

Confirmación de registro de la entidad

Para actualizar el registro concluya la sesión.

Felicitaciones NORMA MARTINEZ AGUIRRE,

NORMA MARTINEZ AGUIRRE con el NIT 51816618 creada

Su usuario es el usuario administrador, usted puede administrar la información de su entidad y dar acceso a nuevos usuarios.

Haga clic aquí para continuar >

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: 20-ene-2021

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
MARTINEZ	AGUIRRE	NORMA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 51816618

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 17 MES AGO AÑO 1965

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CLL 12 C No 71 C 30 INT 9 APT 701

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 8101379

EMAIL norcons871@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 OCTUBRE AÑO 1990
										X	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

TC (TECNICA). **TL** (TECNOLÓGICA). **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA). **UN** (UNIVERSITARIA).

ES (ESPECIALIZACIÓN). **MG** (MAESTRIA O MAGISTER). **DC** (DOCTORADO O PHD).

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

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN MES*	*TERMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
Universitaria	10	X		TERAPIA RESPIRATORIA	12	1996	51816618

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	*INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN*	*AÑO TERMINACIÓN*	*HORAS*
ATENCION INTEGRAL EN SALUD SEXUAL Y	HOSPITAL LA VICTORIA	2015	12
V CONGRESO TERAPIA RESPIRATORIA	HOSPITAL SANTA CLARA	2015	8
SOPORTE VITAL BASICO	CENTRO DE CAPACITACION SOS	2014	20
IX JORNADA DE ACTUALIZACION EN	HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA MARIA	2011	6

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	*INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN*	*AÑO TERMINACIÓN*	*HORAS*
TALLER PARA LA FORMACION DE	UNIVERSIDAD DE LA SABANA	2010	8
VIII JORNADA DE ACTUALIZACION EN	HOSPITAL LA SAMARITANA	2010	6
III JORNADA DE ACTUALIZACION EN	HOSPITAL LA SAMARITANA	2005	6
BASICO DE COOPERATIVISMO	ASOCIACION COLOMBIANA DE COOPERATIVAS	2004	20
III SIMPOSIO DE URGENCIAS MEDICAS	CRUZ ROJA	2002	16
CURSO DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL	2000	2000	16
PROGRAMAS DE SALUD DEL TRABAJO	CEADS	2000	240
SEMINARIO TALLER DEPORTE Y RECREACION	COLDEPORTES	2000	16
ASISTENTE TERAPIA RESPIRATORIA	UNIVERSIDAD MANUELA BELTRAN	1994	8
II CONGRESO DE TERAPIA RESPIRATORIA	UNIVERSIDAD MANUELA BELTRAN	1993	24
NASALTERAPIA	MEGA BETA RESPIRACION	1992	8

DOMINIO DE IDIOMAS

ESPECIFIQUE 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

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 SUB RED CENTRO ORIENTE	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* atencionalusuario@subredcentrooriente.com
TELÉFONOS 5961020	*FECHA DE INGRESO* DIA 18 MES 7 AÑO 2016		*FECHA DE RETIRO* DIA 31 MES 3 AÑO 2020
CARGO O CONTRATO terapia respiratoria	*DEPENDENCIA* pediatria		*DIRECCIÓN* dg 39 sur n 3 20 este

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: 20-ene-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	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
PROFESALUD		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Cundinamarca	Cáqueza	Gerencia@hospitalcaqueza.go

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
8480574	DIA 1 MES 7 AÑO 2001	DIA 1 MES 9 AÑO 2012

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
TERAPEUTA RESPIRATORIA	PEDIATRIA	AV 5 No. 5 80

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
central de urgencias pediatricas		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	urgenciaspediatrica@.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3108858	DIA 19 MES 11 AÑO 1998	DIA 30 MES 5 AÑO 1999

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
terapeuta respiratoria	urgencias pediatria	carrera 42 calle 67 A

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
CLINICA SAN DIEGO		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	NO

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3384770	DIA 1 MES 7 AÑO 1997	DIA 30 MES 1 AÑO 1998

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
terapeuta respiratoria	urgencias pediatria	AVEN 33 N 14 37

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: 20-ene-2021

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	12	3
Pública	3	8
Total	15	11

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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).

BOGOTA 20 DE ENERO 2021

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.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

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: 20-ene-2021

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, NORMA MARTINEZ AGUIRRE

IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ◯ **T.I.** ◯ **No.** 51816618 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.

Dirección CLL 12 C No 71 C 30 INT 9 APT 701 **Teléfonos** 3124562029 8101379

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
ANNYE NATHALIA HERNANDEZ MARTINEZ	52933104	Hijo(a)
JAVIER ARTURO HERNANDEZ MARTINEZ	80816469	Hijo(a)
OMAIRA MARIELA AGUIRRE VALENCIA	1013610072	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	$ 0,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 38.000.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 38.000.000,00

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
				$ 0,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
Apartamento	C CASTRAL N 395	$ 180.000.000,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
OSCAR FRANCO	CREDITO PERSONAL	$ 6.000.000,00

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 C.C◯ C.E◯ T.I.◯	NÚMERO DOCUMENTO

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. 20-ene-2021

CIUDAD Y FECHA

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

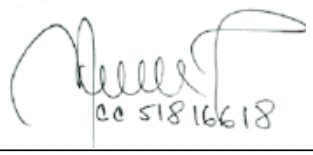
Manifiesto bajo la gravedad de juramento que NO me encuentro dentro de las causales de inhabilidad e incompatibilidad de orden constitucional o legal, para ejercer cargos, empleos públicos o para celebrar contratos de prestación de servicios con la administración pública.

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 12 de ENERO de 2021

Cordialmente,



C.C. 51816618

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:

_____

_____

_____

Nombre:  _____

Documento: 51816618

Cargo: TERAPEUTA RESPIRATORIA

Fecha: 12-01-2021

54541

REPUBLICA DE COLOMBIA

Ministerio de Educación Nacional.
y en su nombre

EL INSTITUTO COLOMBIANO PARA EL FOMENTO DE LA EDUCACION SUPERIOR

ICFES

Téniendo en cuenta que:

Norma Martinez Aguirre

con C.C. 51.816.618 y número de Registro SNP VG 1909702150 presentó ante el Servicio Nacional de Pruebas y aprobó los exámenes de Validación del Bachillerato Académico realizados el 9 de Junio de 1990 , de acuerdo con lo establecido en el Decreto 1964 de 1987 expedido por el Gobierno Nacional, le confiere el Título de

Bachiller Académico

Dado en Bogotá D.E. a 23 de Octubre de 1990

DIRECTOR ICFES

DIRECTOR SERVICIO NACIONAL DE PRUEBAS

ANOTADO AL FOLIO 156-H DEL LIBRO DE REGISTRO DE DIPLOMAS No. 90

Bogotá, 6 de Diciembre 1990

POR LA SECRETARIA DE EDUCACION

DILIGENCIA DE AUTENTICACION
EL NOTARIO 21 DEL CIRCULO DE BOGOTA
TESTIFICA: Que la presente fotocopia coincide exactamente con el original que tuvo a la vista
Bogotá, D. C. 29 JUN. 1993
MARIO MEJIA OYA GOMEZ
NOTARIO

FUNDACION UNIVERSITARIA MANUELA BELTRAN

" U M B "

PERSONERIA JURIDICA No. 18778 DEL 15 DE DICIEMBRE DE 1992
DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

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

Norma Martínez Aguirre.

C.C. No. 51.816.618 Bogotá D.E.

EL GRADO **Profesional en Terapia Respiratoria.**

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 13 DIAS DEL MES Diciembre DE 1996.

RECTOR

SECRETARIO GENERAL

DECANO AREA

DIRECTOR DE CARRERA

54541

REPUBLICA DE COLOMBIA

Ministerio de Educación Nacional.
y en su nombre

EL INSTITUTO COLOMBIANO PARA EL FOMENTO DE LA EDUCACION SUPERIOR

ICFES

Téniendo en cuenta que:

Norma Martinez Aguirre

con C.C. 51.816.618 y número de Registro SNP VG 1909702150 presentó ante el Servicio Nacional de Pruebas y aprobó los exámenes de Validación del Bachillerato Académico realizados el 9 de Junio de 1990 , de acuerdo con lo establecido en el Decreto 1964 de 1987 expedido por el Gobierno Nacional, le confiere el Título de

Bachiller Académico

Dado en Bogotá D.E. a 23 de Octubre de 1990

DIRECTOR ICFES

DIRECTOR SERVICIO NACIONAL DE PRUEBAS

ANOTADO AL FOLIO 156-H DEL LIBRO DE REGISTRO DE DIPLOMAS No. 90

Bogotá, 6 de Diciembre 1990

POR LA SECRETARIA DE EDUCACION

DILIGENCIA DE AUTENTICACION
EL NOTARIO 21 DEL CIRCULO DE BOGOTA
TESTIFICA: Que la presente fotocopia coincide exactamente con el original que tuvo a la vista
Bogotá, D. C. 29 JUN. 1993
MARIO MEJIA OYA GOMEZ
NOTARIO

FUNDACION UNIVERSITARIA MANUELA BELTRAN

UMB

PERSONERIA JURIDICA No.18778 DEL 15 DE DICIEMBRE DE 1992
DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

ACTA DE GRADO No. 127 LIBRO No. 1 FOLIO No. 127

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, CONSIDERANDO QUE:

NORMA MARTINEZ AGUIRRE

C.C.No. 51.816.618 Bogotá D.E.

CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE TODOS LOS REQUISITOS EXIGIDOS POR LOS ACUERDOS Y REGLAMENTOS DE LA ENTIDAD
RESUELVE OTORGARLE EL TITULO DE:

PROFESIONAL EN TERAPIA RESPIRATORIA

EN NOMBRE Y REPRESENTACION DE LA FUNDACION UNIVERSITARIA MANUELA BELTRAN U.M.B. Y PREVIO EL JURAMENTO DE RIGOR, EL SEÑOR RECTOR PROCEDIO A LA ENTREGA DEL DIPLOMA QUE LE ACREDITA PARA EL EJERCICIO DE SU PROFESION DE CONFORMIDAD CON LA LEGISLACION VIGENTE

EN TESTIMONIO DE LO ANTERIOR SE FIRMA Y SELLA LA PRESENTE ACTA DE GRADO EN LA CIUDAD DE SANTAFE DE BOGOTA, D.C.
ES FIEL COPIA DEL ORIGINAL Y TOMADO A LOS 13 DIAS DEL MES DE 12 DE 19 96

RECTOR

VICERRECTOR ACADEMICO

SECRETARIO GENERAL

DECANO AREA

Nº 2672

NOTARIA 33 DE BOGOTA
DILIGENCIA DE AUTENTICACION

La suscrita Notaria Treinta y Tres del Círculo de Bogotá, CERTIFICA que las firmas que autorizan el anterior documento corresponden a las registradas en la Notaría por Alfonso Beltrán Ballesteros

según la confrontación que se ha hecho de ellas.

Dado en Santafé de Bogotá, D.C. 31 ENE. 1997

REPUBLICA DE COLOMBIA
NOTARIA 33 ENCARGADA
33
SOLEDAD DUEÑAS DE VARGAS
SANTAFE DE BOGOTA D.C.

UNIVERSIDAD MANUELA BELTRAN
U.M.B
REGISTRO PROFESIONAL

FACULTAD Salud
CARRERA Terapia Respiratoria
ACTA DE GRADO 127
LIBRO 1
FOLIO 127
FECHA Diciembre 13-96
REGISTRO PROFESIONAL No. 002289
FECHA Enero 27-97

JEFE DEPTO. REGISTRO Y CONTROL ACADEMICO

HUS
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

Hospital Universitario de la Samaritana
Dirección Científica
Subdirección Educación Médica e Investigación
Servicio de Fisioterapia

Certifica que:

NORMA MARTINEZ

Asistió

VIII Jornada de Actualización en Fisioterapia

Con una intensidad horaria de Seis (6) horas

Se firma en Bogotá D.C. a los Diecinueve (19) días del mes de Noviembre de dos mil diez (2010)

Dr. PEDRO GILBERTO RAMIREZ MESA
Gerente E.

Dr. NELSON ARISTIZABAL ARISTIZABAL
Director Científico

E.T. ROSA ELVIRA PULIDO B.
Coordinadora Servicio de Fisioterapia

Scanned by CamScanner

HUS
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA

Hospital Universitario de la Samaritana
Dirección Científica
Subdirección Educación Médica e Investigación
Servicio de Fisioterapia

Certifica que:

NORMA MARTINEZ

Asistió

VIII Jornada de Actualización en Fisioterapia

Con una intensidad horaria de Seis (6) horas

Se firma en Bogotá D.C. a los Diecinueve (19) días del mes de Noviembre de dos mil diez (2010)

Dr. PEDRO GILBERTO RAMIREZ MESA
Gerente E.

Dr. NELSON ARISTIZABAL ARISTIZABAL
Director Científico

E.T. ROSA ELVIRA PULIDO B.
Coordinadora Servicio de Fisioterapia

Scanned by CamScanner

CUNDINAMARCA
Es tiempo de crecer
GOBERNACION DE CUNDINAMARCA

HUS
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA
Empresa Social del Estado

SERVIFISIO Ltda.

OTORGAN EL PRESENTE CERTIFICADO A:

NORMA MARTINEZ AGUIRRE

Quien asistió a la

III JORNADA DE ACTUALIZACION EN FISIOTERAPIA

En Bogotá, el 1 de diciembre de 2005. con una intensidad horaria de 6 horas

Dr JAIME MARINO VALERO
DIRECTOR EDUCACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIÓN HUS

FT ROSA ELVIRA PULIDO B.
COORDINADORA SERVICIO DE FISIOTERAPIA HUS

FT MARITZA QUIJANO C.
DIRECTORA ACADEMICA SERVICIO DE FISIOTERAPIA HUS

Scanned by CamScanner

Cruz Roja Colombiana
Seccional Cundinamarca y Bogotá

CERTIFICA QUE:

MARTINEZ AGUIRRE NORMA

ASISTIÓ AL
III SIMPOSIO DE URGENCIAS MEDICAS
Realizado en Bogotá. D.C. Los días 6 y 7 de Septiembre de 2002

Cruz Roja Colombiana
Seccional Cundinamarca y Bogotá D.C.

Scanned by CamScanner

II CONGRESO COLOMBIANO DE TERAPIA RESPIRATORIA

Recientes Avances Preventivos y Terapéuticos

FUNDACION UNIVERSITARIA
MANUELA BELTRAN U. M. B.
Y
HOSPITAL SANTA CLARA

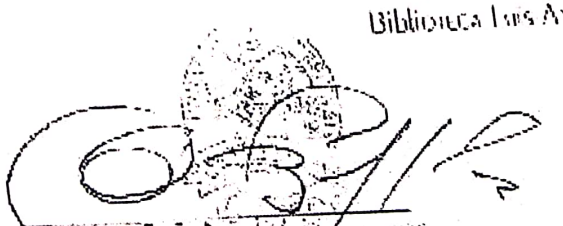
Hacen constar que

NORMA MARTINEZ AGUIRRE

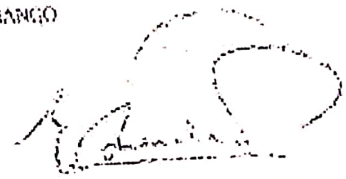
Participó en el
II CONGRESO COLOMBIANO DE TERAPIA RESPIRATORIA
En condición de

ASISTENTE

Mayo 6, 7 y 8 de 1993
Biblioteca Luis Angel Arango



DR. ALFONSO BELTRAN BALLESTEROS



DR. GILBERTO RUEDA PEREZ
Director Hospital Santa Clara

Scanned by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA

ASOCIACION COLOMBIANA DE COOPERATIVAS

NIT. 860.010755-5

Autorizada y Acreditada conforme a Resolución No. 004 de la Coordinación
Del Grupo Educación y Formación de DANSOCIAL, Registro No. 75

CERTIFICA QUE

MARTINEZ AGUIRRE NORMA CONSTANZA

Participó EN EL CURSO BASICO DE COOPERATIVISMO

Efectuado en Bogotá, D.C. El 19 de Febrero/04

Folio 2004 No. 4311 Intensidad: 20 horas académicas

DIRECTORA DE EDUCACION

Scanned by CamScanner

UNIVERSIDAD EL BOSQUE
POR UNA CULTURA DE LA VIDA, EL CUIDADO Y EL RESPETO

División de Postgrados
Postgrado de Pediatría

DPTO. DE PEDIATRIA
CLINICA EL BOSQUE

V JORNADAS PEDIATRICAS

CERTIFICAN

NORMA MARTINEZ

Que: _____

Asistió al **"Curso de Cuidados Intensivos del Neonato y Paciente Pediátrico"**

Santa Fé de Bogotá D.C., Marzo 24 y 25 de 2.000

Dr. Juan Javier Launoglia Hoyos
Jefe de Residentes Postgrado de Pediatría
Universidad El Bosque

Dr. Enrique Gutiérrez
Jefe Dpto. Pediatría
Clínica El Bosque

Dr. Nicolas Ramos
Director Postgrado de Pediatría
Universidad El Bosque

Scanned by CamScanner

República de Colombia

Ministerio de Educación

CEADS

La Escuela Nacional de Salud

Certifica:

Que, **Norma Martínez Aguirre**

C.C. 51816.618 de Bogotá

Cursó y aprobó satisfactoriamente el diplomado en:

Programas de Salud del Trabajo

Realizado del 7 de julio al 21 de octubre del 2000
Intensidad 240 Horas

Dr. José Antonio Gómez C.
Dirección General CEADS

Dra. Stella Marquez Verbel
Subdirección Académica

Santafé de Bogotá, D.C., Colombia, octubre del 2000

Scanned by CamScanner

Gobernación de Cundinamarca

Coldeportes Cundinamarca

CERTIFICAN:

NORMA MARTINEZ AGUIRRE

Que(n): _____

Participó en: SEMINARIO - TALLER DEPORTE Y RECREACION PARA PERSONAS QUE LABORAN CON GRUPOS DE LA TERCERA EDAD

Realizado en: BOGOTA D.C., 19 Y 20 DE SEPTICMBRE DE 2000

Intensidad 16 *horas*

ALVARO DIAZ GARAVITO
Gerente
Coldeportes Cundinamarca

JORGE HUMBERTO TENJO P
Subgerente Técnica
Coldeportes Cundinamarca

Aquí trabajamos con y para los cundinamarqueses

Scanned by CamScanner

Mega Beta Respiración

Hace constar que

Norma C. Martinez

Participó en la

CONFERENCIA DE

En condición de

Asistente

19-20 de Octubre de 1993

Gerente

Subgerente

Dra. Gloria Restrepo

Scanned by CamScanner

Bogotá D.C

Señores:

UNIVERSIDAD MANUELA BELTRAN

REF¸ autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, **NORMA MARTINEZ AGUIRRE** 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:

PROFESIONAL TERAPIA RESPIRATORIA

Cordialmente; 

Firma: NORMA MARTINEZ AGUIRRE

No. de documento: 51816618

Tarjeta profesional No: 51816618

Dirección de contacto: CL 12 C 71 C 30 INT 9 APTO 701

Teléfono: 8101379 - 3124562029

LA DIRECCION DE CONTRATACION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

SE PERMITE INFORMAR QUE:

El (la) señor(a) NORMA MARTINEZ AGUIRRE, identificado(a) con CC. No. 51816618, presta sus servicios de manera personal y autónoma en la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E mediante contrato de prestación de servicios, según se relaciona a continuación:

No. CONTRATO	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	VALOR CTO.
PS 4371 2020	03/06/2020	31/01/2021	$32.182.176
PS 2558 2020	01/02/2020	30/03/2020	$18.502.164
PS 1278 2019	01/02/2019	31/01/2020	$34.995.360
PS 0056 2018	10/01/2018	31/01/2019	$37.627.200
PS 1824 2017	10/01/2017	09/01/2018	$31.437.730

OBSERVACIONES

Contrato PS 2558 2020:
CONTRATO PS 2558 2020 PLAZO DE EJECUCION HASTA EL 31 DE JULIO DE 2020, TERMINACION 30 DE MARZO DE 2020

Contrato PS 4371 2020:

Objeto Contrato: PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN SU CONDICIÓN DE TERAPEUTA RESPIRATORIA , PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES, EN LOS DIFERENTES SERVICIOS Y EN LAS UNIDADES QUE SE REQUIERE, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

1. Realizar las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos determinados dentro del plan de manejo, con un alto nivel científico, ético y humano, de una manera oportuna y pertinente, en correspondencia con las necesidades de los pacientes, y teniendo en cuenta que todas las decisiones clínicas generadas en la atención médica, procurarán el mejoramiento de la salud del paciente, el uso racional del conocimiento médico y de los recursos disponibles. 2. Brindar una atención en salud buscando los mejores estándares de oportunidad, integridad, suficiencia, continuidad y pertinencia, en un ambiente de atención personalizada y humanizada, cumpliendo el principio de equidad y con énfasis en actividades, procedimientos, protocolos, intervenciones y guías de atención, de acuerdo a los estándares de habilitación y acreditación. 3. Prestar sus servicios asistenciales respetando la autonomía institucional de la SUBRED, su visión, misión, estructura orgánica reglamentos administrativos, técnicos, científicos y disciplinarios, acogiendo las directrices institucionales. 4. Realizar las actividades según las necesidades de la subred dando cubertura en todas las unidades en donde se oferta el servicio y sea requerido. 5. Informar al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, conocer el grado de satisfacción sobre los

ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTÁ D. C
SALUD
Subred Integrada de Servicios
de Salud Centro Oriente E.S.E.

CER-004979-2019
Codigo:5F89940656

LA DIRECCION DE CONTRATACION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

SE PERMITE INFORMAR QUE:

El (la) señor(a) NORMA MARTINEZ AGUIRRE, identificado(a) con CC. No. 51816618, presta sus servicios de manera personal y autónoma en la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E mediante contrato de prestación de servicios, según se relaciona a continuación:

No. CONTRATO	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	VALOR CTO.
PS 1278 2019	01/02/2019	31/12/2019	$29.007.648

OBJETO CONTRACTUAL ÚLTIMO CONTRATO

Contrato PS 1278 2019: PRESTAR SUS SERVCIOS PROFESIONALES DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN SU CONDICION DE TERAPEUTA RESPIRATORIA PARA LA EJECUCION DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES Y DEMAS ASIGNADAS, EN LOS DIFERENTES SERVICIOS Y EN LAS ACTIVIADES QUE SE RQUIREN, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Contrato PS 1278 2019:

Objeto Contrato: PRESTAR SUS SERVCIOS PROFESIONALES DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN SU CONDICION DE TERAPEUTA RESPIRATORIA PARA LA EJECUCION DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES Y DEMAS ASIGNADAS, EN LOS DIFERENTES SERVICIOS Y EN LAS ACTIVIADES QUE SE RQUIREN, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Se expide a solicitud del interesado(a) en Bogotá D.C, el día 09 de Diciembre de 2019.

Para mayor información favor comunicarse a la línea 3045952563 o dirigirse a la Av. Caracas No. 33 A-11, oficina de Contratación OPS

Scanned by CamScanner

Cordialmente,

BLANCA FLOREZ RODRIGUEZ
Directora de Contratación
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Los abajo firmantes, certifican que hicieron revisión de este documento y que la información ha sido suficientemente evaluada, revisada y aprobada.

Responsables: Isabel Jiménez – Técnico administrativo
Adonay Neira Joiro – Técnico administrativo
Nubia Sánchez Valencia – Secretaria
Revisó: Lidia Mayorga Lancheros - Referente OPS

Scanned by CamScanner



Clínica San Diego

JIDA 33 No. 14-37
JTADORES: 245 15 10-16
3 47 69 - 338 47 70
FAX: 245 14 16

SANTAFE DE BOGOTA, D. C. - COLOMBIA

MATERNIDAD - GINECOLOGIA -
SERVICIOS ESPECIALIZADO
URGENCIAS 24 HORAS

C E R T I F I C A C I O N

Con el presente certificamos que la Dra. **NORMA MARTINEZ AGUIRRE**, portadora de la cédula de ciudadanía numero 51'816.618 de Bogotá, labora actualmente en nuestra institución como terapeuta respiratoria, hace diez (10) meses, siendo honorable, puntual y cumplidora de sus deberes.

La presente se expide a solicitud de la interesada a los 01 (un) días del mes de diciembre de mil novecientos noventa y siete 1997.

Cordialmente,

Margarita Quintero

Dra. MARGARITA QUINTERO
Coordinadora de Terapia Respiratoria.

Scanned by CamScanner



Clínica San Diego

JIDA 33 No. 14-37
JTADORES: 245 15 10-16
3 47 69 - 338 47 70
FAX: 245 14 16

SANTAFE DE BOGOTA, D. C. - COLOMBIA

MATERNIDAD - GINECOLOGIA -
SERVICIOS ESPECIALIZADO
URGENCIAS 24 HORAS

C E R T I F I C A C I O N

Con el presente certificamos que la Dra. **NORMA MARTINEZ AGUIRRE**, portadora de la cédula de ciudadanía numero 51'816.618 de Bogotá, labora actualmente en nuestra institución como terapeuta respiratoria, hace diez (10) meses, siendo honorable, puntual y cumplidora de sus deberes.

La presente se expide a solicitud de la interesada a los 01 (un) días del mes de diciembre de mil novecientos noventa y siete 1997.

Cordialmente,

Margarita Quintero

Dra. MARGARITA QUINTERO
Coordinadora de Terapia Respiratoria.

Scanned by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **51.816.618**

MARTINEZ AGUIRRE

APELLIDOS

NORMA

NOMBRES

FIRMA



Scanned by CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 17-AGO-1965

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

19-JUL-1984 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00112642-F-0051816618-20081026 **0004**897973A 1 1300022685

Scanned by CamScanner

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14694222104

(415)7707212489984(8020) **0000014694222210 4**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 1 8 1 6 6 1 8	1	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 1 8 1 6 6 1 8	1 9 8 4 0 7 1 9

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MARTINEZ	AGUIRRE	NORMA	

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 12 C 71 C 30 IN 9 AP 701 BRR CIUDAD ALSACIA

42. Correo electrónico	43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
nosrcons871@gmail.com		8 1 0 1 3 7 9	3 1 2 4 5 6 2 0 2 9

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	1 9 9 6 1 2 1 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
2	0																								

53. Código
20- Obtención NIT

Obligados 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 [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 2 61. Fecha 2020 - 06 - 05 / 08 : 47: 53

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 RODRIGUEZ MUÑOZ LUCILA DEL SOCORRO
985. Cargo Gestor IV

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 13-11-2015
Hora: 2:43:29 PM

CONTRIBUYENTE NIT 51816618-1 NORMA MARTINEZ AGUIRRE

Información General

Dirección CL 12C 71C 30 IN 9 AP 701

Teléfonos 4812107-3103033279

Dirección electrónica

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 13/04/2015

Soporte Inscripción 16583689

Fecha Inicio Actividades 13/12/1996

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 86921-ACTIVIDADES DE APOYO TERAPEUTICO (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PUBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 15000247923



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE INSCRIPCION

NORMA
MARTINEZ AGUIRRE
C.C. 51816618

PROFESIONAL EN TERAPIA RESPIRATORIA

Expedicion 28/08/2012

Identificación Plastica S.A.

COORDINADORA VIGILANCIA Y CONTROL DE LA OFERTA

ESTE CARNÉ ES PERSONAL E INTRANSFERIBLE
Y AUTORIZA AL PROFESIONAL PARA LABORAR
ÚNICAMENTE EN BOGOTÁ D.C.

001008

RESOLUCION NUMERO DE 28 FEB. 1997

Por la cual se autoriza el ejercicio de una profesión del área de las ciencias de la salud en el Territorio Nacional

EL SECRETARIO DISTRITAL DE SALUD de Santa Fe de Bogotá D.C. en ejercicio de las delegaciones conferidas por las resoluciones números 2085 de Febrero 7 de 1989 y 449 de Febrero 8 de 1.993 emanadas del Ministerio de Salud, y Decreto 1875 de 1.994 de la presidencia de la República. y

CONSIDERANDO :

Que MARTINEZ AGUIRRE NORMA identificado(a) con cédula de ciudadanía número 51816618 expedida en BOGOTA , solicito ante esta Secretaria la refrendación de su TITULO y la autorización para el ejercicio de su profesión en el Territorio Nacional.

Que para tal efecto presentó los documentos que lo(a) acreditan como PROFESIONAL EN TERAPIA RESPIRATORIA

Que el respectivo TITULO le fue otorgado por ********** FUNDACION UNIVERSITARIA MANUELA BELTRAN el 12/13/1996 quien lo *** registró en el Libro 1 Folio 127 AÑO 1996

RESUELVE :

ARTICULO PRIMERO _ Autorizar a MARTINEZ AGUIRRE NORMA identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 51816618 de BOGOTA , para ejercer la profesión de PROFESIONAL EN TERAPIA RESPIRATORIA en el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO - La presente Resolución rige a partir de la fecha de su expedición.

COMUNIQUESE, Y CUMPLASE
Dada en Santa Fe de Bogotá, D.C. a los 28 FEB. 1997

BEATRIZ LONDOÑO SOTO
Secretario Distrital de Salud

mcc

CJGR

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

Cambiar

9437

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2021-02-10--7:25:50 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	51816618	NORMA		MARTINEZ	AGUIRRE	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2016 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) NORMA MARTINEZ AGUIRRE identificado(a) con CC 51816618 registra La siguiente información:

2021-02-10--7:25:50 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	TERAPIA RESPIRATORIA	1997-02-28	1008	Colegio Colombiano de terapeutas Respiratorios

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 Secretaria de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matricula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

Atención telefónica a través del Centro de Contacto:

En Bogotá: +57(1) 3305043 Resto del país: 018000960020

Horario de atención:

HEPATITIS "B" IS A DISEASE 100 TIMES MORE INFECTIOUS THAN AIDS.!

LA HEPATITIS " B " ES UNA ENFERMEDAD

100 VECES MAS CONTAGIOSA QUE EL SIDA.!

FORMAS DE TRANSMISIÓN

- ORINA
- SUDOR
- SALIVA
- LAGRIMAS
- HERIDAS ABIERTAS
- RELACIONES SEXUALES
- TRANSFUSIONES DE SANGRE
- COMPARTIR AGUJAS o INSTRUMENTAL CONTAMINADO

PROXIMA CITA

22 SEPT /12

NOTA : Si no puede vacunarse en esta fecha debera hacerlo únicamente el dia Lunes de 9:00 am A 12:00 pm ó 2:00 pm A 5:00 pm en la FUNDACIÓN PREVENIR

VACCINE FOR CHILDREN AND ADULTS

VACUNA PARA NIÑOS Y ADULTOS

Lote 035B1009
Fv/Nov 14
Lab. SERUM

FUNDACION Prevenir VACUNACION
25 AGO. 2012

DOSIS

PRIMERA (FIRST)	SEGUNDA (SECOND)	TERCERA (THIRD)	REFUERZO (REINFORCEMENT)
	—	Al mes	Al Año

IT REMEMBERS THAT ONLY THE THREE DOSES GUARANTEE THE COMPLETE PROTECTION AGAINST "HEPATITIS B"

DOSIS APLICADAS 1 2 3 R

RECUERDE QUE SOLO LAS TRES DOSIS GARANTIZAN LAS PROTECCIÓN COMPLETA CONTRA LA "HEPATITIS B"

		Dosis	Fecha de Aplicación	Lote No.	Firma
HEPATITIS B	1a	05 SEP 2014			
	2a				
	3a	05 octubre 2014.			

Engerix™-B AHBVC353AC 06-2013 05-2016

		Dosis	Fecha de Aplicación	Lote No.	Firma
ANTIINFLUENZA	1a				

		Dosis	Fecha de Aplicación	Lote No.	Firma
VARICELA	1a				
	2a				

		Dosis	Fecha de Aplicación	Lote No.	Firma
HEPATITIS A	1a				
	2a				

		Dosis	Fecha de Aplicación	Lote No.	Firma
TETANO	1a				
	2a				
	3a				
	4a				
	5a				

Bogotá, Marzo 11 de 2021

Señores:

Subred Integrada de Salud Centro Oriente

UMHES San Blas

Cordial Saludo:

Me permito informar a ustedes que el día 11 de marzo de 2021 me tome los antígenos contra Hepatitis B, los cuales serán entregados en 3 días hábiles, adjunto factura como medio de soporte, estaré entregando el resultado tan pronto me realicen el reporte.

Quedo atenta.

Norma Martínez Aguirre

C.C 51.816.618

Escaneado con CamScanner

UNIDAD MEDICA DE PROFESIONALES INDEPENDIENTES

Régimen Simplificado
Nit. 52363842-1

Laboratorio Clínico

UMP

Cra. 21 No. 22 - 40 Sur * B. Olaya * Tel.: 467 1265 · Cel.:300 604 6049 317 539 8133
consulta@unidadmedica.co · www.unidadmedica.co

Nº 2724

Fecha: marzo - 11 - 21

Nombre: Norma Martinez A Edad 55

C.C. 51816619 Tel.: 3124562024 Barrio C. Ara

17 AG 1965

HEPB Ag: B

UMP

Fecha de Entrega: DÍA | MES | AÑO

Total $ 40.000 Abono $ _____ Saldo $ _____

Escaneado con CamScanner

DRA. YANETH VELANDIA BARRERA **MEDICA LABORAL ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL** **UNIVERSIDAD EL ROSARIO** **RESOL. 25 – 2102/2014** **CODIGO DE HABILITACION 2517852487** **CEL. 310 3343519**	**SALUD OCUPACIONAL**

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

INGRESO ____X_____ PERIODICO _____ EGRESO _____

FECHA DE REALIZACION: 24 DE JUNIO DE 2020 CIUDAD: CAQUEZA CUNDINAMARCA

NOMBRE DE LA EMPRESA **NIT**	**ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE CAQUEZA**

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

NOMBRE: **NORMA MARTINEZ AGUIRRE**	**FECHA NACIMIENTO:** **17/08/1965**	**EDAD:** **54 AÑOS**	**GENERO:** **FEMENINO**	**IDENTIFICACION:** **51816618 DE BOGOTA**
CARGO AL QUE ASPIRA	**TERAPEUTA RESPIRATORIA**			

EXAMEN DE INGRESO

APTO PARA EL CARGO AL QUE ASPIRA	**X**
APTO CONDICIONADO (CON PATOLOGIA QUE NO INTERVIENE CON SU OFICIO)	
APTO CON RESTRICCIONES	
NO APTO	
APTO PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS	
APTO PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	
APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS	
APLAZADO	
MOTIVO DE APLAZAMIENTO	
RESTRICCIONES	

EXAMEN DE EGRESO

SATISFACTORIO	
NO SATISFACTORIO	

EXAMEN PERIODICO

SATISFACTORIO	
NO SATISFACTORIO	

HAY SOSPECHA DE

ACCIDENTE DE TRABAJO	
POSIBLE ENFERMEDAD PROFESIONAL	
ENFERMEDAD COMUN (AGRAVADA POR EL TRABAJO)	
ENFERMEDAD COMUN	**X**

RECOMENDACIONES

AL EXAMEN DE INGRESO NO PRESENTA LIMITACIONES FÍSICAS NI PATOLÓGICAS QUE LE IMPIDAN REALIZAR SUS LABORES. PRESENTA CONDICIONES DE SALUD QUE NO DISMINUYEN SU CAPACIDAD LABORAL. SE RECOMIENDA PAUSAS ACTIVAS / HIGIENE VISUAL, AUDITIVA Y POSTURAL / UTILIZAR ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL / ESTILOS DE VIDA SALUDABLE / NO EXCEDER LA JORNADA LABORAL/ MEDIDAS ERGONOMICAS / AHORRO ARTICULAR / DIETA, EJERCICIO, ACTIVIDADES LUDICAS / SE RECOMIENDA VERIFICAR ESTADO DE VACUNACION, SVA / CONTROL EN EPS POR OPTOMETRIA, OFTALMOLOGIA, DEBE LABORAR CON LENTES, MAXIMO DURANTE OCHO HORAS DIARIAS, SE RECOMIENDA EVITAR LABORAR EN SITIOS CON POCA ILUMINACION NO REALIZAR ACTIVIDADES NOCTURNAS.

FIRMA Dra. Yaneth Velandia Barrera Especialista en Salud Ocupacional U. del Rosario Tp. 52.367.113 **YANETH VELANDIA BARRERA** **ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL** **CC. 52367113** **RESOL. 25-2102 DE 2014**	TRABAJADOR NOMBRE: CC:

Subred Integrada de Servicios de Salud

Centro Oriente E.S.E.

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

CERTIFICA QUE:

NORMA CONSTANZA MARTINEZ AGUIRRE

C.C.: 51816618

Asistió a la capacitación en

Atención Integral en Salud de Victimas de Violencia Sexual

Con una intensidad horaria de 20 horas

Dada en Bogotá a los Treinta y ún (31) dias del mes de Octubre de 2016

Martha Yolanda Ruiz Valdés
Gerente
Subred Integrada de
Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

José Alfredo Morales Diaz
Profesional Especializado Talento Humano
Subred Integrada de
Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

SABERSALUD

CENTRO DE CAPACITACIONES EN SALUD

HACE CONSTAR QUE:

Norma Martínez Aguirre

C.C. 51.816.618 de Bogotá.

ASISTIO Y APROBÓ EL CURSO DE

SOPORTE VITAL BÁSICO

BLS

EDUCACIÓN INFORMAL DE ACUERDO AL DECRETO 4904 del 2009
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

DADO A LOS 03 DÍAS DEL MES DE OCTUBRE DEL 2018, CON UNA DURACIÓN DE 20 HORAS EN BOGOTÁ D.C.

Ivan Torres Vásquez
Coordinador Académico
SABERSALUD

CENTRO DE CAPACITACIONES EN SALUD SABERSALUD APROBADO

Alexander chaparro Rincon
Enfermero Profesional
ANEC 13649

LIBRO 1 FOLIO 0511

sabersaludse@gmail.com
Cel.: 350 626 0481 - 311 539 1639

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:	19-Enero-20	CIUDAD:	Bogotá	DEPARTAMENTO:	Cundinamarca.

Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1, 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 Financiacion del Terrorismo.

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Martinez	Aguirre	Norma	

TIPO DE IDENTIFICACION(Marcar con X)				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio/Departamento)	FECHA EXPEDICION (DD-MM-AAAA)
CC ☑	CE ☐	RC ☐	NUIP ☐	51816618	Bogotá	19-07-1984
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐ NO ☐		

FECHA NACIMIENTO DD-MM-AAAA:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio/Departamento)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD
17 08 1965	Bogotá	Colombia	Colombiana

ESTADO CIVIL (Marcar Con X)					PERSONAS A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO FIJO/ CELULAR
SOLTERO(A) ☑	CASADO(A) ☐	DEVORCIADO(A) ☐	UNION LIBRE ☐	VIUDO(A) ☐	1	2	8101379

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Cll 12c 71c 30 int 9 Apto 301	Bogotá	Cundinamarca	Colombia	8101379

CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA(Marca con X)		
norcons871@gmail.com		PROPIA ☑	FAMILIAR ☐	ARRENDADA ☐

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)
CC ☐	CE ☐	RC ☐	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
☐	☑	☐	☐	☐	☐
HOGAR	COMERCIANTE	EMPLEADO SOCIO	EMPLEADO PUBLICO	OTRA:	CUAL:
☐	☐	☐	☐	☐	

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA					CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA (DIGITAR CODIGO)	
		SI ☐	IVA	SI ☐	NO ☐		
		NO ☑	ICA	SI ☑	NO ☐	PRINCIPAL: 8692.	SECUNDARIA:

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

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA	NIT

Escaneado con CamScanner

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

SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	Hospital San Rafael Caqueza					832001411-7
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO ☐	COMERCIAL ☐	SERVICIOS ☐	SALUD ☒	ENERGIA ☐	ALIMENTOS ☐	
EXPORTACIONES ☐	FINANCIERA ☐	MEDICAMENTOS ☐	AGROPECUARIA ☐	INDUSTRIAL ☐	TECNOLOGIA ☐	OTRA : ☐	

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO FIJO/CELULAR	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
Av 5ta #5-8	8480574	Caqueza	Cundinamarca	Colombia
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	1.000.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS	3000.000	ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA	1230.000	PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	4.500.000
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	3000000	TOTAL EGRESOS	1230000	TOTAL ACTIVOS	0	TOTAL PASIVOS	4500.000

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
Fontalvo	Rivera	Monica	Francesca.
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR
Cr 63 # 22a-41	Bogotá - Colombia	Compañeras trabajo	3218738720 .

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO

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 aquí 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 entregare a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE** provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc):

Terapeuta Respiratoria

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. Asi 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 nomina 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 Unico 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 último 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 requeriria 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 tramite 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 tecnicos , estadisticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envio de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envió de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Direccion de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los terminos 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 Financiacion 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 juridicas 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 juridica 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 Titulo I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.

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

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

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la 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 autorización. 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 juridica 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

CC 51816618

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice 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

Total de puntos 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 *

norcons871@gmail.com

Documento de Identidad *

51816618

Nombres y apellidos *

Norma Martinez Aguirre

Número de contacto *

3124562029

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) NORMA MARTINEZ AGUIRRE identificado(a) con cedula ciudadania 51.816.618, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20170501	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 19 días del mes de Enero de 2.021

Observaciones:

Con destino a:
A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS.

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO CER-AFI
15120045

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

NORMA MARTINEZ AGUIRRE, identificado(a) con cédula de ciudadanía **51.816.618**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 19 de Enero del 2021.

Cordialmente,

_____

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a ***www.porvenir.com.co*** *y actualice su Historia Laboral.*

Escaneado con CamScanner

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

51816618			SURA
Numero de Documento			ARL
NORMA		MARTINEZ	AGUIRRE
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
17/08/1965	BOGOTA	CLLE 12C 71C30 INT 9 APTO 701	8101379
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo
COMPENSAR	PORVENIR	$	
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios	
TERAPEUTA RESPIRATORIA			
Objeto Contractual (Cargo)		Fecha Inicio del Contrato	
norcons871gmail.com		3124562029	
Correo Electrónico		Celular	
Firma del Afliado		Firma y Nombre Supervisor del Contrato	
		C.C.	

Scanned by TapScanner

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 158937004

WEB
05:02:46

Bogotá DC, 20 de enero 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) NORMA MARTINEZ AGUIRRE identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 51816618:

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 miércoles 20 de enero de 2021, a las 04:55:34, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	51816618
Código de Verificación	518166182101200455 34

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 P.

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA WEB
No. 4151800

Bogotá D.C., 20 de Enero de 2021 - 5:06 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) **NORMA MARTINEZ AGUIRRE**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CINCUENTA Y UNO MILLONES OCHOCIENTOS DIECISEIS MIL SEISCIENTOS DIECIOCHO** de BOGOTA D.C.

51816618

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

JUAN RAMÓN JIMENEZ OSORIO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 1_NJ423_055
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 05:12:33 horas del 20/01/2021, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **51816618**
Apellidos y Nombres: **MARTINEZ AGUIRRE NORMA**

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

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA D.C., **10/02/2021**
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor NORMA MARTINEZ AGUIRRE** con **Cédula de Ciudadanía** número **51816618**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550469400002793**
Fecha de apertura	**25/01/2011**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA