20 de octubre de 2026

Señores
ESE CENTRO DE SALUD SANTANA
Santana, Boyacá

Asunto: Propuesta económica para asesoría en verificación de técnicas analíticas

PROPUESTA ECONÓMICA

Asesoría para la verificación de técnicas analíticas

Objeto: Prestación de servicios de asesoría y acompañamiento para la realización de la verificación de técnicas analíticas en el laboratorio clínico.

1. Alcance del servicio

Se brindará asesoría y acompañamiento técnico durante el proceso de ejecución de trece (13) ensayos de verificación de técnicas analíticas, utilizando los insumos y reactivos suministrados por la ESE Centro de Salud Santana.

Como producto del servicio, se entregará un informe individual de verificación por cada técnica analítica evaluada, para un total de trece (13) informes, que incluirán los resultados obtenidos y las conclusiones correspondientes.

2. Productos y plazo de entrega

Se entregarán trece (13) informes individuales de verificación de técnicas analíticas, con fecha máxima de entrega del 17 de noviembre de 2026.

3. Valor de la propuesta económica

El valor total de la propuesta es de DOS MILLONES M/CTE ($ 2.000.000 COP), por la prestación del servicio descrito.

Cordialmente,

MARTHA XIOMARA GONZÁLEZ GELVEZ
Auditora en Salud

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
Gonzalez	Gelvez	Martha Xiomara

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 63516134	F ⊗ M ○ NB ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 07 MES 12 AÑO 1976	CARRERA 14N 200 106 Malibu Barrio Aranzoque			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	SANTANDER
DEPTO	SANTANDER	MUNICIPIO	FLORIDABLANCA		
MUNICIPIO	BUCARAMANGA	TELÉFONO	3102372780	EMAIL	marthaxiomaragonzalezg@gmail.

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	1X1°	MES	11	AÑO	1993

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
POSTGRADO	2	X		ESPECIALIZACION EN AUDITORIA EN SALUD	09	2016	NO APLICA
POSTGRADO	3	X		ESPECIALIZACION EN ADMINISTRACION DE SERVICIOS DE SALUD	06	2003	
PREGRADO	9	X		FISIOTERAPIA	11	1998	00627/99

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO
ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD - OPS	EDUCACIÓN INFORMAL	16	X		CURCO DE PREVENCION Y CONTROL DE INFECCIONES CAUSADAS POR EL NUEVO CORONAVIRUS (COVID-19)	04	2020
POLITECNICO INTERCONTINENTAL	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	120	X		DIPLOMADO EN SEGURIDAD Y PROTECCION RADIOLOGICA	02	2020
ACESI	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	112	X		DIPLOMADO EN ADOPCION Y ADAPTACION DEL MODELO INTEGRAL DE ATENCION EN SALUD MIAS	11	2018
UNIVERSIDAD CES	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	108	X		DIPLOMADO VERIFICADORES DE CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES DE HABILITACION EN INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD	06	2014
ICONTEC	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	108	X		DIPLOMADO EN ACREDITACION EN INSTITUCIONES DE SALUD	05	2013
CENTRO DE GESTION HOSPITALARIA - UNIVERSIDAD DEL ROSARIO	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	144	X		DIPLOMADO EN GESTION DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	12	2012

4 IDIOMAS

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

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
INGLÉS	X			X			X		

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL INTEGRADO SAN ANTONIO - PUENTE NACIONAL			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* PUENTE NACIONAL					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3102372780	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	16	*Mes*	08	*Año* 2016	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2024	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASESOR EN AUDITORIA DE CALIDAD	*DEPENDENCIA* "ADMINISTRACION"					*DIRECCIÓN* CARRERA 6 8 61 Puenta Nacional						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL REGIONAL DE VELEZ			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* VÉLEZ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	02	*Mes*	03	*Año* 2015	*Día*	30	*Mes*	04	*Año*	2024	
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO A LA AUDITORIA EN SALUD	*DEPENDENCIA* AREA SUBCIENTIFICA					*DIRECCIÓN* CALLE 11N 5 114						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL EL PEÑON SANTANDER			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* EL PEÑÓN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	19	*Mes*	06	*Año* 2020	*Día*	29	*Mes*	12	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 049/2013 CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* 1.2.6 DIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA					*DIRECCIÓN* TRANSVERSAL 11 11 11 sector once de marzo						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO DE BARBOSA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BARBOSA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3118209192	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	02	*Mes*	01	*Año* 2018	*Día*	10	*Mes*	01	*Año*	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ADITORA DE CALIDAD	*DEPENDENCIA* "SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA"					*DIRECCIÓN* CARRERA 9 15 54						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE SANTANDER			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6336233	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	03	*Mes*	03	*Año* 2015	*Día*	02	*Mes*	05	*Año*	2015	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DE SALUD					*DIRECCIÓN* CALLE 45 N 11 52						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GESTION INTEGRAL (ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER)			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6959990	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	11	*Mes*	10	*Año*	2012	*Día*	13	*Mes*	02	*Año*	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL UNIVERSITARIO	*DEPENDENCIA* CALIDAD						*DIRECCIÓN* CALLE 62 N 17 A 76 la ceiba					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE SANTANDER			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6336233	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	11	*Mes*	08	*Año*	2014	*Día*	25	*Mes*	12	*Año*	2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* OFICINA DE SECRETARIA DE SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 45 N 11 52					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE SANTANDER			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6336233	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	24	*Mes*	01	*Año*	2014	*Día*	23	*Mes*	06	*Año*	2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DEPTAL DE SALUS						*DIRECCIÓN* CALLE 45 N 11 52					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE SANTANDER			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6336233	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	10	*Año*	2013	*Día*	23	*Mes*	12	*Año*	2013
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SALUD PUBLICA						*DIRECCIÓN* CALLE 45 N 11 52					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD APOYO INTEGRAL			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6959990	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	24	*Mes*	07	*Año*	2012	*Día*	10	*Mes*	10	*Año*	2012
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL UNIVERSITARIO	*DEPENDENCIA* CALIDAD						*DIRECCIÓN* CALLE 62 N 17 A 76 la ceiba					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NORTE DE SANTANDER			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER	*MUNICIPIO* SAN JOSÉ DE CÚCUTA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 5715905	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	07	*Mes*	05	*Año* 2009	*Día*	30	*Mes*	08	*Año*	2009	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SALUD PUBLICA					*DIRECCIÓN* AVENIDA 0 C 10 9 -65						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD TRASCOOP COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6573616	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	09	*Mes*	12	*Año* 2008	*Día*	13	*Mes*	04	*Año*	2009	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASOCIADA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA - ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 54 N 35 A 05						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE BUCARAMANGA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6337000	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	13	*Mes*	02	*Año* 2009	*Día*	12	*Mes*	04	*Año*	2009	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* DESARROLLO SOCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 35 N 10 43 fase I						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE BUCARAMANGA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6337000	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	24	*Mes*	09	*Año* 2008	*Día*	19	*Mes*	12	*Año*	2008	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* DESARROLLO SOCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 35 N 10 43 fase I						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD COOPASISTENCIA CTA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6385666	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	21	*Mes*	07	*Año* 2008	*Día*	14	*Mes*	09	*Año*	2008	
CARGO O CONTRATO ACTUAL FISIOTERAPEUTA	*DEPENDENCIA* UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO					*DIRECCIÓN* CALLE 20 N 27 22						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD COOPSANJOSE ESE FRANCISCO DE PAULA SANTANDER			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 7357535	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	07	*Año*	2004	*Día*	09	*Mes*	06	*Año*	2008
CARGO O CONTRATO ACTUAL FISIOTERAPEUTA	*DEPENDENCIA* REHABILITACION						*DIRECCIÓN* Cra 27 con calle 31					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* VETAS						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6297064	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	10	*Mes*	01	*Año*	2004	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2005
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SALUD PUBLICA						*DIRECCIÓN* vetas santander					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES- EN LIQUIDACION			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6322512	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	30	*Mes*	03	*Año*	2001	*Día*	26	*Mes*	06	*Año*	2003
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* REHABILITACION						*DIRECCIÓN* Carrera 27 con calle 31					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO NACIONAL PENITENCIARIO Y CARCELARIO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6457272	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	12	*Mes*	11	*Año*	1999	*Día*	09	*Mes*	05	*Año*	2001
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE SANIDAD						*DIRECCIÓN* CALLE 45 N 7 11					

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA UNIVERSIDAD MANUELA BELTRAN-UMB-			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA						*CORREO ELECTRÓNICO*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día:	01	*Mes:*	02	*Año:*	2006	*Día:*	31	*Mes:*	05	*Año:*	2006
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD	*NIVEL EDUCATIVO* POSTGRADO						*DIRECCIÓN*					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	12	2
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	6	11
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	7	6
EXPERIENCIA DOCENTE	0	4

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento _____

_____

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

_____ _____

Ciudad y fecha *NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

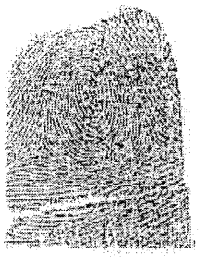
NUMERO 63.516.134

GONZALEZ GELVEZ
APELLIDOS

MARTHA XIOMARA
NOMBRES

FIRMA



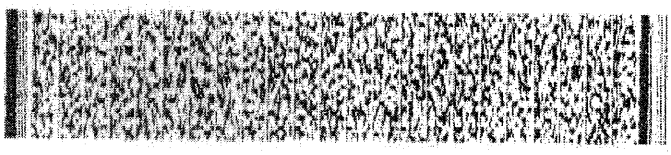


FECHA DE NACIMIENTO 07-DIC-1976
BUCARAMANGA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

29-DIC-1994 BUCARAMANGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL



A-2703100-59 03943 F 0063516134 2005 0122 03910 0632MM 02 17/02/2011

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 63.516.134

GONZALEZ GELVEZ
APELLIDOS

MARTHA XIOMARA
NOMBRES

FIRMA



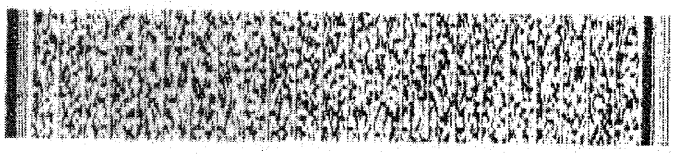


FECHA DE NACIMIENTO 07-DIC-1976
BUCARAMANGA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

29-DIC-1994 BUCARAMANGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL



A-2700100-59134943-F-0063516134-20051222 01910 0612MM 02 2080211

SISPRO - Aplicativos Misionales

Menu

Iniciar Sesión | Registrarse

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *: Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *: 63516134

Primer Nombre:

Primer Apellido:

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

2186

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2026-10-19→9:32:52 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	63516134	MARTHA	XIOMARA	GONZALEZ	GELVEZ	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) MARTHA XIOMARA GONZALEZ GELVEZ identificado(a) con CC 63516134 registra La siguiente información:

2026-10-19→9:32:52 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	FISIOTERAPIA	1999-03-17	627	Colegio Colombiano de Fisioterapeutas - COLFI

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

REPUBLICA DE COLOMBIA

FUNDACION UNIVERSITARIA MANUELA BELTRAN

"U M B"

PERSONERIA JURIDICA No. 13778 DEL 15 DE DICIEMBRE DE 1992
DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

EL SEÑOR RECTOR DE ACUERDO A LO DISPUESTO EN EL ARTICULO
24 DE LA LEY 30 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 1992 Y CONFORME A SUS FACULTADES
ESTATUTARIAS, CONFIERE A:

Martha Xiomara González Gélvez.

C.C. No. 63.515.134 Bucaramanga (Sder.)

EL GRADO **Profesional en Fisioterapia.**

POR HABER CUMPLIDO CON TODOS LOS REQUISITOS ACADEMICOS Y LEGALES
QUE LE ACREDITAN PARA EJERCER LA PROFESION.

EN TESTIMONIO DE ELLO EXPIDE, FIRMA Y SELLA EL PRESENTE DIPLOMA EN LA
CIUDAD DE SANTAFE DE BOGOTA,

A LOS 05..... DIAS DEL MES Marzo.... DE 199 9.

SECRETARIA GENERAL

RECTOR

DECANO AREA

DIRECTOR DE CARRERA

LA REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

Y EN SU NOMBRE

LA UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER

CONFIERE EL TITULO DE

ESPECIALISTA EN ADMINISTRACION DE SERVICIOS DE SALUD

A

MARTHA XIOMARA GONZALEZ GELVEZ

CEDULA DE CIUDADANIA N° 63.516.134 expedida en BUCARAMANGA

Quien cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos.
En testimonio de ello le otorga el presente

DIPLOMA

En la ciudad de Bucaramanga, EL 16 DE DICIEMBRE DE 2003

Registrado al folio 305 Libro 16-II Diplomas de Grado

Rector

Secretaria General

Personería jurídica UIS - Resolución No. 25 del 23 de Febrero de 1949 del Ministerio de Justicia

34490

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA

UNIVERSIDAD CES

EN ATENCIÓN A QUE

Martha Xiomara Gonzáles Gelves

C.C 63.516.134 de Bucaramanga Santander

EN VIRTUD DEL CONVENIO CON
LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA
HA COMPLETADO TODOS LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS POR LOS
ESTATUTOS UNIVERSITARIOS PARA OPTAR EL TÍTULO DE

Especialista en Auditoria en Salud

LE EXPIDE EL PRESENTE DIPLOMA
EN TESTIMONIO DE ELLO SE FIRMA Y REFRENDA
CON LOS SELLOS RESPECTIVOS EN MEDELLÍN-COLOMBIA
A LOS 15 DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DE 2016

Jorge Julián Osorio Gómez
Rector
Universidad CES

Patricia Chejne Farid
Secretaria General
Universidad CES

Jorge Ricardo Posada Saldarriaga
Decano Facultad de Medicina
Universidad CES

Alberto Morales Pacheco
Rector
Universidad Autónoma de Bucaramanga

Juan José Paz Serrano
Decano Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Autónoma de Bucaramanga

Registrado en Folio 624 Número 14048 del 13 de diciembre de 2016. Acta 14623 del 15 de diciembre de 2016. Firma

POLITECNICO DE SURAMERICA
EDUCACIÓN CERTIFICADA

Licencia de funcionamiento otorgada mediante Resolución 005768
del 13 de mayo de 2016 de la Secretaría de Educación de Medellín,
Reg. Mercantil N° 21- 542120-12, NIT: 900872734-3

HACE CONSTAR QUE:

MARTHA XIOMARA GONZALEZ GELVEZ

Con Documento de Identidad No 63516134

CURSÓ Y APROBÓ EL DIPLOMADO EN

AUDITOR INTERNO HSEQ

Con una intensidad horaria de ciento veinte (120) horas

MEDELLÍN - MAYO 08 DE 2024 A MAYO 28 DE 2024
Registrado en el Libro de Actas No 0020240528
CÓDIGO DE SEGURIDAD 240528S

Rector - Daniel Mauricio Trejos Castañeda
www.politura.edu.co
La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante solicitud al correo matriculas@politura.edu.co indicando el N° de acta con el cual se registra

---

LA ESCUELA SUPERIOR DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA
Creada por la Ley 19 de 1958

Dirección Territorial Boyacá - Casanare
Dirección de Capacitación - Boyacá

CERTIFICA QUE:

MARTHA XIOMARA GONZALEZ GELVEZ
C.C 63.516.134

PARTICIPÓ en el SEMINARIO

CURSO INTRODUCTORIO DE LENGUAJE INCLUYENTE Y ACCESIBLE

Realizado en Tunja, Boyacá entre el 31 de Octubre y el 23 de Noviembre de 2023
Con una intensidad de 60 horas, Se expide en TUNJA, el 7 de Diciembre de 2023

Lady Nieto B.
LADY MAYERLY NIETO BAHAMÓN
Directora(E) Territorial Boyacá- Casanare
Escuela Superior de Administración Pública ESAP

Colombia Potencia de la Vida
Gobierno del Cambio

Para verificar la autenticidad del certificado, ingresa a https://tramites3.esap.edu.co e ingresa el código

mipg | modelo integrado de planeación y gestión

Función Pública

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Hace constar que:

Martha Xiomara Gonzalez G

C.C 63.516.134

Participó y completó con éxito el Módulo de Fundamentos Generales del curso virtual del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG

MIPG VERSIÓN II (2022)

Bogotá D.C., 04 de diciembre 2023

Leonardo Molina Henao
Director de Gestión y Desempeño Institucional

Código: 70184041328

Fundamentos Generales | Talento Humano | Direccionamiento estratégico | Gestión con valores para resultados | Evaluación de resultados | Información y comunicación | Gestión del conocimiento | Control Interno

---

LA ESCUELA SUPERIOR DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA
Creada por la Ley 19 de 1958

Dirección Nacional
Dirección de Capacitación - Bogotá, D.C.

CERTIFICA QUE:

MARTHA XIOMARA GONZALEZ GELVEZ
C.C 63.516.134

PARTICIPÓ en el DIPLOMADO

SISTEMA DE CONTROL INTERNO BASADO EN EL MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO MECI

Realizado en Bogotá, D.C. entre el 21 de Septiembre y el 22 de Octubre de 2023
Con una intensidad de 80 horas, Se expide en BOGOTÁ D.C, el 22 de Octubre de 2023

MICHAEL LÓPEZ GARCÍA
Director Técnico de Capacitación
Escuela Superior de Administración Pública-ESAP

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA | Gobierno del Cambio

Para verificar la autenticidad del certificado, ingrese a https://cireee3.esap.edu.co y digite el código: Código: 7f0666f0-4a21-4ea8-8d98-ed27fb507e78

POLITECNICO DE SURAMERICA
EDUCACIÓN CERTIFICADA

Licencia de funcionamiento otorgada mediante Resolución 005768
del 13 de mayo de 2016 de la Secretaría de Educación de Medellín,
Reg. Mercantil N° 21- 542120-12, NIT: 900872734-3

HACE CONSTAR QUE:

MARTHA XIOMARA GONZALEZ GELVEZ

Con Documento de Identidad No 63516134

CURSÓ Y APROBÓ EL DIPLOMADO EN

PAMEC

Con una intensidad horaria de ciento veinte (120) horas

MEDELLÍN - DICIEMBRE07 DE 2021
Registrado en el Libro de Actas No 0020211207
CÓDIGO DE SEGURIDAD 211207S

Rector - Daniel Mauricio Trejos Castañeda
www.polisura.edu.co
La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante solicitud al correo
matriculas@polisura.edu.co indicando el N° de acta con el cual se registra

INTER CONTINENTAL

El POLITÉCNICO INTERCONTINENTAL institución
de educación infocual de conformidad con el decreto 1075 de mayo 26 de 2015
Registro Mercantil N° 21-542120-12, NIT: 900.949.702-0

HACE CONSTAR QUE:

MARTHA XIOMARA GONZALEZ GELVEZ

Con Documento de Identidad No 63516134

CURSÓ Y APROBÓ EL DIPLOMADO EN

SEGURIDAD Y PROTECCIÓN RADIOLÓGICA

Con una intensidad horaria de ciento veinte (120) horas
MEDELLIN – FEBRERO– 17 DE 2020
Registrado en el Libro de Actas No 0020200217
CÓDIGO DE SEGURIDAD 200217P

Rector

Dirección Académica

www.polinterco.com
La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante solicitud al correo matriculas@polinterco.com
indicando el número del acta con el cual se registra el mismo

Programa de Formación
Continua Especializada 2018

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA y
La Asociación Colombiana de Empresas Sociales del Estado y Hospitales Públicos
ACESI

Hacen constar que

MARTHA XIOMARA GONZALEZ

Con cédula No. 63516134

Cursó y aprobó el Diplomado

ADOPCIÓN Y ADAPTACIÓN DEL MODELO INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD

con una duración de 112 horas

Este certificado se expide en el marco del Convenio No. 103 de 2018, celebrado entre el SENA y ACESI

17 NOVIEMBRE de 2018

OLGA LUCIA ZULUAGA
Representante Legal
ACESI

LUZ DIGNA SANCHEZ VELASQUEZ
Representante Legal
Fundación Visión Salud

Todos los procesos de formación del SENA son GRATUITOS e INCLUYENTES

Libertad y Orden
República de Colombia
Ministerio de Salud y de la Protección Social

UNIVERSIDAD CES
Un Compromiso con la Excelencia
Facultad de Medicina

CERTIFICAN QUE:

MARTHA XIOMARA GONZALEZ GELVEZ

C .C. 63516134

Cumplió con las actividades académicas programadas con una intensidad horaria de 150 horas y reunió los demás requisitos exigidos por las normas universitarias, por lo cual le expide el presente certificado que lo acredita como:

VERIFICADOR DE LAS CONDICIONES DE HABILITACIÓN PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

Este certificación se expide bajo el Acuerdo Número 21 del 6 de Marzo de 2007, emitido por el Consejo Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud, Ministerio de la Protección Social y Ministerio de Educación Nacional por medio del cual se autoriza a la Universidad CES para formar Verificadores de cumplimiento de Condiciones para la Habilitación de Prestadores de servicios de Salud

Bucaramanga, Junio de 2014

JORGE JULIAN OSORIO GÓMEZ
Decano Facultad de Medicina

CENTRO DE GESTION HOSPITALARIA

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO

LA UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
LA ESCUELA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD
Y EDUCACIÓN CONTINUADA

Otorgan el presente

Diploma

A MARTHA XIOMARA GONZALEZ GELVEZ

Por su participación en el DIPLOMADO EN GESTIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE, realizado entre el 21 de septiembre y el 21 de diciembre mil doce (2012), con una intensidad de ciento cuarenta y cuatro (144) horas académicas.

Para constancia se firma en la ciudad de Bogotá D.C., República de Colombia, a los veintiún (21) días del mes de diciembre de dos mil doce (2012).

RAFAEL FERNANDO CHAVES CARDONA
Director Ejecutivo
Centro de Gestión Hospitalaria

DIANA MARIA SILVA LIZARAZO
Directora
Educación Continuada

LEONARDO PALACIOS SÁNCHEZ
Decano
Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud

icontec
internacional

certifica que:

Martha Xiomara González

C.C. 63.516.134

Asistió al Diplomado

SISTEMA UNICO DE ACREDITACIÓN PARA IPS

Con una intensidad de 112 horas.

El contenido del programa comprendió:

- Generalidades de la acreditación
- Direccionamiento del sistema de gestión de calidad
- Acreditación y la gestión del ambiente físico
- Acreditación y la gestión del recurso humano
- Proceso de atención al cliente asistencial - PACAS
- Acreditación y la gerencia de la información
- Autoevaluación ,análisis y mejora de la acreditación en salud

Bucaramanga, 17 de Mayo de 2013

Gloria Sarmiento Gaona
Directora Regional Oriente

FR-C-99.01-F-099
Versión 00

CA-Dic-2010

Aprobado 2011-02-28

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14819382167

(415)7707212489984(8020) 000001481938216 7

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	6 3 5 1 6 1 3 4

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Santander 6 8	Bucaramanga 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GONZALEZ	GELVEZ	MARTHA	XIOMARA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Floridablanca 2 7 6

41. Dirección principal
CL 46 39 64 BRR ALTOS DE CABECERA

42. Correo electrónico marxiogon23@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 5 6 3 7 7 2 8 1	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	2 0 0 8 0 9 0 2						2 2 2 3	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

Usuarios aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

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

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre GONZALEZ GELVEZ MARTHA XIOMARA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Función Pública

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

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2026-10-19 10:01

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
MARTHA	XIOMARA	GONZALEZ	GELVEZ

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	63516134

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	SANTANDER	Municipio	BUCARAMANGA

Lugar de domicilio					
País	COLOMBIA	Departamento	SANTANDER	Municipio	FLORIDABLANCA

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

Lugar de sede					
País	COLOMBIA	Departamento	BOYACÁ	Municipio	SANTANA

Dirección	["CARRERA 1 No.4-45"]
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	$103.200.000,00
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$103.200.000,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$2.500.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
APARTAMENTO	COLOMBIA	SANTANDER	FLORIDABLANCA	$320.000.000,00
VEHICULO	COLOMBIA	SANTANDER	FLORIDABLANCA	$35.000.000,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
CREDITO DE CONSUMO	$7.500.000,00
TARJETA DE CREDITO	$18.000.000,00
HIPOTECARIO	$198.000.000,00

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País
EMPRESA MINERA REINA DE ORO	ASOCIACIÓN	ACCIONISTA	COLOMBIA

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

[ ]

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

Sí [ ] No [X]

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

PATRICIA PLATA VILLARREAL
Especialista en SALUD OCUPACIONAL
Licencia y Resolución 1578/21
Celular: 3125728840 Correo: *patriciaplatavi@gmail.com*

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

Fecha del exámen:	01 - Julio 2025	Ciudad:	Vélez
Nombres y apellidos del Aspirante:	Martha Gonzalez	Identificación:	63516134
Razón Social de la Empresa contratante:		Cargo (perfil del cargo evaluado)	Asesora de Calidad
Razón Social de la Empresa donde Labora, Laborará o Laboró:			

TIPO DE EXAMEN REALIZADO

Pre ingreso		Reintegro Pos Incapacidad		Periódico Programado		Egreso	
Ingreso	X	Cambio de Ocupación		Alturas		Otro	

CONCEPTO DE APTITUD SE DEFINE CON LAS SIGUENTES PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

	SI	NO		SI	NO		SI	NO	
EXAMEN FISICO OCUPACIONAL	X		PRUEBA DE VERTIGO			PRUEBA NEUROLÓGICA			Musculoesqueletico: Normal
AUDIOMETRIA			ALTURAS			LABORATORIOS			
ESPIROMETRIA			EEG			RADIOLOGIA			
VISIOMETRIA			EXAMEN OPTOMETRIA			ESPECIALISTA			

ANTECEDENTE DE ANTECEDENTE DE TRABAJO (AT) Y/O ENFERMEDAD PROFESIONAL (EP)

ACCIDENTE TRABAJO	SI	NO			ENFERMEDAD LABORAL	SI	NO	FECHA:

EXPOSICION A FACTORES DE RIESGO

Biológico: Virus X Bacterias X Hongos X Parásitos X Picaduras X Mordedura X Fluidos Humanos X
Mecánico: Mecanismos en movimiento_ Proyección de Partículas_ Manejo de herramientas_ Equipos y Elementos de Presión
Físico: Ruido_ Iluminación_ Vibración_ Temperatura_ Extrema Presión_ R. Ionizantes_ R. no Ionizantes
Psicosociales: Gestión Organizacional X Organización Trabajo X Grupo Social Trabajo X Condición Tarea X Interface personal/Tarea X Jornada de Trabajo X Públicos: Inseguridad social_ Violencia_ Trabajo en la Calle_
F. Naturales: Sismo_ Terremoto_ Vendaval_ Inundación_ Derrumbe_ Precipitaciones_
Ergonómicos: Postura Forzada_ Esfuerzo_ Físico_ Mov. Repetitivo_ Man. De Cargas_ Trabajo Estático_
Químico: Polvos_ Fibras_ Líquidos_ Gases_ Vapores_ Humos_ Mat Particulado
Eléctrico: Alta tensión_ Baja tensión_ Electricidad Estática_
C. Seguridad: Mecánico_ Eléctrico_ Locativo_ Tecnológico_ Ac. Transito X Públicos_ Tr. Alturas

CONCEPTO

Hago constar que en la fecha, se examinó al trabajador y/o aspirante suscrito, dentro del examen solicitado con el siguiente cuadro de valoración

APTO		
APTO CON PATOLOGIAS QUE NO RESTRINGE LABORES DE SU CARGO	X	Presbicia
APTO CON PATOLOGIAS QUE RESTRINGE LABORES DE SU CARGO		
EGRESO		
EGRESO SATISFACTORIO		
EGRESO NO SATISFACTORIO		Sospecha de: Accidente de trabajo no reportado: SI__ No__ Enfermedad Profesional: SI__ No__ Enfermedad común agravada por el trabajo: SI__ No

CONDUCTA

	RECOMENDACIONES: Pausas Activas
RESTRICCIONES: Ninguna	Elementos de Protección Personal: X Capacitaciones Salud Ocupacional: X Programa de Salud Ocupacional: X

NOTA: Este certificado es fiel transcripción de la historia clínica del trabajador y se tuvo en cuenta los resultados exámenes paraclínicos o pruebas complementarias aportadas por el trabajador.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: Autorizo al doctor (A) a bajo mencionado para realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El Doctor (a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al Doctor (a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento para el bien cumplimiento del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y para la situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la historia a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Nombre del Medico:	PATRICIA PLATA VILLARREAL	Nombre del Trabajador	Martha Yiomara Gonzalez
Licencia y Registro Ocupacional	1578/21	Número de Cédula:	63516134
Firma:		Firma:	

Powered by CamScanner

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 304988612

PIB
09:23:46

Bogotá DC, 19 de octubre del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) MARTHA XIOMARA GONZALEZ GELVEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 63516134:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 09:23:07 AM horas del 19/10/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **63516134**

Apellidos y Nombres: **GONZALEZ GELVEZ MARTHA XIOMARA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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

DIJIN

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

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
GOV.CO

Todos los derechos reservados.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 19 de octubre de 2026, a las 09:25:27, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	63516134
Código de Verificación	63516134261019092527

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.

LUIS MIGUEL MARTINEZ ROMERO
Contralor Delegado

Generó: WEB

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 09:31:47 horas del 19/10/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **63516134,** Apellidos y Nombres **GONZALEZ GELVEZ MARTHA XIOMARA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ESE CENTRO DE SALUD SANTANA**, con NIT **820003632-3** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

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

Policía Nacional de Colombia

(https://www.policia.gov.co/)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 19/10/2026 09:28:57 a. m. para **el Nº de Expediente o Comparendo:** Nº. **63516134**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **149811431** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Carrera 59 # 26 - 21
Centro Administrativo Nacional CAN , Bogotá D.C
Línea de atención: 018000-910112

GOV.CO

TIC

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 63516134 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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

Se expide en Bogotá el 19/10/2026 09:27 AM

Código Verificación: **4ZMG32JQKW**

Válida hasta: **19/01/2027**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MARTHA XIOMARA GONZALEZ GELVEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **63516134,** se encuentra afiliado/a desde **01/10/2016** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 19 de octubre de 2026.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

POSITIVA

GRUPO BICENTENARIO

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

MARTHA XIOMARA GONZALEZ GELVEZ identificado con CC. 63516134 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE			
Nombres y/o Razón	ESE DIVINO NIÑO JESUS		
Tipo y Numero de Documento	NI - 804016288		
INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2026/07/04	**Fecha inicio contrato**	2026/07/01
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	**Fecha de fin contrato**	2026/12/31
Riesgo	3	**Código actividad económica**	3861001 - Actividades de hospitales y clinicas, con internacion, comprende las actividades que consisten principalmente en
Estado afiliación	Activa		
Fecha retiro	2026/12/31	**Estado del contrato**	Activa

Esta certificación se expide a los 19 días del mes de octubre del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC19102026N63516134A23914713.** Este código es válido por un mes.

CER_AFI_2026033365
010

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

EPS

sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **MARTHA XIOMARA GONZALEZ GELVEZ** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **63516134** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 63516134
NOMBRES Y APELLIDOS	MARTHA XIOMARA GONZALEZ GELVEZ
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/11/2021
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **19/10/2026**

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS