FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap 2.0

Última Actualización 01-mar-2021

1 DATOS PERSONALES

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

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

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 21 MES MAR AÑO 1983

PAÍS Colombia

DEPTO Córdoba

CIUDAD Tierralta

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CRA 29 28 49 SUR

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 2091480

EMAIL argelvanessa2103@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											*TITULO* BACHILLER ACADEMICO
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES DICIEMBRE AÑO 2001
										X	

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	*INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN*	*AÑO TERMINACIÓN*	*HORAS*

Escaneado con CamScanner

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap 3.0

Ultima Actualización: 01-mar-2021

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	MUNICIPIO: Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: atencionusuario@subr	
TELÉFONOS: 2091480	FECHA DE INGRESO: DIA 2 MES 5 AÑO 2013	FECHA DE RETIRO: DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO: APOYO A ATENCION AL USUARIO	DEPENDENCIA: ATENCION AL USUARIO	DIRECCIÓN: Diagonal 34 Nº 5 - 43	

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

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

Escaneado con CamScanner

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap

Ultima Actualización 01-mar-2021

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA PROGRAMA "FAMILIAS GUARDA	PÚBLICA:	PRIVADA: X	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Córdoba	MUNICIPIO: Tierralta	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:	
TELÉFONOS: 3115120056	FECHA DE INGRESO: DIA 3 MES 10 AÑO 2005	FECHA DE RETIRO: DIA 31 MES 5 AÑO 2006	
CARGO O CONTRATO: APOYO A COORDINACION	DEPENDENCIA: COORDINACION	DIRECCIÓN: TIERRALTA CORDOBA	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: MY PIME ELECTROCOSTA	PÚBLICA:	PRIVADA: X	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Córdoba	MUNICIPIO: Tierralta	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:	
TELÉFONOS: (4) 7771037	FECHA DE INGRESO: DIA 2 MES 8 AÑO 2004	FECHA DE RETIRO: DIA 31 MES 8 AÑO 2005	
CARGO O CONTRATO: DIGITADORA DE BASE DE DATOS	DEPENDENCIA: DIGITACION	DIRECCIÓN: TIERRELTA CORDOBA	

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
Privada	3	7
Pública	7	10
Total	11	5

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

Escaneado con CamScanner

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap 2.0

Última Actualización: 01-mar-2021

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ___ NO X ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS, EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

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

Ciudad y fecha del diligenciamiento

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Bogotá - 1-03-21

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

150735

Escaneado con CamScanner

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap 2.0

Última Actualización: 01-mar-2021

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, MARTHA VANESSA ARGEL PEREZ
IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 50641643 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**
País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.
Dirección CRA 29 28 49 SUR **Teléfonos** 3194168861 2091480

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
GUILLERMO LEON ARGEL MONTALVO	6865281	Padre
MARTHA CECILIA PEREZ DORIA	26213642	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 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	$ 16.920.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 650.000,00
HONORARIOS	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 17.570.000,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Banco Davivienda	Cuenta de ahorros	008480343741	20 de julio	$ 20.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
		$ 0,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
		$ 0,00

Escaneado con CamScanner

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap 2.0

Última Actualización: 01-mar-2021

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

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
	C.C ◯ C.E ◯ T.I. ◯	

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 01-mar-2021

CIUDAD Y FECHA

Escaneado con CamScanner

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

Manifiesto bajo la gravedad de juramento que NO me encuentro dentro de las causales de inhabilidad e incompatibilidad de orden constitucional o legal, para ejercer cargos, empleos públicos o para celebrar contratos de prestación de servicios con la administración pública.

De conformidad con lo establecido en el artículo 6 de la Ley 190 de 1995 en caso de que sobrevenga al acto de nombramiento o posesión alguna inhabilidad o incompatibilidad, lo advertiré inmediatamente a la entidad.

Para todos los efectos legales, certifico que los datos registrados en mi hoja de vida, así como los documentos anexos aportados son veraces.

Para constancia se firma en Bogotá a los 01 de Marzo de 2021

Cordialmente,

C.C. 50641643

Escaneado con CamScanner

COMPROMISO DE INTEGRIDAD

Como colaborador de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. reconozco la importancia de asumir un compromiso con el logro de los objetivos estratégicos institucionales y por ello me comprometo a:

- ✓ Apropiar y promover los valores y principios de la Entidad, de la función administrativa y del Estado, así como instituir las normas éticas que deben inspirar el proceder y las acciones de todos colaboradores de la Institución.
- ✓ Promover en mi grupo de trabajo y con todos los grupos de interés de la entidad, una cultura socialmente responsable orientada al respeto por los derechos humanos, prácticas laborales justas, con enfoque de precaución frente a los impactos ambientales y a la lucha contra la corrupción.
- ✓ Conocer el Manual Código de Integridad y Buen Gobierno AP-TH-MN-05 de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente, y por lo tanto, el compromiso de actuar en coherencia con su contenido y filosofía dado que se relaciona con las conductas que se deben practicar como colaborador de la Entidad.
- ✓ Actuar bajo los lineamientos del Código de Integridad y Buen Gobierno, a cooperar con mi equipo de trabajo y orientar nuestras actuaciones hacia la transparencia y defensa de lo público,

Adicionalmente me comprometo a:

Realizar mis actividades de manera oportuna y a mantener mi lugar de trabajo en completo orden.

Nombre: Martha Vanessa Argel pèrez

Documento: 50641643

Cargo: Auxiliar de Orientación e información

Fecha: 1 de Marzo de 2021

Escaneado con CamScanner

La República de Colombia

y en su nombre el

Liceo "Gabriel García Márquez"

Valledupar - Cesar

Autorizado por la Secretaría de Educación Municipal,
según resolución No. 1359 del 30 de Nov. de 2000

Confiere a:

Martha Vanessa Argel Pérez

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

El Título de:

Bachiller Académico

Con Enfasis en Bellas Artes

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

Rector

LICEO GABRIEL GARCIA MARQUEZ RECTOR VALLEDUPAR

Oscar Espeleta Lizarazo

LICEO GABRIEL GARCIA MARQUEZ TECNOLOGIA CIENCIA VALLEDUPAR

Secretario

Shanell Rodriguez

Anotado en el control interno del plantel en el

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

Dado en Valledupar, a 15 de DICIEMBRE de 2001.

LICEO "GABRIEL GARCIA MARQUEZ"

FORJADORES DE HOMBRES NUEVOS PARA UNA PATRIA NUEVA

AUTORIZADO POR LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN MUNICIPAL
RESOLUCIÓN 30198 DE 12 DE NOVIEMBRE DE 2004 DANE 320001003768
EDUCACIÓN PREESCOLAR, BÁSICA Y MEDIA ACADEMICA, ÉNFASIS BELLAS ARTES
CARRERA 6 No 13C – 37 TEL 570704 VALLEDUPAR - CESAR

ACTA DE GRADO No 02

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

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

APELLIDOS Y NOMBRES

ARGEL PEREZ MARTHA VANESSA

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

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

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

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

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

GABRIEL GARCIA MARQUEZ RECTOR VALLEDUPAR

Oscar Espejo Lazaro

ESP. OSCAR ESPEJO LAZARO
C.C 77.013.276 VALLEDUPAR
Rector

Shanell Rodriguez

SHANELL NELLYS RODRÍGUEZ PARRA
C.C 1.126.704.042 VALLEDUPAR
Secretaria

REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace Constar que

MARTHA VANESSA ARGEL PEREZ

Con CEDULA DE CIUDADANIA No. 50641643

Cursó y aprobó la acción de Formación

MANEJO DE HERRAMIENTAS OFIMÁTICAS: MICROSOFT EXCEL

Con una duración de 40 Horas

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

ALEJANDRO RAMÍREZ GÓMEZ
SUBDIRECTOR CENTRO DE AUTOMATIZACION INDUSTRIAL
REGIONAL CALDAS

SGCV200684739

SGCV200684739 13/12/2006
No. Y FECHA DE REGISTRO

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

Resolución 000484 del 06 de Marzo de 2006

REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace Constar que

MARTHA VANESSA ARGEL PEREZ

Con CEDULA DE CIUDADANIA No. 50641643

Cursó y aprobó la acción de Formación

SALUD OCUPACIONAL

Con una duración de 60 Horas

En testimonio de lo anterior se firma en Espinal a los Diez (10) días del mes de Julio de Dos Mil Siete (2007)

PEDRO EDUARDO FONTAL APONTE
SUBDIRECTOR CENTRO AGROPECUARIO LA GRANJA
REGIONAL TOLIMA

SGCV2007243022

SGCV2007243022 10/07/2007
No. Y FECHA DE REGISTRO

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

Resolución 000484 del 06 de Marzo de 2006

REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace Constar que

MARTHA VANESSA ARGEL PEREZ

Con CEDULA DE CIUDADANIA No. 50641643

Cursó y aprobó la acción de Formación

PROMOCION DE LA SALUD COMO HERRAMIENTA PARA EL DESARROLLO HUMANO - TV WEB

Con una duración de 80 Horas

En testimonio de lo anterior se firma en Medellín a los Seis (06) días del mes de Noviembre de Dos Mil Siete (2007)

SOFIA TERESA RESTREPO BETANCUR
SUBDIRECTOR CENTRO DE SERVICIOS DE SALUD
REGIONAL ANTIOQUIA

SGCV2007385677

SGCV2007385677 06/11/2007
No. Y FECHA DE REGISTRO

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

Resolución 000484 del 06 de Marzo de 2006

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

MARTHA VANESSA ARGEL PEREZ

Con Cedula de Ciudadania No. 50.641.643

Cursó y aprobó la acción de Formación

HUMANIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

con una duración de 40 horas

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

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

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

37443778 - 08/08/2016
FECHA REGISTRO

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

REGIONAL DISTRITO CAPITAL

EL CENTRO DE MATERIALES Y ENSAYOS

CERTIFICA

Que MARTHA VANESSA ARGEL PEREZ identificado(a) con Cedula de Ciudadania No 50.641.643 de Tierralta (Alto Sinú), realizó y aprobó el curso de HUMANIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD. con una intensidad horaria de Cuarenta (40) y obtuvo una evaluación Apto (A) con una equivalencia de (4.5).

Equivalencia de Evaluaciones:

D: Reprobó
A: Aprobó

Se expide en Bogotá, a los ocho (8) días del mes de agosto de dos mil dieciseis (2016)

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

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

SENA: Una Organización con Conocimiento

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9215001240051CC50641643E.

La Secretaria General de la Alcaldía Mayor de Bogotá

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Informa que:

MARTHA VANESSA ARGEL PEREZ

C.C. 50641643

Participó en el curso:

Gestores de Integridad – Líderes de la Cultura de Integridad en el Distrito

Intensidad horaria: **30 horas**

Fecha: 20 de octubre de 2020

Oscar Guillermo Niño del Rio
Director Distrital de Desarrollo Institucional

Código de verificación: q9fpTId8Ep

BOGOTÁ
Secretaría General

La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá
certifica que:

MARTHA VANESSA ARGEL PEREZ

C.C.50641643

participó en el curso virtual:

ATENCIÓN DIFERENCIAL EN SALUD A PERSONAS LGBTI

Del 19 de febrero 2021 al 9 de abril de 2021
Con una intensidad horaria de 24 horas
Bogotá

z O r Z A q E Y P l

CDEIS

Sara Marcela Valencia Cadavid
Coordinadora CDEIS

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD
BOGOTÁ

El Servicio Nacional de Aprendizaje - SENA y ACESI

Hacen constar que

MARTHA VANESSA ARGEL PEREZ

Con C.C. 50.641.643

Asistió al Curso

Aplicación de Valores en el Servicio Público en las Instituciones en Salud

Programa de Formación Continua Especializada 2020

Este certificado se expide en el marco del Convenio No. 0029 de 2020, celebrado entre el SENA y ACESI con una duración de 48 horas.

Bogotá D.C , Noviembre , 2020.

Olga Lucía Zuluaga Rodríguez

Las acciones de formación ejecutadas en el marco de la Convocatoria DG-01-2020 son gratuitas para los trabajadores beneficiarios.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ Secretaría de Salud

La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá
certifica que:

MARTHA VANESSA ARGEL PEREZ

C.C.50641643

participó en el curso virtual:

Fortalecimiento de competencias en información, orientación y atención a la ciudadanía para colaboradores de línea de frente de la Red Integrada de Servicios de Salud (RISS)

De diciembre de 2020 a febrero de 2021
Con una intensidad horaria de 50 horas - Bogotá

g K G X F A 6 H T w

Sara Marcela Valencia Cadavid
Coordinadora CDEIS

Bogotá D.C

Señores:

Liceo Gabriel García Marquez

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Martha Vanessa Agul pèrez en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política establece que "todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar" y de acuerdo con lo establecido por el literal c del artículo 4 de la ley 1581 de 2012, en el que se establecen los principios para el tratamiento de datos personales, en cuanto al principio de libertad "el tratamiento sólo puede ejercerse con el consentimiento, previo, expreso e informado del titular. Los datos personales no podrán ser obtenidos o divulgados sin previa autorización, o en ausencia de mandato legal o judicial que releve el consentimiento…."

De igual manera, teniendo en cuenta que la información solicitada en cuenta a datos personales en mi calidad de egresado, solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes a emitir respuesta a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** sobre la idoneidad de mi título académico como:

Bachiller Academico.

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

No. de documento: 50641643

Tarjeta profesional No:

Dirección de contacto: Cra 29 # 28-49 Sur

Teléfono: 3017803310

Escaneado con CamScanner

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

14. NORMAS DE CONDUCTA

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

15. SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

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

16. PRIVILEGIOS E INMUNIDADES DEL PNUD

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

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

Bárbara Resce-Monteiro
Directora de País

Fecha: 25 - 02 - 08

Martha Vanessa Argel
C. C. 50.641.643 de Tierralta

Fecha: 26 - 02 - 08

Universidad Pontificia Bolivariana

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

CERTIFICA QUE:

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

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

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

LUDWING YESID BANGUERO JAIMES
COORDINADOR ACOMPAÑAMIENTO SOCIAL

FUNDACION DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD
SANTA MARIA DE LA PAZ

A quien interese

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

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

BEATRIZ BRUNAL VERGARA
PS. INSTITUCIONAL

ESES LTDA.

Empresa de Servicios Especiales del Sinú

MIPYME DE ENERGIA

NIT: 812008605-8

CERTIFICA:

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

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

LINA FABRA
RECURSOS HUMANOS

LINA FABRA GARCES
Jefe Talento Humano
"ESES" LTDA.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 50.641.643
ARGEL PEREZ

APELLIDOS
MARTHA VANESSA

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

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

1.54 ESTATURA
A+ G.S RH
F SEXO

09-JUN-2003 TIERRALTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

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

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14571203743

(415)7707212489984(8020) 000001457120374 3

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

IDENTIFICACIÓN

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

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

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

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CL 51 5 24

42. Correo electrónico: vanneargel21@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	2 0 9 1 4 8 0	3 0 0 4 7 4 8 5 7 4

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2
8 2 9 9	2 0 1 3 0 3 1 1					

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

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

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2019 - 06 - 02

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 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

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

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA
985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
HACIENDA
Secretaría de Hacienda

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS DE BOGOTÁ
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha:31/08/2020

CONTRIBUYENTE	C.C. 50641643	MARTHA VANESSA ARGEL PEREZ

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: KR 29 28 49 SUR Teléfonos: 3194168861

Dirección electrónica: argelvanessa2103@gmail. Ciudad: BOGOTÁ DC Municipio: BOGOTÁ, D.C.

Fecha de Inscripción: 28/02/2018 Soporte Inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: PREFERENCIAL ICA Fecha desde: NO

Matrícula Mercantil: NO Fecha inicio de Actividades: 11/03/2013 Fecha de cese de Actividades: NO No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 8299 - Otras actividades de servicio de apoyo a las empresas n.c.p.

Actividad 2:

Actividad 3:

Actividad 4:

Actividad 5:

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

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

Kr 30 25 90 Dirección Distrital de Impuestos Bogota D.C. Colombia

Fuente: RIT-SHD

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría Salud

Institución vacunadora: Consulta Pública

Fecha de generación del carné: lunes, 14 de septiembre de 2020 05:43 p.m.

Datos del Vacunado

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

Vacuna	Dosis	Fecha	Nombre comercial	Lote	Institución vacunadora
Anti - Rábica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
Antirrábica profiláctica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
BCG	Única				
DPT	Única				
DPT Acelular	Tercera dosis	16/10/2013	Adacell		
	Quinta dosis	05/04/2017	Bostrix	AC37B177AC	CAMI ALTAMIRA
Fiebre amarilla	Primera dosis				
	Refuerzo				
Fiebre tifoidea	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A, Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
Hepatitis B	Primera dosis	16/10/2013	Engerix B Adultos	2C3420	
	Segunda dosis	07/01/2014	Engerix B Adultos	51AE11020	
	Tercera dosis	22/05/2018	Hepavax Gene	1434034.02	UNIDAD DE SERVICIOS COMPENSAR AV 1 DE MAYO
Influenza	Única				
Meningococo	Única				
Meningococo Conjugado	Única				
Meningococo Polisacárido	Primera dosis				
Neumo Conjugado	Única				
Neumo Polisacárido	Primera dosis				
	Refuerzo				
Neumococo	Primera dosis				
	Refuerzo				
Sarampión y Rubéola	Primera dosis	30/04/2013	Sarampión -Rubéola	012N1020 10/2013	UPA 1 DE MAYO
Td	Primera dosis	30/04/2013	Toxoide Tetánico y diftérico	024B1008B 04/2014	UPA 1 DE MAYO
	Segunda dosis	31/05/2013	Toxoide Tetánico y diftérico	024L1009C 05/2014	UPA 1 DE MAYO
	Cuarta dosis	16/01/2015	Toxoide Tetánico y diftérico	024L3002B 01/2016	UPA 1 DE MAYO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría Salud

Institución vacunadora: Consulta Pública

Fecha de generación del carné: lunes, 14 de septiembre de 2020 05:43 p.m.

Datos del Vacunado

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

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

Clinisur IPS 1 Ltda.
Régimen : Salud Ocupacional
Nit. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000174512

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: PARTICULAR FECHA 25/11/2019 07:19:28

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

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

EDAD 36 Años **SEXO** F **CARGO A DESEMPEÑAR** ATENCION AL CLIENTE



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☐ NO ☐
Visiometría	☐	Glic ☐ Col ☐ Trigli ☐ Otros ☐	
Optometría	☐	**¿Cuáles?**	
Audiometría	☐		
Espirometría	☐	Énfasis Osteomuscular	☑
		Otros	☐

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

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

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☐	☑
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES
NINGUNA

RECOMENDACIONES
CONTROL POR NUTRICION EPS/
CONTROL MEDICO EPS
USO DE EPP/ SE SUGIERE VALORACION AUDIOMETRIA Y VISIOMETRIA OCUPACIONAL

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

FIRMA DEL PACIENTE

Captura Biométrica

Anderson Y. Gómez Ávila
Medico Cirujano Especialista en Salud Ocupacional y Riesgos Laborales
Resolución No 4451 - 2016

FIRMA DEL ESPECIALISTA

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

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

CÓDIGO: ET-CA-FT-011
VERSIÓN: 03
FECHA: 2018-12-31

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO (SARLAFT)

FECHA:	01/03/2021	CIUDAD:	BOGOTA	DEPARTAMENTO:	BOGOTA

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

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

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

TIPO DE IDENTIFICACION(Marcar con X)				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio/Departamento)		FECHA EXPEDICION (DD-MM-AAAA)
C.C. X	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	50.641.643	TIERRALTA/ CORDOBA		09/06/2003
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL:			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI X		NO ☐

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

ESTADO CIVIL (Marcar Con X)					PERSONAS A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO FIJO/ CELULAR
SOLTERO(A) X	CASADO(A) ☐	DEVORCIADO(A) ☐	UNION LIBRE ☐	VIUDO(A) ☐			3017803310

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA (Marcar con X)					PROFESION/ OFICIO
PRIMARIA ☐	BACHILLER X	TECNICO ☐	TECNOLOGO ☐	CUAL:	
UNIVERSITARIO ☐	POSTGRADO ☐	MAGISTER ☐	OTRO ☐		

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CR 29 28 49 SUR	BOGOTA	BOGOTA	COLOMBIANA	3017803310

CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA(Marca con X)		
argelvanessa2103@gmail.com		PROPIA ☐	FAMILIAR ☐	ARRENDADA X

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

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

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA (Marcar con X):

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA					CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA (DIGITAR CODIGO)	
		SI ☐	IVA	SI ☐	NO X		
		NO X	ICA	SI ☐	NO X	PRINCIPAL: 8299	SECUNDARIA:

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

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA	NIT
SI ☐ NO X	SI ☐ NO ☐	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE	900959051

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO	COMERCIAL	SERVICIOS	SALUD	ENERGIA	ALIMENTOS
	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Escaneado con CamScanner

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO (SARLAFT)

EXPORTACIONES ☐	FINANCIERA ☐	MEDICAMENTOS ☐	AGROPECUARIA ☐	INDUSTRIAL ☐	TECNOLOGIA ☐	OTRA : ☐	

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO FIJO/CELULAR	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS

CARGO ACTUAL		FECHA VINCULACION (DD-MM-AAAA)	

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA PRINCIPAL	DESCRIPCION ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCION (DD-MM-AAAA)	TIPO SOCIEDAD

5. INFORMACIÓN FINANCIERA (PESOS $)

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES		AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS	1.499.000	ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	1.499.000	TOTAL EGRESOS	0	TOTAL ACTIVOS	0	TOTAL PASIVOS	0

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS

6. REFERENCIAS PERSONALES

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
BAQUERO	CASASBUENAS	CLAUDIA	MILDREY
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
CR 87 B 19 A 66	BOGOTA	AMIGA	3108646655

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
DAVIVIENDA	AHORROS	8480343741	20 DE JULIO	

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒ (Marcar con X)

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	CIUDAD/PAIS	MONEDA	MONTO

IMPORTACION ☐	EXPORTACION ☐	TRANSFERENCIA ☐	PAGO SERVICIOS ☐	PRESTAMO ☐	OTRO ☐	CUAL:	

8. INFORMACION COMERCIAL (Marcar con X)

POR QUE MEDIO O CANAL CONOCIO SOBRE LOS SERVICIOS DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE	CORRESPONDECIA ☐	PUBLICIDAD ENTIDAD ☐	MERCADEO ☐	INTERNET ☐	BASE DE DATOS ☐	EVENTOS ☐
OTRA ☐ CUAL:	REFERENCIADO CLIENTE NUEVO ☐	REFERENCIADO CLIENTE ANTIGUO ☐	INVITACION A COTIZAR ☐	PORTAL WEB SUBRED ☐	LLAMADA TELEFONICA ☐	PORTALES EMPLEO ☐

9. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

AUXILIAR DE ORIENTACION E INFORMACION

Escaneado con CamScanner

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO (SARLAFT)

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

10. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripción en el Rit Distrital.
4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaración de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo año, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)
APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA: Todos los conceptos de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

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

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

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

Declaro expresamente:
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación 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 prestación 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 determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos, estadisticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envió de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

Escaneado con CamScanner

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO (SARLAFT)

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación 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 celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.

5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.

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

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

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorizacion. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfieran, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud *(Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, teléfono 344 44 84 , e-mail sarlaft@subredcentrooriente.gov.co)* y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.

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

NOTA: Si 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".

11. FIRMA Y HUELLA

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

Firma Cliente / Representante Legal

Huella Indice Derecho

12. INFORMACION DE ENTREVISTA				13. VERIFICACION DE LA INFORMACION			
1.Fecha y Hora:		**2. Ciudad**		**1. Fecha y Hora:**		**2. Ciudad**	
3.Nombre del funcionario Subred				**3. Nombre y Cargo (Contraparte)**			
4. Lugar de la Entrevista:				**4. Lugar de la verificación:**			
5. Observaciones:				**5. Observaciones:**			
6. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐	RECHAZADO ☐		**6. Firma y No Cédula:**			
7. Firma y Cédula				**7. Nombre Apellidos Funcionario Subred**			
8. Proceso Responsable Subred				**8. Proceso Responsable Subred**			

Escaneado con CamScanner

POST TEST INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN 2020

Puntos totales 100/100

El siguiente instrumento tiene como finalidad analizar el conocimiento obtenido como resultado de la inducción - reinducción. Por tal motivo califique cada enunciado de acuerdo a los rangos propuestos con honestidad y tranquilidad.

Dirección de correo electrónico *

argelvanessa2103@gmail.com

Documento de Identidad *

50641643

Nombres y apellidos *

MARTHA VANESSA ARGEL PEREZ

Número de contacto *

3017803310

Nivel jerárquico *

Asistencial

Tipo de vinculación *

Contrato

Unidad a la que pertenece *

Unidad de Servicios de Salud (La Candelaria)

✓ 1. Seleccione la respuesta correcta: Las localidades que conforman la Subred Centro Oriente son: * 10/10

- ○ Santa Fe, La Candelaria, San Cristóbal, Rafael Uribe Uribe, Antonio Nariño, Usme
- ◉ Santa Fe, La Candelaria, San Cristóbal, Rafael Uribe Uribe, Antonio Nariño, Los Mártires ✓
- ○ Santa Fe, La Candelaria, Suba, Rafael Uribe Uribe, Antonio Nariño, Los Mártires
- ○ Santa Fe, La Candelaria, San Cristóbal, Engativá, Puente Aranda, Los Mártires

✓ 2. Seleccione la respuesta correcta: ¿Cuál de los siguientes enunciados NO forma parte de los objetivos estratégicos de la Subred Centro Oriente? * 10/10

- ◉ Evaluar y mejorar la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios ✓
- ○ Generar una cultura de mejoramiento continuo y autocontrol garantizando el cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de manera efectiva con un enfoque de excelencia clínica, investigación y docencia.
- ○ Fortalecer el crecimiento personal y las competencias laborales de los colaboradores generando un clima organizacional que permita el cumplimiento de la misión institucional
- ○ Desarrollar el modelo integral de atención que garantice la prestación de servicios de salud accesibles, oportunos, seguros y humanizados enfocados en el mejoramiento de las condiciones de salud y hábitos de vida de los usuarios, su familia y el entorno

✓ 3. Conteste falso o verdadero: El Decálogo de Humanización contempla el respeto por la privacidad y dignidad del usuario y su familia durante el proceso de atención. * 10/10

1. Verdadero ✓
2. Falso

✓ 4. Seleccione la respuesta correcta: Uno de los componentes del Programa de Seguridad del Paciente es "Cultura de Seguridad" en el cual se realizan las siguientes acciones: * 10/10

1. Rondas de Seguridad

2. Listas de chequeo

3. Búsqueda activa

4. Encuesta de Clima de Seguridad

5. Todos los anteriores ✓

✓ 5. Seleccione la respuesta correcta: Entre los principios y valores de la Subred Centro Oriente se encuentra: * 10/10

1. Trabajo en equipo, compromiso, actitud positiva, ética y transparencia, vocación de servicio y respeto ✓

2. Trabajo en equipo, compromiso, tolerancia, ética y transparencia, vocación de servicio y respeto

3. Trabajo en equipo, compromiso, actitud positiva, integridad, vocación de servicio y respeto

4. Trabajo en equipo, responsabilidad, actitud positiva, ética y transparencia, vocación de servicio y respeto

✓ 6. Seleccione la respuesta correcta: En caso de accidente laboral con fuente biológica usted debe: * 10/10

- ○ Prestar primeros auxilios, reporte verbal inicial al jefe inmediato, reporte telefónico inicial a la ARL, dirigirse a la IPS para la atención de la urgencia y notificar a Talento Humano máximo dentro de las 12 horas hábiles siguientes a la ocurrencia del evento
- ◉ Prestar primeros auxilios, informar a la fuente, reporte verbal inicial al jefe inmediato, reporte telefónico inicial a la ARL, dirigirse a la IPS para la atención de la urgencia y notificar a Talento Humano máximo dentro de las 12 horas hábiles siguientes a la ocurrencia del evento ✓
- ○ Prestar primeros auxilios, informar a la fuente, reporte verbal a Talento Humano, reporte telefónico inicial a la ARL, dirigirse a la IPS para la atención de la urgencia y notificar al jefe inmediato
- ○ Prestar primeros auxilios, informar a la fuente, reporte telefónico inicial a la ARL, dirigirse a la IPS para la atención de la urgencia y notificar a Talento Humano máximo dentro de las 12 horas hábiles siguientes a la ocurrencia del evento

Ninguna de las anteriores

✓ 7. Conteste falso o verdadero: Dentro del marco del Plan Institucional de Gestión Ambiental se contempla el uso eficiente del agua y de la energía * 10/10

1. Verdadero ✓

2. Falso

✓ 8. La materialización del riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo, conlleva varios riesgos asociados entre los que se encuentra: (seleccione la opción correcta) * 10/10

RIESGO LEGAL: probabilidad de pérdida o daño al ser sancionada, multada u obligada a indemnizar por daños por el incumplimiento de normas u obligaciones contractuales.

RIESGO OPERATIVO: probabilidad de pérdida o daño en que incurre la entidad por deficiencias o fallas en el recurso humano, los procesos, la tecnología, la infraestructura o por la ocurrencia de hechos externos.

RIESGO DE CONTAGIO: probabilidad de pérdida o daño en que incurre la entidad, directa o indirectamente por una acción o experiencia de un relacionado o asociado, persona natural o jurídica con posibilidad de ejercer influencia sobre la institución.

Todas las anteriores ✓

✓ 9. Conteste falso o verdadero: La auditoría de Control Interno es una actividad dependiente y subjetiva de aseguramiento y consultoría, concebida para agregar valor y mejorar las operaciones de la entidad. * 10/10

1. Falso ✓

2. Verdadero

✓ 10. Conteste falso o verdadero: Constituye falta disciplinaria, la incursión en cualquiera de las conductas o comportamientos previstos en el Código Disciplinario que conlleve incumplimiento de deberes, extralimitación en el ejercicio de derechos y funciones, prohibiciones y violación del régimen de inhabilidades, incompatibilidades, impedimentos y conflicto de intereses * 10/10

1. Verdadero ✓

2. Falso

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google. - Términos del Servicio - Política de Privacidad

Google Formularios

CE-006 - 0000000100 – 2021

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 50641643
NOMBRES Y APELLIDOS	Argel Perez,Martha Vanessa
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/08/2019
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Argel Perez,Martha Vanessa, a los 01 días del mes de marzo del año 2021.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

MARTHA VANESSA ARGEL PEREZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **50.641.643**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 1 de Marzo del 2021.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO AFILIACIÓN ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

CÓDIGO: AP-IA-FT-024
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-08-04

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

50641643	Bolivar
Numero de Documento	ARL

Martha	Vanessa	Argel	Perez
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

21-03-1983	Tierralta Cordoba	Cra 29 # 28-49 Sur	
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

Sanitas	Porvenir	$ 1.499.000
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

Auxiliar de Atención al usuario	
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

argelvanessa2103@gmail.com	3017803310
Correo Electrónico	Celular

Firma del Afliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C. 39.788.222

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 162007492

WEB
09:46:08

Bogotá DC, 01 de marzo del 2021

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

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

MARIO ENRIQUE CASTRO 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.

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 01 de marzo de 2021, a las 09:47:03, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	50641643
Código de Verificación	506416432103010947O3

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

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

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA WEB
No. 4289037

Bogotá D.C., 1 de Marzo de 2021 - 9:45 am

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **MARTHA VANESSA ARGEL PEREZ**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CINCUENTA MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA Y UNO MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y TRES** de TIERRALTA

50641643

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

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: 3_DJQ1K_459
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 09:47:54 horas del 01/03/2021, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº 506416436

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.

Dirección: Calle 18A # 69F–45
Zona Industrial, barrio
Montevideo. Bogotá D.C.
Atención administrativa: lunes a
viernes 7:00 am a 1:00 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:
lineadirecta@policia.gov.co

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

Gobierno en Línea

Todos los derechos reservados.

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA D.C., **01/03/2021**
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor MARTHA VANESA ARGEL PEREZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **50641643**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	**0570008480343741**
Fecha de apertura	**08/03/2013**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA