ANTECEDENTES OCULARES

ANTECEDENTES OCUPACIONALES	NO	OBSERVACIONES	USA GAFAS PERMANENTE ULTIMO EXAMEN VISUAL 8 MESES NO REFIERE MOLESTIA VISUAL EXPUESTO A LUZ ARTIFICIAL Y PANTALLAS

EN LA EMPRESA ACTUAL

ACCIDENTE OCULAR	NO	OTROS	

FORMATO MANUAL

ORMATO MANUAL	NO

ANTECEDENTES FAMILIARES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NO	OBSERVACIONES	

ANTECEDENTES PERSONALES Y OCULARES

ALTERACIONES TIROIDEAS	NO	ACCIDENTE OCULAR	NO
DIABETES MELLITUS	NO	GLAUCOMA	NO
QUIRURGICOS	NO	CATARATAS	NO
FARMACOLOGICOS	NO	AMBLIOPIA	NO
PATOLOGICOS	NO	PATOLOGIA OCULAR	NO
RINITIS	NO	DEFECTOS REFRACTIVOS	SI
TRAUMA CRANEO ENCEFALICO	NO	PTERIGIO	NO
HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA	NO	TRATAMIENTOS ORTOPTICOS	NO
ENFERMEDADES CEREBRO VASCULAR	NO	CIRUGIA OCULAR	NO
OTROS	NO	ESTRABISMO	NO
OBSERVACIONES	NINGUNO		

AGUDEZA VISUAL

PRUEBA CON CORRECCION OPTICA	SI	CUAL	PROGRESIVOS
CERCA LEJOS VIS	AMBOS		

VISION LEJANA

SIN CORRECCION OD		CON CORRECCION OD	20/20
SIN CORRECCION OI		CON CORRECCION OI	20/20
SIN CORRECCION AO		CON CORRECCION AO	20/20

VISION PROXIMA

SIN CORRECCION OD		CON CORRECCION OD	20/20
SIN CORRECCION OI		CON CORRECCION OI	20/20
SIN CORRECCION AO		CON CORRECCION AO	20/20

MOTILIDAD OCULAR

OBSERVACIONES	NORMAL

PRUEBAS SENSORIALES

PERCEPCION CROMATICA ISHIHARA	NORMAL - 15/15	ESTEREOPSIS (PERCEPCION DE PROFUNDIDAD) SEGUNDOS DE ARCO	40 SEGUNDOS DE ARCO
OBSERVACIONES	NORMAL CON CORRECCION		

EVOLUCION

EVOLUCION

RECOMENDACIONES

USO DE CORRECCIÓN VISUAL	PERMANTE	USO DE EPV	
VALORACION POR OFTALMOLOGIA		VALORACION POR OPTOMETRIA	
RECOMENDACIONES GENERALES	DEFECTO REFRACTIVO CORREGIDO USO PERMANENTE Y HACER PAUSAS VISUALES		

RECOMENDACIONES-TEXTOS

VALORACION COMPLEMENTARIA VISIOMETRIA	Su capacidad Visual está en los rangos aceptables para su ocupación, se indican controles rutinarios anuales con su optómetra.||Uso de corrección permanente	TEST DE COLORES COMPLEMENTARIOS	

IMPRESION DIAGNOSTICA

Omnisalud
Para toda la vida
ORGANIZACION MEDICO ODONTOLOGICA NACIONAL INTEGRADA S.A.
NIT: 811037385-2

REFRACTIVO

BUENA AGUDEZA VISUAL		OBSERVACIONES	
BUENA AGUDEZA VISUAL CON CORRECCION OPTICA ACTUAL	1	OBSERVACIONES	DE LEJOS Y DE CERCA AMBOS OJOS
DISMINUCION AGUDEZA VISUAL		OBSERVACIONES	
VISION SUBNORMAL O BAJA VISION		OBSERVACIONES	

CONTROLES

MENSUAL		BIMENSUAL	
TRIMESTRAL		SEMESTRAL	
ANUAL	1		

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada del día de hoy, los resultados de las pruebas paraclínicas y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante

Consentimiento Informado del Trabajador:

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud.

M. Hernandez

Firma:
Nombre: MONICA BIBIANA GUERRA PERDÓMO
R.M. / TP: TP.52483852

Firma:
Nombre:
Documento:

LA REPUBLICA DE COLOMBIA
y en su nombre

EL COLEGIO DE NUESTRA SEÑORA DE LA PRESENTACION - CENTRO

Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional, según Resolución

Nº 689 *del* 8 *de abril de* 1948

CONFIERE A

Martha Esperanza Hernández Buitrago

Identificado con T. I. No 640520-07798 *de* Bogotá

el título de

BACHILLER ACADEMICO

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, según los planes y programas vigentes.

Rector Hna. Judith Arias *Secretario* Hna. San Pedro de Alcantara

Dado en Bogotá *a* 28 *de* Noviembre *de* 1981

Anotado al folio ..... *Libro de Registro No.* .....

COLEGIO DE NUESTRA SEÑORA DE LA PRESENTACION DIRECCION

COLEGIO DE NTRA. SRA. DE LA PRESENTACION SECRETARIA

SOMO NOTARIO NOVENO DE ESTE CIRCULO HAGO CONSTAR QUE ESTA FOTOCOPIA COIN CIDE CON SU ORIGINAL QUE HE TENIDO A LA VISTA 30 NOV 1981 BOGOTA D. E.

IDENTIFICACION DEL PLANTEL

COLEGIO DE NTRA. SRA. DE LA PRESENTACION - CENTRO

DIRECCION Calle 19 No. 19-27

TELEFONO 2776542 JORNADA Mañana

Inscripción S. E. D. 46

Inscripción DANE 311001-17552

ACTA INDIVIDUAL DE GRADUACION

En la ciudad de Bogotá.D.E. a los veintiocho (28) días del mes de Noviembre del año 1981, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, las suscritas Directora y Secretaria en la Rectoría del Colegio de Nuestra Señora de la Presentación - Centro, Institución aprobada hasta el undécimo grado en el Nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el Título de Bachiller Académico, según Resolución No. 689 del 8 de Abril de 1948.

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 al graduando cuyo nombre, apellido y número de documento de identificación se relaciona a continuación:

(57) Hernández Buitrago Martha Esperanza T.I. 640520-07796 Bogotá.

Es fiel copia tomada del Acta original general No. 1 de fecha 28 de Nbre. de 1981 que consta de 117 alumnos que comienza con el nombre de Alfonso Jiménez Elizabeth y se cierra con el nombre de Vásquez Almanza Martha Yanet firmado y sellado por Hna. Judith León Guevara (Directora) y Hna. San Pedro de Alcántara (Secretaria).

Dada en Bogotá a los 7 días del mes de Diciembre de 1981.

NOTARIA QUINTA
CIRCULO DE SANTAFE DE BOGOTA, D.C.
- COPIA DE ORIGINAL -
El Notario Quinto del Círculo de Santafé de Bogotá, D.C., certifico que bajo el respectivo cotejo - la presente copia coincide exactamente con el original tenido a la vista.
Santafé de Bogotá, D.C.
23 JUN. 1992
RODRIGO ESCOBAR NAVIA

ESCUELA DE MEDICINA JUAN N. CORPAS

14-12-92
002833

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD
SUBDIRECCION
de Recursos Humanos del Sector

En nombre de la República de Colombia
y por autorización del Ministerio de Educación Nacional

La Escuela de Medicina Juan N. Corpas

teniendo en cuenta que

Martha Esperanza Hernández Buitrago

C.C. Nº 39.691.945 de Usaquén

culminó satisfactoriamente los programas académicos de la Escuela, correspondientes a tres años de estudios básicos y tres años de entrenamiento médico quirúrgico y aprobó los exámenes de revisión de ciencias básicas

le confiere el título de:

Médico y Cirujano General

y le otorga el presente Diploma que lo acredita como tal, refrendándolo con las firmas y sellos respectivos.

Bogotá 28 de Abril de 1990

Nº 1315

EL RECTOR

EL DECANO

EL VICEDECANO

EL DECANO ASOCIADO

EL SECRETARIO GENERAL

EL DECANO DE ESTUDIANTES

MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL
REGISTRADO: LIBRO 92 FOLIO 7.H.
BOGOTA D.E. 21 de Febrero de 92

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

FUNDACION ESCUELA DE MEDICINA
JUAN N. CORPAS
SUBA, D. E. Avenida a Flores de los Andes Km. 3
Teléfonos: 681 56 12 - 681 35 58

ESCUELA DE MEDICINA JUAN N. CORPAS

ACTA DE GRADO Nº 128

En la ciudad de Bogotá, D.E., Municipio anexado de Suba el día 28 del mes de Abril de 1.9 90 se llevó a cabo el acto de graduación, presidido por los Honorables Miembros del Consejo Decanaticio Señores Doctores JORGE PIÑEROS CORPAS Rector, ALVARO VARGAS PULIDO Decano, MAX LLORENTE CUEVAS Vice-decano, VICTOR CANAL RIOS Decano Asociado, LUIS DAVID MONTAÑA Decano de Estudiantes y MANUEL FORERO JIMENEZ Secretario General.----------

en el cual la Escuela de Medicina Juan N. Corpas, autorizada para el efecto según Resolución Nº 3268 del día 23 del mes de Diciembre/88 emanada del ICFES, y previo el juramento reglamentario, confirió el título de

MEDICO Y CIRUJANO GENERAL

a MARTHA ESPERANZA HERNANDEZ BUITRAGO

identificado (a) con C.C. Nº 39.691.945 de Usaquén quien cumplió con los requisitos académicos, disciplinarios y de cumplimiento exigidos por la misma, con las exigencias establecidas en los Reglamentos de la Escuela y con las normas legales; y le otorgó el Diploma Nº 1.315 que lo (a) acredita como tal.

En fe de lo anterior se firma la presente acta de grado, en la ciudad de Bogotá a los veintiocho días del mes de Abril de 1.990.----------

Es fiel copia tomada del original, en lo pertinente.

NOTARIA - COPIA - Notaría Cuarto del Círculo de Santafé de Bogotá, D.C., certifico que previo el respectivo cotejo - la presente copia coincide exactamente con el original tenido a la vista. Santafé de Bogotá D.C. 1992 ROBERTO ESCOBAR NAVIA

Dr. MANUEL FORERO JIMENEZ
Secretario General

EM - 02

REPUBLICA DE COLOMBIA

CODIGO:430200

MINISTERIO DE SALUD

RESOLUCION NUMERO 002883 DE 199

Por la cual se concede una autorización

EL SUBDIRECTOR DE RECURSOS HUMANOS DEL SECTOR

En ejercicio de la delegación conferida por Resolución Número 8078 de Junio 26 de 1991 según facultad conferida por el Decreto 3134 de 1956, y

CONSIDERANDO:

Que MARTHA ESPERANZA HERNANDEZ BUITRAGO con C.C. No. 39'691.945

de USAQUEN ha solicitado el registro de su TITULO

De MEDICO Y CIRUJANO GENERAL

Que le otorgó LA ESCUELA DE MEDICINA JUAN N. CORPAS, el 28 de abril de 1990

Que dicho TITULO se encuentra debidamente refrendado en la Secretaría de Educación de BOGOTA

Al folio 7-H del libro 92 de 21 de febrero de 1992

Que CUMPLIO CON EL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO EN EL CENTRO MEDICO SAN CAMILO

RESUELVE:

ARTICULO UNICO .- Autorízase a MARTHA ESPERANZA HERNANDEZ BUITRAGO para ejercer la profesión de MEDICO Y CIRUJANO GENERAL en el territorio nacional, previa anotación correspondiente

COMUNIQUESE Y PUBLIQUESE

Por el Ministro de Salud.

14 ABR. 1992

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA
RESOLUCION 24195 DE 1983 MINEDUCACION

ESCUELA DE POSTGRADOS

Acta de Grado No.29

En atención a que HERNANDEZ BUITRAGO MARTHA ESPERANZA

Identificada con la Cédula de Ciudadanía Número 39.691.945 expedida en Usaquén cumplió con todos los requisitos y terminó satisfactoriamente el plan de estudios correspondiente a la Especialización en GERENCIA DE LA CALIDAD Y AUDITORIA EN SALUD, programa aprobado mediante Acta No. 21 del 30 de Junio de 1995 del Consejo Superior Universitario.

La UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA, le otorga el título de:

ESPECIALISTA EN GERENCIA DE LA CALIDAD Y AUDITORIA EN SALUD

El Rector, en nombre y representación de la Universidad Cooperativa de Colombia, previo el juramento estatutario, le hizo entrega del diploma correspondiente.

La presente Acta de grado fue aprobada por el Consejo Académico Seccional mediante el Acuerdo No. 02 en la ciudad de Santa Fe de Bogotá, en sesión del día 21 de Julio de 1998.

CESAR A. PEREZ GARCIA
Rector

ROQUE JULIO MORENO ESTEVEZ
Secretario General

Universidad Cooperativa de Colombia

Personería Jurídica Resolución 24195 del 20 de Diciembre de 1983
por el Ministerio de Educación Nacional

En atención a que:

Martha Esperanza Hernández Buitrago

Cédula de Ciudadanía No. 39.691.945 *de* Usaquén

Ha cumplido con todos los estudios que los Estatutos Universitarios exigen para optar al Título de

Especialista en Gerencia de la Calidad y Auditoría en Salud

Le expide el presente Diploma. En testimonio de ello se firma y refrenda con los sellos respectivos en Santafé de Bogotá, D.C.- República de Colombia, a los 21 días del mes de Julio de 1998.

Rector Nacional

Director Escuela de Postgrado

Secretario General

Director Seccional

Jefe de Registro y Control Académico

Anotado al Folio No 242
Libro de Registro Interno No 1
Registro de Diploma No 1614

Santafe de Bogota, a los *dias*
del mes de *1998*

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
IDENTIFICACION UNICA DEL
TALENTO HUMANO EN SALUD

Libertad y Orden

Registro No.
11 2883/1992

Profesión u Ocupación
MEDICO

Nombres y Apellidos
HERNANDEZ BUITRAGO MARTHA ESPERANZA

C.C. o C.E.
CC 39691945

De
BOGOTÁ, D.C.

Institución de Educación
E.M.J.N. CORPAS

Ciudad
BOGOTÁ, D.C.

Código
68725/11

Fecha de Expedición
18/07/2011

FIRMA

FIRMA
MINISTRO DE LA PROTECCION SOCIAL O SU DELEGADO

ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PUBLICO Y SE EXPIDE DE CONFORMIDAD CON LA LEY No. 1164 DEL 3 DE OCTUBRE DE 2007. SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA, FAVOR DEVOLVERLA AL MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL.

ReTHUS

web.sispro.gov.co/THS/Cliente/ConsultasPublicas/ConsultaPublicaDeTHxIdentificacion.aspx

GOV.CO | SISPRO - Aplicativos Misionales

Menú | Salud | Iniciar Sesión | Registrarse

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *	Número de Identificación *	Primer Nombre	Primer Apellido
Cedula de Ciudadania	39691945	Martha	Hernandez

Confirme los números de la Imagen *

5 52

Cambiar

9317

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General 2025-12-04 6:08:26 AM

CC	39691945	MARTHA	ESPERANZA	HERNANDEZ	BUITRAGO	Vigente	Ver

De conformidad con los articulos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) MARTHA ESPERANZA HERNANDEZ BUITRAGO identificado(a) con CC 39691945 registra La siguiente información:

ReTHUS

web.sispro.gov.co/THS/Cliente/ConsultasPublicas/ConsultaPublicaDeTHxIdentificacion.aspx

Cambiar

9317

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General 2025-12-04 6:08:26 AM

CC	39691945	MARTHA	ESPERANZA	HERNANDEZ	BUITRAGO	Vigente	Ver

De conformidad con los articulos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) MARTHA ESPERANZA HERNANDEZ BUITRAGO identificado(a) con CC 39691945 registra La siguiente información:

2025-12-04 6:08:26 AM

Información Académica

UNV	Local	Medicina	1992-04-14	2883	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Unico Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGION DE SALUD SOACHA

CERTIFICA QUE:

Martha Esperanza Hernandez Buitrago

Realizó el curso de:

INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

ROSANA ALEXANDRA SANTOS ANGEL
CAPACITADOR

DR, JORGE ENRIQUE PEDRAZA
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO

Fecha de Emisión: diciembre 5, 2025

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGIÓN DE SALUD
SOACHA

CUNDINAMARCA
REGIÓN
Dos Progresa!
EN COMUNICACIÓN

EL SUSCRITO GERENTE DEL HOSPITAL LA VICTORIA, EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, TERCER NIVEL DE ATENCION

HACE CONSTAR

Que la señora MARTHA ESPERANZA HERNANDEZ BUITRAGO , identificada con la cédula de Ciudadanía Número 39.691.945 , presta sus servicio como Auditor Medico de Cuentas del Hospital mediante suscripción de Contrato de Prestación de Servicios del 1° al 31 de Diciembre/2001 y actualmente del 1°. de Enero/2002 a la fecha , con pagos mensuales por honorarios por UN MILLON TRESCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE ($1.375.000.oo).

La presente no constituye certificación de cumplimiento o paz y salvo, y se expide a solicitud del interesado a los veinte (20) días del mes de Mayo del año 2002.

LUIS GERARDO CANO VILLATE
GERENTE

ARN/betty/.

HOSPITAL MEISSEN
II NIVEL
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

LA SUSCRITA SUBDIRECTORA ADMINISTRATIVA

CERTIFICA QUE:

Revisados los archivos de la Institución, la señor(a) ***MARTHA ESPERANZA HERNANDEZ BUITRAGO,*** *identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 39.691.945 de Usaquén, suscribió contrato de arrendamiento de servicios personales de carácter privado, con los siguientes términos de ejecución:*

EJECUCION	VALOR
Del 01 de Abril al 01 de Mayo de 2000	$1,500,000
Del 02 al 31 de Mayo de 2000	$1,500,000
Del 01 al 30 de Junio de 2000	$1,500,000
Del 01 al 31 de Julio de 2000	$1,500,000
Del 01 al 31 de Agosto de 2000	$1,500,000
Del 01 al 30 de Septiembre de 2000	$1,500,000
Del 01 al 31 de octubre de 2000	$1,500,000
Del 01 al 20 de Noviembre de 2000	$1,000,000
Del 21 de Noviembre al 31 de Diciembre de 2000	$2,000,000
Del 02 al 31 de Enero de 2001	$1,500,000
Del 01 de Febrero al 30 de Abril de 2001	$4,500,000
Del 01 de Mayo al 30 de Junio de 2001	$3,000,000

Se expide la presente a solicitud del interesado en Bogotá D.C., a los veintitrés(23) días del mes mayo del año dos mil uno (2001)

Atentamente,

MARLENE SIERRA PEREZ
Subdirectora Administrativa

COD. 1000
C.C. Archivo
Yadira R.

ECOOPSOS
ESS EPS-S
PJ.3108-1995.Res.0172-1996/0475-2001/0119-2006/1674-2007

CERTIFICACION

La Gerente General **MARIA MAGDALENA FLOREZ RAMOS**, identificada con cédula de Ciudadanía No. 51.698.636 de Bogotá, actuando en calidad de Gerente y Representante Legal de **ECOOPSOS ESS EPS-S** hace constar que la Señora **MARTHA ESPERANZA HERNANDEZ BUITRAGO**, identificada con Cédula de Ciudadanía No. **39.691.945** de Usaquen; laboró en esta Entidad con contrato laboral; Desempeñando al momento de su retiro el cargo de **AUDITOR SERVICIOS DE SALUD III**, dentro de las funciones que desarrollo se encuentra las siguientes:

Funciones del Cargo

- Evaluar el cumplimiento de los requisitos de habilitación en las IPS de la red y la suficiencia de la capacidad instalada.
- Realizar seguimiento a la calidad de la atención en las IPS, evaluando la oportunidad, funcionamiento de comités, morbi-mortalidad, vigilancia epidemiológica, casos centinela, pertinencia y calidad de las historias clínicas.
- Realizar seguimiento a la atención de los casos NO POSS por parte de las IPS públicas.
- Desarrollar todas las actividades relacionadas con la auditoria de las cuentas, como son el previsado de RIPS, previsado de facturas, revisión de facturación, conciliación de glosas.
- Apoyar con el criterio técnico y conceptualización, al personal encargado de sistematizar las cuentas de las IPS.
- Apoyar los procesos de canalización, referencia y contrarreferencia de pacientes, así como, la ejecución adecuada de los presupuestos de salud.
- Determinar de acuerdo a los riesgos previstos, la necesidad de realizar visitas domiciliarias a los pacientes egresados de los servicios de hospitalización.
- Visitar a los pacientes hospitalizados que reportan tanto los Auxiliares de Referencia como el censo hospitalario, determinando la oportunidad, pertinencia de los procedimientos y estancias.
- Diligenciar en forma completa y organizada, los registros de calidad que se encuentran definidos para cada uno de los procesos, radicar en las gerencias de las IPS copia de los formatos que se hayan definido y entregar los originales de forma oportuna para su consolidación al funcionario responsable.

VIGILADO Supersalud
Línea de Atención al Usuario 6100270 - Bogotá D.C.
Línea Gratuita Nacional 018009910333

- Apoyar los procesos de contratación de las IPS de la red prestadora de servicios, basado en los resultados de las auditorias y los seguimientos contractuales.
- Realizar las visitas de verificación de requisitos de habilitación para las IPS nuevas y emitir concepto que facilite la elección de la red de prestadores.
- Presentar ante el Comité de Calidad los resultados del Seguimiento a los casos NO POSS
- Participar en los Comités de Programación, Comité Técnico Científico, Comité de Seguimiento al Contrato, Comité de Calidad y aquellos a los cuales sea delegado de acuerdo a la naturaleza de su cargo.
- Realizar seguimiento al cumplimiento de los planes de mejoramiento levantados con las IPS.
- Realizar las investigaciones de los casos centinela de la calidad y entregar reporte de los mismos, de igual forma las correspondientes a las manifestaciones y reclamos interpuestas por los usuarios.
- Apoyar la elaboración y verificación de los informes de Gestión en Salud
- Realizar capacitaciones al personal de acuerdo a las solicitudes realizadas y a sus competencias profesionales.
- Participar en las actividades que la empresa programa para todo el personal.
- Adelantar aquellas actividades que sus superiores le encomienden relacionadas con la naturaleza y objetivos de su cargo.

En los periodos que se relacionan a continuación laboró con contrato a término fijo:

Desde el 15 de Agosto de 2002 hasta el 31 de Julio de 2005.
Desde el 18 de Agosto de 2005 hasta el 31 de Octubre de 2005
Desde el 03 de

Y con contrato a término indefinido:

Desde el 11 de Noviembre de 2005 hasta el 14 de Diciembre de 2007.

La presente se expide a solicitud del interesado(a) a los Veinte (20) días del mes de Junio de 2008.

MARIA MAGDALENA FLOREZ RAMOS
Gerente General

Proyecto: Andrea Julieth Rada
Revisó: Yabrudy Cuadros

VIGILADO Supersalud
Línea de Atención al Usuario: 5500330 - Bogotá D.C.
Línea Gratuita Nacional: 018000113853

COMFACUNDI
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE CUNDINAMARCA

Calle 53 No. 10-39
PBX: 348 12 48
Fax: 349 31 21 - A.A. 41461
Bogotá, D.C. - Colombia

LA CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE CUNDINAMARCA

COMFACUNDI

CERTIFICA

Que la señora MARTHA ESPERANZA HERNANDEZ BUITRAGO, identificada con cédula de ciudadanía No. 39.691.945 de Usaquén, laboró en esta Entidad, desde el 25 de Marzo de 2010 hasta el 22 de Mayo de 2011, desempeñando el cargo de COORDINADORA PLAN DE BENEFICIOS REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA.

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado a los 26 días del mes de Mayo de 2011.

Atentamente,

ALEXANDER VERGARA REINA
Jefe Departamento Gestión Humana

c.c. Hoja de Vida

VIGILADO POR LA SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR

LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN HUMANA DE LA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD E.P.S. FAMISANAR SAS
NIT 830003564-7

CERTIFICA:

Que el (la) señor(a) **MARTHA ESPERANZA HERNANDEZ BUITRAGO,** identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 39,691,945, laboró en esta entidad mediante contrato de trabajo INDEFINIDO, desde el 23 de mayo del 2011 hasta el 11 de noviembre del 2021 su último cargo desempeñado fue **MEDICO GESTOR HOSPITALARIO,** con las siguientes funciones:

- Ejecutar el plan diario de la gestión hospitalaria realizado por la Dirección de Auditoría en Salud.
- Emitir conceptos técnico-científicos sobre los procesos de atención sometidos a consideración.
- Supervisar y evaluar el subproceso de auditoría concurrente y de cuentas médicas llevado a cabo por el equipo de trabajo en las diferentes entidades prestadoras de servicios de salud.
- Efectuar el análisis del comportamiento de los costos y gastos por concepto de la prestación de los servicios en sus diversas áreas funcionales y conceptos.
- Implementar y hacer seguimiento a los correctivos adoptados dentro del proceso de mejoramiento continuo de EPS Famisanar.
- Presentar resultados finales de los seguimientos efectuados con las recomendaciones necesarias y los demás que le sean solicitados.
- Representar a EPS Famisanar ante organismos públicos y privados cuando le sea solicitado.

GENERÓ:
DAMIAN ALEXIS BELTRAN AVILA
AUXILIAR ADMINISTRACION PERSONAL
20/12/2021 17:42:15

La presente certificación se expide en Bogotá, a los 20 días del mes de diciembre del 2021.

Para la confirmación de esta certificación puede comunicarse al 6500200 ext. 3410 o al celular 3203392812.

Cordialmente,

LUZ AMPARO RODRÍGUEZ GONZÁLEZ
Directora Gestión Humana
EPS FAMISANAR SAS.

GENERÓ:
DAMIAN ALEXIS BELTRAN AVILA
AUXILIAR ADMINISTRACION PERSONAL
20/12/2021 17:42:15

AGMSalud c.t.a
Asociados del Gremio Médico
Su Operador en Salud
NIT. 900 267 502-7

NIT. 900267502-7

Consecutivo: 1705335907

EL SUSCRITO REPRESENTANTE LEGAL

CERTIFICA QUE:

Una vez verificados los registros correspondientes al señor(a) **MARTHA ESPERANZA HERNANDEZ BUITRAGO**, identificado con cedula de ciudadania No. **39691945** me permito certificar que el (a) mencionado (a) señor (a) es Asociado (a) a **AGM SALUD C.T.A.** desde el **22 de Diciembre de 2021**, donde actualmente realiza contribución de Trabajo como **MEDICO AUDITOR I (CUENTAS Y CONCURRENCIA)**, en la sede **AUDITORIA CUENTAS MEDICAS.** El señor(a) **MARTHA ESPERANZA HERNANDEZ BUITRAGO** recibe una compensación, auxilios y beneficios (otros pagos que no constituyen compensación) promedio mensual de **$8.006.114 (Ocho Millones Seis Mil Ciento Catorce Pesos)**.
Su convenio de asociación y trabajo autogestionario, estan regulados por la ley 79 de 1988, el decreto 4588 de 2006, ley 1233 de 2008, el estatuto, los regímenes de Trabajo Asociado y compensaciones aprobados por el Ministerio de Protección Social.

La relación del asociado es por tiempo indefinido; sin perjuicio de las causales de terminación previstas en la ley, estatutos y regímenes de la cooperativa.

Cualquier información adicional con gusto será atendida.

La presente se genera electrónicamente desde la pàgina web www.agmsalud.com por el asociado a los (15) dias del mes de Enero de 2024.

Para confirmar certificaciones y referencias favor llamar al (1)7 42 42 32 Ext. 117.

Solidariamente,

ELKIN E. MONTOYA PERALTA
Representante Legal
AGM SALUD CTA
Asociados del Gremio Médico
gerente@agmsalud.com
Firmado electrónicamente