

Configuraciones de Perfil

- Mis datos de usuario
- Noticias SECOP
- Mis registros
- Accesos del usuario
- Términos y condiciones de uso

Estado de las solicitudes de registro

Below is the list of all your memberships and corresponding status.

NIT	Entidad Estatal/Proveedor	Fecha de solicitud	Fecha de aceptación	Estado
1032360361	SANDRA VIVIANA MARTINEZ VARGAS	12/12/2017 9:33:40 AM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito	12/12/2017 9:33:40 AM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito	Aceptado

Cambiar el estilo de paginación



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO <u>Martínez</u>	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) <u>Vargas</u>	NOMBRES <u>Sandra Villana</u>
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. <u>1.032.360-361</u>	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD PAÍS COL. ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA <u>25</u> MES <u>12</u> AÑO <u>1985</u> PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Cundinamarca</u> MUNICIPIO <u>Bogotá</u>		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA <u>Cra 5 N Bis # 49D 44501</u> PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Cundinamarca</u> MUNICIPIO <u>Bogotá</u> TELÉFONO <u>3142044531</u> EMAIL <u>Vilimarva@hotmail.com</u>

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO:	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO:	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10o.	11o.	MES	AÑO
											<u>12</u>	<u>2004</u>

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:
TC (TÉCNICA), TL (TECNOLÓGICA), TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), UN (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), MG (MAESTRÍA O MAGISTER), DOC (DOCTORADO O PHD),
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
<u>T.C.</u>	<u>3</u>	<u>X</u>		<u>Auxiliar de enfermería</u>	<u>12</u>	<u>2011</u>	

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
<u>Español</u>		<u>X</u>			<u>X</u>			<u>X</u>	

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE					
EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS	
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN		
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR					
EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS	
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN		
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR					
EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS	
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN		
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR					
EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS	
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN		

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	8
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	1	
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	2	8

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MÍ ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 56, DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento Bogotá 27 Junio 2018.

Viliana Martínez
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



Departamento
Administrativo
de la Función
Pública

FORMULARIO ÚNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

1.1 DE BIENES Y RENTAS				
YO, <u>Sandra Viviana Martínez Vargas</u>				
IDENTIFICADO CON: C.C. ☒ C.E. ☐ OTRO ☐ No. <u>1.032.360.361</u> CON DOMICILIO PRINCIPAL EN: <u>Bogotá</u>				
DIRECCIÓN <u>Carretera S N Bis # 49D 44 Sur</u>			TELÉFONOS <u>3142044531</u>	
MUNICIPIO <u>Bogotá</u>		DEPARTAMENTO <u>Cundinamarca</u>	PAÍS <u>Colombia</u>	
Y TENIENDO COMO PARIENTES EN PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD (PADRES E HIJOS) A:				
NOMBRES Y APELLIDOS		DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		PARENTESCO
<u>Mery Sofia Vargas poó</u>		<u>39.616.793</u>		<u>madre</u>
<u>Juan Manuel Martínez O</u>		<u>12.884.732</u>		<u>padre</u>
<u>Juan Sebastian Ramos M</u>		<u>1027527086</u>		<u>hijo</u>
<u>Isabel Mariana Ramos M</u>		<u>1027534065</u>		<u>hija</u>
DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3o., DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTÍCULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, PARA TOMAR POSESIÓN ☐ PARA RETIRARME ☒ PARA ACTUALIZACIÓN ☐ PARA MODIFICAR ☐ LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ☐ QUE LOS ÚNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACIÓN:				
a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:				
CONCEPTO				VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES				
CESANTÍAS E INTERLSES DE CESANTÍAS				
GASTOS DE REPRESENTACIÓN				
ARRIENDOS				
HONORARIOS				
OTROS INGRESOS Y RENTAS				
TOTAL				
b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:				
ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
<u>Banco Popular</u>	<u>Ahorro</u>	<u>730-018-123885</u>	<u>MUZU</u>	<u>0.</u>
c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:				
TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN			VALOR

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACIÓN)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
Juan Sebastian Ramos M	estudio, Alimentación	300.000
Isabel Mariana Ramos M	Estudio, Alimentación	300.000

1.2 DE PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

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

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

c) En la actualidad: SI ☒ NO ☐ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con: Julio Cesar Ramos.

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CÓNYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	N°
Julio Cesar Ramos R.	C.C. ☒ C.E. ☐ OTRO ☐	80.745.568

1.3 DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN

Viviana Martínez

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO

Bogotá 27 Junio - 2018

CIUDAD Y FECHA

La República de Colombia
y en su nombre, la

Institución Educativa Distrital Alfredo Iriarte

Bogotá, D.C.

Aprobada por la Secretaría de Educación Distrital,
según Resolución No. 2497 del 27 de agosto de 2002,

Confiere a:

Sandra Viviana Martínez Vargas

Identificada con C.C. No. 1.032.360.361

El Título de

Bachiller Académico

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




Luis Alberto Mora Beltrán

Rector


William Andrés Anila Acosta

Secretario Académico

Anotado al Folio No. 35

Libro de Registro No. 2

Dado en Bogotá, D.C., a 10 de diciembre de 2004



Acta Individual de Grado

Institución Educativa Distrital

Alfredo Iriarte

Bogotá, D.C.

DANE: 11100127387
NIT: 830036325-5

En la ciudad de Bogotá, D.C., al día 10. del mes de diciembre del año 2004, se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del último grado, los suscritos Rector y Secretario en la Rectoría de la

Institución Educativa Distrital Alfredo Iriarte

Institución aprobada en el nivel de Educación Básica y Media
por la Secretaría de Educación Distrital,
para otorgar el Título de
BACHILLER ACADÉMICO
según Resolución No. 2497 del 27 de agosto de 2002.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de Educación Básica y Media, se procedió a otorgar el Título de

Bachiller Académico

al graduando cuyos nombre, apellidos y número del documento de identificación se relacionan a continuación

Sandra Viviana Martínez Vargas

Identificada con C.C. No. 1.032.360.361

Es fiel copia tomada del Acta General No. 2 de fecha 10. de diciembre de 2004, que consta de CINCUENTA Y NUEVE (59) alumnos, que comienza con el nombre de

ANGARITA CASTRO MARY JOHANNA

y se cierra con el nombre de

ZAMORA ALVARADO JOSÉ MAURICIO

Firmada y sellada por LUIS ALBERTO MORA BELTRÁN (Rector)
y WILLIAM ANDRÉS ÁVILA ACOSTA (Secretario)

En Bogotá, D.C., al día 10. del mes de diciembre de 2004.

Firmada y Sellada


LUIS ALBERTO MORA BELTRÁN
C.C. No. 17.160.376 de Bogotá
Rector


WILLIAM ANDRÉS ÁVILA ACOSTA
C.C. No. 79.815.031 de Bogotá
Secretario Académico



LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

"FUSDESA"

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Aprobado por el Ministerio De salud, Acuerdo Ejecutivo N° 31 del 12 de Febrero de 1999, y Licencia de Funcionamiento N° 1330 del 22 de Abril de 1999. Emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.
Actualización del Programa Acuerdo N° 164 del 18 de marzo de 2010, Emitido por la Comisión Intersectorial Para El Talento Humano En Salud.

CONFIERE A:

SANDRA VIVIANA MARTINEZ VARGAS

C.C. 1.032.360.361 DE BOGOTÁ D.C.

EL CERTIFICADO DE

TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS

POR HABER CURSADO Y CULMINADO SATISFACTORIAMENTE EL PROGRAMA DE:

AUXILIAR EN ENFERMERÍA

DURACIÓN 1800 HORAS



Sandra Viviana Martinez Vargas
LAI VIVIANETH CUCUA RAMIREZ
DIRECTORA ACADÉMICA

NANCY GALINDO GÓMEZ
SECRETARIA ACADÉMICA

Dado en Bogotá, D.C. a los 19 Días del Mes de Diciembre de 2011.
Anotado en el Folio 11340 Del libro 05 del Registro de FUSDESA.



LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

"FUSDESA"
FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN
EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Aprobado por el Ministerio de Salud, Acuerdo Ejecutivo N° 31 del 12 de Febrero de 1999,
y Licencia Funcionamiento N° 1330 del 22 de Abril de 1999, Emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.
Actualización del programa Acuerdo N° 164 del 18 de Marzo de 2010, Emitido por la Comisión Intersectorial
Para El Talento Humano En Salud

ACTA DE CERTIFICACIÓN N° 026

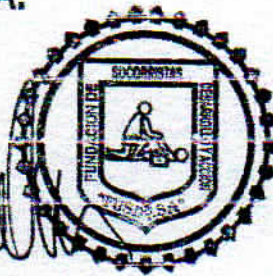
ACTA INDIVIDUAL N° 11340

En Bogotá D.C. a los 19 días del Mes de Diciembre del año 2011,
SANDRA VIVIANA MARTINEZ VARGAS
Identificado(a) con Cedula de Ciudadanía N° 1.032.360.361 De Bogotá D.C.
Cursó y Culminó Satisfactoriamente el Programa
AUXILIAR EN ENFERMERÍA, con una intensidad de 1800 horas,
y le confiere el Certificado de **TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS**.

Anotado en el Folio 11340 del Libro 05 del Registro de FUSDESA.



Liliana Yaneth Cicua Ramírez
LILIANA YANETH CICUA RAMÍREZ
DIRECTORA ACADÉMICA



Nancy Galindo Gómez
NANCY GALINDO GÓMEZ
SECRETARIA ACADEMICA

Bogotá D.C

Señores:

Fundación de socorristas Desarrollo y Acción (FUSDESA)
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Sandra Viviana Martínez Verges, 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:

Auxiliar de enfermería

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Viviana Martínez

No. de documento: 1.032.360.361 Bt c'

Tarjeta profesional No: _____

Dirección de contacto: Cra 5 N Bús # 49^D 44 sur.

Teléfono: 3142044531



DIRECCIÓN DE SANIDAD
SECCIONAL SANIDAD BOGOTÁ
NIT. 900.336.524-5

EL SUSCRITO RESPONSABLE PROCESO PRESTACION SERVICIOS PROFESIONALES
SECCIONAL SANIDAD BOGOTÁ

HACE CONSTAR:

Que el Señor (a) **MARTINEZ VARGAS SANDRA VIVIANA**, Identificado(a) con C.C. No. **1.032.360.361**, ha celebrado con la **POLICÍA NACIONAL - DIRECCIÓN DE SANIDAD - SECCIONAL DE SANIDAD BOGOTÁ**, los contratos de prestación de servicios como **AUXILIAR DE ENFERMERÍA**, que a continuación se relacionan, los cuales no generan relación laboral ni prestaciones sociales de acuerdo con lo establecido en el Artículo 32 de la ley 80 de 1993.

CONTRATO	VALOR MENSUAL	VALOR CONTRATO	PLAZO DE EJECUCIÓN	FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO
81-7-20371-16	1.140.135.00	6.840.810.00	SEIS (6) MESES	08/02/2016	07/08/2016

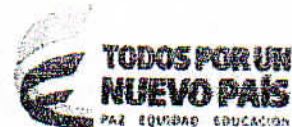
Lo anterior de acuerdo con la información que reposa en la carpeta de cada contrato.

La presente Certificación se expide a solicitud del interesado el día **05 de diciembre de 2016**.


Contador Público LUZMILA SANCHEZ GOMEZ
Responsable Proceso Contratos Prestación Servicios SECSA

Elaboro: Mercedes Restrepo J
Fecha de Elaboración: 05 de diciembre de 2016
Ubicación: C/Esritorio

Carrera 68B BIS N°- 44- 58 Edificio BG. Edgar Yesid Duarte Valero
Teléfono 2201300 ext. 1037
secsa-gucont@policia.gov.co
www.policia.gov.co



Mit: 820 053 394-8 www.homesalud.com e-mail: homesalud.com Bogotá, Colombia tel: 6 35 09 35 Dir. Calle 89 No. 21-30

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.032.360.361**
MARTINEZ VARGAS

APELLIDOS
SANDRA VIVIANA

NOMBRES

Viviana Martinez

FIRMA

**REPUBLICA DE
COLOMBIA**



REPUBLICA DE COLOMBIA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

25-DIC-1985

BOSCONIA
(CESAR)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.64

ESTATURA

A+

G.S. RH

F

SEXO

14-ABR-2004 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



2. Concepto **0 2** Actualización

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14472321308



(415)7707212489984(8020)0000014472321308

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

1 0 3 2 3 6 0 3 6 1

6. DV

5

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento:

Cédula de ciudadanía

1 3

26. Número de identificación:

1 0 3 2 3 6 0 3 6 1

27. Fecha expedición:

2 0 0 4 0 4 1 4

Lugar de expedición

28. País:

COLOMBIA

1 6 9

29. Departamento:

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

MARTINEZ

32. Segundo apellido

VARGAS

33. Primer nombre

SANDRA

34. Otros nombres

VIVIANA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento:

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CR 5 N BIS 49 D SUR 44

42. Correo electrónico:

vivimarvar@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1:

45. Teléfono 2:

7 7 4 0 3 5 2

3 1 4 2 0 4 4 5 3 1

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal

46. Código:

8 6 9 2

47. Fecha inicio actividad:

2 0 1 1 1 2 1 9

Actividad secundaria

48. Código:

49. Fecha inicio actividad:

50. Código:

1

2

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 1 2

12- Ventas régimen simplificado

Obligados aduaneros

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

54. Código:

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI ☐ NO ☒

60. No. de Folios: 0

61. Fecha: 2 0 1 8 0 6 2 7

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

Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre MARTINEZ VARGAS SANDRA VIVIANA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 27-06-2018
Hora: 11:02:19 AM
Página 1 de 1

CONTRIBUYENTE NIT 1032360361-5 SANDRA VIVIANA MARTINEZ VARGAS

Información General

Dirección CR 5N BIS 49D SUR 44

Teléfonos 7740352-3142044531
Dirección electrónica vivimarvar@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 26/06/2018
Soporte Inscripción 23439024
Fecha Inicio Actividades 19/12/2011
Fecha Cese Actividades
Fecha de Informe del Cese
Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica 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: 18002992225

Fuente ICA TE TOC

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

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



ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARIA DE SALUD

CERTIFICADO DE INSCRIPCION

**SANDRA VIVIANA
MARTINEZ VARGAS**

C.C. 1032360361

AUXILIAR EN ENFERMERIA

Expedicion 23/03/2012



Identificación Plástica S.A.

Sandra Viviana Martinez Vargas

COORDINADORA VIGILANCIA Y CONTROL DE LA OFERTA

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





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Resolución No 2552 de 12/03/2012

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.

Por la cual se autoriza el ejercicio de una ocupación el Territorio Nacional.

EL DIRECTOR DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el decreto 1875 de 1994 y resoluciones 02085 de Febrero 7 de 1989 y 449 de Febrero 8 de 1993 suscritas por el Ministerio de Salud y, Resolución No. 001390 del 10 de Marzo de 1997 y

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) MARTINEZ VARGAS SANDRA VIVIANA Identificado(a) con CC número 1032360361 expedida en BOGOTÁ D.C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su ocupación según CERTIFICADO de AUXILIAR EN ENFERMERIA otorgado por LA FUNDACION DE SOCORRISTAS "FUSDESA", el día 19/12/2011.

Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes;

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: autorizar a MARTINEZ VARGAS SANDRA VIVIANA identificado(a) con CC número 1032360361 expedida en BOGOTÁ D.C para desempeñarse como AUXILIAR EN ENFERMERIA en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D.C.

ARTICULO SEGUNDO: Para laborar en zona geográfica diferente al Distrito Capital, el autorizado deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud correspondiente con el fin de ejercer el control y vigilancia conforme a la ley.

ARTICULO TERCERO: Contra la presente resolución procede el recurso de reposición ante la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud en los términos establecidos en el código contencioso administrativo.

NOTIFÍQUESE, Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D.C. a los 12/03/2012

Original firmado Por

IVÁN JAIR GUARÍN MUÑOZ DR. IVÁN JAIR GUARÍN MUÑOZ
Director de Desarrollo de Servicios. Director Desarrollo de Servicios de Salud

Revisó : Daniel Ortiz B.
Elaboró : Víctor Sánchez.

Bogotá, D.C 23 - Marzo - 2012.

A la fecha notifiqué personalmente al
señor (a) Sandra Viviana Martinez
CC. # 1.032.360.361 BtC

Firma Viviana Martinez



ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Número de Identificación *

Cédula de Ciudadanía ▼

1032360361

Primer Nombre *

sandra

Primer Apellido *

martinez

[Verificar Registro en ReTHUS](#)[Limpiar](#)

Resultado General

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Detalles
CC	1032360361	SANDRA	VIVIANA	MARTINEZ	VARGAS	Ver

Información Detallada [CC: 1032360361] SANDRA VIVIANA MARTINEZ VARGAS

Información Académica

Tipo Programa	Origen	Obtención	Título	Profesión u Ocupación	Fecha desde que puede ejercer	Entidad Reportadora
AUX	Local			Auxiliar de enfermería	2012/3/12	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

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).

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

Consérvelo

En caso de requerir el Certificado Internacional de Vacunación
o 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



Certificado de Vacunación del Adulto

Nombre:	Sandra Viviana		
Apellidos:	Martinez Vargas		
Documento de identidad:	C.C. ☒ T.I. ☐ Pasaporte ☐	No. 1032360361	
Fecha de nacimiento:	Día 25	Mes 12	Año 1985

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

Consérvelo

En caso de requerir el certificado Internacional de Vacunación
o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO



MinSalud

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombre:	Sandra Viviana		
Apellidos:	Martinez		
Documento de identidad:	C.C. ☒ T.I. ☐ Pasaporte ☐	No. 1032360361	
Fecha de nacimiento:	Día 25	Mes 12	Año 1985

**CARNET DE
VACUNACIÓN**



Nombre	Viviana Martinez
Dirección	Cia 5ª #49-44 sur
Teléfono	7725979
H.C.	
Entidad Vacunadora	

Contrato de
BIOTOCANA S.A.
Su Ángel Protector en Salud

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

Nombre:	MARTINEZ VARGAS SANDRA VIVIANA	Identificación:	CC 1032360361
Genero:	Femenino	Edad:	32 AÑOS
Cargo:	AUXILIAR DE ENFERMERIA	Orden No.	67591
Fecha de ingreso:	25/07/2017 11:25 a. m.	Fecha de salida:	25/07/2017 04:41 p. m.
Empresa:	HOSPITAL MILITAR CENTRAL-SALUD OCUPACIONAL PACIENTES	Destino:	HOSPITAL MILITAR CENTRAL-SALUD OCUPACIONAL PACIENTES
Tipo de evento:	Ingreso		



Tipo de evaluación: EXAMEN MEDICO ENFASIS OSTEOMUSCULAR

Exámenes realizados:

Laboratorio Clínico Visiometria Examen Medico Enfasis Osteomuscular

Concepto CON ALTERACIONES DE SALUD QUE NO INTERFIEREN EN EL CARGO

Restricción y/o causa de aplazamiento:

Recomendaciones

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR, SE SUGIEREN PAUSAS ACTIVAS, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES; DIETA HIPOCALORICA, EJERCICIO AERÓBICO 150 MINUTOS A LA SEMANA, EJERCICIO DE FUERZA 90 MINUTOS A LA SEMANA, NO CONSUMIR ALCOHOL NI TABACO
USO DE MEDIAS DE COMPRESION VENOSA DURANTE EL DIA Y PRACTICA DE EJERCICIOS PARA EL FAVORECIMIENTO DEL RETORNO VENOSO

Incluir en SVE No

Programa de Promoción y Prevención No



Viviana Martinez
1-032 860-361

Nombre Médico Evaluador
COPETE JIMENEZ DIANA CATALINA
Registro médico: 2771 Lic SO: 9937 de 2016

Paciente
MARTINEZ VARGAS SANDRA VIVIANA
CC 1032360361

REGISTRO DE ATENCIÓN



Orden número 67591
Fecha de la orden 25/07/2017
Identificación Cédula de ciudadanía 1032360361
Nombre MARTINEZ VARGAS SANDRA VIVIANA
Edad 32 Años
Empresa HOSPITAL MILITAR CENTRAL-SALUD OCUPACIONAL PACIENTES
Cargo AUXILIAR DE ENFERMERIA
Tipo de evento Ingreso

VISIONOMETRIA

Medico: MONTENEGRO VERGARA YUDITZA ISABEL Consultorio: Optometria

Ingreso: 25/07/2017 11:29 a. m. Egreso: 25/07/2017 11:33 a. m.

Antecedentes

Personales NO REFIERE
 Oculares NO REFIERE
 Familiares NO REFIERE
 Condiciones de riesgo visual No
 Utiliza EPP visual No
 Accidente de trabajo ocular No
 Ardor No
 Dolor No
 Resequedad Si
 Prurito No
 Otros

Ultimo 1 AÑO
control visual

Secreción No
 Enrojecimiento No
 Cansancio No
 Fotofobia No
 Cefalea No
 Mala visión lejos No
 Mala visión cerca No
 Lagrimeo No

Agudeza visual lejana

Sin corrección OD 20/20
 Con corrección OD
 Observaciones

Sin corrección OI 20/20
 Con corrección OI

Sin corrección AO
 Con corrección AO

Agudeza visual cercana

Sin corrección OD 0.5 M
 Con corrección OD
 Observaciones

Sin corrección OI 0.5 M
 Con corrección OI

Sin corrección AO
 Con corrección AO

Percepción

CROMATICA Normal
 ESTEREOPSIS Normal

Grado de Estereopsis 40 SEG / ARCO

Examen ocular

Segmento anterior OD HIPEREMIA CONJUNTIVAL
 Motilidad ocular OD Normal
 Oftalmoscópica OD Normal
 Queratometría OD NO SE REALIZA
 Refracción OD NEUTRO
 Subjetivo OD

Segmento anterior OI HIPEREMIA CONJUNTIVAL
 Motilidad ocular OI Normal
 Oftalmoscópica OI Normal
 Queratometría OI NO SE REALIZA
 Refracción OI NEUTRO
 Subjetivo OI

Diagnostico

Miopia No

Speed Derecho	No realizado	Speed Izquierdo	No realizado
Neer Derecho	No realizado	Neer Izquierdo	No realizado
Yergason Derecho	No realizado	Yergason Izquierdo	No realizado
Embrós anteriores	VARICES GRADO II EN MMII		
Neurológico	Normal		
Fuerzas musculares Kendall	5/5		
ROT	++/+++	ROT	Simétricos
Estabilidad	No realizado		
Otros	Normal		
Conclusiones			
Resultado	EXAMEN OSTEOMUSCULAR NORMAL		
Énfasis muscular			

Clinicos

Audiometría	No realizada
Visiometría	Normal
Optometría	No realizada
Espirometría	No realizada
E.K.G.	No realizada
Laboratorio Clínico	Normal
Pruebas Psicológicas	No realizada
Prueba vestibular	No realizada
Anexo Osteomuscular	No realizada
Anexo Cardiovascular	No realizada
Anexo Dermatológico	No realizada
Anexo Respiratorio	No realizada
Test de oídos	No realizada
Otros y resultados	
Observaciones generales	Ninguna observación

RESIÓN DIAGNOSTICA

Diagnostico	#	Descripción del diagnostico
	1	VARICES EN OTROS SITIOS ESPECIFICADOS
	2	AUMENTO ANORMAL DE PESO

Indicaciones de aptitud

Concepto	Con Alteraciones de salud que No interfieren en el cargo										
Indicación y/o causa de aplazamiento											
Recomendaciones	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR, SE SUGIEREN PAUSAS ACTIVAS, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES; DIETA HIPOCALÓRICA, EJERCICIO AERÓBICO 150 MINUTOS A LA SEMANA, EJERCICIO DE FUERZA 90 MINUTOS A LA SEMANA, NO CONSUMIR ALCOHOL NI TABACO USO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN VENOSA DURANTE EL DÍA Y PRACTICA DE EJERCICIOS PARA EL FAVORECIMIENTO DEL RETORNO VENOSO										
Al SVE	No	Auditivo	No	Respiratorio	No	Osteomuscular	No	Dermatológico	No	Psicosocial	No
Otros											
Atención de Promoción y Prevención	No	Visual	No	Cardiovascular	No	Nutricional	No	Materno	No		



Viviana Martínez
Lic. 9937 de 2016

DIANA CATALINA JIMENEZ
Lic. médico: 2771 Lic SO: 9937 de 2016

SANDRA VIVIANA MARTINEZ VARGAS
Cédula de ciudadanía: 1032360361

Menarquia	14	Ciclos	Regulares	FUM	02/07/2017	Citología	2017 NORMAL
Paridad	G 2		P 2		A 0		
	C 2		E 0		V 2		
	G 0		M 0		FUP		
Planifica	SI	Metodo	Hormonal				

o	Fumó	No	Cigarrillos al día	Total de años
o	Frecuencia	Ocasional		
o	Frecuencia		Cual?	
o	Duración actividad			

Sistemas

Respiratorio	Niega
Digestivo	Niega
Musculoesquelético	Niega
Neurológico	Niega
Cardiovascular	Niega
Genitourinario	Niega
Glándulas Externas	Niega
Linfático	Niega
Psiquiátrico	Niega
Endocrino	Niega
Hematopoyético	Niega
Conectivo	Niega
Reservaciones	NIEGA EN REVISION POR SISTEMAS

Ta	110/66	Fc	72	Fi	18	Perímetro Abdominal (cm)
Peso	70	Estatura	1.65	IMC	25.71166207529844	
Diestro	SI	Zurdo	No	Ambidiestro	No	
generales	Buenas					

Exámenes

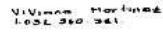
Normal						
Normal						
Normal						
Normal						
Normal						
Normal						
Normal						
Normal						
No examinado						
Normal						
No examinado						
Normal						
Normal						
ii	Cifosis	No	Escoliosis	No	Hiperlordosis	No
ii	Wells III	No	Wells II	No	Wells I	No
egativo			Lasegue Izquierdo	Negativo		
Normal						
egativo			Tinel Izquierdo	Negativo		
egativo			Phalen Izquierdo	Negativo		
egativo			Finkelstein	Negativo		

Patologicos	No
patalizaciones	No
Quirurgicos	No
Traumaticos	No
Psiquiatricos	No
macologicos	No
no-alergicos	No
nunizaciones	No
Hepatitis B	
Tetanos	
ebrea amarilla	

Diagnosticos	#	Diagnostico
Recomendaciones		
Control anual	Si	Control en 6 meses
Uso de corrección permanente	No	Remisión optométrica
Hallazgos	EMETROPE. CONTROL VISUAL ANUAL.	
Recomendaciones generales		



MONTENEGRO VERGARA YUDITZA ISABEL
Registro médico: 1131



MARTINEZ VARGAS SANDRA VIVIANA
Cédula de ciudadanía: 1032360361

EXAMEN MEDICO ENFASIS OSTEOMUSCULAR

Medico: COPETE JIMENEZ DIANA CATALINA Consultorio: Consultorio Médico 1

Ingreso: 25/07/2017 11:41 a. m. Egreso: 25/07/2017 04:41 p. m.

Marcó En proceso

25/07/2017 11:49 a. m.

PDTE PARACLINICOS

Desmarcó En proceso

25/07/2017 04:41 p. m.

Motivo de consulta y enfermedad actual Exámen médico ocupacional

Información ocupacional

Descripción del cargo / Tareas	AUXILIAR DE ENFERMERIA	Numero horas	8 H
Turno	Desconoce	Sección	Desconoce
Jornada de trabajo	Desconoce	Maquinaria / Equipo / Herramienta	EQUIPO MEDICO
Tiempo en el cargo	0		
Materia prima	Desconoce		

Factores de riesgo físico

Ruido	Si	Iluminación Inadecuada	No	Vibraciones	No	Radiaciones Ionizantes	No	Radiaciones No Ionizantes	No	Presiones anormales	No
Condiciones Termohigrométricas	No	Temperaturas extremas (calor)	No	Temperaturas extrema (Frio)	No	Cambios bruscos de temperatura	No				

Factores de riesgo químico

Sólidos	No	Líquidos	No	Humos	No	Gases y vapores	No	Material particulado	No
---------	----	----------	----	-------	----	-----------------	----	----------------------	----

Factores de riesgo biológico

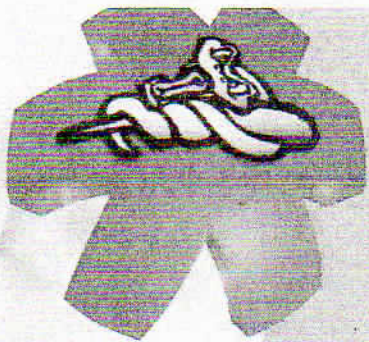
Virus	Si	Hongos	Si	Bacterias	Si	Parasitos	Si	Picaduras	No	Mordeduras	No
Fluidos o excrementos	Si										

Factores de riesgo Biomecánicos

Esfuerzo	No	Manipulación de cargas	No	Movimientos repetitivos	Si	Posturas inadecuadas	No	Sedestación	No	Bipedestación prolongada	Si
----------	----	------------------------	----	-------------------------	----	----------------------	----	-------------	----	--------------------------	----

Factores de riesgo psicosocial

Clima laboral	No	Condiciones de la tarea	Si	Organización del trabajo	Si	Organización horaria	Si	Características del grupo social de trabajo	No	Interfase persona-tarea	No
---------------	----	-------------------------	----	--------------------------	----	----------------------	----	---	----	-------------------------	----



APREM Capacitaciones SAS

NIT: 900727010-1

CAPACITACIONES EN ATENCION Y PREVENCIÓN DE EMERGENCIAS MEDICAS

Amparada Ley 115 de 1994 Ministerio de Educación - Artículos 42 y 90.

HACE CONSTAR QUE:

MARTINEZ SANDRA VIVIANA

C.C. No. 1.032.360.361 de Bogotá D.C.

Cumplió a satisfacción con los lineamientos

y prácticas del Curso Taller

SOPORTE VITAL BASICO

Con una intensidad de 20 horas

Dado en Madrid (Cund.) a los 17 días del mes de Junio de 2017

Valido por 2 años Registro 2017485

EDWIN ALFONSO RIVAS P. Capacitaciones SAS

Representante Legal

NIT: 900.727.010-1



SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO - SARLAFT									
FECHA: 27-06-18		CIUDAD: Bogotá		DEPARTAMENTO: Cundinamarca					
<p>Distiguado Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario no se permite 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 Financiación del Terrorismo.</p>									
CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN LA EMPRESA (MARCA CON X)									
PROVEEDOR ☐	PARTICULAR ☐	CONTRATISTA OPS ☒	SERVIDOR PÚBLICO ☐	OTRO ☐	CUAL: _____				
1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL									
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE			
Martínez		Vargas		Sandra		Viviana			
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		IDENTIFICACIÓN		LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio)		FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD)			
C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUP ☐		1.032.360.361		Bogotá Cundinamarca		14 abril 2014			
PASAPORTE ☐ OTRO ☐				ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☒ NO ☐					
FECHA NACIMIENTO:		LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)		PAÍS NACIMIENTO		NACIONALIDAD:			
25-12-1985		Bosconia Cesar		Colombia		Colombiana			
ESTADO CIVIL		PERSONA A CARGO		NÚMERO DE HIJOS		TELÉFONO CELULAR			
SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☒ DIVORCIADO(A) ☐ UNIÓN LIBRE ☐ VIUDO(A) ☐		2		2		3142044531			
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACIÓN ACADÉMICA									
MAESTRO ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☐ BACHILLER ☐ FARMACIA ☐ TÉCNICO ☒ TECNÓLOGO ☐		CUAL: Aux. Enfermería		PROFESIÓN OFICIO: Auxiliar Enfermería					
DIRECCIÓN RESIDENCIA:		CIUDAD RESIDENCIA		DEPARTAMENTO:		PAÍS RESIDENCIA:		TELÉFONO RESIDENCIA:	
C/AS N. Bis # 49 y 44 sur		Bogotá		Cundinamarca		Colombia		3142044531	
CORREO ELECTRÓNICO: villamarcia@hotmail.com		PORTAL O PÁGINA INTERNET		TIPO DE VIVIENDA					
DIRECCIÓN ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)		CIUDAD:		DEPARTAMENTO:		PAÍS:		TELÉFONO/FAX:	
2. DATOS DEL CONYUGUE									
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE			
Ramos		Rodríguez		Julio		Cesar			
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		NÚMERO IDENTIFICACIÓN		LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio)		FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD)			
C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUP ☐		80745568		18-01-2002 Bogotá		18-01-2002			
PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: _____				ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☒ NO ☐		NACIONALIDAD: Colombia			
3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:									
ASALARIADO ☐ SOCIO ☐ PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐		ESTUDIANTE ☐ CONTRATISTA ☒ EMPLEADO SOCIO ☐		HOGAR ☐ COMERCIANTE ☐		PENSIONADO ☐ EMPLEADO PÚBLICO ☐ OTRA ☐		CUAL: _____	
INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE:		DECLARA RENTA		IVA		CÓDIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA			
		SI ☐ NO ☒		SI ☐ NO ☒		8692			
GRAN CONTRIBUYENTE		AGENTE RETENEDOR		AGENTE AUTORETENEDOR					
SI ☐ NO ☒		SI ☐ NO ☒		SI ☐ NO ☒					
FUNCIONARIO PÚBLICO		ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA					
SI ☐ NO ☒		SI ☐ NO ☒							
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		GOBIERNO ☐ COMERCIAL ☐ SERVICIOS ☐ SALUD ☐		# NET					
EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐		OTRA ☐ CUAL: _____							
DIRECCIÓN DE LA EMPRESA		TELÉFONO		CIUDAD/MUNICIPIO		DEPARTAMENTO		PAÍS	
CARGO ACTUAL				FECHA VINCULACIÓN					
4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO									
NÚMERO DE EMPLEADOS		VENTAS ANUALES		CÓDIGO ACTIVIDAD ECONOMICA		DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD		FECHA CONSTITUCIÓN	

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: EY-CA-PT-911
 VERSIÓN: 02
 FECHA: 2017-08-22

5. INFORMACIÓN FINANCIERA			
INGRESOS MENSUALES	EGRESOS MENSUALES	ACTIVOS	PASIVOS
REMUNERACIONES	GASTOS FAMILIARES	AHORROS	SALDO NEGATIVA
RENTAS	ALQUILEROS	INVERSIONES	TARJETAS DE CREDITO
RENTAS	CUOTA VEHICULO	VEHICULOS	DEUDA VEHICULO
RENTAS	CUOTA VIVIENDA	PROPIEDADES	DEUDA TERCEROS
RENTAS	OTROS EGRESOS*	OTROS ACTIVOS*	OTROS PASIVOS*
TOTAL INGRESOS	TOTAL EGRESOS	TOTAL ACTIVOS	TOTAL PASIVOS
DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS
	colegio, Alimentación		

6. DIFERENCIAS PERSONALES			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Chamorro	Urbina	Jennifer	Andrea
DIRECCION	Ciudad/DEPARTAMENTO/PAIS	Tipo RELACION	TELEFONO FIJO Y/O EXTENSION/CELULAR
calle 38 # 17-33c	Villaa	Amiga	3228338334

7. REFERENCIA FINANCIERA			
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL
Banco Popular	Cuenta Ahorro	230018-2388-5	Murci
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA:	SI ☐ NO ☒		6063456

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	PAIS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO
DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS:					
IMPORTACION ☐	EXPORTACION ☐	TRANSFERENCIAS ☐	PRESTAMOS ☐	PAGO SERVICIOS ☐	OTRA ☐
CUAL:					

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS/FONDOS
 Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando fe 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.)

Auxiliar de enfermería

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)
 3. No admitir que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
 4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinarán a actividades lícitas.
 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 se modifiquen las declaraciones por mí 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 o información que fueran requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS
 Asistente Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.
 Pensionada: Certificado de pensión o desprendible de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.
 Profesional Independiente/Contratista 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 honorarios o constancia de honorarios 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 persona estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.
 Socio/a Empresa: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los últimos tres meses + declaración de renta si es declarante.
 1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio (Para Comerciantes)
 2. Fotocopia del Registro Único Tributario - RUT.
 3. Fotocopia Inscritión en el RUT.
 4. Fotocopia del documento de identificación, emitido al 150%.
 5. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado (si está obligado a declarar).
 6. Estados financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o distaminados según sea el caso (Obligados a llevar contabilidad).
 APODERADO: Adjunto poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.
 NOTA: Todos los conceptos de ingreso deben estar debidamente soportados. (Arruolamientos, renta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

10. AUTORIZACION REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO. AUTORIZACION EXPRESA PARA REPORTAR CONSULTAR Y COMPROBAR INFORMACION CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE CONSULTADAS Y LA MANEJO 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 lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 181 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 se utilizará no requerir 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 tratarán 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 la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Público, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

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

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, 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, Pasacolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

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

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

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

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

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, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán: a) La Subred Integrada de Servicios de Salud 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 sarlatf@subredcentroorientegov.co) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude, (INDICAR DIRECCION, CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO).

9. AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizo, 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: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentroorientegov.co) en el Link " POLÍTICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES".

IX. FIRMA Y HUELLA

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

Viviana Martinez

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

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

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación ☐ 4. Reporte de Novedades ☒	A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia ☒ B. Beneficiario o afiliado adicional ☐	A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐
4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐	

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres	7. Número del documento de identidad	8. Sexo	9. Fecha de nacimiento
Primer apellido: <u>Vargas</u>	Segundo apellido: <u>Vargas</u>	Primer nombre: <u>Sandra</u>	Segundo nombre: <u>Vivieng</u>
7. Número del documento de identidad: <u>1.032.360.361</u> CC	8. Sexo: <u>Femenino</u> ☒ Masculino ☐	9. Fecha de nacimiento: <u>21/06/1985</u>	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
	Tipo <u>FN</u> Condición <u>FP</u>		
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC	
	<u>Cotifondo</u>	<u>101.242</u>	

18. Residencia	19. Dirección	20. Teléfono fijo	21. Teléfono celular	22. Correo electrónico
<u>Cic 5 N 815 # 49244 sur</u>	<u>1740352</u>	<u>3137119751</u>	<u>Vivimaria16@hotmail.com</u>	
<u>Bogotá</u>	<u>Cundinamarca</u>	<u>Bogotá</u>	<u>Cundinamarca</u>	
Municipio/Distrito	Zona Urbana ☒ Rural ☐	Localidad/Comuna	Departamento	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

29. Datos de residencia	30. Etnia	31. Discapacidad	32. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
Municipio/Distrito	Urbana ☐ Rural ☐	Dependencia	Teléfono fijo y/o celular
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

33. Selección de la IPS Primaria	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	35. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
<u>C</u>	<u>Clara</u>	<u>2009</u>

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

36. Nombre y razón social	37. Tipo de documento de identificación	38. Número del documento de identificación	39. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
<u>Centro Vivanga Martinec</u>	<u>CC</u>	<u>1032360361</u>	<u>OT</u>
40. Ubicación	Dirección	Teléfono	Correo electrónico

41. Tipo de Novedad	42. Reporte de Novedades
☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación.	☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar cotizaciones colectivas.
☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación.	☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar cotizaciones colectivas.
☐ 3. Actualización del documento de identidad.	☐ 13. Movilidad:
☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios.	☐ A. Régimen Contributivo
☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código:	☐ B. Régimen Subsidiado
☐ 6. Reinscripción en la EPS.	☐ A. Mismo Régimen
☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.	☐ B. Diferente Régimen
☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.	☐ 14. Reporte de fallecimiento.
☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de cotizaciones para cotizar.	☐ 15. Reporte de protección al cesante.
☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.	☐ 16. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
	☐ 17. Reporte de la calidad de Pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación	42. Datos de afiliación	43. EPS anterior	44. Motivo de traslado	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
Primer apellido: <u>Vargas</u>	Segundo apellido: <u>Sandra</u>			
41. Tipo de documento de identidad: <u>CC</u>	42. Número del documento de identidad: <u>1.032.360.361</u>	43. EPS anterior: <u>Cotifondo</u>	44. Motivo de traslado: <u>Cotifondo</u>	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones: <u>Cotifondo</u>

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.	47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo Especial o de Excepción.	48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiario.	49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución Prestadora de Servicios de Salud.	50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.	51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.	52. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.	53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
--	---	---	--	--	--	---	---

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio
--	---

56. Anexo copia del documento de identidad.	57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.	58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.	59. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.	60. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.	61. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.	62. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.	63. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar cotizaciones colectivas.	64. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.
---	---	--	--	---	---	--	--	---

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

65. Identificación de la Entidad Territorial	66. Datos del SISBEN	67. Fecha de radicación
Código del Municipio: <u>1032360361</u>	Número de oficial: <u>1</u> Puntaje: <u>1</u> Nivel: <u>1</u>	
70. Datos del funcionario que realiza la validación	71. Firma del funcionario	
Primer apellido: <u>Clara</u>	Segundo apellido: <u>Clara</u>	
70. Tipo documento de identidad: <u>CC</u>	71. Número del documento de identidad: <u>1032360361</u>	

RADICADO EN LA EPS
REGIONAL - CUNDINAMARCA
26 JUN. 2018
BOGOTÁ REGISTREPO
ATENCIÓN AL USUARIO

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS**CERTIFICA QUE:**

El(la) Señor(a) **SANDRA VIVIANA MARTINEZ VARGAS** identificado(a) con C.C No. **1.032.360.361**, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 26 de junio del 2018.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para ~~todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.~~

Cualquier duda o inquietud referente a este certificado, comuníquese con nuestro Contact center al 7484888 en Bogotá 386 9888 en Barranquilla, 698 5888 en Bucaramanga, 489 9888 en Cali, 694 9888 en Cartagena, 604 2888 en Medellín gratis desde el resto del país al 604 2888. , e-mail serviciocliente@colfondos.com.co.



Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A. Pensiones y Cesantías

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1.032.360.361 Bta

Numero de Documento

Positiva.

ARL

Sandra

Primer Nombre

Viviana

Segundo Nombre

Martinez

Primer Apellido

Vargas.

Segundo Apellido

25-12-1985

F. Nacimiento dd/mm/aa

Bosconia (resca)

Ciudad de Nacimiento

Carretera N Bis # 49244

Dirección de Residencia

7740352

Teléfono Fijo

Medimar

EPS - Salud

Colpandor

AFP - Pensiones

\$

Honorarios

Objeto Contractual (Cargo)

Fecha Inicio del Contrato

Vivimerver@hotmail.com

Correo Electrónico

3142044531

Celular

Viviana Martinez

Firma del Afiliado

Safole

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

c.c.

5228429 Bta

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES



WEB

Hoja 1 de 01

CERTIFICADO ORDINARIO No. 111505454

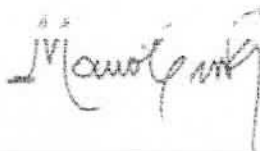
Bogotá DC, 26 de junio del 2018

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) SANDRA VIVIANA MARTÍNEZ VARGAS (identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1032360361:

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 los contratos suscritos 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 GONZÁLEZ

Jefe División Centro de Atención al Público (CAP)

Atte. _____

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.

División Centro de Atención al Público (CAP)

Línea gratuita 018000910315; dcap@procuraduria.gov.co

Carrera 5 No. 15 - 60 Piso 1; Pbx 5878750 ext. 13105; Bogotá D.C.

www.procuraduria.gov.co



CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 26 de junio de 2018, a las 14:21:35, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1032360361
Código de Verificación	1032360361180626142134

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

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


SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB



Bogotá D.C., 26 de Junio de 2018 - 14:30 pm

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., la identificación CÉDULA DE CIUDADANÍA No: **UN MIL TREINTA Y DOS MILLONES TRESCIENTOS SESENTA MIL TRESCIENTOS SESENTA Y UN**

1032360361

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 encuentran 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).

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.

MANUEL DAGOBERTO CARO ROJAS
Jefe Oficina Asesora de Jurídica

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

Cra. 7 No. 21 - 24 - Conmutador 3820450/80 - www.personeriabogota.gov.co

El código de verificación para la autenticidad del documento es: **6_0781_3014**

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 14:28:53 horas del 26/06/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 1032360361

Apellidos y Nombres: **MARTINEZ VARGAS SANDRA VIVIANA**

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.



CONTACTO
Bogotá DC
Atención administrativa de lunes a
viernes de 8:00 am - 12:00 pm y 2:00 pm
- 5:00 pm
Línea de Atención al Ciudadano - Bogotá
D.C. (571) 5159111 / 5112
Resto del país: 018000 910 112
Requerimientos ciudadanos 24 horas
lineadiresta@policia.gov.co



Presidencia de la



Ministerio de



Portal Único de



Gobierno en

Todos los derechos reservados.

HACE CONSTAR

Que el(los) cliente(s)

SANDRA VIVIANA MARTINEZ VARGAS

Identificado con

1,032,360,361

Actualmente posee(n) el siguiente producto, radicado en la oficina
con las siguientes características:

017

MARLY

CUENTA_DE_AHORROS

Número:

230-018-12388-5

Fecha de Apertura:

2008/09/17

Nombre Cuenta

SANDRA VIVIANA MARTINEZ VARGAS

Estado

ACTIVO

Cuenta

230-018-12388-5

Fecha Suscripción Convenio

17/09/2008

Esta constancia se expide con destino a: **HOSPITAL DE LA VICTORIA**

Elaborada en la oficina

017

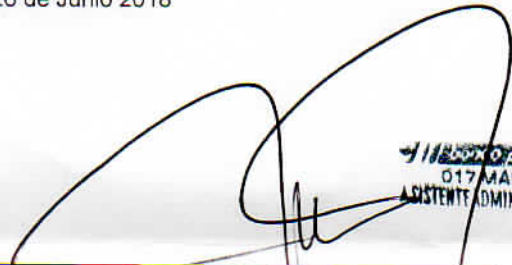
MARLY

de la ciudad

BOGOTA

el día

26 de Junio 2018



017 MARLY
ASISTENTE ADMINISTRATIVO

GERENTE Y/O ASISTENTE ADMINISTRATIVO OFICINA