Sincelejo, enero 13 de 2026

Doctor
ABEL VERGARA OLMOS
PERSONERO MUNICIPAL
E. S. M.

REFERENCIA: **OFERTA DE PRESTACION DE SERVICIOS**

Respetado Doctor

Me permito presentarle oferta de prestación de servicios, para desempeñarme en la PERSONERIA MUNICIPAL, como profesional, lo anterior de acuerdo con los términos de referencia previstos por la entidad.

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

Así mismo, manifiesto bajo la gravedad de juramento que no me encuentro incurso en casual alguna de inhabilidad o incompatibilidad de orden constitucional o legal para contratar con la PERSONERIA

Atentamente

THALIA MARIA MARTINEZ MENA
C.C. 1.100.249.432

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
MARTINEZ	MENA	THALIA MARIA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1100249432	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 22 MES 03 AÑO 1992	CARRERA 19A - 7 75 VERSALLES			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	SUCRE
DEPTO	SUCRE	MUNICIPIO	SINCELEJO		
MUNICIPIO	SINCELEJO	TELÉFONO	0000000	EMAIL	thaliamartinezmena@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 BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2009
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	10	X		ADMINISTRACION PUBLICA	11	2017	

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)

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO
Centro Educativo Cers	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	240	X		competencias transversales y finanzas personales 1	12	2016

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: PERSONERIA DE SINCELEJO			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA						
DEPARTAMENTO: SUCRE	MUNICIPIO: SINCELEJO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:					
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO					
	Día: 26	Mes: 05	Año: 2025			Día: 25	Mes: 07	Año: 2025			
CARGO O CONTRATO ACTUAL: CONTRATISTA ADM. PUBLICO	DEPENDENCIA: APOYO EN SALUD					DIRECCIÓN: CARRERA 20 22 55 CENTRO					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD: PERSONERIA DE SINCELEJO			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA						
DEPARTAMENTO: SUCRE	MUNICIPIO: SINCELEJO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:					
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO					
	Día: 26	Mes: 03	Año: 2025			Día: 25	Mes: 05	Año: 2025			
CARGO O CONTRATO ACTUAL: CONTRATISTA ADM. PUBLICO	DEPENDENCIA: APOYO EN SALUD					DIRECCIÓN: CARRERA 20 22 55 CENTRO					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD PERSONERIA DE SINCELEJO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SUCRE	*MUNICIPIO* SINCELEJO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	24	*Mes*	01	*Año*	2025	*Día*	23	*Mes*	03	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA ADM. PUBLICO	*DEPENDENCIA* APOYO EN SALUD					*DIRECCIÓN* CARRERA 20 22 55						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD PERSONERIA DE SINCELEJO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SUCRE	*MUNICIPIO* SINCELEJO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	11	*Mes*	06	*Año*	2024	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA ADM. PUBLICO	*DEPENDENCIA* APOYO EN SALUD					*DIRECCIÓN* CARRERA 20 22 55 CENTRO						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD PERSONERIA DE SINCELEJO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SUCRE	*MUNICIPIO* SINCELEJO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	10	*Mes*	01	*Año*	2024	*Día*	09	*Mes*	06	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* APOYO EN SALUD					*DIRECCIÓN* CARRERA 20 22 55 CENTRO						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD PERSONERIA DE SINCELEJO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SUCRE	*MUNICIPIO* SINCELEJO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 2765561	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	12	*Año*	2023	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* APOYO EN SALUD					*DIRECCIÓN* CARRERA 20 22 55 CENTRO						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD PERSONERIA DE SINCELEJO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SUCRE	*MUNICIPIO* SINCELEJO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	13	*Mes*	10	*Año*	2023	*Día*	12	*Mes*	11	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA - CONTRATO	*DEPENDENCIA* APOYO EN SALUD					*DIRECCIÓN* CARRERA 20 22 55 CENTRO						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD PERSONERIA DE SINCELEJO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SUCRE	*MUNICIPIO* SINCELEJO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	06	*Año*	2023	*Día*	14	*Mes*	10	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* APOYO EN SALUD						*DIRECCIÓN* - cra 20 N 22-55 CENTRO SINCELEJO					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD PERSONERIA DE SINCELEJO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SUCRE	*MUNICIPIO* SINCELEJO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	27	*Mes*	10	*Año*	2022	*Día*	11	*Mes*	12	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* APOYO A LA GESTION						*DIRECCIÓN* - cra 20 22-55 centro sincelejo					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD PERSONERIA DE SINCELEJO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SUCRE	*MUNICIPIO* SINCELEJO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	08	*Mes*	07	*Año*	2022	*Día*	19	*Mes*	10	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* APOYO A LA GESTION						*DIRECCIÓN* CARRERA 20 - 22 -55 CENTRO					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD PERSONERIA DE SINCELEJO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SUCRE	*MUNICIPIO* SINCELEJO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	14	*Mes*	01	*Año*	2022	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASESOR	*DEPENDENCIA* APOYO A LA GESTION						*DIRECCIÓN* CARRERA 20 - 22 55 CENTRO SINCELEJO					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SANDRA TORO S.A.S			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SUCRE	*MUNICIPIO* SINCELEJO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 2809908	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	02	*Año*	2014	*Día*	02	*Mes*	06	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL 049/2013 CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA SALUD						*DIRECCIÓN* CARRERA 20 N ° 18 -17 LA FORD					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD PERSONERIA DE SINCELEJO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SUCRE	*MUNICIPIO* SINCELEJO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	09	*Año*	2021	*Día*	14	*Mes*	12	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASESOR	*DEPENDENCIA* APOYO A LA GESTION						*DIRECCIÓN* CARRERA 20 - 22 55 CENTRO DE SINCELEJO					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD PERSONERIA DE SINCELEJO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SUCRE	*MUNICIPIO* SINCELEJO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	06	*Año*	2021	*Día*	31	*Mes*	08	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASESOR	*DEPENDENCIA* APOYO A LA GESTION						*DIRECCIÓN* CARRERA 20 - 22 55 CENTRO DE SINCELEJO					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD PERSONERIA DE SINCELEJO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SUCRE	*MUNICIPIO* SINCELEJO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	02	*Año*	2021	*Día*	30	*Mes*	04	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASESOR	*DEPENDENCIA* APOYO A LA GESTION						*DIRECCIÓN* CARRERA 20 - 22 55 CENTRO DE SINCELEJO					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD PERSONERIA DE SINCELEJO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SUCRE	*MUNICIPIO* SINCELEJO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 2765561	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	05	*Mes*	10	*Año*	2020	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASESOR	*DEPENDENCIA* APOYO A LA GESTION						*DIRECCIÓN* CARRERA 20 - 22 55 CENTRO DE SINCELEJO					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD PERSONERIA DE SINCELEJO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SUCRE	*MUNICIPIO* SINCELEJO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 2765561	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	03	*Mes*	08	*Año*	2020	*Día*	02	*Mes*	10	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASESOR	*DEPENDENCIA* APOYO A LA GESTION						*DIRECCIÓN* CARRERA 20 - 22 55 CENTRO DE SINCELEJO					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SINCELEJO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 2752332	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	11	*Año*	2019	*Día*	14	*Mes*	12	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SALUD PUBLICA						*DIRECCIÓN* CALLE 20 N ° 17 -70 CENTRO					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SINCELEJO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 2811666	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	25	*Mes*	06	*Año*	2019	*Día*	24	*Mes*	10	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SALUD PUBLICA						*DIRECCIÓN* CARRERA 18 23 20					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SINCELEJO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SUCRE	*MUNICIPIO* SINCELEJO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 2752332	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	08	*Mes*	02	*Año*	2019	*Día*	08	*Mes*	06	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SALUD PUBLICA						*DIRECCIÓN* CALLE 20 N °17 70 CENTRO					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SINCELEJO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SUCRE	*MUNICIPIO* SINCELEJO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 2752332	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	11	*Año*	2018	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SALUD PUBLICA						*DIRECCIÓN* CALLE 20 N °17 70 CENTRO					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD UNIDAD MEDICA INTEGRAL DEL SAN JORGE "UMI"			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SUCRE	*MUNICIPIO* SAN MARCOS						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 2954291	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	01	*Año*	2012	*Día*	31	*Mes*	01	*Año*	2013
CARGO O CONTRATO ACTUAL FACTURADOR(A)	*DEPENDENCIA* SALUD						*DIRECCIÓN* CARRERA 24 N | 15 -62					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

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	2	9
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	9	4
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	2	1
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO ✓ 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 Sincelejo, enero 13 de 2026.

Thalia Martínez M.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.100.249.432
MARTINEZ MENA

APELLIDOS
THALIA MARIA

NOMBRES
Thalia M. Martínez

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 22-MAR-1992
CAIMITO
(SUCRE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA | B+ G.S. RH | F SEXO

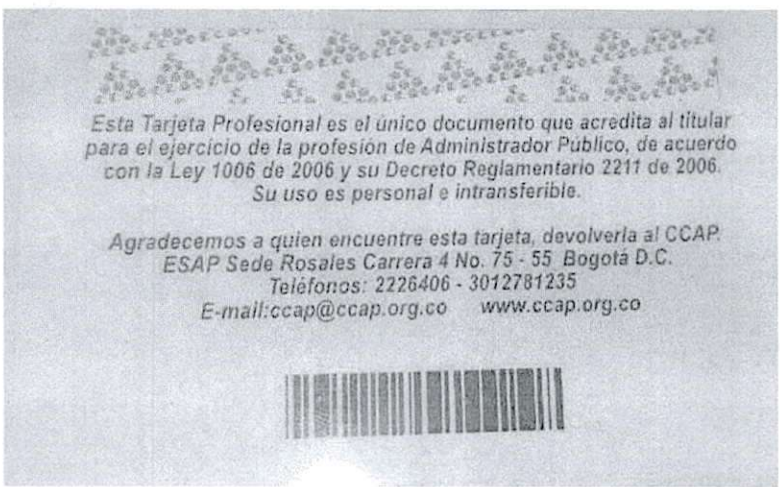
14-MAY-2010 CAIMITO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-2620300-00366975-F-1100249432-20120707 0030476212A 2 38282480


República de Colombia
DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCION PUBLICA DAFP
Colegio Colombiano del Administrador Público
CCAP
TARJETA PROFESIONAL DE ADMINISTRADORA PÚBLICA
2183541-T
Thalia María Martínez Mena
C.C. No. 1.100.249.432
RUNAP: 2183541
F. EXP.: 11/02/2021
RESOLUCIÓN No.: 18354 EGRESADO: CECAR


Esta Tarjeta Profesional es el único documento que acredita al titular para el ejercicio de la profesión de Administrador Público, de acuerdo con la Ley 1006 de 2006 y su Decreto Reglamentario 2211 de 2006.
Su uso es personal e intransferible.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta, devolverla al CCAP.
ESAP Sede Rosales Carrera 4 No. 75 - 55 Bogotá D.C.
Teléfonos: 2226406 - 3012781235
E-mail:ccap@ccap.org.co www.ccap.org.co

República de Colombia

Departamento de Sucre
y en su nombre

La Institucion Educativa San Juan Bautista

Caimito - Sucre

Autorizado por decreto 0679 del 8 de Noviembre de 2002, de la Gobernación del Departamento de Sucre en cumplimiento de lo ordenado por el Articulo 67 de la Constitución Política y por el Articulo 11 del Decreto1860 de 1994

MARTINEZ MENA THALIA MARIA

T.I No: 92092032269534 de San Marco

El Titulo de:

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios de Educación Media Académica, Llenando los requisitos del proyecto Educativo Institucional P.E.I. del Plantel

Rector **Secretaria**

Anotado al folio No. 030 Numeral 064 del Acto de Grado No. 032 del presente año

Dado en Caimito Sucre a los 11 dias del mes de Diciembre de 200

República de Colombia

Ministerio de Educación Nacional y en su nombre la

Corporación Universitaria del Caribe

Personería Jurídica No. 7786 Men - Ices

Le confiere el Título de:

Administradora Pública

a

Thalía María Martínez Mena

C.C. 1.100.249.432 de Caimito, Sucre.

Por haber cumplido los requisitos académicos exigidos por la Corporación y el respectivo programa de estudios;
En fe de lo cual se expide el presente Diploma en Sincelejo – Sucre – República de Colombia
A los seis (06) días del mes de Diciembre de 2017.

Presidente | Rector | Decana | Secretario General

Registrado Libro Nº. 10 Folio Nº. 0059 Nº. 1488

CECAR
Corporación Universitaria del Caribe
Personería jurídica No. 7786 MEN-ICFES
NIT. 892.201.263-1

ACTA DE GRADO Nº. 0353

En la ciudad de Sincelejo, Departamento de Sucre, República de Colombia, el día 06 de Diciembre de 2017, se llevó a cabo la ceremonia de graduación, autorizada por el Consejo Académico, mediante Acuerdo N°.11 del 24 de Noviembre de 2017, en la cual la Corporación Universitaria del Caribe, CECAR, otorgó el título profesional a nivel de Pregrado, de:

Administradora Pública

a

Thalía María Martínez Mena

Identificada con Cédula de Ciudadanía Nº.1.100.249.432 de Caimito, Sucre.

Programa éste registrado en el Sistema Nacional de Información de la Educación Superior - SNIES, según código Nº. 12828.

Verificadas todas las formalidades se procedió a tomarle el juramento de rigor y a la entrega del respectivo diploma.

El diploma queda radicado bajo el Nº1488 del folio Nº0059 del Libro de Diplomas N° 10.

RECTOR

DECANO

SECRETARIA GENERAL

Carretera Troncal de Occidente, Vía Corozal
Telefono: 279 89 00 Ext. 1128
Fax: (095) 280 1554
Sincelejo, Colombia
www.cecar.edu.co

CEPRODENT
CENTRO DE ESTUDIOS TECNICOS
CEPRODENT S.A.S
NIT 823.000.500-7

Calle 20 No. 17-81 2o. Piso • Plaza Olaya Herrera
Telefax 282 04 37 - 280 70 41 - 274 08 06
Calle 19 No. 20-56 • Antiguas Catequistas
Teléfono 281 11 84
SINCELEJO - SUCRE
ceprodent@hotmail.com
www.ceprodent.edu.co

CEPRODENT S.A.S.

ACTA Nº 03

LA SUSCRITA DIRECTORA GENERAL, EL SUSCRITO DIRECTOR ACADEMICO Y SECRETARIA GENERAL DE CEPRODENT S.A.S, EN REUNION EFECTUADA EL DIA 01 DEL MES DICIEMBRE DE **2011**, CONSIDERANDO QUE:

THALIA MARIA MARTINEZ MENA
C.C. Nº 1100249432 de Caimito

CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE CON TODOS LOS REQUISITOS EXIGIDO POR LOS ESTATUTOS DE LA INSTITUCION, RESUELVE OTORGARLE EL CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIA COMO TECNICO LABORAL EN:

AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SALUD

EN NOMBRE Y REPRESENTACION DEL CENTRO DE ESTUDIOS TECNICOS "CEPRODENT S.A.S." Y PREVIO JURAMENTO DE RIGOR, LA DIRECTORA GENERAL, EL DIRECTOR ACADEMICO Y LA SECRETARIA GENERAL HACEN ENTREGA DEL PRESENTE CERTIFICADO REGISTRADO EN EL FOLIO Nº 006 DEL LIBRO GENERAL DE EGRESADOS

PARA CONSTANCIA SE FIRMA EN SINCELEJO A LOS 01 DIAS DEL MES DE DICIEMBRE DE **2011**.

ZORAIDA PEÑA RODRIGUEZ
Directora General.

ALBERTO GOMEZ JIMENEZ
Director Académico

MARIA LUCILA DAZA
Secretaria General

CEPRODENT
CENTRO DE ESTUDIOS TECNICOS

República de Colombia

Departamento de Sucre

CENTRO DE ESTUDIOS TÉCNICOS

Sincelejo - Sucre

Con Licencia de funcionamiento Nº 2938 del 28 de Abril de 2010, emanada de la Secretaria de Educación y Cultura del Municipio de Sincelejo, en ejercicio de sus facultades legales, y en especial las conferidas por la ley 115 de 1994, el Decreto 4904 de 2009, y el decreto Nº 029 de Enero 25 de 2010.

CERTIFICA QUE:

Thalia Maria Martinez Mena

C.C. Nº 1100249432 de Caimito

Aprobó el Programa de **TECNICO LABORAL EN AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SALUD**, con intensidad de 1800 horas. En consecuencia se le expide el certificado de Aptitud Ocupacional como Técnico Laboral en:

Auxiliar Administrativo en Salud

Por razón de haber cursado el Programa durante el periodo comprendido entre Febrero de 2010 y Junio de 2011 y haber logrado los objetivos propuestos.

Para constancia se expide en Sincelejo Sucre hoy 01 de Diciembre de 2011.

Zoraida Peña Rodriguez
Directora General

Alberto Gómez Jiménez
Director Académico

Maria Lucila Daza
Secretaria General

Libro de Registro Nº I Folio 006 del 01 de Diciembre de 2011.

CEPRODENT
CENTRO DE ESTUDIOS TECNICOS

Con Licencia de funcionamiento N° 2938 del 28 de Abril de 2010, emanada de la Secretaria de Educación y Cultura del Municipio de Sincelejo, en ejercicio de sus facultades legales, y en especial las conferidas por la ley 115 de 1994, el Decreto 4904 de 2009, y el decreto N° 025 de Enero 25 de 2010.

CONFIERE MENCION DE HONOR

A:

Thalia Maria Martinez Mena

C.C. 1100249432 de Caimito

POR:

RENDIMIENTO ACADEMICO

En el Programa de:

AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SALUD

Para constancia se firma a los 01 días del mes de Diciembre de Dos mil Once (2011).

Zoraida Peña Rodríguez
Directora

Alberto Gómez Jiménez
Director Académico

Maria Lucila Daza G.
Secretaria General

Licencia de Funcionamiento N° 2873 del 26 de Agosto de 2009

Thalia Martínez Mena

Identificado (a) con C.C ó T.I N° 1.100.249.432

Quien curso y culminó satisfactoriamente todos los requisitos de las competencias claves y transversales, impartidas y señaladas por el Decreto 2852 del 6 de diciembre de 2013 del Ministerio de trabajo, articulo 62 numerales 7, 8 y 9 que la definen

Se certifica por cumplir y asistir a más del 80% de las clases del curso básico en:

COMPETENCIAS TRANSVERSALES Y FINANZAS PERSONALES 1

Con una Intensidad horaria de 240 horas

Dado en Sincelejo (Sucre), a los Seis (06) del mes de Diciembre de 2016.

Director(a)

PERSONERÍA MUNICIPAL DE SINCELEJO
AL SERVICIO DE LA GENTE

Nit. 823000069-3
EL PERSONERO MUNICIPAL DE SINCELEJO

HACE CONSTAR QUE

THALIA MARIA MARTINEZ MENA identificada con cedula de ciudadanía N° 1.100.249.432 de Caimito, ejecuto a satisfacción en la Personería Municipal de Sincelejo, identificada con el Nit N° 823000069-3 los contratos de prestación de servicios profesionales

NUMERO DE CONTRATO	OBJETO	PLAZO	FECHA DE INICIO
CPS-033- 2024	PRESTACIÓN DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS A LA PERSONERÍA MUNICIPAL DE SINCELEJO EN APOYO AL AREA DE SALUD	SEIS (6) MESES Y VEINTE (20) DIAS	11 DE JUNIO DE 2024
CPS-012-2025	PRESTACIÓN DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS A LA PERSONERÍA MUNICIPAL DE SINCELEJO EN APOYO AL AREA DE SALUD	DOS (2) MESES	24 DE ENERO 2025
CPS-031-2025	PRESTACIÓN DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS A LA PERSONERÍA MUNICIPAL DE SINCELEJO EN APOYO AL AREA DE SALUD	DOS (2) MESES	26 DE MARZO DE 2025
CPS-046-2025	PRESTACIÓN DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS A LA PERSONERÍA MUNICIPAL DE SINCELEJO EN APOYO AL AREA DE SALUD	DOS (2) MESES	26 DE MAYO DE 2025

En desarrollo del anterior, el contratista efectúa y tiene como vigente las siguientes obligaciones: 1) Realizar acompañamiento administrativo a los usuarios que acudan a la entidad para la asesoria en PQRS contra las EPS. 2) Apoyo a las actividades en cabeza del (a) secretario (a) de la entidad. 3) Apoyo y acompañamiento en todo lo relacionado con la parte administrativa al eje de salud que le sean asignadas. 4) Proyectar los documentos necesarios para el desarrollo de la Personería en sus labores administrativas como: peticiones, oficios, autos, actas y demás obligaciones que sean asignadas por el supervisor. 5) brindar apoyo administrativo en todo lo relacionado con los requerimientos a las EPS. 6) brindar acompañamiento en los comités y reuniones que sean requeridas por las EPS y aquellas que sean asignadas por el secretario (a). 7) las demás que le sean asignadas por el supervisor que se encuentren relacionadas con el objeto del contrato. 8) Cumplir con el pago de los tributos locales. 9) Cumplir con el page de la Seguridad Social y Riesgos laborales; 10) El contratista deberá rendir informe mensual al Personero Municipal de Sincelejo sobre la gestión realizada.

Dado a los 05 días del mes de agosto de 2025, por solicitud del interesado.

ABEL VERGARA OLMOS
PERSONERO MUNICIPAL DE SINCELEJO.

PERSONERÍA MUNICIPAL DE SINCELEJO
AL SERVICIO DE LA GENTE

NIT. 823000069-3

EL PERSONERO MUNICIPAL DE SINCELEJO

HACE CONSTAR QUE

Según reposa en la base de datos de archivos de la entidad y en el Sistema Electrónico Transaccional para la Contratación Pública de Colombia compra eficiente SECOP II, la señora THALIA MARIA MARTINEZ MENA identificada con cedula de ciudadanía N° 1.100.249.432 de Caimito, ejecutó a satisfacción en la Personería Municipal de Sincelejo los contratos de prestación de servicios profesionales:

NUMERO DE CONTRATO	OBJETO	PLAZO	FECHA DE INICIO
CPS-035- 2023	PRESTACIÓN DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS A LA PERSONERÍA MUNICIPAL DE SINCELEJO EN APOYO AL AREA DE SALUD	UN (1) MES	01 DE DICIEMBRE DE 2023
CPS-008- 2024	PRESTACIÓN DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS A LA PERSONERÍA MUNICIPAL DE SINCELEJO EN APOYO AL AREA DE SALUD	CINCO (5) MESES	10 DE ENERO DE 2024

En desarrollo de los anteriores contratos, el contratista ejecutó las siguientes obligaciones:

1) Realizar acompañamiento administrativo a los usuarios que acudan a la entidad para la asesoría en PQRS contra las EPS. 2) Apoyo a las actividades en cabeza del (a) secretario (a) de la entidad. 3) Apoyo y acompañamiento en todo lo relacionado con la parte administrativa al eje de salud que le sean asignadas. 4) Proyectar los documentos necesarios para el desarrollo de la Personeria en sus labores administrativas como: peticiones, oficios, autos, actas y demás obligaciones que sean asignadas por el supervisor. 5) brindar apoyo administrativo en todo lo relacionado con los requerimientos a las EPS. 6) brindar acompañamiento en los comités y reuniones que sean requeridas por las EPS y aquellas que sean asignadas por el secretario (a). 7) las demás que le sean asignadas por el supervisor que se encuentren relacionadas con el objeto del contrato. 8) Cumplir con el pago de los tributos locales. 9) Cumplir con el page de la Seguridad Social y Riesgos laborales; 10) El contratista deberá rendir informe mensual al Personero Municipal de Sincelejo sobre la gestión realizada.

Dado a los 11 días del mes de junio de 2024, por solicitud del interesado.

ABEL JOSE VERGARA OLMOS
Personero Municipal de Sincelejo

PERSONERÍA DE SINCELEJO

EL PERSONERO MUNICIPAL DE SINCELEJO

HACE CONSTAR QUE

THALIA MARÍA MARTÍNEZ MENA identificado con cédula de ciudadanía N° 1.100.249.432 de Sincelejo, ejecutó a satisfacción en la Personería Municipal de Sincelejo, identificada con el NIt No. 823000069-3 el contrato de prestación de servicios profesionales:

NÚMERO DE CONTRATO	OBJETO	PLAZO	FECHA DE INICIO
CPS-024-2023	PRESTACIÓN DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS A LA PERSONERÍA MUNICIPAL DE SINCELEJO EN APOYO AL AREA DE SALUD	04 MESES	15 DE JUNIO DE 2023
		MODIFICATORIO #1: 1 MESES	13 DE OCTUBRE DE 2023

En desarrollo del anterior, el contratista efectúa y tiene como vigente las siguientes obligaciones: **1)** Realizar acompañamiento administrativo a los usuarios que acudan a la entidad para la asesoría en PQRS contra las EPS. **2)** Apoyo a las actividades en cabeza del (a) secretario (a) de la entidad. **3)** Apoyo y acompañamiento en todo lo relacionado con la parte administrativa al eje de salud que le sean asignadas. **4)** Proyectar los documentos necesarios para el desarrollo de la Personería en sus labores administrativas como: peticiones, oficios, autos, actas y demás obligaciones que sean asignadas por el supervisor. **5)** brindar apoyo administrativo en todo lo relacionado con los requerimientos a las EPS. **6)** brindar acompañamiento en los comités y reuniones que sean requeridas por las EPS y aquellas que sean asignadas por el secretario (a). **7)** las demás que le sean asignadas por el supervisor que se encuentren relacionadas con el objeto del contrato. **8)** Cumplir con el pago de los tributos locales. **9)** Cumplir con el pago de la Seguridad Social y Riesgos laborales; 10) El contratista deberá rendir informe mensual al Personero Municipal de Sincelejo sobre la gestión realizada.

Dado a los 16 días del mes de noviemebre de 2023, por solicitud del interesado.

JESÚS MARIO VALVERDE ACOSTA
Personero

EL PERSONERO MUNICIPAL DE SINCELEJO

HACE CONSTAR QUE

THALIA MARIA MARTINEZ MENA identificado con cédula de ciudadanía N° 1.100.249.432 de Sincelejo, ejecutó a satisfacción el contrato de prestación de servicios profesionales:

NÚMERO DE CONTRATO	OBJETO	PLAZO	FECHA DE INICIO
CPS-036-2022	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION ADMINISTRATIVA DE LA PERSONERIA MUNICIPAL DE SINCELEJO	1 MES Y 15 DÍAS	27 DE OCTUBRE DE 2022
CPS-024-2022	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN AL EJE DE SALUD DE LA PERSONERÍA MUNICIPAL DE SINCELEJO	3 MESES Y 12 DÍAS	08 DE JULIO DE 2022

En desarrollo de los anteriores contratos, el contratista ha ejecutado y tiene como vigente las siguientes obligaciones: **1)** Realizar acompañamiento administrativo a los usuarios que acudan a la entidad para la asesoría en PQRS contra las EPS. **2)** Apoyo a las actividades en cabeza del (a) secretario (a) de la entidad; **3)** Apoyo y acompañamiento en todo lo relacionado con la parte administrativa al eje de salud que le sean asignadas; **4)** Proyectar los documentos necesarios para el desarrollo de la Personería en sus labores administrativas como: peticiones, oficios, autos, actas y demás obligaciones que sean asignadas por el supervisor **5)** brindar apoyo administrativo en todo lo relacionado con los requerimientos a las EPS. **6)** las demás que le sean asignadas por el supervisor que se encuentren relacionadas con el objeto del contrato. **7)** Cumplir con el page de los tributes locales. **8)** Cumplir con el page de la Seguridad Social y Riesgos laborales; **9)** El contratista deberá rendir informe mensual al Personero Municipal de Sincelejo sobre la gestión realizada.

Dado a los 07 días del mes de junio de 2023, por solicitud del interesado.

JESÚS MARIO VALVERDE ACOSTA
Personero

PERSONERÍA
DE SINCELEJO
¡Estamos contigo!

EL PERSONERO MUNICIPAL DE SINCELEJO

CERTIFICA QUE:

La señora **THALIA MARIA MARTINEZ MENA** identificada con cédula de ciudadanía N° **1.100.249.432** de Caimito-Sucre, ha estado vinculado en la Personería Municipal de Sincelejo mediante los siguientes contratos de prestación de servicios:

Contrato N° 033 – 2020 suscrito el tres (03) de agosto de 2020 hasta el dos (02) de octubre de 2020, cuyo objeto es la "PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION AL EJE DE SALUD DE LA PERSONERIA MUNICIPAL DE SINCELEJO".

Contrato N° 037 – 2020 suscrito el cinco (05) de octubre de 2020 hasta el treinta y uno (31) de diciembre de 2020, cuyo objeto es la "PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION AL EJE DE SALUD DE LA PERSONERIA MUNICIPAL DE SINCELEJO".

Contrato N° 010 – 2021 suscrito el primero (01) de febrero de 2021 hasta el primero (01) de mayo de 2021, cuyo objeto es la PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION AL EJE DE SALUD DE LA PERSONERIA MUNICIPAL DE SINCELEJO.

Contrato N° 034 – 2021 suscrito el primero (01) de junio de 2021 hasta el primero (01) de septiembre de 2021, cuyo objeto es la PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION AL EJE DE SALUD DE LA PERSONERIA MUNICIPAL DE SINCELEJO.

Contrato N° 048 – 2021 suscrito el quince (15) de septiembre de 2021 hasta el quince (15) de diciembre de 2021, cuyo objeto es la PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION AL EJE DE SALUD DE LA PERSONERIA MUNICIPAL DE SINCELEJO.

Contrato N° 013 – 2022 suscrito el catorce (14) de enero de 2022 hasta el treinta (30) de junio de 2022, cuyo objeto es la PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION AL EJE DE SALUD DE LA PERSONERIA MUNICIPAL DE SINCELEJO,

Contratos suscritos con las siguientes obligaciones: 1. Realizar acompañamiento y asesoría a los usuarios que acudan a la entidad para la proyección de las acciones constitucionales (derechos de peticiones y tutelas) 2. Apoyo a las actividades en cabeza del (a) secretario (a) de la entidad 3. Apoyo y acompañamiento en todo lo relacionado al eje de salud que le sean asignadas 4. Proyectar los documentos necesarios para el desarrollo de la Personeria como: peticiones, oficios, autos y demás obligaciones que sean asignadas por el supervisor relacionadas con los requerimientos a las EPS 5. Las demás que le sean asignadas por el supervisor que se encuentren relacionadas con el objeto del contrato 6. Cumplir con el pago

de los tributos locales 7. Cumplir con el pago de la Seguridad Social y Riesgos laborales 8. Rendir un informe mensual al Personero Municipal de Sincelejo sobre la gestión realizada.

Los cuales se encuentran liquidados por finalización a la fecha de expedición de la presente certificación

Para constancia de lo anterior se firma en Sincelejo (Sucre) a los seis (06) días del mes de julio del año 2022

JESUS MARIO VALVERDE ACOSTA
Personero Municipal de Sincelejo



NIT: 900326741-4

L A R E P R E S E N T A N T E L E G A L

CERTIFICA QUE:

THALIA MARIA MARTINEZ MENA identificada con cedula de ciudadanía numero 1.100.249.432 expedida en Caimito, prestó sus servicios Profesionales como Apoyo de las Asesorías llevadas a cabo por la firma, desde el cuatro (04) febrero del año 2014 hasta el dos (2) de junio del años 2022, donde su desempeño, responsabilidad y dedicación fue excelente.

Desempeñando las funciones detalladas a continuación:

1. Apoyo Auditoria de las Secretarías de Salud Municipales realizadas a las EPS-S en los diferentes Entes Territoriales que contratan con la Firma.
2. Apoyo a las acciones de vigilancia en salud pública de las Secretarias de Salud Municipales en los diferentes Entes Territoriales que contratan con la Firma.
3. Apoyo visitas de Auditoria Oficinas Locales de las EPS-S
4. Apoyo Convocatorias Públicas con la Comunidad en temas de interés en el sector salud.
5. Apoyo reporte de Peticiones, quejas y/o reclamos
6. Acompañamiento en las reuniones de Copacos y Consejos Territoriales de Seguridad Social.
7. Apoyo al Fortalecimiento en estrategia Gestantes
8. Apoyo actividades a la población en condición de discapacidad
9. Apoyo a Jornadas de actualización de registros en bases de dato y afiliación con la población
10. Realizar Talleres de capacitación sobre derechos y deberes de la población asegurada y fortalecimiento ARL, en los diferentes Municipios que contratan con la Firma Asesora.
11. Presentación de informes

NIT: 900326741-4

- ✓ Informes droguerías
- ✓ Informes visitas locales
- ✓ Informes prestación de Servicios (Peticiones, Quejas y/o Reclamos-PQR- Seguimiento Plan de Mejoramiento Informes PQR

Se expide la presente certificación a petición del interesado, en Sincelejo a los cuatro (04) días del mes de agosto de 2025.

SANDRA PATRICIA TORO GOMEZ
REPRESENTANTE LEGAL
CC: 42.567.482 de Medellín

EL SUSCRITO JEFE DE LA OFICINA ASESORA DEL MUNICIPIO DE SINCELEJO A SOLICITUD DE LA PARTE INTERESADA

CERTIFICA

1. Que **THALIA MARIA MARTINEZ MENA** Identificada con cédula de ciudadanía Nº 1.100.249.432 expedida en Caimito- sucre suscribió con el municipio los siguientes contratos **CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N 1119-2018** con fecha de inicio 15 de noviembre de 2018 al 30 de diciembre de 2018, cuyo objeto fue : **LA PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SALUD, PARA APOYAR LA IMPLEMENTACION DE LAS ACCIONES DE LOS PROCESOS DE GESTION DE LA SALUD PUBLICA EN EL MUNICIPIO DE SINCELEJO** Con una duración de **UN (1) MES Y QUINCE (15) DIAS** teniendo las siguientes obligaciones: **1)** Cumplir de buena fe el objeto del contrato. **2)** Apoyo a talleres educativos dirigido a las EPS para implementar la estrategia de entornos saludables en coordinación con las ARL. Asistencia mínima de participantes de 40 personas. **3)** Apoyo para realizar 2 talleres educativos dirigidos a trabajadores del sector informal para que mejoren sus condiciones de trabajo y auto-cuidado. Asistencia mínima de participantes 40 personas **4)** Apoyo para identificar en las empresas visitadas riesgos sanitarios, fitosanitarios y ambientales en el ámbito laboral e informar al referente de SISVEA para que realizar las acciones pertinentes **5)** Apoyo para realizar asistencia técnicas en Seguridad Laboral a la red de UPGD **6)**Realizar 75 visitas de IVC para verificar cumplimiento de las normas laborales en las empresas del Municipio **7)** Apoyo para realizar capacitaciones a las empresas dirigidas a las EAPB para acciones de inducción a la demanda de los servicios de promoción de la salud, prevención de los riesgos en salud y de origen laboral **8)** Apoyo en realizar capacitaciones a las empresas que reporten mayor número de accidentes laborales con el fin de prevenir la ocurrencia de estos **9)**Entregar los informes mensuales acorde con los requerimientos establecidos por el coordinador de Área **10)**Realizar un informe final consolidado de las actividades realizadas **11)**Participar en las unidades de análisis en Salud Pública **12)** Entregar debidamente archivados y foliados los documentos que sustenten su ejecución contractual **13)** Entregar el archivo virtual en un CD actualizado con documentos, fotos, oficios, entre otros **14)** Cumplir todas las funciones asignadas por el Secretario de Salud Municipal **15)** Y las demás que le sean asignadas acorde a la prestación contratada **16)** Suministrar mensualmente un informe de las actividades realizadas en la ejecución del presente contrato **17)** Actuar con absoluta lealtad en el manejo de los asuntos que se le asignen **18)** Dar cumplimiento al objeto del contrato con la mejor calidad posible **19)** Realizar y actualizar su información personal y profesional requerida por el sistema de información y empleo público SIGEP. Dándose cumplimiento de dicho contrato a entera satisfacción.

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N 384-2019 con fecha de inicio 08 de febrero de 2019 al 07 de junio de 2019, cuyo objeto fue : **LA PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SALUD, PARA APOYAR LA IMPLEMENTACION DE LAS ACCIONES DE LOS PROCESOS DE GESTION DE LA SALUD PÚBLICA EN EL MUNICIPIO DE SINCELEJO".** Con una duración de **cuatro (4) meses,** teniendo las siguientes obligaciones:

1. Cumplir de buena fe el objeto del contrato. **2)** Apoyo a talleres educativos dirigido a las EPS para implementar la estrategia de entornos saludables en coordinación con las ARL. Asistencia mínima de participantes de 40 personas.**3)** Realizar 1 taller educativo mensualmente dirigido a trabajadores del sector informal para que mejoren sus condiciones de trabajo y auto-cuidado. Asistencia mínima de participantes 40 personas **4)**Identificar en las empresas visitadas riesgos sanitarios, fitosanitarios y ambientales en el ámbito laboral e informar al referente de SISVEA para que realizar las acciones pertinentes **5)** Apoyo para realizar asistencia técnica (trimestral) en Seguridad Laboral a la red de UPGD **6)** Realizar 30 visitas de IVC mensualmente para verificar cumplimiento de las normas laborales(afiliación al SGSSS e implementación del SGSST) **7)** Apoyo para realizar 1 capacitación (bimensualmente) dirigidas a las EAPB para acciones de inducción a la demanda de los servicios de promoción de la salud, prevención de los riesgos en salud y de origen laboral. Asistencia mínima de participantes de 40 personas. **8)** Apoyo para realizar capacitación a las empresas que reporten mayor número de accidentes laborales con el fin de prevenir la ocurrencia de estos **9)** Realizar una capacitación a los Profesionales de Salud sobre el reporte de accidentes de trabajo enfermedades laborales **10)** Participar en todas las unidades de análisis en Salud Pública que se realicen **11)** Cumplir todas las funciones asignadas por el Secretario de Salud Municipal **12)** Y las demás que le sean asignadas acorde a la prestación contratada **13)** Entregar los informes mensuales y evidencia fotográfica acorde con los requerimientos establecidos por el coordinador de Área, debidamente archivados y foliados todos los documentos, teniendo en cuenta los lineamientos de la Ley 594 de 2000. **14)** Entregar el archivo virtual en un CD actualizado con documentos, fotos, oficios, entre otros **15)** Realizar un informe final consolidado de las actividades realizadas **16)** Suministrar mensualmente un informe de las actividades realizadas en la ejecución del presente contrato. Una vez sea aprobado el informe, el contratista deberá presentar cuenta de cobro anexando la documentación requerida por el Supervisor del contrato para tal fin. **17)** Actuar con absoluta lealtad en el manejo de los asuntos que se le asignen **18)** Dar cumplimiento al objeto del contrato con la mejor calidad posible **19)** Realizar y actualizar su información personal y profesional requerida por el sistema de información y empleo público SIGEP. Dándose cumplimiento de dicho contrato a entera satisfacción.

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N 1044-2019 con fecha de inicio 25 de junio de 2019 al 24 de octubre de 2019, cuyo objeto fue : **LA PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SALUD, PARA APOYAR LA IMPLEMENTACION DE LAS ACCIONES DE LOS PROCESOS DE GESTION DE LA SALUD PÚBLICA EN EL MUNICIPIO DE SINCELEJO".** Con una duración de **cuatro (4) meses,** teniendo las siguientes obligaciones:

1. Cumplir de buena fe el objeto del contrato**. 2)** Apoyo para realizar taller educativo dirigido a las EPS (bimensualmente) para implementar la estrategia de entornos saludables. Asistencia de todos los funcionarios de la EPS **3)** Realizar 1 taller educativo mensualmente dirigido a trabajadores del sector informal para que mejoren sus condiciones de trabajo y auto-cuidado. Asistencia mínima de participantes 40 personas **4)** Identificar en las empresas visitadas riesgos sanitarios, fitosanitarios y ambientales en el ámbito laboral e informar al referente de SISVEA para que realizar las acciones pertinentes **5)** Apoyo para realizar asistencia técnica (trimestral) en Seguridad Laboral a la red de UPGD **6)** Realizar 30 visitas de IVC mensualmente para verificar cumplimiento de las normas laborales(afiliación al SGSSS e implementación del SGSST) **7)** Apoyo para

realizar 1 capacitación (bimensualmente) dirigidas a las EAPB para acciones de inducción a la demanda de los servicios de promoción de la salud, prevención de los riesgos en salud y de origen laboral. Asistencia mínima de participantes de 40 personas.**8)** Apoyo para realizar capacitación a las empresas que reporten mayor número de accidentes laborales con el fin de prevenir la ocurrencia de estos **9)** Realizar una capacitación a los Profesionales de Salud sobre el reporte de accidentes de trabajo enfermedades laborales **10)** Realizar una capacitación a los Profesionales de Salud sobre el reporte de accidentes de trabajo enfermedades laborales **11)** Participar en todas las unidades de análisis en Salud Pública que se realicen **12)** Cumplir todas las funciones asignadas por el Secretario de Salud Municipal **13)** Y las demás que le sean asignadas acorde a la prestación contratada **14)** Entregar los informes mensuales y evidencia fotográfica acorde con los requerimientos establecidos por el coordinador de Área, debidamente archivados y foliados todos los documentos, teniendo en cuenta los lineamientos de la Ley 594 de 2000. **15)** Entregar el archivo virtual en un CD actualizado con documentos, fotos, oficios, entre otros **16)** Realizar un informe final consolidado de las actividades realizadas **17)** Suministrar mensualmente un informe de las actividades realizadas en la ejecución del presente contrato. Una vez sea aprobado el informe, el contratista deberá presentar cuenta de cobro anexando la documentación requerida por el Supervisor del contrato para tal fin. **18)** Actuar con absoluta lealtad en el manejo de los asuntos que se le asignen **19)** Dar cumplimiento al objeto del contrato con la mejor calidad posible **20)** Realizar y actualizar su información personal y profesional requerida por el sistema de información y empleo público SIGEP. Dándose cumplimiento de dicho contrato a entera satisfacción

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N 1420-2019 con fecha de inicio 15 de noviembre de 2019 al 14 de diciembre de 2019, cuyo objeto fue : **LA PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN SALUD, PARA APOYAR LA IMPLEMENTACION DE LAS ACCIONES DE LOS PROCESOS DE GESTION DE LA SALUD PÚBLICA EN EL MUNICIPIO DE SINCELEJO".** Con una duración de **un (1) mes,** teniendo las siguientes obligaciones:

1. Cumplir de buena fe el objeto del contrato. **2)** Asumir los gastos y riesgos que implica el desarrollo del contrato bajo su propia responsabilidad **3)** Apoyo para realizar taller educativo dirigido a las EPS (bimensualmente) para implementar la estrategia de entornos saludables. Asistencia de todos los funcionarios de la EPS **4)** Realizar 1 taller educativo mensualmente dirigido a trabajadores del sector informal para que mejoren sus condiciones de trabajo y auto-cuidado. Asistencia mínima de participantes 40 personas **5)** Identificar en las empresas visitadas riesgos sanitarios, fitosanitarios y ambientales en el ámbito laboral e informar al referente de SISVEA para que realizar las acciones pertinentes **6)** Apoyo para realizar asistencia técnica (trimestral) en Seguridad Laboral a la red de UPGD **7)** Realizar 30 visitas de IVC mensualmente para verificar cumplimiento de las normas laborales(afiliación al SGSSS e implementación del SGSST) **8)** Apoyo para realizar 1 capacitación (bimensualmente) dirigidas a las EAPB para acciones de inducción a la demanda de los servicios de promoción de la salud, prevención de los riesgos en salud y de origen laboral. Asistencia mínima de participantes de 40 personas. **9)** Apoyo para realizar capacitación a las empresas que reporten mayor número de accidentes laborales con el fin de prevenir la ocurrencia de estos **10)** Realizar una capacitación a los Profesionales de Salud sobre el reporte de accidentes de trabajo enfermedades laborales **11)** Realizar una capacitación a los Profesionales de Salud sobre el reporte de accidentes de trabajo enfermedades laborales **12)** Participar en todas las unidades de análisis en Salud Pública que se realicen

13) Cumplir todas las funciones asignadas por el Secretario de Salud Municipal **14)** Y las demás que le sean asignadas acorde a la prestación contratada **15)** Entregar los informes mensuales y evidencia fotográfica acorde con los requerimientos establecidos por el coordinador de Área, debidamente archivados y foliados todos los documentos, teniendo en cuenta los lineamientos de la Ley 594 de 2000. **16)** Entregar el archivo virtual en un CD actualizado con documentos, fotos, oficios, entre otros **17)** Realizar un informe final consolidado de las actividades realizadas **18)** Suministrar mensualmente un informe de las actividades realizadas en la ejecución del presente contrato. Una vez sea aprobado el informe, el contratista deberá presentar cuenta de cobro anexando la documentación requerida por el Supervisor del contrato para tal fin. **19)** Actuar con absoluta lealtad en el manejo de los asuntos que se le asignen **20)** Dar cumplimiento al objeto del contrato con la mejor calidad posible **21)** Realizar y actualizar su información personal y profesional requerida por el sistema de información y empleo público SIGEP.

Dándose cumplimiento de dicho contrato a entera satisfacción

Para constancia se firma el presente certificado a los veintisiete (27) días del mes de enero de 2020.

Atentamente;

KATIUSCA FERNÁNDEZ DEL CASTILLO
Jefe de Oficina Asesora Jurídica
Proyecto Yamile G.

UNIDAD MEDICA INTEGRAL DEL SAN JORGE

NIT. 823004895-9

CERTIFICA

Que el (a) señor (a) **THALIA MARIA MARTINEZ MENA,** identificado (a) con cédula de ciudadanía N° 1.100.249.432 de San Marcos - Sucre, laboro en nuestra empresa desempeñando el cargo como **FACTURADORA DE URGENCIAS ,** desde el día 15 de enero del 2.012 hasta 31 de enero de 2.013.

Durante este tiempo demostró responsabilidad, dedicación, honestidad en las actividades que les fueron encomendadas.

Desempeñando funciones tales como:

- ✓ Revisar el aseguramiento del paciente en las Bases de Datos, determinar aseguramiento periodos de carencia, y derechos, e imprimir reporte de base de datos.
- ✓ Realizar la Admisión administrativa del paciente con calidad y oportunidad acorde a la normatividad vigente y a los resultados de la verificación del aseguramiento
- ✓ Informar en la Hoja de Ruta las novedades administrativas del paciente.
- ✓ Revisar los cargos de atención clínica del paciente realizar los ajustes correspondientes a la cuenta en caso de ser necesario, determinar copagos, imprimir la factura, y hacer firmar por el paciente o acompañante.
- ✓ Diariamente realizar la entrega inventariada de las facturas generadas durante el turno, en la Oficina de Recepción de Facturas.
- ✓ Al momento del Ingreso, informar al paciente y a la familia sobre el copago, y en caso de quedar hospitalizado, el valor a pagar al momento del egreso de acuerdo a la condición del Aseguramiento.
- ✓ Ejercer las demás funciones que le sean asignadas, y sean afines con la naturaleza del cargo, por el Reglamento o Estatuto Interno de la Empresa.

La anterior certificación se expide a solicitud del interesado, en San Marcos – Sucre a los (22) veintidós días del mes de enero de 2020.

I.P.S.
NIT. 0823004895-9
Representante Legal:
OCTAVIO URIBE CARRIAZO
Representante Legal

Carrera 24 No. 15-62
Teléfono 2954291 – 2955663 San Marcos Sucre
E mail umidelsanjorge@gmail.com
Salud con Calidad Humana

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 martes 13 de enero de 2026, a las 09:30:00, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1100249432
Código de Verificación	1100249432260113093000

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 288406158

PIB
09:25:17

Bogotá DC, 13 de enero del 2026

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) THALIA MARIA MARTINEZ MENA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1100249432:

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.

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:13:15 AM horas del 13/01/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1100249432**

Apellidos y Nombres: **MARTINEZ MENA THALIA MARIA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

DIJIN

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 13/01/2026 09:33:01 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1100249432** y Nombre: **THALIA MARIA MARTINEZ MENA.**

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. **132371466** . 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 1100249432 **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 12/01/2026 03:46 PM

Código Verificación: **JNGVDQ6SZ7**

Válida hasta: **12/04/2026**

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 09:49:20 horas del 13/01/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1100249432,**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **PERSONERIA DE SINCELEJO**, con NIT **823000069-3** 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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14526808415

(415)7707212489984(8020) 000001452680841 5

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión iliquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 1 0 0 2 4 9 4 3 2	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Sucre 7 0	Caimito 1 2 4

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MARTINEZ	MENA	THALIA	MARIA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CL 16 B 10 A 67 BRR BITAR

42. Correo electrónico: thaliamar22@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 2 5 9 0 0 0 7 7	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

53. Código: 4 9

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

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

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: ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo:

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Función Pública

FORMULARIO ÚNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, THALIA MARIA MARTINEZ MENA

IDENTIFICADO CON: C.C.X C.E. T.I. N° 1.100.249.432 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País	COLOMBIA	Departamento	SUCRE	Municipio	SINCELEJO
Dirección	CRA 19 A #7-75 VERSALLES			Teléfonos	3225900077

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
MARIA CRISTINA MONTERROSA MARTINEZ	RC 1231340980	HIJA
AMERICA ROSA DE LA OSSA	CC 22836751	MADRE
MANUEL VICENTE MARTINEZ ORTIZ	CC 11040524	PADRE

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTÍCULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESIÓN** **PARA RETIRARME** **PARA ACTUALIZACIÓN** **PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** ,QUE LOS ÚNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACIÓN:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	27.500.000
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	$ 27.500.000

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BANCO BOGOTA	AHORROS	592765762	SINCELEJO	$ 1.650

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACIÓN)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

1.2. DE PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. C.E. T.I.	N°

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN

3. FIRMA

Julia Montes M

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Sincelejo, 13 de enero de 2026

CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

Función Pública

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS
(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2026-01-12 16:04

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
THALIA	MARIA	MARTINEZ	MENA

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1100249432

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	SUCRE	Municipio	CAIMITO

Lugar de domicilio					
País	COLOMBIA	Departamento	SUCRE	Municipio	SINCELEJO

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	PERSONERIA DE SINCELEJO

Lugar de sede					
País	COLOMBIA	Departamento	SUCRE	Municipio	SINCELEJO

Dirección	["Carrera 20 No. 22 - 25 Antiguo Palacio Municipal"]
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019: Persona natural y jurídica, pública o privada, que presten función pública, que presten servicios públicos respecto de la información directamente relacionada con la prestación del servicio público.

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente mi declaración de bienes y rentas y manifiesto que los únicos bienes y rentas que poseo a la fecha, en forma personal o por interpuesta persona, son los que relaciono a continuación.

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2025 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	$27.500.000,00
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$27.500.000,00

Las cuentas bancarias de las que soy titular en Colombia y en el exterior son:

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$1.650,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

1.2. PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y/O ASOCIACIONES

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí [ ] No [X]

En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas o Consejos Directivos:

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí [ ] No [X]

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente el registro de la información que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con los intereses de mi cónyuge o compañero(a) permanente, parientes y socios de hecho o de derecho.

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [ ] No [X]

Los intereses personales de mi cónyuge o compañero o compañera permanente son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [ ]

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

Descripción del potencial conflicto de interés con su cónyuge o compañero(a) permanente:

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con Intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [X]

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño.

De acuerdo con la Ley 2003 de 2019, los congresistas deben registrar sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeñan.

Parentesco	Pariente	Tipo de documento de identidad	Documento de identidad	Descripción del potencial conflicto de interés

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual:

Sí [ ] No [X]

Dentro del año anterior tuve interés directo o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera), y a continuación describo cómo puede influir en las decisiones y acciones de mi cargo actual:

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Los fideicomisos y encargos fiduciarios de los cuales soy constituyente o beneficiario en Colombia y en el exterior son:

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario y otras que tengo en Colombia y en el exterior son:

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta del último año gravable son:

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí [ ] No [X]

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:
> Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
> Establecimientos que posee.
> Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
> Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta del último año gravable son:

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí [ ] No [X]

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:
> Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
> Establecimientos que posee.
> Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
> Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

THALIA MARIA MARTINEZ MENA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.100.249.432**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 12 de Enero del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Bogotá, Enero / 13 de 2026

Señor (a): THALIA MARIA MARTINEZ MENA
CC. 1100249432
CR 19 7 75 VERSALLES
SINCELEJO

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

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

Por medio de la presente, nos permitimos certificar que, a la fecha de expedición de la presente comunicación, registra en nuestras bases de datos su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS-S S.A., la cual se realizó a partir de Diciembre / 17 de 2021, y su estado afiliación es Activo como COTIZANTE.

CARTA NO VÁLIDA PARA TRASLADO.

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

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

Cordialmente,

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

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

SERVICIOS INTEGRALES EN SEGURIDAD
Y SALUD EN EL TRABAJO S.A.S
NIT: 900878523-3
Dir: Carrera 17 N 15 - 166 Calle Chacury
Tel: 272 1485 - 302 381 0521 - 315 408 7872
e-mail: sisstsas@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 17.002

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
26 DÍA	05 MES	2025 AÑO	SINCELEJO (SUCRE, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULARES	PARTICULARES
Nombre de la empresa	Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
MARTINEZ MENA THALIA MARIA	FEMENINO	33 AÑOS 2 MESES 3 DÍAS	CC (Tipo)	1100249432 (Número)

Cargo
CONTRATISTA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
ELEGIBLE PARA EL CARGO SIN RECOMENDACIONES LABORALES

Observaciones: *NO APLICA*

N/A NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mi en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Dra. Angélica Gómez Martínez
Esp. Seguridad y Salud en el Trabajo
Lic. SSST 0252
Reg. Medico 471977

Firma:

Nombre: GOMEZ MARTINEZ ANGELICA MARIA

R. M.: 471977 **L.S.O.:** 0252

Código de Seguridad
S1307Y1E17002

Aspirante o Trabajador

Firma: Thalia Martínez

Nombre: MARTINEZ MENA THALIA MARIA

CC: 1100249432