FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Sideap 2.0

Última Actualización: 25-01-2021

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
RODRIGUEZ	BEDOYA	MARTA PATRICIA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 31977800

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR

PRIMER CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 9 MES MAR AÑO 1967

PAÍS Colombia

DEPTO Valle del Cauca

CIUDAD Cali

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

diagonal 50 sur #60 d 43

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3136355433

EMAIL martikk1@hotmail.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				
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*				
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES	JUNIO	AÑO	1988	
										X					

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

TC (TECNICA). **TL** (TECNOLÓGICA). **TE** (TECNOLÓGICAESPECIALIZADA). **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	1995	

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Sideap 2.0

Última Actualización: 25-01-2021

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*
Hospital Sanblas	X		Colombia

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
2891100	DIA 14 MES 7 AÑO 2020	DIA x MES x AÑO x

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Terapeuta Respiratoria	contrato	Tranversal 5 Este 19-50 Sur

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	0	
Pública	0	06
Total	0	06

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Sideap 2.0

Última Actualización: 30-jun-2020

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

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

Ciudad y fecha del diligenciamiento 05-01-2021

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: 04-feb-2021

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, MARTA PATRICIA RODRIGUEZ BEDOYA

IDENTIFICADO CON **C.C.** ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 31977800 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección diagonal 50 sur #60 d 43 **Teléfonos** 3136355433 3136355433

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
David Rodriguez Rodriguez	1025522085	Hijo(a)

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	$ 22.000.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 1.500.000,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 23.500.000,00

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	008480346009	fatima	$ 0,00

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

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. 04-feb-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 25 de Enero de 2021

Cordialmente,

Marta Patricia Rodríguez Bedoya
C.C. 31977800

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:

Cumplir con mis funciones con honestidad ética y compromiso

Nombre: Marta Patricia Rodriguez Bedoya

Documento: 31977800

Cargo: Terapeuta Respiratoria

Fecha: 25-01-2021

La República de Colombia

y en su nombre

El Colegio Santo Tomas de Aquino

autorizado por el Ministerio de Educación Nacional, según Resolución Nº. 0087 de Enero 22 1968

confiere a

Martha Patricia Rodríguez Bedoya

identificado con C.C. Nº. 31.977.800 de CALI.

el título de

Bachiller Académico

por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Vocacional, según los planes y programas vigentes.

Rectora

Secretario

Dado en Santiago de Cali a 1 de julio de 1988

Anotado al folio 5-3 Libro de Registro Nº. 6

JEFE SECRETARIA DE EDUCACION CALI

Secretario de Educación

NOTARIA DECIMA DE CALI
Esta fotocopia concuerda con el original que tuvo a la vista.
20 MAY 1991
NOTARIA ENCARGADA

en Cali a folios 21 de 19 89

142286

REPUBLICA DE COLOMBIA

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
24 DE LEY 30 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 1992 Y CONFORME A SUS FACULTADES
ESTATUTARIAS, CONFIERE A:

Martha Patricia Rodríguez Bedoya.

C.C. No. 31.977.800 Cali (Valle)

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 19 DIAS DEL MES Julio DE 1996.

GOBERNACION DE ANTIOQUIA
Dirección Seccional de Salud
Este título se encuentra
debidamente inscrito,
Medellín, 20 FEB 2006
Dirección de Vigilancia y Control

RECTOR

SECRETARIO GENERAL

DECANO AREA

DIRECTOR DE CARRERA

UNIVERSIDAD MANUELA BELTRÁN "U.M.B"

Personería Jurídica Resolución No 4974 del 29 de Diciembre de 2004
Registro 1735
Ministerio De Educación Nacional
Nit : 860517647-5
ANTES
FUNDACIÓN UNIVERSITARIA MANUELA BELTRAN
Personería Juridica Resolución No. 18778 DEL 15 de Diciembre 1992

ACTA DE GRADO Nº 112 LIBRO Nº 1 FOLIO Nº 112

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:

MARTHA PATRICIA RODRIGUEZ BEDOYA
Identificada con C.C. 31.977.800 de Cali

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 REPRESENTACIÓN DE LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA MANUELA BELTRAN UMB. Y PREVIO EL JURAMENTO DE RIGOR, EL SEÑOR RECTOR PROCEDIO A LA ENTREGA DEL DIPLOMA QUE LE ACREDITA PARA EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN DE CONFORMIDAD CON LA LEGISLACIÓN VIGENTE.

EN TESTIMONIO DE LO ANTERIOR SE FIRMA Y SELLA LA PRESENTE ACTA DE GRADO EN LA CIUDAD DE BOGOTA D.C.

ES FIEL COPIA DEL ORIGINAL EMITIDO A LOS 19 DÍAS DEL MES DE AGOSTO DE 1996

Se expide esta certificación en Bogotá, D.C. a solicitud del interesado a los Veintinueve (29) días del mes de Agosto de 2012.

JENNY ARIZA RAMOS
Directora Evaluación; Medición
Registro y Control Académico

Judith M.

COLEGIO SANTO TOMAS DE AQUINO

Aprobado por el Ministerio de Educación Nacional según Resoluciones Nos. 0500 del 2 de marzo de 1964 (1o. a 5o. de Primaria) y 0087 del 22 de enero de 1968 (1o. a 4o. del Ciclo Básico de Enseñanza Media Comercial y 5o. y 6o. de Bachillerato Académico).

Inscripción S.E.
DANE 376001-00140

Acta de Grado

En la ciudad de Cali a los treinta (30) días del mes de junio del año 1988 se reunieron con el fín de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, las suscritas Directora y Secretaria del

Colegio Santo Tomás de Aquino

Institución aprobada hasta el undécimo grado en el nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad de **BACHILLERATO ACADEMICO** según Resolución No. 0087 del 22 de enero de 1968

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el **TITULO DE BACHILLER ACADEMICO** al graduado cuyos nombres, apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación

MARTHA PATRICIA RODRIGUEZ BEDOYA
C.C.No.31.977.800 de Cali

Es fiel copia tomada del Acta original general No. 17 de fecha junio 30 de 1988 que consta de once (11) alumnos que comienza con el nombre de CEREZO ESTRADA ANA MARIA y se cierra con el nombre de TANGARIFE LONDOÑO SANDRA LILIANA firmada y sellada por

SILVIA PEREZ BRAVO
Directora

SONIA VALENCIA G.
Secretaria

Dada en Cali a los treinta (30) días del mes de junio de 1988.

Firmado y sellado

Colegio Santo Tomás de Aquino

SILVIA PEREZ BRAVO
Directora
C.C.#38.993.708 de Cali

SONIA VALENCIA G.
Secretaria
C.C.#29.027.414 de Cali

COLEGIO SANTO TOMAS DE AQUINO SECRETARIA CALI

DIPLOMA No. 142286

SOCIEDAD COLOMBIANA
DE NEUMOLOGIA Y CIRUGIA DE TORAX

ASOCIACION COLOMBIANA
DE MEDICINA INTERNA

1er.

CURSO DE POST-GRADO SOBRE EPOC Y REHABILITACION PULMONAR

MARTHA PATRICIA RODRIGUEZ BEDOYA

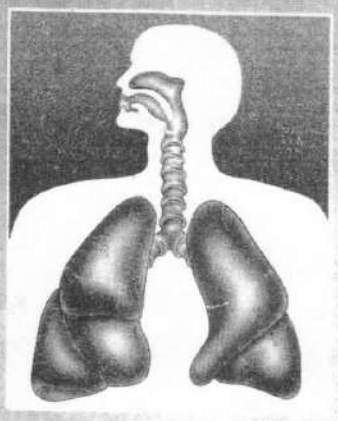
Asistió al Curso Post-Grado, de 8 horas de intensidad, realizado en Santafé de Bogotá el día 28 de Septiembre de 1996.

- 20 Créditos Premio Excelencia en Medicina Interna -

Dr. Andrés Caballero Arteaga
Presidente Sociedad Colombiana
de Neumología y Cirugía del Tórax

Dr. Adolfo Vera-Delgado
Presidente ACMI Nacional

Dr. Horacio Giraldo Estrada
Director Curso Post-grado



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

MARTHA PATRICIA RODRIGUEZ BEDOYA

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
Rector Fundación Universitaria
Manuela Beltrán U.M.B.

Dr. GILBERTO RUEDA PEREZ
Director Hospital Santa Clara

Certifica que:

MARTA PATRICIA RODRIGUEZ BEDOYA

C.C. 31977800

Participó en la:

"Capacitación en primeros auxilios psicológicos y detección temprana de signos y síntomas de riesgos de problemas y/o trastornos en salud mental dirigido al personal de salud de primera línea que está realizando la atención al COVID – 19 de la red pública de salud de Bogotá"

Con una duración de 6 horas.

Se expide en Chía, a los 09 días del mes de diciembre de 2020.

Firmado digitalmente por
Álvaro Enrique Romero Tapia
CS-OFH-50
Fecha: 30-11-2020

ALVARO ENRIQUE ROMERO TAPIA
Decano Facultad de Medicina
Universidad de La Sabana

MARTHA ROCÍO GONZÁLEZ BERNAL
Decano Facultad de Psicología
Universidad de La Sabana

VIGILADA MINEDUCACIÓN

KOICA Agencia de Cooperación Internacional de Corea

OPS Organización Panamericana de la Salud | Organización Mundial de la Salud Américas

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | BOGOTÁ

"Esta capacitación ha sido posible gracias a la contribución de KOICA y la OPS"

Beneficiario

48417

Bogotá D.C

Señores:

Universidad Manuela Beltran

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Marta Patricia Rodriguez Bedoya **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:**

Terapeuta Respiratoria

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

No. de documento: 31977800

Tarjeta profesional No: 31977800

Dirección de contacto: Diagonal 50 Sur 60 D 43

Teléfono: 3136355433

LA UNIDAD MÉDICA HOSPITALARIA ESPECIALIZADA

"S A N BLAS"

Certifica que:

MARTA PATRICIA RODRIGUEZ BEDOYA

C.C. No. 31977800

Ha recibido Inducción, Capacitación y Entrenamiento Específico en la atención del Paciente en el Servicio de la Unidad de Cuidado Crítico.

Durante su permanencia en la Unidad ha alcanzado los objetivos y entrega que es requerida en el Servicio de la Unidad de Cuidado Crítico.

Para constancia se expide en Bogotá, D.C. a los 4 días del mes de Diciembre de 2020.

GUILLERMO ORTIZ RUIZ

Referente Unidades de Cuidado Intensivo

Subred Integrada de Servicios de Salud

Centro Oriente E.S.E

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) MARTA PATRICIA RODRIGUEZ BEDOYA, identificado(a) con CC. No. 31977800, 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 4921 2020	14/07/2020	31/01/2021	$23.958.996

Contrato PS 4921 2020:

Objeto Contrato: PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO A SU PERFIL ACADÉMICO PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS PROCESOS DE GESTIÓN HOSPITALARIA, URGENCIAS Y QUIRÚRGICAS, CONFORME CON LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E, CON DISPONIBILIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LA MISIÓN Y LA VISIÓN DE LA MISMA.

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 servicios prestados y resolver inquietudes relacionadas con el proceso de atención. 6. Llevar registro de las actividades, procedimientos e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la institución y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación. 7. Respetar los derechos del paciente, cumplir el código de ética médica y las disposiciones legales pertinentes propias de los servicios en donde se preste la atención. 8. Realizar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación e impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados. 9. Emitir conceptos médicos que se le requieran, realizar resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que sean solicitados. 10. Diligenciar en forma completa, oportuna, sistematizada y legible (en los casos en que se presenten fallas del sistema), los formatos, la historias clínicas, consentimiento

informado, reportes de estudios y demás registros propios de su actuar, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente, los procedimientos de auditoria y demás directrices relacionadas con el manejo de historias clínicas y respaldando todas las actuaciones realizadas al paciente con la firma.11. Garantizar la debida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos. 12. Garantizar la integridad y adecuado funcionamiento de los equipos, elementos e instalaciones, así como la utilización racional de los recursos que la Subred aporte al desarrollo de las actividades contratadas y responder por su reposición o reparación cuando los daños se ocasionen por negligencia o inadecuada manipulación de los mismos. 13. Reportar al área de Recursos Físicos – Activos Fijos de la SUBRED, los equipos de propiedad del contratista, que se destine a las actividades asistenciales. 14. Participar activamente en el desarrollo, implementación y cumplimiento de las políticas institucionales, sistema integrado de gestión, acreditación, seguridad del paciente y demás actividades enmarcadas dentro del sistema obligatorio de garantía de la calidad. 15. Participar en la programación de actividades del servicio. 16. Participar en la elaboración, actualización, implementación y adherencia de guías, manuales, procedimientos y protocolos que apliquen al servicio. 17. Apoyar a la Entidad en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales. 18. Participar en la elaboración de respuestas a reclamaciones y requerimientos que se presenten en desarrollo de la atención que se obliga a prestar a los usuarios o pacientes que demanden el servicio. 19. Prestar el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iniciales evitando así que se genere Glosa Definitiva o procesos de Conciliación por parte de EPS-S-EAPB. 20. Notificar los sucesos de seguridad que se presenten durante el proceso de atención, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio. 21 Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. 22. Apoyar las actividades de docencia de servicio en la revista médica u otro espacio dirigidas a los estudiantes y/o personal del servicio, para el desarrollo y formación del recurso humano en salud, si aplica. 23. Instruir a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades propias de su especialidad. 24. Asistir a las jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales sea convocado. 25. Informar al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones. 26. Facilitar las labores de supervisión, evaluación y control que la SUBRED, realice en forma directa por la Subdirección de Servicios de Salud, la Oficina de Calidad y/o a través de terceros. 27. Cumplir oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Calidad. 28. Acreditar inscripción en el RETHUS, MIPRES y RUAF.

Se expide a solicitud del interesado(a) en Bogotá D.C, el día 16 de Enero de 2021.

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

Cordialmente,

MARY ISABEL CORREA GALLARDO
Directora de Contratación
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

La adulteración y/o uso fraudulento de la información, así como de la presente firma acá plasmada, será responsabilidad exclusiva del contratista, en los términos de que tratan los Artículos 286 y S.S. del Código Penal Colombiano)

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **31.977.800**

RODRIGUEZ BEDOYA
APELLIDOS

MARTA PATRICIA
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **09-MAR-1967**

CALI
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

28-NOV-1986 CALI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

R-1500116-45122495-F-0031977800-20040721 **00455** 04203I 03 153077901

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: 14696664717

(415)7707212489984(8020) 000001469666471 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
3 1 9 7 7 8 0 0	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	3 1 9 7 7 8 0 0	1 9 8 6 1 1 2 8

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Cali 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
RODRIGUEZ	BEDOYA	MARTA	PATRICIA

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: DG 50 SUR 60 D 43

42. Correo electrónico	43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
martikk1@hotmail.com		3 1 3 6 3 5 5 4 3 3	

CLASIFICACIÓN

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	2	0																								

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 [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2020 - 06 - 29 / 22 : 18: 55

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 BEDOYA MARTA PATRICIA
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 29-06-2020 10:22:01PM

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:11/03/2021

CONTRIBUYENTE	C.C. 31977800	MARTA PATRICIA RODRIGUEZ BEDOYA

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: DG 50 SUR 60 D 43 CA rincon de venecia Teléfonos: 3136355433

Dirección electrónica: martikk1@hotmail.com Ciudad: BOGOTÁ DC Municipio: BOGOTÁ, D.C.

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

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: NO REGISTRA Fecha desde: NO

Matrícula Mercantil: NO Fecha inicio de Actividades: 05/01/1998 Fecha de cese de Actividades: NO No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 86921 - Actividades de apoyo terapéutico (excepto entidades e instituciones promotoras y prestadoras de servicios de salud, de naturaleza pública y privada, que componen el Sistema General de Seguridad Social en Salud.)

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.

Fuente: RIT-SHD

ISO 9001 SGS CO18/8129

Tarjeta de Identificación Única
del Talento Humano en Salud

Colegio Colombiano de Terapeutas Respiratorios

La salud es de todos | Minsalud

Marta Patricia
Rodriguez Bedoya
C.C. 31.977.800
TERAPEUTA RESPIRATORIO



UNIVERSIDAD MANUELA BELTRAN
Exp. De Diploma: 1996-07-19
BOGOTA D.C

ReTHUS: 1996-10-04

FIRMA TITULAR

Esta tarjeta es un documento público y se expide de conformidad con la Ley 1164 de 2007 y el Decreto 4192 de 2010 compilado Decreto 780 de 2016. "Si esta tarjeta es encontrada, por favor devolverla al Colegio Colombiano de Terapeutas Respiratorios".

Colegio Colombiano de Terapeutas Respiratorios

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL CCTR

www.cctr.co

01651

004555

RESOLUCION NUMERO DE 04 OCT. 1996

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 RODRIGUEZ BEDOYA MARTHA PATRICIA ** identificado(a) con cédula de ciudadanía número 31977800 expedida en CALI - VALLE **, 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 ********** LA FUNDACION UNIVERSITARIA MANUELA BELTRAN ** el 07/19/1996 quien lo *** registró en el Libro 1 Folio 112 Anó 1996

RESUELVE :

ARTICULO PRIMERO _ Autorizar a RODRIGUEZ BEDOYA MARTHA PATRICIA ** identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 31977800 de CALI - VALLE **, 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 04 OCT. 1996

Original Firmado Por
DELIO IGNACIO CASTAÑEDA ZAPATA

DELIO IGNACIO CASTAÑEDA ZAPATA
Secretario Distrital de Salud (E)

CJGR

Resultado General -2021-01-25--5:47:01 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	31977800	MARTA	PATRICIA	RODRIGUEZ	BEDOYA	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) MARTA PATRICIA RODRIGUEZ BEDOYA identificado(a) con CC 31977800 registra La siguiente información:

2021-01-25--5:47:01 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	TERAPIA RESPIRATORIA	1996-10-04	4555	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 Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	22-Abril-10	EU40208-D	Deyfa
	2	29-Mayo-10	0241B002-C	Deyfa
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	03-09-09	9	Alvaro Gómez B. Vacunador Enfermero Piso 6 D.S. 0781
	2	27/NOV/09	2061	06
	3			

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla	22-IV-10	B6162	20anos	Deyfa
Contra Influenza				
Otras	① 26 SEP 2013			CRUZ ROJA COLOMBIANA VACUNACION AL
	② 6 OCT. 2013			
compensar | salud	③ 25 NOV. 2013			

Este carné es válido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

Consérvelo

En caso de requerir el Certificado Internacional de Vacunación ó Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Libertad y Orden

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:	Martha Patricia
Apellidos	Rodriguez Bedoya
Documento de Identidad:	CC [X] PASA PORTE [ ] No. 31977800
Fecha de Nacimiento:	Día: 09 Mes: 03 Año: 1967



+ ECOGRAFÍAS ESPECIALIZADAS
+ TOMA DE MUESTRA
+ LABORATORIO CLINICO
+ MEDICINA GENERAL
+ ECOGRAFIAS 3D Y 4D
+ SALUD OCUPACIONAL
+ PRUEBA DE EMBARAZO
+ CONTROL PRENATAL

IPS La Gloria SAS

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

FECHA	BOGOTA, 16 DE JULIO 2020				EMPRESA		IDIPRON	
TIPO DE EXAMEN	INGRESO	X	PERIODICO		EGRESO		POSINCAPACIDAD	

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE Y APELLIDOS	MARTA PATRICIA RODRIGUEZ BEDOYA			IDENTIFICACIÓN	31.977.800
LUGAR DE NACIMIENTO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	GENERO	RH	CARGO
CALI (VALLE)	09 – MARZO - 1967	53 AÑOS	F	O (POSITIVO)	CONTRATISTA

EXÁMENES CLÍNICOS Y PARACLÍNICOS REALIZADOS
MEDICINA OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR

CONCEPTO MÉDICO LABORAL			
APTO SIN RESTRICCIONES	X	EGRES SATISFACTORIO	
APTO CON RESTRICCIONES QUE NO INTERFIEREN EN SU LABOR		EGRESO NO SATISFACT ORIO	
PATOLOGIAS ENCONTRADAS	NINGUNA		

RECOMENDACIONES			
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	X	REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA	X
USO DE RX O LENTES PERMANENTES	X	REALIZAR PAUSAS ACTIVAS	X
USO DE APOYO AUDITIVO (AUDÍFONOS) PERMANENTE		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE VISUAL	
ACTUALIZAR CORRECIÓN OPTOMÉTRICA		MANTENER HÁBITOS DE HIGIENE AUDITIVA	
LEVANTAR CARGAS INFERIORES A	12 Kg	CONTROL POR EPS DE LA TENSION ARTERIAL	
USO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN	X	DIETA BALANCEADA	
REMISION ESPECIALISTA EPS			
OTRAS RECOMENDACIONES			

Dra. Marina Herrera
MD Laboral- RM 18655
Lic. SO 5145 B- 30/04/2010

FIRMA Y SELLO MEDICO S.O.

31977800

FIRMA Y CC DEL TRABAJADOR



HUELLA ID

SABERSALUD

CENTRO DE FORMACIÓN EN SALUD

HACE CONSTAR QUE:

Marta Patricia Rodríguez Bedoya

C.C. 31.977.800 De Cali-Valle.

ASISTIÓ Y APROBÓ EL CURSO DE:

ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE GÉNERO

SEGÚN RESOLUCIÓN 459 DEL 6 DE MARZO 2012 MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL, RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, NORMA DE COMPETENCIA LABORAL No. 230101267 Y EDUCACIÓN INFORMAL DE ACUERDO AL DECRETO 1075 del 2015 MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL.

DADO A LOS 27 DÍAS DEL MES DE JUNIO DEL 2020, CON UNA DURACIÓN DE 40 HORAS EN BOGOTÁ D.C. VALIDO POR 2 AÑOS

Iván Torres Vásquez
Coordinador académico
SABER SALUD

CENTRO DE CAPACITACIONES EN SALUD SABERSALUD APROBADO

Alexander chaparro Rincon
Enfermero Profesional
R.P. 13649

LIBRO 09 FOLIO 1993

Sede Centro Carrera 10a # 1 - 18
Tel: 907 06 77 Cel.: 350 626 0481 - 350 862 2153
sabersalud@sabersalud.com.co

SABERSALUD

CENTRO DE FORMACIÓN EN SALUD

HACE CONSTAR QUE:

Marta Patricia Rodríguez Bedoya

C.C. 31.977.800 De Call-Valle

ASISTIÓ Y APROBÓ EL CURSO DE:

SOPORTE VITAL BÁSICO BLS Y MANEJO DEL DEA

SEGÚN RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, LOS LINEAMIENTOS DE LA AHA, EDUCACIÓN INFORMAL DE ACUERDO AL DECRETO 1075 DEL 2015 MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL Y LA NORMA DE COMPETENCIA LABORAL No. 230101267.

DADO A LOS 27 DIAS DEL MES DE ENERO DEL 2021, CON UNA DURACIÓN DE 20 HORAS EN BOGOTÁ D.C.
VALIDO POR 2 AÑOS

Iván Torres Vásquez
Coordinador académico
SABER SALUD

CENTRO DE CAPACITACIONES EN SALUD SABERSALUD APROBADO

Alexander chaparro Rincon
Enfermero Profesional
R.P. 13649

LIBRO 49 FOLIO 3065

Sede Centro Carrera 10a #1-18
Tel: 907 06 77 Cel: 350 626 0481 - 350 862 2153
sabersalud@sabersalud.com.co

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:	25-01-2021	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 5.2.2.2.2.1, 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:
☐	☐	☒	☐	☐	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Rodriguez	Bedoya	Marta	Patricia

TIPO DE IDENTIFICACION(Marcar con X)				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio/Departamento)		FECHA EXPEDICION (DD-MM-AAAA)
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	31977800	Cali	valle	28-11-1986
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL:			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐ NO ☐		

FECHA NACIMIENTO DD-MM-AAAA:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio/Departamento)		PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD
09-03-1967	Cali	valle	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) ☐	2	1	3136355433

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Diagonal 50 Sur 60 D 43	Bogota	Cundinamarca	Colombia	3136355433

CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA(Marca con X)		
martiKK1@hotmail.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)
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
☐	☐	☐	☐	☐	☐
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:		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
SI ☒ NO ☐	SI ☐ NO ☐	Hospital Sanblas	800216303-7

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

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

Dangersaf 5 Este 19-50	2091100	Bogota	Cundinamarca	colombia
CARGO ACTUAL	Terapeuta Respiratoria		FECHA VINCULACION (DD-MM-AAAA)	14-07-2020

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	3000.000	GASTOS FAMILIARES	2000000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS		ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	400.000	OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	0	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
Sanchez		Maria	Yanet
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
Diagonal 50 sur 60 D 55	Bogotá	Amiga	3118392262

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Banco falabella	tarjeta credito			5878001

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

Terapeuta Respiratoria

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita 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 ilícitas 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

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

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 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 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**			

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 *

martikk1@hotmail.com

Documento de Identidad *

31977800

Nombres y apellidos *

MARTHA PATRIA RODRIGUEZ BEDOYA

Número de contacto *

3136355433

Nivel jerárquico *

Profesional

Tipo de vinculación *

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
Nubia Sánchez Valencia – Secretaria
Revisó: Paola Carolina Zabala - Referente OPS

nueva eps

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) MARTA PATRICIA RODRIGUEZ BEDOYA identificado(a) con CC 31977800 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**01/09/2013**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**UNION TEMPORAL VIVA BOGOTA - VIVA 1A IPS ALQUERIA**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE** , a los 01 días del mes de febrero del año 2021 .

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

Colpensiones
Ven por tu futuro ya

El futuro es de todos
Gobierno de Colombia

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MARTA PATRICIA RODRIGUEZ BEDOYA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **31977800,** se encuentra afiliado/a desde **21/11/1988** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 06 de enero de 2021.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

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

CC: 31977800 Numero de Documento	Seguros Bolivar ARL

Marta	Patricia	Rodriguez	Bedoya
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

09-03-1967	Cali-Valle	Diag 50 Sur 60	
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

NuevaEPS	Colpensiones	$
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

Terapeuta Respiratoria	14-07-2020
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

martikk10@hotmail.com	3136355433
Correo Electrónico	Celular

Firma del Afliado	Firma y Nombre Supervisor del Contrato C.C.

Consulta de antecedentes

Permite consultar los antecedentes disciplinarios, penales, contractuales, fiscales y de pérdida de investidura con solo digitar el número de identificación de la persona natural o jurídica.

Tipo de Identificación: Cédula de ciudadanía

Número Identificación: 31977800

¿Escriba la cantidad de letras del primer nombre de la persona a la cual esta expidiendo el certificado? 5

Consultar

Datos del ciudadano

Señor(a) MARTA PATRICIA RODRIGUEZ BEDOYA identificado(a) con Cédula de ciudadanía Número 31977800.

El ciudadano no presenta antecedentes

Señor(a) ciudadano(a): la expedición del certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación es gratuita en todo el país.
Fecha de consulta: miércoles, enero 06, 2021 - Hora de consulta: 00:29:28

Nombres, si los datos del nombre que aparecen en la consulta del certificado son inexactos, por favor de clic aqui para realizar la actualización según los datos de la REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL, si luego de este paso los datos siguen erróneos por favor diríjase a la REGISTRADURÍA más cercana. Mayor información en http://www.registraduria.gov.co/

El certificado de antecedentes ordinario, refleja las anotaciones de las sanciones impuestas en los últimos cinco (5) años, al cabo de los cuales, el sistema inactiva automáticamente el registro salvo que la sanción supere dicho término, caso en el cual el antecedente se reflejará hasta que dicho término expire.

El certificado de antecedente especial, refleja todas las anotaciones que figuren en la base de datos, y se expide para acreditar requisitos de cuya elección, designación o nombramiento y posesión exige ausencia total o parcial de antecedentes.

Para ver este documento necesita Acrobat Reader. Si no lo tiene, haga clic aquí para descargarlo gratis.

Copyright © 2013. Procuraduría General de la Nación / Todos los derechos reservados
Desarrollado por: CDI Software Colombia
V.0.0.5

Por Robert Pineda para CDI Software. 2013

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 06 de enero de 2021, a las 00:09:03, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	31977800
Código de Verificación	31977800210106000903

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.

FERNANDO ALFONSO CRUZ MONTOYA
CONTRALOR DELEGADO (E)

Digitó y Revisó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 00:13:25 horas del 06/01/2021, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **31977800**
Apellidos y Nombres: **RODRIGUEZ BEDOYA MARTA PATRICIA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

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

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

A QUIEN INTERESE

Bogotá
COLOMBIA

2021/01/20

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora MARTHA PATRICIA RODRIGUEZ BEDOYA** con **Cédula de Ciudadanía** número **31977800** posee en el Banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS **FIJODIARIO**

Número: **008430346009**
Fecha apertura: **2013/10/03**

Cordialmente,

Firma Autorizada
Banco Davivienda