| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E | |
|---|---|---|
| | FORMATO AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN DE TÍTULOS | CO-OPS-FT-07 V1 |

Bogotá D.C Enero 10 de 2020

Señores:

COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA - INSTITUC. UNIVERSITARIA.

Por medio de la presente, yo Martha Patricia Salazar Cadena, identificado con número de documento 51665363, autorizo a la Sub Red Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E a que realice la respectiva verificación de la información académica de mi hoja de vida, lo anterior con fines de habilitación y demás procesos internos de la entidad en lo referente a corroboración de la información.

Cordialmente,

Nombre: MarthaPaticiaSalazarCadena

No. Documento: 51.665363

Teléfono: 3057364239


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
51.665.363
NUMERO
SALAZAR CADENA
APELLIDOS
MARTHA PATRICIA
NOMBRES
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **26-DIC-1962**

**BOGOTA D.C.**
**(CUNDINAMARCA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.60** | **O+** | **F** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**10-MAR-1981 BOGOTA D.C.**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-1500113-45150183-F-0051665363-20060707 **03868**06188A 02 200910334

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO ( O DE CASADA ) | NOMBRES |
|---|---|---|
| SALAZAR | CADENA | MARTHA PATRICIA |

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 51665363

SEXO: F (X) M ( )

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

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 26 MES 12 AÑO 1962

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: CUNDINAMARCA

MUNICIPIO: BOGOTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: Calle 44B Nº 57A45

PAÍS COLOMBIA DEPTO CUNDINAMARCA

MUNICIPIO BOGOTA

TELÉFONO 3057364239 EMAIL patty.salazar0216@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: |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO |
| 1o. | 2o. | 3o. | 4o. | X | 6o. | 7o. | 8o. | 9o. | 10 | X | MES 12 AÑO 1979 |

**EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)**

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

**TC** (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA 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 SI | GRADUADO NO | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN MES | TERMINACIÓN AÑO | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| UN | 8 | X. | | Bacteriologa y Lab. clinico | 12 | 1987 | 51665363 |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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

| IDIOMA | LO HABLA R | LO HABLA B | LO HABLA MB | LO LEE R | LO LEE B | LO LEE MB | LO ESCRIBE R | LO ESCRIBE B | LO ESCRIBE MB |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | X | | | X | | | X | | |
| | | | | | | | | | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

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

**EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| Subred sur USS Tunal. | X | | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Cundinamarca | Bogotá | — |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 7428585 | DÍA 01 MES 11 AÑO 2013 | DÍA MES AÑO |

| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Bacteriologa | Laboratorio Clinico | Kra 20 N° 42 Sur 47 |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| Coobac- Hospital Universitario mayor. | | X | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Cundinamarca | Bogotá | — |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 2333270 | DÍA 01 MES 05 AÑO 2008 | DÍA 30 MES 06 AÑO 2008 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Bacteriologa | Laboratorio Clinico | Kra 30 Av. Americas |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| NUEVA ETA Hospital Boca. | X | | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Cundinamarca | Bogotá. | — |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 6201407 | DÍA 30 MES 01 AÑO 2003 | DÍA 16 MES 10 AÑO 2006 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Bacteriologa | Laboratorio clinico | — |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| Hospital Boca | X | | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Cundinamarca | Bogotá | — |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 7784038 | DÍA 02 MES 12 AÑO 2002 | DÍA 02 MES 01 AÑO 2003 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Bacteriologa. | Lab Clinico | Calle 63 ASur #85-90 |

**NOTA:** SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

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

**EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| Organización Confiar Salud Ltda | | X. | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Cundinamarca | Bogotá. | — |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 6712037 | DÍA 11 MES 10 AÑO 1998 | DÍA 25 MES 08 AÑO 1999 |

| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Bacteriologa. | Lab. Clinico (UCI Neo) | Calle 163A # 32-17. |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| Biocontrol. | | X | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Cundinamarca. | Bogotá | — |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 6355100 | DÍA 01 MES 10 AÑO 1997 | DÍA 26 MES 07 AÑO 1998 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Bacteriologa | Lab Clinico | Calle 93 # 19-40 |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| Hospital Boza. | X. | | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Cundinamarca | Bogotá | — |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 7764003 | DÍA 13 MES 04 AÑO 1993 | DÍA 21 MES 05 AÑO 1997 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Profesional de laboratorio | Lab. clinico | Calle 63A Sur # 8C-90 |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| Medilabsys (Independiente) | | X | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Cundinamarca | Bogotá. | mpsalazarc@hotmail.co |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 3103381631. | DÍA 04 MES 03 AÑO 1993 | DÍA 31 MES 12 AÑO 1998 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Bacteriologa Propietaria | Lab Clinico | Kra 14 # 11-50 |

**NOTA:** SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA .

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 4 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 | 11 | 01. |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 7 | — |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 5 | 09 |
| **TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA** | 23 | 10 |

## 5 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 INCOMPATIBILIDAD 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* Bogotà, Diciembre. 12 de 2017

Patricia Salazar

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

## 6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

*Ciudad y fecha*

*NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

El servicio público es de todos | Función Pública

**FORMULARIO UNICO**
**DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS**
**Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA**
**PERSONA NATURAL**
**(LEY 190 DE 1995)**

ENTIDAD RECEPTORA

## 1. DECLARACION JURAMENTADA

### 1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, Martha Patricia Salazar Cadena

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 51665363 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

| País | Departamento | Municipio |
|---|---|---|
| Colombia | Cundinamarca | Bogotá. |

| Dirección | Teléfonos |
|---|---|
| Calle 44 B Nº 57 A 45 | 3057364239 |

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|---|---|---|
| Juan Diego Rodriguez Salazar | 1032460914 | Hijo |
| Laura Sofia Aya Salazar | 1011320904 | Hija |
| Hector Salazar Forfan | 2.849.745 | Padre |
| Maria Doris Cadena de Salazar | 41.365.707 | Madre |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESION** **PARA RETIRARME** **PARA ACTUALIZACION** **PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** ,QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

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

| CONCEPTO | VALOR |
|---|---|
| SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES | 30.000.000 |
| CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS | 0 |
| GASTOS DE REPRESENTACION | 0 - |
| ARRIENDOS | 0 - |
| HONORARIOS | 0 - |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS | 0 - |
| **TOTAL** | $ 30.000.000 - |

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

| ENTIDAD FINANCIERA | TIPO DE CUENTA | NUMERO DE LA CUENTA | SEDE DE LA CUENTA | SALDO DE LA CUENTA |
|---|---|---|---|---|
| Banco Davivienda | Ahorros | 487041072 9 | Tunal | 10.500. |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| TIPO DE BIEN | IDENTIFICACION DEL BIEN | VALOR |
|---|---|---|
| Casa Familiar | Calle 44 B Nº 57 A 45 33% | 800.000.000 |
| | | |
| | | |
| | | |

EMPLEADOR O CONTRATANTE

## 1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

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

| ENTIDAD O PERSONA | CONCEPTO | VALOR |
|---|---|---|
| Fondo Empleados Subred Sur. | Prestamo | 3.800.000 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

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

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

| ENTIDAD O INSTITUCION | CALIDAD DE MIEMBRO |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

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

| CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION | CALIDAD DE SOCIO |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

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

| NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE | DOCUMENTO DE IDENTIFICACION<br>C.C. C.E. T.I. | N° |
|---|---|---|
| | | |

## 2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

| DETALLE DE LAS ACTIVIDADES | FORMA DE PARTICIPACION |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

## 3. FIRMA

Patricia Zalazar S

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Bogotá, enero 10/20

CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

DAVIVIENDA

## A QUIEN INTERESE

BOGOTA
COLOMBIA, 2015/08/21

Por medio de la presente hacemos constar que la señora MARTHA PATRICIA SALAZAR CADENA
con Cédula de Ciudadanía número 51665363
de BOGOTA D.C.-DISTRITO CAPITAL
posee en el Banco Davivienda:

**CUENTA AHORROS (FIJODIARIO)**

Número 004870410729

Fecha Apertura 2013/11/28

Cordialmente,




Firma Autorizada
BANCO DAVIVIENDA

COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA
INSTITUCION UNIVERSITARIA
CALLE 28 No. 6-02 BOGOTA, D. E.

UNIDAD DE BACTERIOLOGIA

ACTA Nº 112

En Bogotá, D.E., República de Colombia, el día once (11) del mes de Diciembre de mil novecientos ochenta y siete (1987), se reunieron en el Teatro Astor Plaza, la Rectora, Doctora Alicia Moyano Iregui; la Directora de Unidad, Licenciada Nicolasa Silva de Aguirre y la Secretaria General de la Institución, Doctora Bertha Marina Gaitán de Galán, con el objeto de presidir la Ceremonia de Grado de:

MARTHA PATRICIA SALAZAR CADENA
C.C. Nº 51.665.363 de Bogotá

quien terminó sus estudios y cumplió los requisitos exigidos por la Ley y los Reglamentos de la Institución, para optar el Título de "BACTERIOLOGA Y LABORATORISTA CLINICO", según Decreto 83 de 1980 y la Resolución Nº 001953 de Octubre 21 de 1986.

En desarrollo al Programa previsto, la Rectora tomó el juramento de rigor e hizo entrega del correspondiente Diploma a la Graduanda.

Para constancia se firma la presente Acta.

LA RECTORA,

ALICIA MOYANO IREGUI

Colegio Mayor de Cundinamarca
INSTITUCION UNIVERSITARIA
RECTORIA

LA SECRETARIA GENERAL,

BERTHA MARINA GAITAN DE GALAN

Colegio Mayor de Cundinamarca
INSTITUCION UNIVERSITARIA
SECRETARIA GENERAL

Como Notario Veinte y Ocho del círculo de Bogotá HAGO CONSTAR que esta fotocopia coincide con su original que he tenido a la vista
DIC.
JAIME AGUILAR MILLAN
NOTARIO ENCARGADO

BMGRG/mmpl

REPUBLICA DE COLOMBIA

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA, D. E.

Liceo Nacional Femenino "Antonia Santos"

Aprobado por Resolución No. 4500 de Agosto 22 de 1972 emanada del Ministerio de Educación Nacional

Teniendo en cuenta que

# Martha Patricia Salazar Cadena

terminó satisfactoriamente los estudios correspondientes a la Educación Secundaria y fué aprobada en todos los exámenes y pruebas reglamentarias, le confiere el título de:

# BACHILLER

La Directora [signature] Secretaria, [signature]

Liceo Nacional Femenino "Antonia Santos" SECRETARIA

DIRECCION ANTONIA SANTOS

Bogotá, D. E. Diciembre 1º de 1979

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA, D. E.

Anotado al Folio 24-S del Libro de Registro No. 81

El Secretario de Educación,

REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

# Colegio Mayor de Cundinamarca

INSTITUCION UNIVERSITARIA

MIEMBRO DE "ASCUN"

CONFIERE EL TITULO DE

## Bacterióloga y Laboratorista Clinico

A

## Martha Patricia Salazar Cadena

C.C. No. 51.665.363 DE Bogotá

EN TESTIMONIO DE ELLO, FIRMA Y SELLA EL PRESENTE DIPLOMA EN LA CIUDAD DE BOGOTA.
EL DIA 11 DE diciembre DE 1987.

DECRETO 81 DE 1981 - RESOLUCION No. 000183 DE OCTUBRE 21 DE 1986.

RECTORA

DIRECTORA DE UNIDAD

SECRETARIA GENERAL

SECRETARIA DE EDUCACION DE BOGOTA, D.E.

ANOTADO AL FOLIO 485 DEL LIBRO DE REGISTRO No. 87

SECRETARIO DE EDUCACION

EN BOGOTA, A LOS 30 DIAS DEL MES DE Diciembre DE 1987

NOTARIA TRECE
AUTENTICACION
Como Notario Trece de Santafé de Bogotá D.C. hago constar que esta fotocopia coincide con el original que he tenido a la vista.
19 NOV. 1993
Oswaldo H. Pinto Garcia
NOTARIO TRECE (E.)
Santafé de Bogotá, D. C.

NOTARIA TRECE
AUTENTICACION
Como Notario Trece de Santafé de Bogotá D.C. hago constar que esta fotocopia coincide con fotocopia auténtica que he tenido
24 NOV. 1993
Francisco E. Villamil Navarro
NOTARIO TRECE
Santafé de Bogotá, D.C.

ROCHEM BIOCARE
COLOMBIA S.A.

*CERTIFICA QUE :*

# *Dra. Martha Patricia Salazar*
# *Clínica San Pedro Claver*

Asistió y Aprobó el Curso de Operación y Mantenimiento
del Analizador de Química SYNCHRON CX-7 de BECKMAN COULTER,
los días 25 – 29 de Febrero de 2008.
Intensidad: 20 horas

**DRA. ANGELA ZAMUDIO MELO**
**Asesora Científica**

**DRA. ADRIANA VILLAMIL FORERO**
**Coordinador Asesoria Científica**

# PRODUCTOS ROCHE S.A.
# DIVISIÓN DIAGNÓSTICA

*CERTIFICA*

*que la*

***Dra. Martha Patricia Salazar***
***CC. 51.665.363 de Bogotá***

*Asistió al entrenamiento*
*con una intensidad de 8 horas.*

***MANEJO Y MANTENIMIENTO DEL SISTEMA***
***SYSMEX SE 9500***

*María Victoria Rojas Rueda*
*Especialista de Aplicaciones*

*Bogotá, Marzo 16 y 17 de 2008*

VELEZ - LAB
www.velezlab.com.co

**A QUIEN INTERESE**

Por medio de la presente Vélez Lab hace constar que la doctora **MARTHA PATRICIA SALAZAR**, del HOSPITAL CARDIOVASCULAR DEL NIÑO DE CUNDINAMARCA, identificada con cédula de ciudadanía No. 51.665.363, realizó el Curso de Entrenamiento del Sistema T 20, dictado del 02 al 05 de Febrero de 2009, con una intensidad horaria de 24 horas, en nuestras instalaciones.

La anterior se expide a solicitud del interesado, en Bogotá D.C., a los 09 días del mes de Febrero del dos mil nueve (2009).

Cordialmente,

RICARDO GÓMEZ RODRÍGUEZ
Jefe Depto. Asesoría Científica

LILIANA GARZON REYES
Asesora Científica

Carrera 17A No. 119A - 42 - Bogotá, (Colombia) - PBX: (57-1) 620 5048 - Fax: 619 1288 / 213 7277 - Atención al Cliente PBX: (57-1) 629 9230
Correo electrónico: info@velezlab.com.co

# CONGRESO INTERNACIONAL DEL COLEGIO NACIONAL DE BACTERIOLOGÍA CNB - COLOMBIA

COLEGIO NACIONAL DE BACTERIOLOGÍA CNB - COLOMBIA

Certifica que

## MARTHA PATRICIA SALAZAR CADENA

Participó en el 10º Congreso Internacional del Colegio Nacional de Bacteriología CNB - COLOMBIA realizado en la ciudad de Bogotá, D.C., durante los días 9, 10,11 y 12 de octubre de 2009,

MARÍA EUGENIA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ
Presidenta CNB - COLOMBIA

STELLA PÁEZ DE BOLIVAR
Presidenta 10º Congreso CNB - COLOMBIA

CARMEN CECILIA ALMONACID URREGO
Coordinadora Academica10ºCongreso CNB - COLOMBIA

Roche

# PRODUCTOS ROCHE S.A.
# DIVISIÓN DIAGNÓSTICA

## CERTIFICA

*que la*

**Dra. MARTHA PATRICIA SALAZAR C.**
**c.c. 51.665.363 Bta**

*Asistió al entrenamiento Full Operador*
*con intensidad de 16 horas*

**MANEJO Y MANTENIMIENTO DEL SISTEMA**
**ELECSYS 2010**

*Catalina Oraya V.*
*Especialista Aplicaciones*

*Bogotá, Abril 26 y 27 de 2010*

BOGOTÁ BICENTENARIO de la Independencia de Colombia

Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

# *EL MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL - LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTA Y LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA*

CERTIFICAN QUE:

PATRICIA SALAZAR

Identificado(a) con c.c. 51665363

Asistiò a la **"Jornada de Actualizaciòn en Urgencias Toxicològicas"**

Realizado en la Ciudad de Bogotà D.C. los dìas 7 y 8 de Abril de 2011 , con una intensidad de 16 horas.

**Andrés Viracachá**
Grupo de Atención de Emergencias y Desastres
Ministerio de la Protección Social

**Ricardo Rojas Higuera**
Director de Salud Pública
Secretaría Distrital de Salud

**Myriam Gutierrez**
Directora Departamento de Toxicología
Universidad Nacional de Colombia

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

ALCALDÍA MAYOR

BOG BOGOTÁ POSITIVA

LigaSida
www.ligasida.org

CHAMPION
NGO CODE OF GOOD PRACTICE

**LA LIGA COLOMBIANA DE LUCHA CONTRA EL SIDA**

CERTIFICA QUE

**MARTHA PATRICIA SALAZAR CADENA**
**C.C. 51.665.363**

PARTICIPÓ EN EL TALLER DE ASESORÍA PRE Y POST PRUEBA PARA VIH-SIDA
CON UNA DURACIÓN DE 40 HORAS.
Bogotá, D.C., 11 al 15 de Abril de 2011

**JORGE ALBERTO PACHECO CABRALES**
COORDINADOR GENERAL

**RICARDO JAVIER GARCIA GUTIERREZ**
COORDINADOR DE PROYECTOS

Roche

# PRODUCTOS ROCHE S.A.
# DIVISIÓN DIAGNÓSTICA

## CERTIFICA

*que la*

**Dra. MARTHA PATRICIA SALAZAR C**
**c.c. 51.665.363 de Bogotá**

*Asistió al entrenamiento Full-Operador*
*con intensidad de 16 horas*

**MANEJO Y MANTENIMIENTO DEL SISTEMA**
**SYSMEX XS 1000i**

Martha Nubia Montaño R
*Especialista Aplicaciones*

*Bogotá, abril 12 al 15 de 2011*

Universidad de La Sabana

Roche

**CERTIFICA QUE:**

# MARTHA PATRICIA SALAZAR C.

**C.C 51.665.363**

**Asistió a la capacitación**

## EL INSERTO "PUNTO DE PARTIDA PARA DEFINIR SUS ESPECIFICACIONES DE CALIDAD" Y GESTION DEL RIESGO EN EL USO DE REACTIVOS IVD & DISPOSITIVOS MEDICOS

**CAMILO OSORIO BARKER . MD**
**Decano Facultad de Medicina**
**Universidad de La Sabana**

**Bogotá D.C. Colombia. Mayo, 2011**

Universidad de La Sabana

Roche

**CERTIFICA QUE:**

# MARTHA PATRICIA SALAZAR

**C.C 51.665.363**

**Asistió a la capacitación**

## «CORRELACION DEL CONTROL INTERNO Y EXTERNO Y VALORES DE REFERENCIA TSH»

**Total Horas 3**

**CAMILO OSORIO BARKER . MD**
**Decano Facultad de Medicina**
**Universidad de La Sabana**

**Bogotá, Colombia. Junio, 2011**

Universidad de La Sabana

Roche

**CERTIFICA QUE:**

# MARTHA SALAZAR

## C.C. 51.665.363

**Asistió a la capacitación:**

**«APLICABILIDAD DE LA SIMGAMETRIA EN LA INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS Y SISTEMAS PREANALÍTICOS Y EVALUACIÓN DE LOS FLUJOS DE TRABAJO»**

**Total Horas: 3**

**CAMILO OSORIO BARKER . MD**
**Decano Facultad de Medicina**
**Universidad de La Sabana**

**Bogotá, Colombia. Octubre 6, 2011**

Universidad de La Sabana

Roche

**CERTIFICA QUE:**

# MARTHA PATRICIA SALAZAR

## C.C. 51.665.363

**Asistió a la capacitación:**

**«COMO EJECUTAR UNA AUDITORIA INTERNA EN SU LABORATORIO Y APLICACIÓN DE LA CITOMETRIA DE FLUJO FLUORESCENTE EN EL ESTUDIO DEL SEDIMENTO URINARIO»**

**Total Horas: 3**

**CAMILO OSORIO BARKER . MD**
**Decano Facultad de Medicina**
**Universidad de La Sabana**

**Bogotá, Colombia. Diciembre 1 de 2011**

BD

Ayudando a las personas a vivir saludablemente

# CERTIFICADO DE ASISTENCIA

**OTORGADO A**

PATRICIA SALAZAR

## ENTRENAMIENTO INSTRUMENTO BACTEC MGIT 320

**Intensidad Horaria : 8 Horas**
**Julio 10 y 11 de 2014**
**Bogotá- Colombia**

**Nidia E. Barrera Hernández**
**Especialista de Producto**
**BD Diagnostic Systems**

VELEZ - LAB

## A QUIEN INTERESE:

# *Patricia Salazar*

*Identificada con Cédula de Ciudadanía No. 51.665.363 de* ***HOSPITAL EL TUNAL III NIVEL****, recibió entrenamiento en el manejo del Dispositivo Médico:* ***HB&L LIGTH de la casa comercial ALIFAX****, realizado en sus instalaciones, el 29 de Septiembre de 2014, con una intensidad de 2 horas.*

***RICARDO GÓMEZ RODRIGUEZ***
*Jefe Departamento Asesoría Científica*

***ANGELA OIDOR***
*Asesor Científico*

**PRODUCTOS ROCHE S.A.**
**DIVISIÓN DIAGNÓSTICA**

**CERTIFICA**

*que*

# Martha Patricia Salazar Cadena

## cc 51.665.363

*Asistió y aprobó el entrenamiento Operador Básico con una intensidad de 2 horas.*

**MANEJO, CONTROL DE CALIDAD, MANTENIMIENTO DE USUARIO DEL SISTEMA cobas b 221 y AVL 9180 MARCA ROCHE**

**Manuel Moreno Buitrago**
**External Coordinator of Technical Services and Business**

**Leidy Johanna Castañeda**
**Business Unit Assistant**
**Roche Point of Care**

***Bogotá 2 de Febrero de 2015***

# QUINBERLAB S.A.

## CERTIFICA

*que la*

**Dra. MARTHA PATRICIA SALAZAR CADENA**
**C.C. No. 51.665.363 de Bogotá**

*Asistió al entrenamiento de Operador Básico con intensidad de 8 horas*

**MANEJO Y MANTENIMIENTO DEL SISTEMA COBAS 6000 – C501 Y COBAS LINK**

**YENNY FERNANDA BARAJAS MORALES**
*Bacterióloga - Especialista en Aplicaciones*

**Bogotá D.C., 17 y 18 de Marzo de 2015**

**PRODUCTOS ROCHE S.A.**
**DIVISIÓN DIAGNÓSTICA**

Roche

**CERTIFICA**
*que la*

# Dra. MARTHA PATRICIA SALAZAR
# cc 51665363

*Asistió y aprobó el entrenamiento de Operador*
*con una intensidad de 4 horas.*

**MANEJO Y MANTENIMIENTO DEL SISTEMA**
**E411**

***Camilo Moreno***
***Especialista de Aplicaciones***

***María Victoria Rojas Rueda***
***Coordinación Aplicaciones RD Colombia***

***Bogotá 26 de Junio de 2015***

**PRODUCTOS ROCHE S.A.**
**DIVISIÓN DIAGNÓSTICA**

Roche

**CERTIFICA**
*que la*

# Dra. MARTHA PATRICIA SALAZAR
# cc 51665363

*Asistió y aprobó el entrenamiento de Operador*
*con una intensidad de 4 horas.*

**MANEJO Y MANTENIMIENTO DEL SISTEMA**
**U411**

**Camilo Moreno**
**Especialista de Aplicaciones**

**María Victoria Rojas Rueda**
**Coordinación Aplicaciones RD Colombia**

**Bogotá 26 de Junio de 2015**

**PRODUCTOS ROCHE S.A.**
**DIVISIÓN DIAGNÓSTICA**

Roche

**CERTIFICA**
*que la*

# Dra. MARTHA PATRICIA SALAZAR
# cc 51665363

*Asistió y aprobó el entrenamiento de Operador con una intensidad de 4 horas.*

**MANEJO Y MANTENIMIENTO DEL SISTEMA**
**C111**

**Camilo Moreno**
**Especialista de Aplicaciones**

**María Victoria Rojas Rueda**
**Coordinación Aplicaciones RD Colombia**

**Bogotá 26 de Junio de 2015**

**PRODUCTOS ROCHE S.A.**
**DIVISIÓN DIAGNÓSTICA**

Roche

**CERTIFICA**
*que la*

# Dra. MARTHA PATRICIA SALAZAR
# cc 51665363

*Asistió y aprobó el entrenamiento de Operador*
*con una intensidad de 4 horas.*

**MANEJO Y MANTENIMIENTO DEL SISTEMA**
**KX21**

***Camilo Moreno***
***Especialista de Aplicaciones***

***María Victoria Rojas Rueda***
***Coordinación Aplicaciones RD Colombia***

***Bogotá 26 de Junio de 2015***

**PRODUCTOS ROCHE S.A.**
**DIVISIÓN DIAGNÓSTICA**

Roche

**CERTIFICA**
*que la*

# Dra. MARTHA PATRICIA SALAZAR
# cc 51665363

*Asistió y aprobó el entrenamiento de Operador*
*con una intensidad de 4 horas.*

**MANEJO Y MANTENIMIENTO DEL SISTEMA**
**XT2000**

***Camilo Moreno***
***Especialista de Aplicaciones***

***María Victoria Rojas Rueda***
***Coordinación Aplicaciones RD Colombia***

***Bogotá 26 de Junio de 2015***

VELEZ - LAB

## A QUIEN INTERESE:

# *Patricia Salazar*

*Identificada con Cédula de Ciudadanía No 51.665.363 del* ***HOSPITAL EL TUNAL III NIVEL,*** *recibió entrenamiento en el manejo del Dispositivo Médico:* ***AEROSPRAY HEMATO PRO de la casa comercial WESCOR INC,*** *realizado en sus instalaciones, el día 30 de Junio de 2015, con una intensidad de 2 horas.*

***RICARDO GÓMEZ RODRIGUEZ***
*Jefe Departamento Asesoría Científica*

***DIANA PEÑA***
*Asesor Científico*

ROCHEM BIOCARE
COLOMBIA S.A.S.

*CERTIFICA QUE:*

# Martha Patricia Salazar

C.C. 51.665.363

## Hospital El Tunal

Asistió y aprobó la formación en el uso del
Sistema de identificación y susceptibilidad MicroScan WalkaWay
Intensidad: 12 horas

Bogotá, Agosto 5 y 6 de 2015

**Dra. Zulema Ruiz**
**Asesora Científica**

**Dra. Adriana Villamil**
**Coordinadora de Asesoría Científica**

CENTRO BIOCARE

NIT. 13.842.559-1

*Certifica que:*

# Patricia Salazar

C.C. 51.665.363

*Asistió a la capacitación sobre:*

## Curso de Plasma Rico en Plaquetas

## En Medicina Estética y Regenerativa

Carlos Alberto Moreno

Médico Director

CENTRO BIOCARE

Dr. Carlos Alberto Moreno

MÉDICO DIRECTOR

Dado en Bogotá D.C., el día 26 de Septiembre de 2015

TECHNOMEDICAL
TECNOLOGIA DIAGNOSTICA

SIEMENS

# CERTIFICADO

## MARTHA PATRICIA SALAZAR

Cedula de Ciudadanía No. 51.663.363

Asistió al entrenamiento en:

## CENTAUR CP

Realizado el día 9 al 11 de Agosto 2017

Con una duración de 12 horas.

Yamile Zambrano Pérez

Asesora Técnico- Científica


BOGOTA

Parque Empresarial
Puerta del Sol
Tv. 93 No. 51 - 98 bodega 14
Cel. 3116625564

CARTAGENA

Centro Logístico Bloc Port
Cr. 56 No. 7c - 39 Km1
local 39, bodegas 43 - 44
Tel. 5 (+57) 6604806

# Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca

*Resolución 828 de marzo 13 de 1996 expedida por el Ministerio de Educación Nacional*

# Certifica

Que: **Martha Patricia Salazar Cadena**

*Cédula de Ciudadanía: 51.665.363*

Asistió al Diplomado **Gerencia de la Calidad en el Laboratorio**

Realizado en Bogotá, D.C., entre el 10 de julio y el 4 de diciembre de 2010, con una duración total de 90 horas y Excelentes resultados.

*En constancia se firma la presente en Bogotá, D.C., a los cuatro días del mes de diciembre de dosmildiez*

Decano Facultad de Ciencias de la Salud

Secretario General



COOPSIN

*Plenitud & Armonía S.A.S en asocio con la cooperativa de trabajo asociado COOPSIN*

*Certifica que:*

# *Martha Salazar*

*C.C. 51665363*

*Cursó y aprobó el Diplomado de Formación como PROMOTOR DE CALIDAD*

*con una intensidad de 180 horas.*

*Gerente Plenitud & Armonía*

*Gerente de COOPSIN*

*Bogotá D.C. Julio de 2010*

CCB1301167

* * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * *

CAMARA DE COMERCIO DE BOGOTA
OFICINA CALLE 93
FECHA: DIA 04 MES 03 AÑO 93 HORA 11:32:23

* * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * *

CERTIFICADO DE MATRICULA DE PERSONA NATURAL
EL SECRETARIO DE LA CAMARA DE COMERCIO DE BOGOTA CON FUNDAMENTO EN LAS MATRICULAS DEL REGISTRO MERCANTIL,

CERTIFICA :

NOMBRE:
SALAZAR CADENA MARTHA PATRICIA
DOCUMENTO DE IDENTIDAD:**********
MATRICULA NRO. 536273 DEL 25 DE FEBRERO DE 1993

CERTIFICA :

RENOVACION MATRICULA: 25 DE FEBRERO DE 1993
ULTIMO AÑO RENOVADO: 1993

CERTIFICA :

ACTIVIDAD COMERCIAL:
EXAMENES DE LABORATORIO CLINICO.-
TOTAL ACTIVOS: $1,680,000
DIRECCION: CR 14 NO. 11-50

MUNICIPIO: ENGATIVA

CERTIFICA :

PROPIETARIO DE LOS SIGUIENTES ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO:
NOMBRE:
MEDILAB SYS
DIRECCION: CR 14 NO. 11-50

MUNICIPIO: ENGATIVA
MATRICULA NRO. 536274 DEL 25 DE FEBRERO DE 1993
RENOVACION MATRICULA: 25 DE FEBRERO DE 1993

**********

CERTIFICA :

LA INFORMACION ANTERIOR HA SIDO TOMADA DIRECTAMENTE DEL FORMULARIO DE MATRICULA DILIGENCIADO POR EL COMERCIANTE

SANTA FE DE BOGOTA, D.C. FECHA: DIA 04 MES 03 AÑO 93

EL SECRETARIO DE LA CAMARA DE COMERCIO DE BOGOTA,

VALOR : 100

NO CAUSA IMPUESTO DE TIMBRE

ISABEL CRISTINA PRIETO RODRIGUEZ

- SOLO ES VALIDO POR ESTA CARA -

CCB1301170

* * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * *

CAMARA DE COMERCIO DE BOGOTA
OFICINA CALLE 93
FECHA: DIA 04 MES 03 AÑO 93 HORA 11:35:02

* * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * * *

CERTIFICADO DE MATRICULA DE ESTABLECIMIENTO

EL SECRETARIO DE LA CAMARA DE COMERCIO DE BOGOTA CON FUNDAMENTO EN LAS MATRICULAS DEL REGISTRO MERCANTIL,

CERTIFICA :

NOMBRE:
MEDILAB SYS
MATRICULA NRO. 536274 DEL 25 DE FEBRERO DE 1993

CERTIFICA :

RENOVACION MATRICULA: 25 DE FEBRERO DE 1993
ULTIMO AÑO RENOVADO: 1993

CERTIFICA :

PROPIETARIO (S)
SALAZAR CADENA MARTHA PATRICIA

CERTIFICA :

ACTIVIDAD COMERCIAL:
EXAMENES DE LABORATORIO CLINICO.-
VALOR COMERCIAL: $1,550,000
DIRECCION: CR 14 NO. 11-50

MUNICIPIO: ENGATIVA

CERTIFICA :

LA INFORMACION ANTERIOR HA SIDO TOMADA DIRECTAMENTE DEL FORMULARIO DE MATRICULA DILIGENCIADO POR EL COMERCIANTE

SANTA FE DE BOGOTA, D.C. FECHA: DIA 04 MES 03 AÑO 93

EL SECRETARIO DE LA CAMARA DE COMERCIO DE BOGOTA,

VALOR : $ 160

PAGO CAUSA IMPUESTO DE TIMBRE

CAMARA DE COMERCIO DE BOGOTA

ISABEL CRISTINA PRIETO RODRIGUEZ

- SOLO ES VALIDO POR ESTA CARA -

ORGANIZACION
CONFIAR SALUD LTDA

**ORGANIZACIÓN CONFIAR SALUD LTDA. CERTIFICA QUE:**

La Sra. **Martha Patricia Salazar Cadena** identificada con la cédula de ciudadanía Nro. 51.665.363 de Bogotá, trabajó en la Organización desde el 11 de octubre de 1998 hasta el 30/12/98 con contrato a término fijo, y desde el 01 de enero de 1999 con contrato a termino indefinido como Bacterióloga de la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal y que por dicho concepto devenga ingresos promedio de **Seiscientos Sesenta y Nueve Mil pesos M/CTE. ($ 669.000,oo).**

Esta certificación se expide a solicitud del interesado en la ciudad de Santa Fe de Bogotá D.C., a los veinticinco (25) días del mes de Agosto de 1999.

Atentamente,

Organización Confiar
Salud Ltda.
Nit: 830.000.892-4

MARCO LUIS REYES PUERTA
DIRECTOR ADMINISTRATIVO O.C.S. LTDA.

ADMON-99-350
C.C. HOJA DE VIDA
MLRP

**HOSPITAL BOSA**
II NIVEL
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

**SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA**
**GESTION HUMANA**

SAGHCL.034

**CERTIFICA QUE:**

La Doctora **MARTHA PATRICIA SALAZAR CADENA** identificada con cédula de ciudadanía número 51.665.363 de Bogota, laboro en esta Institución entre el 13 de abril de 1.993 y el 21 de mayo de 1.997, en el cargo de Profesional de Laboratorio 8 horas.

La presente se expide a solicitud del interesado para fines personales, a los doce días (12) días del mes de febrero de dos mil tres (2003).

Cordialmente,

**XIMENA DEL ROCIO POVEDA TRUJILLO**
Subgerente Administrativo

Fabiola B.

SEDE HOSPITAL: Calle 63 A Sur No. 85 - 90 Teléfono: 7764003, Fax : 7801960
SEDE ADMINISTRATIVA: Calle 60 A Sur No. 88 D 44 Teléfono: 7801957/7750216
BOGOTA D.C.

**HOSPITAL BOSA**
II NIVEL
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

## LA SUSCRITA COORDINADORA DE GESTION HUMANA

## CERTIFICA QUE:

El señor (a) **MARTHA PATRICIA SALAZAR CADENA**, identificado con la cédula de ciudadanía número 51.665.363 de Bogotá, prestó sus servicios como contratista, mediante el siguiente contrato de prestación de servicios:

| CONTRATO | FECHA | TIEMPO | VALOR |
|---|---|---|---|
| 217/2002 | 02/12/2002 | 1 Meses | 1.300.000 |

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, a los Nueve (12) días del mes de Febrero de dos mil tres (2003).

**FABIOLA BAUTISTA LOPEZ**

SEDE HOSPITAL
CALLE 63 A SUR No. 95 – 90 COM. 7764003 - 7784038 FAX 7801980
SEDE ADMINISTRATIVA
CALLE 60 A No. 88 D 44 SUR COM. 7801960 – FAX 7801957

NUSIL C.T.A.
Cooperativa de Trabajo Asociado
NIT: 830111387-2

*Bogotá D. C., 16-Oct-2006*

*Señor(a)*
*MARTHA PATRICIA SALAZAR CADENA*
*BACTERIOLOGA*
*Ciudad*

*Ref: Terminación del Vínculo*

*Apreciado MARTHA PATRICIA:*

*Nos permitimos informarles que el contrato de prestación de servicios celebrado entre NUSIL C.T.A. y la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE BOSA II NIVEL para la prestación de los servicios asistenciales terminó el 16 de octubre del año en curso.*

*Como consecuencia de lo anterior, el servicio por el cual usted fue vinculado(a) a la Cooperativa en función del contrato de prestación de servicios celebrado con EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE BOSA II NIVEL se termina el 16-Oct-2006, por lo que el convenio de trabajo celebrado entre usted y la Cooperativa termina en dicha fecha.*

*Le solicitamos tramitar el respectivo paz y salvo para poder efectuar el pago de sus compensaciones definitivas.*

*Le agradecemos la dedicación y esmero presentados por usted en la prestación del servicio y esperamos poder volver a continuar con su colaboración en el futuro.*

*Para NUSIL C.T.A. fue un placer haber podido prestar sus servicios al Hospital hasta la fecha y esperamos en el futuro poder volver a presentarnos en un nuevo proceso de invitación para la prestación de servicios asistenciales, cuando las circunstancias así lo permitan.*

*Cordialmente,*

***ALICIA GUZMAN RONDON***
*Presidente*
*Consejo de Administración*

737.160

**COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO**
**"COOBAC CTA"**
**Nit 830137228-2**
**Cra 8 No 0-55 Sur- Tels 2333270**
**e-mail: coobaccta@gmail.com**

**LA COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO COOBACCTA**

**HACE CONSTAR QUE:**

La Doctora **MARTHA PATRICIA SALAZAR CADENA** identificada con la cedula de ciudadanía No 51.665.363, aportó su trabajo como Bacterióloga en el contrato con Clínica San Rafael en el Laboratorio clínico del Hospital Universitario Mayor desde el 01 de Mayo al 30 de Junio de 2,008.

Esta constancia se expide a solicitud del interesado a los 22 días del mes de Septiembre de 2.008

Atentamente.

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO "COOBAC CTA" NIT. 830.137.228-2

Marlene Villarraga V.

**MARLENE VILLARRAGA TALERO**
Gerente.

BIOCONTROL
LABORATORIOS AUTOMATIZADOS
NIT 800.048.915-3

LABORATORIO CLINICO
LABORATORIO DE CONTROL DE CALIDAD DE ALIMENTOS, AGUAS, PRODUCTOS FARMACEUTICOS Y COSMETICOS.

# CONSTANCIA

**BIOCONTROL LTDA.** hace constar que la señora MARTHA PATRICIA SALAZAR CADENA , identificada con la cédula de ciudadanía No. 51.665.363 de Bogota, trabajo en nuestra compañía desde el 1 de Octubre de 1997, hasta el 26 de Julio de 1998 ocupando el cargo de Bacteriologa en el laboratorio Clínico.

La presente constancia se expide a solicitud de la interesada, a los diez (10) días del mes de Julio de mil novecientos noventa y ocho (1998).

Cordialmente;

RICARDO RAMIREZ PIÑERES
Subgerente

maritza s.

| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E. | |
|---|---|---|
| | CERTIFICACIÓN ORDEN O CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS | CO-OPS-FT-22 V V1 |

## LA DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN

## CERTIFICA QUE:

Una vez revisado el archivo general de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E, NIT.900.958.564-9, se encuentra el registro de **MARTHA PATRICIA SALAZAR CADENA,** identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía No. **51665363** quien ha prestado sus servicios en esta Entidad a través de Orden o Contrato de Prestación de Servicios así:

| ORDEN O CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS | PLAZO DE EJECUCION | | OBJETO | VALOR TOTAL CONTRATO | UNIDAD SERVICIOS DE SALUD |
|---|---|---|---|---|---|
| | DESDE | HASTA | | | |
| 2540 | 01/11/2013 | 31/12/2013 | BACTERIOLOGA | $4'298.860 | TUNAL |
| 002 | 01/01/2014 | 28/02/2015 | BACTERIOLOGA | $34'816.344 | TUNAL |
| 449 | 01/03/2015 | 31/12/2015 | BACTERIOLOGA | $24'175.935 | TUNAL |
| 67 | 01/01/2016 | 31/07/2016 | BACTERIOLOGA | $19'329.118 | TUNAL |
| 1589 | 01/07/2016 | 31/07/2016 | BACTERIOLOGO | $3'660.930 | TUNJUELITO |
| 000330 | 01/08/2016 | 31/08/2016 | BACTERIOLOGO | $2'440.620 | TUNAL |
| 003904 | 01/09/2016 | 07/01/2017 | BACTERIOLOGO | $10'331.958 | SUBRED SUR |
| 002196 | 08/01/2017 | 15/03/2017 | PROFESIONAL AREA DE LA SALUD | $5'666.667 | SUBRED SUR |
| 005196 | 01/04/2017 | 31/08/2017 | PROFESIONAL AREA DE LA SALUD | $12'903.226 | SUBRED SUR |
| 007157 | 01/09/2017 | 31/12/2017 | PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ASISTENCIAL | $12'543.282 | SUBRED SUR |
| 001955 | 01/01/2018 | 31/05/2018 | PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ASISTENCIAL | $13'936.980 | SUBRED SUR |
| 007168 | 01/06/2018 | 31/01/2019 | PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ASISTENCIAL | $19'721.576 | SUBRED SUR |
| 003789 | 01/02/2019 | 31/05/2019 | PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ASISTENCIAL | $11'785.584 | SUBRED SUR |

Cabe señalar que el Contrato No. 003789 a la fecha se encuentra en ejecución.

La presente certificación no reconoce derechos laborales, en virtud a que se trata de un Contrato por prestación de servicios para independientes regulado por el Manual de Contratación de la Subred Integrada de la Subred Integrada de Salud Sur E.S.E y demás normas concordantes.

Se advierte que la información contentiva de la presente certificación fue tomada de la base de datos y archivo en físico que reposa en la Entidad.

Para confirmar los datos que contiene esta certificación o solicitar información adicional favor comunicarse al Área de Contratación, línea telefónica 7428585 Ext. 1504. Código de Verificación: FVM4GBU6N.

La certificación se expide en Bogotá D.C., a solicitud del interesado (a), para ser presentada a QUIEN INTERESE a los Veintiséis (26) días del mes de Abril del 2019

**LUIS ERNESTO CHAPARRO VARGAS**
**DIRECTOR DE CONTRATACIÓN**

| FUNCIONARIO/CONTRATISTA | NOMBRE | CARGO | SEDE | RED | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|
| Proyectado y Elaborado por: | Cecilia Pérez Bautista | Asistente Administrativo | Tunal | Subred Integrada de Servicios de Salud Sur | |
| Aprobado por: | Mireya Díaz Beltrán | Líder OPS | Tunal | Subred Integrada de Servicios de Salud Sur | |

Las presentes actuaciones administrativas se ejecutan en cumplimiento con lo establecido en el artículo 2 del Acuerdo Distrital 641/2016 del Concejo de Bogotá con el cual se efectuó la reorganización del sector salud de Bogotá, con base en lo dispuesto en la Ley 489 de 1998 que regula la modificación de las entidades públicas mediante las figuras de reestructuración, fusión, supresión o liquidación; en el presente caso de fusión, no implica solución de continuidad para el ejercicio de la función o prestación del servicio.

En cumplimiento de los principios administrativos previstos en el Código Procesal Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, de responsabilidad y eficacia, se continuara operando de conformidad con lo dispuesto en la Ley 489 de 1998 hasta tanto se asegure la operación de la Subred Sur, a fin de evitar vacíos e inseguridad jurídica.

Declaramos que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales y por tanto lo presentamos para la respectiva firma.

DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
Secretaría de Salud

**RESOLUCION No. 25 1580 DE 2004**

( 03 MAYO 2004 )

Por la cual se inscribe un título en el área de la salud

EL SECRETARIO DE SALUD

En uso de la facultad concedida por los Decretos 1875 de agosto 3 de 1994 y 3134 de 1956, del Ministerio de Salud, y

C O N S I D E R A N D O

**Que MARTHA PATRICIA SALAZAR CADENA,** con cédula de ciudadanía **No. 51.665.363 de Bogotá, D.C.,** ha solicitado Inscripción para ejercer la profesión como **BACTERIOLOGA Y LABORATORISTA CLINICO, en el Departamento de Cundinamarca,** título que le otorgó **EL COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA, BOGOTA, D.E, SEGÚN ACTA No.112, DE FECHA 11 DE DICIEMBRE DE 1987.**

Que **MARTHA PATRICIA SALAZAR CADENA,** se encuentra debidamente autorizado (a) para ejercer la profesión como **BACTERIOLOGA Y LABORATORISTA CLINICO,** a Nivel Nacional, mediante Resolución **No.572, DE FECHA 16 DE ENERO DE 1989, EXPEDIDA POR EL MINISTERIO DE SALUD.**

R E S U E L V E :

**ARTICULO PRIMERO.-** Inscríbase a **MARTHA PATRICIA SALAZAR CADENA,** identificado (a) cédula de ciudadanía **No. 51.665.363 de Bogotá, D.C.,** para ejercer la profesión como **BACTERIOLOGA Y LABORATORISTA CLINICO,** en el Departamento de Cundinamarca.

**ARTICULO SEGUNDO.-** Contra la presente Resolución procede el Recurso de Reposición, de conformidad con lo establecido en el código Contencioso Administrativo.

**NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE**
Dada en Bogotá, D. C. a los 03 MAYO 2004

**JAIME ARMANDO GUERRERO GUERRERO**
Secretario de Salud

Patricia Y. /Vo. Bo. Dirección Asuntos Jurídicos.

# MINISTERIO DE SALUD

RESOLJCION Número 572 16 ENE 1989

Por la cual se concede una autorización

EL DIRECTOR DE VIGILANCIA Y CONTROL,

En ejercicio de la delegación conferida por resoluciones números 05301 y 05665 de 1983 según facultad otorgada por el Decreto 3134 de 1956, y

## C O N S I D E R A N D O:

Que MARTHA PATRICIA SALAZAR CADENA con cédula de ciudadanía número 51.665.363 de BOGOTA ha solicitado el registro de su TITULO

De BACTERIOLOGA Y LABORATORISTA CLINICO

Que le otorgó EL COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA

El 11 DE DICIEMBRE DE 1.987

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

Al folio 485 del Libro 87 de 30 DE DICIEMBRE DE 1.987

Que CUMPLIO EL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO EN LA SECCIONAL DE SALUD DEL TOLIMA

## R E S U E L V E:

ARTICULO UNICO.- Autorízase a MARTHA PATRICIA SALAZAR CADENA para ejercer la profesión de BACTERIOLOGA Y LABORATORISTA CLINICO en el territorio nacional, previa anotación correspondiente.

COMUNIQUESE Y PUBLIQUESE

Por el Ministro de Salud,

GABRIEL PONTON LAVERDE
Director Vigilancia y Control

GUSTAVO RUBIO Q
Jefe Sección Profesiones (E)

SFG



SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
CETIFICADO DE INSCRIPCION
No. EXP 12-12-2000

SALAZAR CADENA

MARTHA PATRICIA

CC 51665363

Secretaría SALUD

BACTERIOLOGO(A) Y LABORATORISTA CLINICO

FIRMA

FIRMA AUTORIZADA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E

| FORMULARIO CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL | DI-GRI-FT-07 V1 |
|---|---|

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

| FECHA: | Enero/2020 | CIUDAD: | Bogotá D.C. | DEPARTAMENTO: | Cundinamarca |
|---|---|---|---|---|---|

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

### CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN LA EMPRESA (MARCA CON X)

| PROVEEDOR | PARTICULAR | CONTRATISTA OPS | SERVIDOR PÚBLICO | OTRO | CUAL: |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | ☐ | ☒ | ☐ | ☐ | N/A |

### 1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO: | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| Salazar | Cadena | Martha | Patricia |

| TIPO DE IDENTIFICACIÓN | | | | No IDENTIFICACIÓN | LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio) | FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C.C ☒ | C.E ☐ | R.C. ☐ | NUIP ☐ | 51.665.363 | Bogotá. | 1981/03/10 |
| PASAPORTE ☐ | OTRO ☐ | NA | | ES RESIDENTE EN COLOMBIA? | SI ☒ | NO ☐ |

| FECHA NACIMIENTO: | LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio) | PAÍS NACIMIENTO | NACIONALIDAD: |
|---|---|---|---|
| 26/12/1962 | Bogotá D.C | Colombia | Colombiana |

| ESTADO CIVIL | | | PERSONA A CARGO | NUMERO DE HIJOS | TELÉFONO CELULAR |
|---|---|---|---|---|---|
| SOLTERO(A) ☐ UNION LIBRE ☐ | CASADO(A) ☐ VIUDO(A) ☐ | DIVORCIADO(A) ☒ | 2 | 2 | 3057364239 |

| NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACIÓN ACADÉMICA | | | | | | PROFESIÓN / OFICIO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| MAGISTER ☐ | POSGRADO ☐ | UNIVERSITARIO ☒ | BACHILLER ☐ | PRIMARIA ☐ | CUAL: N/A | Bacteriologa Laboratorista Clínico |
| | TÉCNICO ☐ | TECNÓLOGO ☐ | OTRO ☐ | | | |

| DIRECCIÓN RESIDENCIA: | CIUDAD RESIDENCIA | DEPARTAMENTO: | PAÍS RESIDENCIA: | TELÉFONO RESIDENCIA |
|---|---|---|---|---|
| Calle 44 B N° 57 A 45 | Bogotá | Cundinamarca | Colombia | 3057364239 |

| CORREO ELECTRÓNICO: | PORTAL O PÁGINA INTERNET | TIPO DE VIVIENDA | | |
|---|---|---|---|---|
| potty.salazar0216@gmail.com | N/A | PROPIA ☐ | FAMILIAR ☒ | ARRENDADA ☐ |

| DIRECCIÓN ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene) | CIUDAD: | DEPARTAMENTO: | PAÍS: | TELÉFONO/FAX |
|---|---|---|---|---|
| NA | NA | NA | NA | NA. |

### 2. DATOS DEL CÓNYUGE

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO: | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| NA | NA | NA | NA |

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

## 3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA:

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ASALARIADO ☐ | ESTUDIANTE ☐ | HOGAR ☐ | PENSIONADO ☐ | CUAL: NA | | | |
| SOCIO ☐ | CONTRATISTA ☒ | COMERCIANTE ☐ | EMPLEADO PUBLICO ☐ | | | | |
| PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐ | EMPLEADO SOCIO ☐ | | OTRA ☐ | | | | |
| INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE: | DECLARA RENTA | SI ☐ | IVA | SI ☐ | NO ☐ | CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONÓMICA: NA | NA |
| | | NO ☐ | ICA | SI ☐ | NO ☐ | PRINCIPAL: ☐ | SECUNDARIA: ☐ |

| FUNCIONARIO PÚBLICO | ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS | NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DÓNDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONÓMICA |
|---|---|---|
| SI ☐ NO ☐ | SI ☐ NO ☐ | NA |

| ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA | GOBIERNO ☐ | COMERCIAL ☐ | SERVICIOS ☐ | SALUD ☐ | # NIT | NA |
|---|---|---|---|---|---|---|

EXPORTACIONES MEDICAMENTOS ☐ AGRÍCOLA ☐ ENERGÉTICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGÍA ☐ ALIMENTOS ☐

OTRA ☐ CUAL: NA

| DIRECIÓN DE LA EMPRESA | TELÉFONO | CIUDAD/MUNICIPIO | DEPARTAMENTO | PAÍS |
|---|---|---|---|---|
| NA | NA | NA | NA | NA |

| CARGO ACTUAL | NA | FECHA VINCULACIÓN | NA |
|---|---|---|---|

## 4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

| NÚMERO DE EMPLEADOS | VENTAS ANUALES | CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA | DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD | FECHA CONSTITUCIÓN | TIPO SOCIEDAD |
|---|---|---|---|---|---|
| NA | NA | NA | NA | NA | NA |

## 5. INFORMACIÓN FINANCIERA

| INGRESOS MENSUALES | | EGRESOS MENSUALES | | ACTIVOS | | PASIVOS | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SALARIOS | NA | GASTOS FAMILIARES | 1.500.000 | AHORROS | 2000000 | SALDO HIPOTECA | NA |
| HONORARIOS | 2.600.000 | ARRIENDOS | NA | INVERSIONES | NA | TARJETAS DE CRÉDITO | NA |
| ARRIENDOS | NA | CUOTA VEHÍCULO | NA | VEHÍCULOS | NA | DEUDA VEHÍCULOS | NA |
| COMISIONES | NA | CUOTA VIVIENDA | NA | PROPIEDADES | NA | DEUDAS TERCEROS | 3800000 |
| OTROS INGRESOS* | NA | OTROS EGRESOS* | 850.000 | OTROS ACTIVOS* | NA | OTROS PASIVOS* | NA |
| TOTAL INGRESOS | $ 0 | TOTAL EGRESOS | $ 0 | TOTAL ACTIVOS | $ 0 | TOTAL PASIVOS | $ 0 |

| DESCRIPCIÓN OTROS INGRESOS | DESCRIPCIÓN OTROS EGRESOS | DESCRIPCIÓN OTROS ACTIVOS | DESCRIPCIÓN OTROS PASIVOS |
|---|---|---|---|
| NA | Cuota prestamo con el fondo | NA | NA |

## 6. REFERENCIAS PERSONALES

( No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Cotraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO: | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| Talero | NA | Johana | NA |
| **DIRECCIÓN** | **CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAÍS** | **TIPO RELACIÓN** | **TELÉFONO FIJO Y / O EXTENSIÓN/CELULAR** |
| Calle 118 # 9-64 | Bogotá, DC | Amiga | 3005560210 |

## 7. REFERENCIA FINANCIERA

| NOMBRE ENTIDAD | TIPO DE PRODUCTO | NÚMERO | SUCURSAL | TELÉFONO |
|---|---|---|---|---|
| NA | NA | NA | NA | NA. |

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☐

| NOMBRE ENTIDAD | TIPO DE PRODUCTO | NÚMERO | PAÍS/CIUDAD | MONEDA | MONTO PROMEDIO |
|---|---|---|---|---|---|
| NA | NA | NA | NA | NA | NA. |

DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPORTACIÓN ☐ EXPORTACIÓN ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRÉSTAMOS ☐ PAGO SERVICIO ☐ CUAL:

OTRA ☐

## 8. DECLARACIÓN DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

Actividades como BACTERIOLOGA.

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

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

### CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estandares internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del 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 utilizacion 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 tambien seran tratados para fines comercials, razon por la cual procedo a emitir la siguiente:

### AUTORIZACIÓN

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

**Declaro expresamente:**

A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestacón de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestacion de servicios de salud.

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

1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por le ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinacion de tarifas y analisis y seleccion de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidacion y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestion integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para accedere 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) Envío de información relativa a encuestas de satisfacion de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realizacion de encuestas sobre satisfaccion en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envio de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

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

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

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

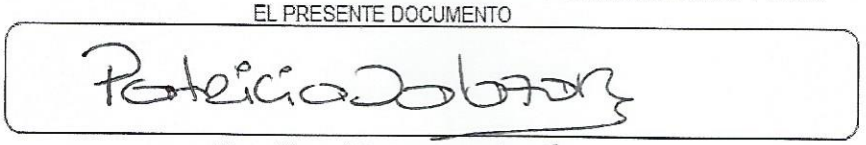
**8.** RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud *(Carrera 20 #47B - 35 Sur Bogotá DC. telefono 7300000 , e-mail sarlaft@subredsur.gov.co)* y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.*(INDICAR DIRECCION.CIUDAD. TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO)*.

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

**NOTA:** Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentrooriente.gov.co) en el Link " POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES".

## IX. FIRMA Y HUELLA

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



Firma Cliente / Representante Legal



Huella Indice Derecho

**INFORMACIÓN DILIGENCIADA POR LA ENTIDAD**

## X. INFORMACIÓN DE ENTREVISTA

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

## XI. INFORMACIÓN DE VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1. Fecha | | 2. Ciudad | |
| 3. Nombre y Cargo de quien verifica: | | | |
| 4. Lugar de la verificación: | | | |
| 5. Observaciones: | | | |
| 6. Firma y cédula: | | | |

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

# LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy domingo 12 de enero de 2020, a las 15:48:51, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | CC |
| No. Identificación | 51665363 |
| Código de Verificación | 516653632001121548 51 |

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.

NESTOR FABIAN CASTILLO PULIDO
CONTRALOR DELEGADO (E)

Digitó y Revisó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

**Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales**

**La Policía Nacional de Colombia informa:**
Que siendo las 15:55:12 horas del 12/01/2020, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **51665363**
Apellidos y Nombres: **SALAZAR CADENA MARTHA PATRICIA**

**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.

Avenida el Dorado N° 75 - 25 Barrio Modelia. Bogotá DC
Atención administrativa de lunes a viernes de 8:00 am - 12:00 pm y 2:00 pm - 5:00 pm
Línea de Atención al Ciudadano - Bogotá D.C. 5159700 / 30555
Resto del país: 018000 910 112
Requerimientos ciudadanos 24 horas
E-mail: lineadirecta@policia.gov.co.

Modified by Héctor Quintero

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

Gobierno en Línea

Todos los derechos reservados.

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO No. 139729733

WEB
13:06:56


Bogotá DC, 09 de enero del 2020

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) MARTHA PATRICIA SALAZAR CADENA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 51665363:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

**ADVERTENCIA:** La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y, en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 174 Ley 734 de 2002).

**NOTA:** El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html

MARIO ENRIQUE CASTRO GONZALEZ
Jefe División Centro de Atención al Público (CAP)

**ATENCIÓN :**
**ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.**

Personería de Bogotá, D. C.

**CERTIFICADO ORDINARIO VÍA WEB**
**No. 3286230**

**Bogotá D.C., 9 de Enero de 2020 - 13:12 pm**

**CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS**
**LA PERSONERÍA DE BOGOTÁ, D.C.**

**CERTIFICA**

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **MARTHA PATRICIA SALAZAR CADENA**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CINCUENTA Y UN MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS SESENTA Y TRES** de BOGOTÁ, D.C.

**51665363**

**NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES**

Esta Certificación es válida, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado. El certificado de Antecedentes Disciplinarios expedido por la Personería de Bogotá D.C., contiene las anotaciones de sanciones e inhabilidades disciplinarias que reporten las Entidades Distritales y las dependencias de la Personería de Bogotá D.C., con atribuciones Disciplinarias.

ADVERTENCIAS:
La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.

Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figueren en el registro. (Artículo 174 - Ley 734 de 2002).

Tres o más sanciones disciplinarias en los últimos cinco (5) años por faltas graves o leves dolosas o por ambas, constituye inhabilidad para desempeñar cargos públicos (Numeral 2, art. 38 - Ley 734 de 2002).

Certificado expedido de conformidad con el artículo 102 numeral 5 del Decreto Ley 1421 de 1993, Ley 734 de 2002 y las Resoluciones Nos. 328 del 27 de junio de 2002, 042 del 14 de febrero de 2003 y 616 del 10 de noviembre de 2004, de la Personería de Bogotá D.C.

Para todos los efectos esta certificación debe ser complementada con la expedida por la Procuraduría General de la Nación.

El presente certificado tiene vigencia de tres (3) meses a partir de la fecha de su expedición.

Certificado expedido sin costo alguno.

JUAN RAMÓN JIMENEZ OSORIO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

Este Certificado ha sido generado a través de la página web www.personeriabogota.gov.co. Para verificar su validez comuniquese con la Personería de Bogotá D.C.



**El código de verificación para la autenticidad del documento es: 1_9M441_1113**
**Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios**

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario
## Hoja Principal

001

Espacio reservado para la DIAN

2. Concepto: 02 Actualización

4. Número de formulario: 14262305677

(415)7707212489984(8020) 000001426230567 7

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

### IDENTIFICACION

| 24. Tipo de contribuyente: | 25. Tipo de documento: | 26. Número de Identificación: | 27. Fecha expedición: |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de ciudadanía 1 3 | 5 1 6 6 5 3 6 3 | 1 9 8 1 0 3 1 0 |

| 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 |
|---|---|---|---|
| SALAZAR | CADENA | MARTHA | PATRICIA |

35. Razón social:

36. Nombre comercial: | 37. Sigla:

### UBICACION

| 38. País: | 39. Departamento: | 40. Ciudad/Municipio: |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Bogotá D.C. 1 1 | Bogotá, D.C. 0 0 1 |

41. Dirección
CL 44 B 57 A 45 LA ESMERALDA

| 42. Correo electrónico: | 43. Apartado aéreo | 44. Teléfono 1: | 45. Teléfono 2: |
|---|---|---|---|
| mpsalazarc@hotmail.com | | 3 2 4 2 9 9 4 | 3 1 0 3 3 8 1 6 3 1 |

### CLASIFICACION

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

### Responsabilidades

| 53. Código: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

20- Obtención NIT

### Usuarios aduaneros

| 54. Código: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | |

### Exportadores

| 55. Forma | 56. Tipo |
|---|---|
| | |

| Servicio | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|
| 57. Modo | | | |
| 58. CPC | | | |

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI X NO | 60. No. de Folios: 3 | 61. Fecha: 2 0 1 3 1 0 2 1

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponden exactamente a la realidad; por lo anterior, cualquier falsedad en que incurra podrá ser sancionada.

Artículo 15 Decreto 2788 del 31 de Agosto de 2004.

Firma del solicitante

Patricia Salazar

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada.

984. Nombre: CAMACHO ROSAS DOLLY YANETH

985. Cargo: Punto de Contacto Presencial

Fecha generación documento PDF: 21-10-2013 10.43.25AM

# INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

**CONTRIBUYENTE** NIT 51665363-8 MARTHA PATRICIA SALAZAR CADENA

**Información General**

*Dirección* CALLE 44 B 57 A 45

*Teléfonos* 3242994

*Dirección electrónica* mpsalazarc@hotmail.com

*Fax* 3057364239

**Información de Registro**

*Fecha Inscripción* 23/05/2016

*Soporte Inscripción* 22349299

*Fecha Inicio Actividades* 23/05/2016

*Fecha Cese Actividades*

*Fecha de Informe del Cese*

*# Establecimientos:* 0

**Perfil Tributario**

*Naturaleza Juridica* PERSONA NATURAL

*Régimen Tributario* REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 86911-ACTIVIDADES DE APOYO DIAGNOSTICO (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PUBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

*Fecha Inicio Financiera:*

Código de Verificación de Información: 16000823961

***Fuente ICA TE TOCA***

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

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

*J&E QUALITY HEALTH SYSTEMS SAS*
*Nit. 900545698 - 4*
*Dirección: CARRERA 57 A 44A-07*
*Tel: 4704285*

# INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

INGRESO

**Tipo certificación:** Ingreso ⊗ Periódico ○ Retiro ○ Post incapacidad ○ Caso ocupacional ○
Control ○ Reubicación ○ Ingreso al SVE ○ Trabajo en alturas ○



## DATOS DEL PACIENTE

Fecha **10/01/2020 12:12:00** Empresa **PARTICULAR**

Nombre **MARTHA PATRICIA SALAZAR CADENA**

Cargo **BACTERIOLOGA** Doc. Identidad **CC 51665363**

## SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

| | | |
|---|---|---|
| 1 CONSULTA ESPECIALIZADA POR SALUD OCUPACIONAL | 2 | 3 |
| 4 | 5 | 6 |
| 7 | 8 | 9 |

## CONCEPTO

Apto para el cargo

## RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

1-USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL EN FORMA ADECUADA SEGÚN ÁREA DE TRABAJO
2-PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL
3-CAPACITACION EN HIGIENE POSTURAL Y MANEJO DE COLUMNA
4-MANEJO ADECUADO DE VEHÍCULO AUTOMOTOR Y HERRAMIENTA
5-CUMPLIR NORMAS DE SEGURIDAD VIAL
6-INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ACUERDO A LOS RIESGOS EVIDENCIADOS EN LA MATRIZ DE PELIGRO DE LA EMPRESA

## RESTRICCIONES LABORALES

SIN RESTRICCIONES

**PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA**

Visual ○ Auditivo ○ Respiratorio ○ Cardiovascular ○ Psicosocial ○ Ergonómico ○ Otros ○

| REMISIÓN | SI ○ | NO ⊗ | ARL | SI ○ | NO ○ | EPS | SI ○ | NO ○ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

Edgar A. Pinilla R.
Médico Especialista
en Medicina Laboral
RMD 1507/97 Lic. 3650/14

EDGAR ALIRIO PINILLA ROBAYO
Especialidad: MEDICINA DEL TRABAJO Y SALUD OCUPACIONAL
CC: 79323911 RM: RESOLUCION 3650 DE 2014

Trabajador: MARTHA PATRICIA SALAZAR
CC: 51665363
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

Opticas 20/20 — Yo ♥ las gafas

OV 02 Nº 0161

FECHA 22-Febrero-2018 NUMERO DE FACTURA

NOMBRES Martha patricia

APELLIDOS Salazar Cadena.

No. DE IDENTIFICACION 51.665.363 TIPO IDENTIFICACION CC[X] RC[ ] CE[ ] TI[ ]

EDAD 51.665.363 No. TELEFONICO 305-736423

AGUDEZA VISUAL:

| | | A/O | V/P |
|---|---|---|---|
| SCVL | OD 20/30+ | No aplica | J6 |
| | OI 400 | | J1 |
| CCVL | OD | | |
| | OI | | |

EXAMEN EXTERNO:
OD Anexos oculares Normales
OI Ambos o/d

DESCRIPCION BIOMICROSCOPIA:
OD Cornea transparentes, Conjuntiva tranquila
OI Camara anterior formada, reflejos pupilares presentes AO.

FONDO DE OJO:
OD medios transparentes, nervio retiniano, relacion A/V 2/3 Excavacion 0.3 AO.
OI

MOTILIDAD OCULAR:
OD Normal — VL Orthoforia
OI Normal — VP Exoforia.

SUBJETIVO:
OD ____ AV ____ ADD ____ AV ____
OI ____ AV ____ ADD ____ AV ____

RX FINAL:
OD Neutro -0.50 x30° AV 20/20- ADD 2.50 AV J1
OI -2.25 -1.00 x130° AV 40+ ADD 2.50 AV

OBSERVACION:
Uso de Corrección visual.
se recomienda lente progresivo

| TEST DE COLOR | TEST DE PROFUNDIDAD |
|---|---|
| | |

| DIAGNOSTICO | CONTROL | OBSERVACIONES |
|---|---|---|
| H521 - H522 - H530 H524 | Un año. | Uso de correccion visual |

Heidi paola escobar
FIRMA PROFESIONAL

Rebeca Cadena
FIRMA DEL PACIENTE

Dra. Heidi P. Escobar
Optómetra U. Salle
Registro 52.981.104

Empresa Social del Estado
HOSPITAL PROFESOR
JORGE CAVELIER

VACUNA INFLUENZA LOTE 1203701 NOVARTIS
NOMBRE: Patricia Estefanía Galindo Ramírez
FECHA. 4-12/2014
VACUNADORA. Rocío

| Vacuna | Dosis | Fecha Aplicación | Lote No. | Firma Vacunador |
|---|---|---|---|---|
| HB | 2 | 25 septiembre | [illegible] | [illegible] |
| B (Septiembre 23/15 2a dosis) | | | | |
| HB | 3 | febrero 24 | 2016 | [illegible] |
| Influenza | 1 | 2-Dic-16 | vacuna de 2012 | Adjunto [illegible] |

# Certificado de Vacunación

Institución: Hospital El Tunal
Nombre: Martha J. Salazar
Identificación: 51-6853-63

| Vacuna | Dosis | Fecha Aplicación | Lote No. | Firma Vacunador |
|---|---|---|---|---|
| Neumococo | | 02/05/16 | | |
| Varicela | 1 | 29 Noviembre/2016 | | |
| | | 510390 | | |

Cortesia de Sanofi Pasteur

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Contra Fiebre Amarilla | | | | |
| Contra Influenza | | | | |
| Otras | | | | |
| DPT Acelular | | 11-04-13 | AC37B064AA | Ma. Sthefanía Galindo A. Enfermera Auxiliar 1.075.237.499 de Neiva |

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
certifica que:

# MARTHA PATRICIA SALAZAR CADENA

## 51.665.363

Recibió entrenamiento en Atención Integral a Victimas de Violencia Sexual, participando en jornadas de educación teórico prácticas.

Para constancia se firma
en febrero de 2018 - Bogotá D.C.

Fabiola Bautista López
Directora de Gestión del Talento Humano
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Gloria Libia Polanía Aguillón
Gerente (e)
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Liliana Andrea Ortiz Valderrama
Referente de Salud Mental
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E S.E.

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

# SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
# SUBSECRETARÍA DE SERVICIOS DE SALUD Y ASEGURAMIENTO

**Certifica a:**

## MARTHA PATRICIA SALAZAR CADENA

C.C.51665363

Por haber participado en el curso virtual:

## "CURSO BÁSICO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL "

Intensidad horaria de **cuarenta (40) horas**

K F N i R y t x y a

**ALFREDO ZULUAGA MONTERO**
Coordinador Red Distrital de Sangre y Terapia Celular

**CARLOS JULIO PINTO IZA**
Director de Provisión de Servicios de Salud

RED DISTRITAL DE SANGRE
Y TERAPIA CELULAR
*Da lo mejor que llevas dentro*

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

CONFIANZA
Swiss Re Corporate Solutions
NIT: 860.070.374-9

# RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONES MEDICAS

PÓLIZA 24 RM006987
CERTIFICADO 24 RM009368

CÓDIGO REFERENCIA PAGO: 2432009368

SUCURSAL: 24. AVENIDA CHILE | USUARIO: MORENOY | TIP CERTIFICADO: Nuevo | FECHA DD MM AAAA: 23 01 2019

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| TOMADOR: | DEFENSA MEDICO LEGAL S.A.S. | C.C. O NIT: | 900839072 7 |
| DIRECCIÓN: | CL 119 11 B 54 OF 401 | CIUDAD: | BOGOTA |
| E-MAIL: | n.melo@travinseguros.com | TELÉFONO: | 3208011969 |
| ASEGURADO: | SALAZAR CADENA MARTHA PATRICIA | C.C. O NIT: | 51665363 8 |
| DIRECCIÓN: | CR 20 42 SUR 47 | CIUDAD: BOGOTA D.C | TEL. 3242994 |
| BENEFICIARIO: | TERCEROS AFECTADOS | C.C. O NIT: | 082740 |
| DIRECCIÓN: | 0 | CIUDAD: 0 | TEL. 0 |

| VIGENCIA | | VALOR ASEGURADO EN PESOS | | |
|---|---|---|---|---|
| DD MM AAAA | DD MM AAAA | ANTERIOR | ESTA MODIFICACIÓN | NUEVA |
| DESDE 23 01 2019 | HASTA 23 01 2020 | | | 150,000,000.00 |

| INTERMEDIARIO | | COASEGURO | | | | PRIMA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| %PART | NOMBRE | COMPAÑIA | % | PRIMA | VALOR ASEGURADO | TRM | MONEDA | VALORES |
| 100.00 | TRAVIN SEGUROS LIMITADA | | | | | PRIMA | PESOS | 96,000.00 |
| | | | | | | CARGOS DE EMISIÓN | PESOS | 0.00 |
| | | | | | | IVA | PESOS | 18,240.00 |
| | | | | | | TOTAL | | 114,240.00 |

| AMPAROS | VIGENCIA | | VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS | VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS | VALOR PRIMA EN PESOS | DEDUCIBLE | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Desde | Hasta | | | | % | Mínimo |
| RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONES M | 23-01-2019 | 23-01-2020 | 0.00 | 150,000,000.00 | 96,000.00 | 10.00 | 3,500,000.00 |
| Daño Moral - Vigencia | 23-01-2019 | 23-01-2020 | 0.00 | 45,000,000.00 | 0.00 | 10.00 | 1,500,000.00 |
| Daño Moral - Evento | 23-01-2019 | 23-01-2020 | 0.00 | 22,500,000.00 | 0.00 | 10.00 | 1,500,000.00 |
| Lucro Cesante - Vigencia | 23-01-2019 | 23-01-2020 | 0.00 | 45,000,000.00 | 0.00 | 10.00 | 1,500,000.00 |
| Lucro Cesante - Evento | 23-01-2019 | 23-01-2020 | 0.00 | 22,500,000.00 | 0.00 | 10.00 | 1,500,000.00 |
| Gastos Judiciales - Vigencia | 23-01-2019 | 23-01-2020 | 0.00 | 15,000,000.00 | 0.00 | 10.00 | 1,500,000.00 |
| Gastos Judiciales - Evento | 23-01-2019 | 23-01-2020 | 0.00 | 7,500,000.00 | 0.00 | 10.00 | 1,500,000.00 |

OBJETO:
INDEMNIZAR LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES ATRIBUIBLES A DEFENSA MEDICO LEGAL S.A.S.; COMO CONSECUENCIA DE NEGLIGENCIA, IMPRUDENCIA O IMPERICIA, DERIVADA DE SUS ACTIVIDADES EN LA PRESTACION DE SERVICIO PROFESIONAL DE SALUD DE SU PERSONAL.

ASEGURADO MEDICO: SALAZAR CADENA MARTHA PATRICIA.
PROFESION: BACTERIOLOGA.

SISTEMA DE COBERTURA: OCURRENCIA.

NOTA: SE DEJA CONSTANCIA QUE SE OTORGA EL AMPARO DE DAÑO MORAL LUCRO CESANTE EN EL ENTENDIDO QUE SOLO PROCEDE SI EXISTE UN DAÑO FISICO.

GASTOS MEDICOS INMEDIATOS SUBLIMITADO A:
VIGENCIA: $ 15.000.000
EVENTO: $ 7.500.000

EXCLUSIONES ADICIONALES A LAS CONTEMPLADAS EN LOS CLAUSULADOS ADJUNTOS

1.DAÑOS O PERJUICIOS CAUSADOS COMO CONSECUENCIA DEL EJERCICIO DE UNA PROFESIÓN MÉDICA CON FINES DIFERENTES AL DIAGNÓSTICO O A LA TERAPÉUTICA. EN CASO DE LA CIRUGÍA PLÁSTICA O ESTÉTICA, SOLAMENTE SE OTORGA EN LOS CASOS DE CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA POSTERIOR A UN ACCIDENTE Y DE CIRUGÍA CORRECTIVA DE ANORMALIDADES CONGÉNITAS.

2.DAÑOS O PERJUICIOS CAUSADOS COMO CONSECUENCIA DEL EJERCICIO DE UNA PROFESIÓN MÉDICA Y/O TRATAMIENTOS CON FINES DE

EXCLUSION DE TRANSACCIONES PROHIBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑÍA NO PROVEERÁ COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISION DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑÍA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑÍA.
ESTA POLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICION, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA POLIZA.
LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA POLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO.
LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO SE DEBERA HACERA MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE LA INICIACION DE LA VIGENCIA DE LA POLIZA O, SI FUERE EL CASO, DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA.
LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL. CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY.
CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW. CONFIANZA.COM. CO. Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA, S.A EN TODO EL PAÍS.
***VER NOTA*** EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETÁNDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARA EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DIA DE SU PAGO. EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICION.
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTA, D.C
SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.
LA PRESENTACION DE ESTA POLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACION Y AUTORIZACION PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERISTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAIS.
AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES. DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUÍVOCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.
EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA SU-OD-09-02 ADJUNTA.

RES. DIAN NO. 18762003390769 24/05/2017 NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG. 000001 AL 100000 NUMERACION HABILITADA DE SEG 008052 AL 100000 CODIGO ACTIVIDAD 6511

TOMADOR

(415)7709998911901(8020)2432009368

COMPAÑIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

SU-FO-10-01

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO

CONFIANZA
Swiss Re Corporate Solutions
NIT: 860.070.374-9

## RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONES MEDICAS

PÓLIZA 24 RM006987
CERTIFICADO 24 RM009368

CÓDIGO REFERENCIA PAGO: 2432009368

SUCURSAL: 24. AVENIDA CHILE | USUARIO: MORENOY | TIP CERTIFICADO: Nuevo | FECHA DD MM AAAA: 23 01 2019

| | | | |
|---|---|---|---|
| TOMADOR: | DEFENSA MEDICO LEGAL S.A.S. | C.C. O NIT: | 900839072 7 |
| DIRECCIÓN: | CL 119 11 B 54 OF 401 | CIUDAD: | BOGOTA |
| E-MAIL: | n.melo@travinseguros.com | TELÉFONO: | 3208011969 |
| ASEGURADO: | SALAZAR CADENA MARTHA PATRICIA | C.C. O NIT: | 51665363 8 |
| DIRECCIÓN: | CR 20 42 SUR 47 | CIUDAD: BOGOTA D.C | TEL. 3242994 |
| BENEFICIARIO: | TERCEROS AFECTADOS | C.C. O NIT: | 082740 |
| DIRECCIÓN: | 0 | CIUDAD: 0 | TEL. 0 |

| VIGENCIA | | | | VALOR ASEGURADO EN PESOS | |
|---|---|---|---|---|---|
| | DD MM AAAA | | DD MM AAAA | ANTERIOR | ESTA MODIFICACIÓN | NUEVA |
| DESDE | 23 01 2019 | HASTA | 23 01 2020 | | | 150,000,000.00 |

| INTERMEDIARIO | | COASEGURO | | | | PRIMA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| %PART | NOMBRE | COMPAÑIA | % | PRIMA | VALOR ASEGURADO | TRM | MONEDA | VALORES |
| 100.00 | TRAVIN SEGUROS LIMITADA | | | | | PRIMA | PESOS | 96,000.00 |
| | | | | | | CARGOS DE EMISIÓN | PESOS | 0.00 |
| | | | | | | IVA | PESOS | 18,240.00 |
| | | | | | | TOTAL | | 114,240.00 |

EMBELLECIMIENTO.

3.DAÑOS CAUSADOS POR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS POR PERSONAS QUE NO ESTÁN LEGALMENTE HABILITADAS PARA EJERCER LA PROFESIÓN O NO CUENTAN CON LA RESPECTIVA AUTORIZACIÓN O LICENCIA OTORGADA POR LA AUTORIDAD COMPETENTE.

4.RECLAMACIONES POR DAÑOS CAUSADOS POR LA PRESTACIÓN DE UN SERVICIO PROFESIONAL BAJO LA INFLUENCIA DE SUSTANCIAS INTOXICANTES, ALCOHÓLICAS O NARCÓTICAS.

5.RECLAMACIONES DE PERSONAS QUE EJERZAN ACTIVIDADES PROFESIONALES O CIENTÍFICAS Y QUE POR EL EJERCICIO DE ESA ACTIVIDAD SE ENCUENTRAN EXPUESTAS A LOS RIESGOS DE RAYOS O RADIACIONES PROVENIENTES DE APARATOS Y MATERIALES AMPARADOS EN LA PÓLIZA Y A RIESGOS DE INFECCIÓN O CONTAGIO CON ENFERMEDADES O AGENTES PATÓGENOS.

6.RECLAMACIONES ORIENTADAS AL REEMBOLSO DE HONORARIOS PROFESIONALES

7.RECLAMACIONES DE PERSONAS QUE TIENEN UNA RELACIÓN LABORAL CON EL ASEGURADO, CUANDO PRESENTAN TALES RECLAMACIONES A CONSECUENCIA DE UN SERVICIO PRESTADO.

8.DAÑOS (DERIVADOS DE ACCIONES, OMISIONES O ERRORES) QUE TENGAN SU ORIGEN EN LA EXTRACCIÓN, TRANSFUSIÓN Y/O CONSERVACIÓN DE SANGRE O PLASMA SANGUÍNEO Y AQUELLAS ACTIVIDADES NEGLIGENTES QUE TENGAN COMO CONSECUENCIA LA ADQUISICIÓN, TRANSMISIÓN O CONTAGIO DEL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)

9.RECLAMACIONES POR DAÑOS RELACIONADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON EL SIDA, VIRUS DEL TIPO VIH, HEPATITIS B.

10.RECLAMACIONES DERIVADAS DE LA INEFICIENCIA DE CUALQUIER TRATAMIENTO CUYO OBJETIVO SEA EL IMPEDIMENTO O LA PROVOCACIÓN DE UN EMBARAZO O DE UNA PROCREACIÓN.

11.RECLAMACIONES DERIVADAS DE DAÑOS O PERJUICIOS QUE NO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UN DAÑO PERSONAL O MATERIAL, CAUSADO POR EL TRATAMIENTO DE UN PACIENTE, PERJUICIOS DERIVADOS DE TRATAMIENTOS INNECESARIOS, EMISIÓN DE DICTÁMENES PERICIALES, VIOLACIÓN DE SECRETO PROFESIONAL.

12.EN EL CASO DE ODONTÓLOGOS Y ORTODONCISTAS, RECLAMACIONES POR DAÑOS CAUSADOS POR LA APLICACIÓN DE ANESTESIA GENERAL O MIENTRAS EL PACIENTE SE ENCUENTRA BAJO ANESTESIA GENERAL, SI ESTA ANESTESIA NO FUE LLEVADA A CABO EN UNA CLÍNICA O UN HOSPITAL ACREDITADO PARA DICHO FIN.

13.RECLAMACIONES POR ACTOS MÉDICOS QUE SE EFECTÚEN CON EL OBJETO DE LOGRAR MODIFICACIONES, CAMBIOS, EXPERIMENTOS,

EXCLUSION DE TRANSACCIONES PROHIBIDAS. EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS. LA COMPAÑÍA NO PROVEERÁ COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑÍA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑÍA.
ESTA POLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICION, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA POLIZA.
LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO.
LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO SE DEBERA HACERA MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE LA INICIACION DE LA VIGENCIA DE LA POLIZA O, SI FUERE EL CASO, DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA.
LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY.
CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA, TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW. CONFIANZA.COM. CO. Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA, S.A EN TODO EL PAÍS.
***VER NOTA*** EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SOLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETANDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ÁRTICULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO. EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARA EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DIA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICION.
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMÚN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTA, D.C
SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.
LA PRESENTACION DE ESTA POLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACION Y AUTORIZACION PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERISTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAIS.
AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES. DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO. QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUÍVOCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A. INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.
EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA SU-OD-09-02 ADJUNTA.

RES. DIAN NO. 18762003390769 24/05/2017 NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG 000001 AL 100000 NUMERACION HABILITADA DE SEG 008052 AL 100000 CODIGO ACTIVIDAD 6511

TOMADOR

(415)7709998911901(8020)2432009368

COMPAÑIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

SU-FO-10-01

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO

CONFIANZA
Swiss Re Corporate Solutions
NIT: 860.070.374-9

# RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONES MEDICAS

PÓLIZA 24 RM006987
CERTIFICADO 24 RM009368

CÓDIGO REFERENCIA PAGO: 2432009368

SUCURSAL: 24. AVENIDA CHILE | USUARIO: MORENOY | TIP CERTIFICADO: Nuevo | FECHA DD MM AAAA: 23 01 2019

| | | | |
|---|---|---|---|
| TOMADOR: | DEFENSA MEDICO LEGAL S.A.S. | C.C. O NIT: | 900839072 7 |
| DIRECCIÓN: | CL 119 11 B 54 OF 401 | CIUDAD: | BOGOTA |
| E-MAIL: | n.melo@travinseguros.com | TELÉFONO: | 3208011969 |
| ASEGURADO: | SALAZAR CADENA MARTHA PATRICIA | C.C. O NIT: | 51665363 8 |
| DIRECCIÓN: | CR 20 42 SUR 47 | CIUDAD: BOGOTA D.C | TEL. 3242994 |
| BENEFICIARIO: | TERCEROS AFECTADOS | C.C. O NIT: | 082740 |
| DIRECCIÓN: | 0 | CIUDAD: 0 | TEL. 0 |

| VIGENCIA | | VALOR ASEGURADO EN PESOS | | |
|---|---|---|---|---|
| DD MM AAAA | DD MM AAAA | ANTERIOR | ESTA MODIFICACIÓN | NUEVA |
| DESDE 23 01 2019 | HASTA 23 01 2020 | | | 150,000,000.00 |

| INTERMEDIARIO | | COASEGURO | | | | PRIMA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| %PART | NOMBRE | COMPAÑIA | % | PRIMA | VALOR ASEGURADO | TRM | MONEDA | VALORES |
| 100.00 | TRAVIN SEGUROS LIMITADA | | | | | PRIMA | PESOS | 96,000.00 |
| | | | | | | CARGOS DE EMISIÓN | PESOS | 0.00 |
| | | | | | | IVA | PESOS | 18,240.00 |
| | | | | | | TOTAL | | 114,240.00 |

MANIPULACIONES GENÉTICAS, AUNQUE SEA CON EL CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE.

14.RECLAMACIONES POR DAÑOS GENÉTICOS

15.RECLAMACIONES POR ORGANISMOS PATOGÉNICOS (MOHO U HONGOS Ó SUS ESPORAS, BACTERIAS, ALGAS, MICOTOXINAS Y CUALQUIER OTRO PRODUCTO METABÓLICO, ENZIMAS Ó PROTEÍNAS SEGREGADAS POR LAS ANTERIORES, BIEN SEA TÓXICAS Ó NO.)

16.RECLAMACIONES POR ENFERMEDADES PROFESIONALES Y EL RIESGO BIOLÓGICO

17.RECLAMACIONES POR TODA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL Y/O PENAL COMO CONSECUENCIA DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCIÓN MÉDICA.

GARANTÍAS:

*MANTENER EN PERFECTAS CONDICIONES LOS EQUIPOS UTILIZADOS INCLUYENDO LA REALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE MANTENIMIENTO DE ACUERDO LAS ESTIPULACIONES DE LOS FABRICANTES.
*EJERCER UN ESTRICTO CONTROL SOBRE EL USO DE LOS EQUIPOS Y MATERIALES, INCLUYENDO LAS MEDIDAS NECESARIAS DE SEGURIDAD.
*TÉRMINOS Y CONDICIONES SUJETO A CONFIRMACIÓN ESCRITA POR EL ASEGURADO QUE NO TIENEN CONOCIMIENTO DE RECLAMO ALGUNO EN LOS ÚLTIMOS TRES AÑOS, DE RECLAMOS PENDIENTES, DE CUALQUIER ACTIVIDAD INCLUYENDO PETICIÓN Y/O SECUESTRO DE HISTORIAS CLÍNICAS O DE CIRCUNSTANCIA ALGUNA QUE PUDIESE DAR SURGIMIENTO A UN RECLAMO O DEMANDA EN EL FUTURO.

EXCLUSION DE TRANSACCIONES PROHIBIDAS. EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑÍA NO PROVEERÁ COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑÍA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑÍA.
ESTA POLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICION, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA POLIZA.
LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO.
LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO SE DEBERA HACERA MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE LA INICIACION DE LA VIGENCIA DE LA POLIZA O, SI FUERE EL CASO, DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA.
LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL. CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY.
CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTIAS DE LA MISMA, TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW. CONFIANZA.COM. CO, Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA, S.A EN TODO EL PAÍS.
***VER NOTA*** EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETANDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGUN LO SEÑALADO POR EL ÁRTICULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO. EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARA EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DIA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICION.
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCION, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTA, D.C
SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.
LA PRESENTACION DE ESTA POLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACION Y AUTORIZACION PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERISTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAIS.
AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES. DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUÍVOCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.
EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA SU-OD-09-02 ADJUNTA.

RES. DIAN NO. 18762003390769 24/05/2017 NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG. 000001 AL 100000 NUMERACION HABILITADA DE SEG. 008052 AL 100000 CODIGO ACTIVIDAD 6511

TOMADOR

(415)7709998911901(8020)2432009368

COMPAÑIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

SU-FO-10-01

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO

## CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) MARTHA PATRICIA SALAZAR CADENA identificado(a) con CC 51665363 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 2° COTIZANTE.

| | |
|---|---|
| **Fecha de Activación de Servicios:** | **12/05/2002** |
| **Estado de la Afiliación:** | **ACTIVO** |
| **IPS:** | **CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR** |
| **Categoría:** | **A** |

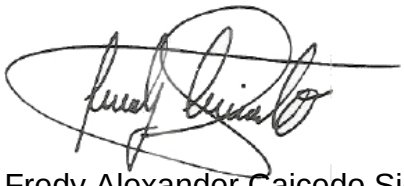
La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE** , a los 09 días del mes de enero del año 2020 .

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.**

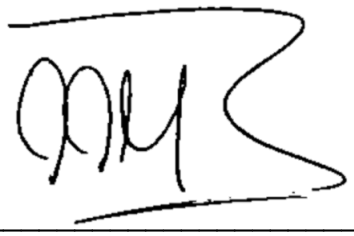
**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.**
En su condición de administradora del
**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**
NIT 800.224.808-8

**CERTIFICA QUE:**

**MARTHA PATRICIA SALAZAR CADENA**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **51.665.363**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 12 de Enero del 2020.

Cordialmente,



Vicepresidente de Clientes y Operaciones

Medellín, 12 de enero de 2020

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

## CERTIFICA:

Que MARTHA PATRICIA SALAZAR CADENA identificado(a) con cédula de ciudadanía 51665363 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

**Fecha inicio cobertura:** 30/11/2016 **Fecha fin cobertura:** 15/12/2019

### INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

**SUB RED SUR N900958564**

**ACTIVIDAD ECONÓMICA:**
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

**CLASE DE RIESGO:** 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

**CENTRO DE TRABAJO:** 0000000001 - ASISTENCIAL

**CLASE:** 3 **PORCENTAJE:** 2,436% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

**ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:**
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

### INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

**ACTIVIDAD ECONÓMICA:**
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

**CODIGO DE ACTIVIDAD:** 3851101

**CLASE DE RIESGO:** 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

**Tenga en cuenta lo siguiente para realizar la cotización y pago:**

***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.***

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C516653632001258523

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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: 12/01/2020 4.15 PM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

## Buscar contrato

Buscar (Búsqueda avanzada)

Últimas modificaciones

| Id del contrato | Número del Contrato | Entidad Estatal | Tipo de entidad | Fecha de firma | Fecha de finalización | Facturación de la entidad | Valor total de la of |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 593025 | 3789-2019 | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E | Entidad Estatal | 8/02/2019 12:00:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* | 7 días de tiempo transcurrido *(5/01/2020 12:00:00 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* | MARTHA PATRICIA SALAZAR CADENA | 29.750.8 |

**OPCIONES**

**VER**

- Últimas modificaciones
- Todos
- Esperando aprobación
- Firmado
- Firmado y enviado a la Entidad Estatal
- Suspendidos
- Cancelados
- Cerrados
- Firmados y Terminados anormalmente

**HERRAMIENTAS**

| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E | |
|---|---|---|
| | FORMATO AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN DE TÍTULOS | CO-OPS-FT-07 V1 |

Bogotá D.C Enero 10 de 2020

Señores:

COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA - INSTITUC. UNIVERSITARIA.

Por medio de la presente, yo Martha Patricia Salazar Cadena, identificado con número de documento 51665363, autorizo a la Sub Red Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E a que realice la respectiva verificación de la información académica de mi hoja de vida, lo anterior con fines de habilitación y demás procesos internos de la entidad en lo referente a corroboración de la información.

Cordialmente,

Nombre: Martha Patricia Salazar Cadena

No. Documento: 51.665363

Teléfono: 3057364239

Bogotá D.C., Enero 10 de 2020

**PARA:** CLAUDIA HELENA PRIETO VANEGAS - Gerente
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E. S.E. - Contratante

**DE:** MARTHA PATRICIA SALAZAR CADENA
Contratista prestación de Servicios

Asunto: DECLARACION JURAMENTADA CONTRATISTA

Yo MARTHA PATRICIA SALAZAR CADENA identificado(a) con la C.C. No. 51.665.363 de Bogotá mayor de edad y con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., manifestó bajo la gravedad del juramento:

**PRIMERO:** Los documentos aportados para la contratación de mis servicios son verídicos y se encuentran actualizados según las normas vigentes y los lineamientos institucionales.

**SEGUNDO:** La información contenida en los soportes académicos formales e informales presentados de forma magnética son reales

| TIPO DE FORMACIÓN (FORMAL O INFORMAL) | TÍTULO O CERTIFICACIÓN OBTENIDA | FECHA DE EXPEDICIÓN (DÍA,MES,AÑO) | ENTIDAD EDUCATIVA QUE LA EXPIDE | VIGENCIA EN CASO QUE APLIQUE (DÍA,MES,AÑO) |
|---|---|---|---|---|
| Formal | Bacteriologa y Lab. clínico | 11/12/1987 | Universidad Colegio Mayor de C/marca | NA |
| No Formal | Atención Integral a Victimas Violencia Sexual | 23/02/18 | Subred Integrada de Servicios Salud. | 23/02/20 |
| | | | | |
| | | | | |

**TERCERO**: Me obligo durante la vigencia del contrato que celebre con la **Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.** a actualizar y mantener vigentes los cursos y documentos requeridos.

La presente declaración juramentada se rinde sin perjuicio de lo establecido en los artículos 286 y siguientes del Código Penal Colombiano.

Manifiesto, que todo lo declarado anteriormente es verdadero y para tal efecto firmo, este documento.

FIRMA
C.C.No. 51.665.363

TELEFONO 3057364239

DIRECCION Calle 44B # 57 a 45

CORREO Patty.salazar0216@gmail.com

Gmail patricia salazar <patty.salazar0216@gmail.com>

# ENCUESTA GENERAL

1 mensaje

**Formularios de Google** <forms-receipts-noreply@google.com> 12 de enero de 2020 a las 19:40
Para: patty.salazar0216@gmail.com

Google Forms

**Gracias por rellenar ENCUESTA GENERAL**

Esto es lo que nos has enviado:

**EDITAR RESPUESTA**

# ENCUESTA GENERAL

**Dirección de correo electrónico** *

patty.salazar0216@gmail.com

**No DE DOCUMENTO** *

51665363

**TIPO DE DOCUMENTO** *

- [x] CC
- [ ] CE
- [ ] PEP

**FECHA DE EXPEDICIÓN DE DOCUMENTO DEL PEP**

10 marzo 1981

**FECHA DE NACIMIENTO** *

26 diciembre 1962