

[Aumentar el contraste](#)

UTC -5 13:50:55

Janeth Martínez

**Búsqueda** ▾ **Mis procesos** ▾ **Menú** ▾ ▾ [Escritorio](#) → [Menú](#) → **Administración de contratos**Id de página: 23000629 [Ayuda](#) [Volver](#) [Últimas modificaciones](#) [Todos](#) **Seleccione** ▾**Buscar contrato** [Buscar](#) [\(Búsqueda avanzada\)](#)

Últimas modificaciones

<u>Id del contrato</u> ▴ ▾	<u>Número del Contrato</u> ▴ ▾	<u>Entidad Estatal</u> ▴ ▾	<u>Tipo de entidad</u>	<u>Fecha de firma</u> ▴ ▾	<u>Fecha de finalización</u> ▴ ▾	<u>Facturación de la entidad</u>	<u>Valor total de la oferta</u>	<u>Estado</u> ▴ ▾
346113	PS 5364 2018	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E	Entidad Estatal	10/08/2018 11:59:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	09/09/2018 11:59:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	Blanca Janeth Martínez Caro	3.240.000 COP	Firmado
203356	PS 2268 2018	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E	Entidad Estatal	10/01/2018 11:59:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	09/07/2018 11:59:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	Blanca Janeth Martínez Caro	10.044.000 COP	Firmado

OPCIONES**VER****HERRAMIENTAS**[Últimas modificaciones](#)
[Todos](#)
[Esperando aprobación](#)
[Firmado](#)
[Firmado y enviado a la Entidad Estatal](#)
[Suspendidos](#)
[Cancelados](#)
[Cerrados](#)
[Firmados y Terminados anormalmente](#)



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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



Última Actualización: 14-dic-2018

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO MARTINEZ		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) CARO		NOMBRES BLANCA JANETH	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 39715456			SEXO F ☒ M ☐		NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO _____ D.M. _____					
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 17 MES MAR AÑO 1965 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CALLE 48 K SUR No. 3-62 APTO 101 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 5670644 EMAIL janeth.martinez.ips@gmail.com		

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO BACHILLER ACADÉMICO			
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	FECHA DE GRADO				
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	NOVIEMBRE	AÑO	1990



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP
SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 14-dic-2018

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
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	atencionusuario@subredcentrooriente.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3444484	DÍA 10 MES 9 AÑO 2009		DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
AUXILIAR EN FACTURACION	FACTURACION	Diagonal 34 No. 5 43	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
ORGANIZACION HUMANS COMPANY		X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	org.humans@hotmail.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
2370775	DÍA 16 MES 1 AÑO 2008		DÍA 31 MES 12 AÑO 2008
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
ASESORA COMERCIAL	VENTAS	CALLE 9 A No. 19 A 21 OFC 204	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
LASER TAX		X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	lasertax@tutopia.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
5613013	DÍA 3 MES 1 AÑO 2007		DÍA 30 MES 12 AÑO 2007
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
ATENCIÓN AL PÚBLICO	VENTAS	Calle 22A No. 22 11	



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP
SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 14-dic-2018

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 FACOL	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD info@facol.com.co	
TELÉFONOS 2905466	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 3 AÑO 1983		FECHA DE RETIRO DÍA 15 MES 1 AÑO 1993
CARGO O CONTRATO VENDEDORA	DEPENDENCIA VENTAS	DIRECCIÓN CALLE 12 No. 60 74	

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
PUBLICO	9	3
PRIVADO	11	9
PARTICULAR	0	0
TOTAL	20	12

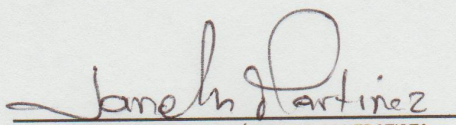
5

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE 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 MI ANOTADOS EN EL PRESENTE CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha del diligenciamiento


FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS



FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 14-dic-2018



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)



1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, BLANCA JANETH MARTINEZ CARO

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 39715456 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección CALLE 48 K SUR No. 3-62 APTO 101

Teléfonos 3204168925 5670644

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
IGNACIO MARTINEZ CARO	80362054	HERMANO(A)
KAREN VIVIANA LOZANO MARTÍNEZ	1031144892	HIJO(A)
LAURA TATIANA LOZANO MARTINEZ	1010240372	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	\$ 0,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	\$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	\$ 0,00
ARRIENDOS	\$ 0,00
HONORARIOS	\$ 1.620.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 0,00
TOTAL	\$ 1.620.000,00

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
DAVIVIENDA	AHORROS	008480314981	20 DE JULIO	\$ 345,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
APARTAMENTO	CALLE 48 K SUR No. 3-62 APTO 101	\$ 80.000.000,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
-------------------	----------	-------



FORMULARIO ÚNICO
DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
Persona Natural
(LEY 190 DE 1995)



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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO
-----------------------	--------------------

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO
------------------------------------	------------------

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

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

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION
----------------------------	------------------------

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 07-ene-2019

CIUDAD Y FECHA



La República de Colombia

El Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre

El Liceo Nacional
Policarpa Salavarrieta

Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional, según
Resolución No.8262 del 6 de Noviembre de 1975

Confiere a:

Blanca Janeth Martínez Caro

C.C. 39.715.456 Bogotá

el Título de:

Bachiller Académico

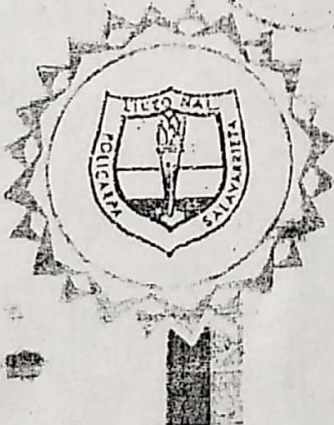
Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de
Educación Media Vocacional, según los planes y programas vigentes

Rector

Secretario

Dado en Bogotá, D.E. a 30 de Noviembre de 1990

Anotado al folio 17-18 del libro de Registro número 24


Secretario de Educación

En Bogotá a 30 de Noviembre de 1990



D U P L I C A D O

ACTA DE GRADO

En la ciudad de Bogotá, D.C., a los Treinta (30) días del mes de Noviembre de 1990 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, las suscritas Rectora y Secretaria en la Rectoría del LICEO NACIONAL POLICARPA SALAVARRIETA – **Sección Nocturna**, Institución aprobada hasta el Grado Once de Bachillerato en el nivel de Educación Media y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el título de BACHILLER en la Modalidad de Bachillerato Académico, según Resolución 8262 del 6 de Noviembre de 1975.

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 Título de BACHILLER ACADÉMICO al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relaciona a continuación:

BLANCA JANETH MARTINEZ CARO
C.C. No. 39.715.456 de Bogotá

Es fiel copia tomada del Acta original General de Graduación No. 015 de fecha 30 de Noviembre de 1990 que consta de 46 estudiantes graduados, comienza con el nombre de Arias Tique Nancy Yanneth y cierra con el nombre de Torres Pérez Doralba.

Fue firmada en su momento por CECILIA PÉREZ DE BETANCOURTH identificada con Cédula de Ciudadanía No. 20.158.091 de Bogotá como Rectora y ANA LYDA DE SALAMANCA identificada con Cédula de Ciudadanía No. 41.417.939 de Bogotá como Secretaria en la Rectoría, dando cumplimiento a lo ordenado en el Artículo 7º del Decreto de 180 de 1981.

En constancia se firma el presente documento a los 20 días del mes de Noviembre de 2017.


ZORAYA FLOREZ ÁLVAREZ
Rectora
C.C. No. 51.788.707


MARIA MARGARITA BECERRA APONTE
Secretaria Académica
C.C. 20.735.732

No requiere ser registrado en la Secretaría de Educación según Decreto No. 921 de Mayo de 1994





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital San Blas

HOSPITAL SAN BLAS
Empresa Social del Estado

Otorga el presente Certificado a:
BLANCA JANETH MARTINEZ CARO
C.C. 39.715.456

Quien asistió a Capacitación en:
**GENERALIDADES DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE
SALUD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD**
(Enero de 2.010)

4 HORAS

CARLOS EDUARDO PINEDA A.
Gerente

JOSE LUIS RODRIGUEZ DIAZ
Capacitador



BOG BOGOTÁ
POSITIVA
GOBIERNO DE LA CIUDAD

Hace constar

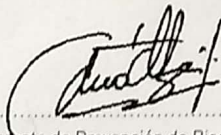
QUE *BLANCA JANETH MARTÍNEZ*

DE *HOSPITAL SAN BLAS*

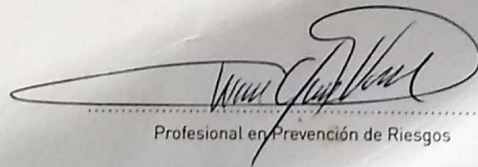
HA PARTICIPADO EN *TRABAJO EN EQUIPO Y NEGOCIACIÓN ASERTIVA*

CON UNA INTENSIDAD DE *4* HORAS

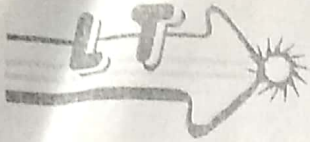
DADO EN *Bogotá*, A LOS *29* DÍAS DEL MES DE *MAYO* DEL AÑO *2010*



Gerente de Prevención de Riesgos



Profesional en Prevención de Riesgos



Lic. Tránsito 554

TAXÍMETROS ELECTRÓNICOS CON IMPRESORA

LASER - TAX

ELECTRÓNICA DIGITAL AVANZADA

CONTROLADORES DE
VELOCIDAD 61 - 81 KPH
ALARMAS, BLOQUEO CENTRAL,
PASACINTAS, VELOCÍMETROS, GUAYAS,
PARTES ELÉCTRICAS, VIDRIOS ELÉCTRICOS

CERTIFICACIÓN LABORAL

Con la presente me permito informar que la señora BLANCA JANETH MARTINEZ CARO, identificada con Cedula de Ciudadanía 39.715.456 de Bogotá.

Trabajó en el periodo comprendido desde el 03 de Enero al 30 de Diciembre de 2007, desempeñándose en el manejo de caja y atención al público, con un contrato a término definido, devengando un sueldo de novecientos sesenta mil pesos m/cte. (\$960.000) salario básico.

Dada la presente certificación a los 30 días del mes de Agosto del 2011

Cordialmente

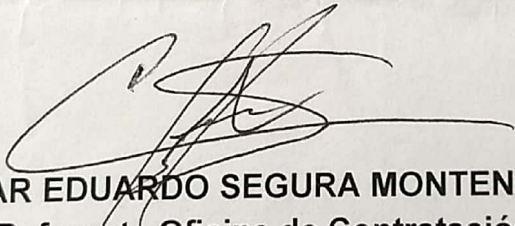
Jaime Vargas
Gerente
C.C. 79.052.187

**LA SUSCRITA OFICINA DE CONTRATACION DE LA UNIDAD FUNCIONAL
SAN BLAS**

HACE CONSTAR QUE:

La señora **BLANCA JANETH MARTINEZ CARO** identificada con cédula de ciudadanía No. 39.715.456 de Usme desarrolla sus actividades en calidad de **FACTURADOR**, mediante contrato de prestación de servicios, desde el 10 de septiembre de 2009, con una compensación mensual actual de **UN MILLÓN TRESCIENTOS MIL PESOS M/CTE (\$1.300.000.)**, sin que este genere relación laboral entre las partes.

Esta certificación se expide a solicitud del interesado a los 30 días del mes de Junio de 2016.



CESAR EDUARDO SEGURA MONTENEGRO
Referente Oficina de Contratación

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

Revisó: Cesar Eduardo Segura Montenegro- Referente Oficina de Contratación- Unidad de Prestación de Servicios de Salud San Blas
Elaboró: Patricia Romero Quiroz – Auxiliar Administrativo de Planeación Unidad de Prestación de Servicios de Salud San Blas



telas & ropa

nit. 860.503.159-1

EL DEPARTAMENTO DE TALENTO HUMANO

HACE CONSTAR

Que el(la) Señor(a) **BLANCA JANNETH MARTINEZ CARO**, Identificada con Cédula de Ciudadanía Número **39.715.456**, trabajó en ésta compañía desde el **01 de Marzo de 1983**, hasta **15 de Enero de 1993**, desempeñando el cargo de **VENDEDORA** en la sección de **FACOL**.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, a los **25 días del mes de septiembre de 2013**.

Cordialmente,


JENNY PALACIOS
Jefe de personal

FACOL S.A.

Calle 12 N° 60-74

290 5466 - 290 6120

290 4228 - 290 5123

www.facol.com.co

Bogotá, D.C. Colombia

CERTIFICACIÓN LABORAL

Por medio de la presente me permito informar que la señora BLANCA JANETH MARTINEZ CARO, identificada con Cedula de Ciudadanía 39.715.456 de Bogotá, laboró desde el 16 de Enero al 31 de Diciembre de 2008, desempeñándose como Asesora Comercial, con contrato a termino definido, devengando un sueldo de un millón doscientos cincuenta mil pesos m/cte (\$1.250.000) salario básico incluidos comisiones por ventas,

Dada la presente certificación a los 2 días del mes de Septiembre del 2011

Cordialmente



Organización
HUMAN S
Company
Agencia de Viajes
Nit.: 80.352.210-1

Carlos Iván Lozano Ospina
Gerente
C.C. 80.352.210 de Madrid
Movil 311 5144662

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

39.715.456

NUMERO

MARTINEZ CARO

APELLIDOS

BLANCA JANETH

NOMBRES

Janeth Martinez

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

17-MAR-1965

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.58

ESTATURA

O+

G.S. RH

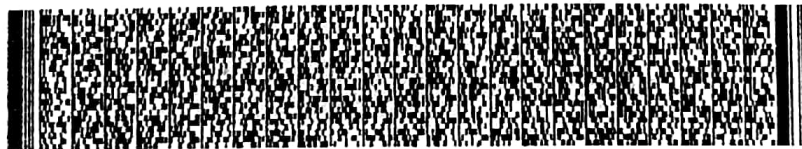
F

SEXO

28-JUL-1983 USME

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Almabatriz Rengifo Lopez
REGISTRADORA NACIONAL
ALMABATRIZ RENGIFO LOPEZ



A-1500105-47141991-F-0039715456-20060131

0168906031A 02 203671510

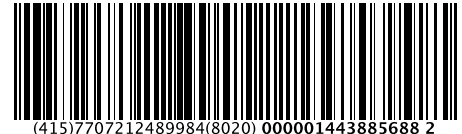
2. Concepto **0 2** Actualización

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14438856882



(415)7707212489984(8020) 000001443885688 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

3 9 7 1 5 4 5 6

6. DV

6

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:

3 9 7 1 5 4 5 6

27. Fecha expedición:

1 9 8 3 0 7 2 8

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País:

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

CARO

33. Primer nombre

BLANCA

34. Otros nombres

JANETH

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

CL 48 K SUR 3 62 AP 101

42. Correo electrónico:

janmart17@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1:

3 2 0 4 1 6 8 9 2 5

45. Teléfono 2:

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal

46. Código:

8 2 9 9

47. Fecha inicio actividad:

2 0 0 9 0 9 1 0

Actividad secundaria

48. Código:

49. Fecha inicio actividad:

Año Mes Día

50. Código:

1 2

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:

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
1	2																								

12- Ventas régimen simplificado

Obligados aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	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 ☒

60. No. de Folios: 0

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

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 CARO BLANCA JANETH

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: 21-11-2017

Hora: 2:31:04 PM

Página 1 de 1

CONTRIBUYENTE NIT 39715456-6 BLANCA JANETH MARTINEZ CARO

Información General

Dirección CL 48 K SUR 3 62 AP 101

Teléfonos 3204168925

Dirección electrónica janmat17@hotmail.com

Fax 0

Información de Registro

Fecha Inscripción 26/08/2016

Soporte Inscripción 22442599

Fecha Inicio Actividades 23/10/2008

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 8299-OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIO DE APOYO A LAS EMPRESAS N.C.P.

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 17002412191



VALORACION MEDICINA LABORAL

Fecha de emisión: 01/12/18

IDENTIFICACIÓN

Identificación: 39715456 Edad: 53.
Apellidos y Nombres: Blanca Javete Martinez Corzo.
ARL: Colmena AFP:
Empleador: Subred Centro oriente.
Cargo actual: Frotador.
Diagnósticos: Pieludo sano

higos pestu, paños ocultos laborales
Gruas de estante solo y cual
de peso Gruas de estante.

Rx punto sano.

Examen ocular Subfideo

Medicina Laboral

Dr. Camilo Rey Pérez
Médico Cirujano
PM 114388
Modro Salud
Ocupacional
ISO 63442

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT *										
FECHA:	2018-12-14		CIUDAD:	BOGOTÁ		DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA			
<p>Distiguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira 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 realizacion de este proceso es de caracter 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 Politicas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.</p>										
CLASE O TIPO DE VINCULACION LA EMPRESA (MARCA CON X)										
PROVEEDOR	☐	PARTICULAR	☐	CONTRATISTA OPS	☒	SERVIDOR PUBLICO	☐	OTRO	☐	CUAL:
1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL										
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE				
MARTINEZ		CARO		BLANCA		JANETH				
TIPO DE IDENTIFICACION			No IDENTIFICACION		LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)		FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)			
C.C.	☒	C.E.	☐	R.C.	☐	NUIP	☐	39.715.456		
PASAPORTE		☐	OTRO		☐	CUAL:				
ES RESIDENTE EN COLOMBIA?		SI		☒	NO		☐			
FECHA NACIMIENTO:		LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)		PAIS NACIMIENTO		NACIONALIDAD:				
1965-03-17		BOGOTÁ		COLOMBIA		COLOMBIANA				
ESTADO CIVIL				PERSONA A CARGO		NUMERO DE HIJOS		TELEFONO		
SOLTERO(A)		☐	CASADO(A)		☒	DIVORCIADO(A)		☐	UNION LIBRE	☐
VIUDO(A)		☐			1		2		3204168925	
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA										
MAGISTER		☐	POSGRADO		☐	UNIVERSITARIO		☒	BACHILLER	☐
PRIMARIA		☐	OTRO		☐	CUAL:				
TECNICO		☐	TECNOLOGO		☐	OTRO		☐	CONTRATISTA	
DIRECCION RESIDENCIA:		CIUDAD RESIDENCIA		DEPARTAMENTO:		PAIS RESIDENCIA:		TELEFONO RESIDENCIA		
CALLE 48 K SUR #3-62 APTO 101		BOGOTÁ		CUNDINAMARCA		COLOMBIA				
CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO:			PORTAL O PAGINA INTERNET			TIPO DE VIVIENDA				
janeth.martinez.ips@gmail.com			N/A			PROPIA		☒	FAMILIAR	☐
ARRENDADA		☐								
DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)		CIUDAD:		DEPARTAMENTO:		PAIS:		TELEFONO/FAX		
N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		
2. DATOS DEL CONYUGE										
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE				
TIPO DE IDENTIFICACION			NUMERO IDENTIFICACION		LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)		FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)			
C.C.	☐	C.E.	☐	R.C.	☐	NUIP	☐			
PASAPORTE		☐	OTRO		☐	CUAL:				
ES RESIDENTE EN COLOMBIA:		SI		☐	NO		☐			
NACIONALIDAD:										
3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:										
ASALARIADO		☐	ESTUDIANTE		☐	HOGAR		☐	PENSIONADO	☐
SOCIO		☐	CONTRATISTA		☐	COMERCIANTE		☐	EMPLEADO PUBLICO	☐
PROFESIONAL INDEPENDIENTE		☐	EMPLEADO SOCIO		☐	OTRA		☐	CUAL:	
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:		DECLARA RENTA		SI		☐	IVA		SI	
NO		☒	ICA		SI		☐	NO		☒
CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA										
PRINCIPAL:		☐		SECUNDARIA:		☐				
GRAN CONTRIBUYENTE		SI		☐	NO		☒	AGENTE RETENEDOR		SI
AGENTE AUTORETENEDOR		SI		☐	NO		☒			
FUNCIONARIO PUBLICO		ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA						
SI		☐	NO		☒	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E				
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		GOBIERNO		☐	COMERCIAL		☐	SERVICIOS		☐
SALUD		☒	NIT		800215303-7					

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ BIENES ☐ SERVICIOS ☐ OTROS ☐

OTRA ☐ CUAL: ☒ X

DIRECCION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
CRA 5 #33 A 45	3444484	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA
CARGO ACTUAL	AUXILIAR DE FACTURACIÓN	FECHA VINCULACION(AAAA/MM/DD)	2009-09-10	

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	DESCRIPCION ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCION	TIPO SOCIEDAD
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES	\$1,000,000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS	\$1,620,000	ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES	\$80,000,000	DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	\$1,620,000	TOTAL EGRESOS	\$1,000,000	TOTAL ACTIVOS	\$80,000,000	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
MOYANO	CAMARGO	VIVIANA	ANDREA
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR
CALLE 73 A #0-93 SUR	BOGOTA	AMIGA	3118057978

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
DAVIVIENDA	CUENTA DE AHORROS	8480314981	20 DE JULIO	

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒ X

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	PAIS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTROS ☐ CUAL:

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

AUXILIAR DE FACTURACIÓN

- 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)
- 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 lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
- 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.
- Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
- 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 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.
- 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.

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

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

10. AUTORIZACION REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO.- AUTORIZACION EXPRESA PARA REPORTAR,CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE 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 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratan 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 las 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, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el 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 mi.

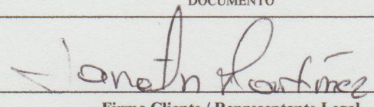
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, 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, telefono 344 44 84 , e-mail sarlaf@subredcentroorient.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 autorizao, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los terminos que nos fueron informados en el presente documento.

NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentroorient.gov.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 VERIDICA EN TODAS SUS PARTES Y EN CONSTANCIA FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO



Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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



**LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR EPS
NIT 860.066.942-7**

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) BLANCA JANETH MARTINEZ CARO identificado(a) con cedula ciudadania 39.715.456 , se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20170301	No Registrada

Beneficiarios:

Nombre Beneficiario	Paren.	Identificación	Tipo de Identificación	Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Estado Afiliación	Semanas Cotizadas
LAURA TATIANA LOZANO MARTINEZ	HI	1010240372	CC	20170301	0	Activo	502

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 13 días del mes de Diciembre de 2.018

Observaciones:

Con destino a:
TRAMITE PERSONAL

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234- Documento no válido como autorización de Traslado - No es válido para aclarar situación de Duplicidad en el SGSSS. Semanas de Cotización según LEY 1122/07.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LINEA
10550197

CER-AFI



**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS
PORVENIR S.A.
NIT 800.144.331-3**

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **BLANCA JANETH MARTINEZ CARO**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **39,715,456**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 13 días del mes de Diciembre de 2018.

Gerente de Clientes



CERTIFICACIÓN DE AFILIACIÓN TRABAJADOR

Colmena Seguros se permite certificar que el(la) trabajador(a) mencionado(a) a continuación se encuentra afiliado(a) a esta administradora, bajo los siguientes datos:

NOMBRE:	MARTINEZ CARO BLANCA JANETH
IDENTIFICACIÓN:	CC 39715456
INICIO VIGENCIA:	20/10/2018
TIPO DE TRABAJADOR:	Independiente
SEDE:	Principal
CLASE:	3
TASA:	2,436

La presente se expide a los 13 días del mes de diciembre del año 2018.

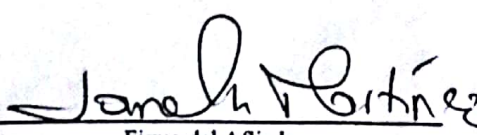
Cualquier información adicional que se requiera sobre los datos contenidos en el presente documento, no dude en consultarla a través de nuestra Línea Efectiva 01-8000-9-19667 gratis a nivel nacional o al teléfono 4010447 en Bogotá.

Cordialmente,

Gerente de Servicio

Colmena Seguros

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

39715456		COLMENA	
Numero de Documento		ARL	
BLANCA	JANETH	MARTINEZ	CARO
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
17/03/1965	BOGOTA	CALLE 48 K SUR 3 62	
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo
COMPENSAR	PORVENIR	\$1.620.000	
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios	
AUXILIAR DE FACTURACIÓN		Fecha Inicio del Contrato	
Objeto Contractual (Cargo)			
janeth.martinez.ips@gmail.com		3204168925	
Correo Electrónico		Celular	
		Firma y Nombre Supervisor del Contrato	
Firma del Afiliado		C.C. _____	
<p align="center"> SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE Diagonal 34 No 5 - 43 Tel: 3444484 </p>			

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 119216290



WEB

11:02:07

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 14 de diciembre del 2018

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) BLANCA JANETH MARTINEZ CARO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 39715456:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

MARIO ENRIQUE CASTRO GONZALEZ
Jefe División Centro de Atención al Público (CAP)

ATENCIÓN :

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

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 jueves 13 de diciembre de 2018, a las 15:23:51, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	39715456
Código de Verificación	39715456181213152351

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., 13 de Diciembre de 2018 - 15:13 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., el señor(a) **BLANCA JANETH MARTINEZ CARO**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **TREINTA Y NUEVE MILLONES SETECIENTOS QUINCE MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y SEIS** de USME

39715456

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

ADVERTENCIAS:

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

Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que 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.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora 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: **12_G1MA1_1115**

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



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO

INSTITUCIÓN

CONTÁCTENOS

PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 15:26:36 horas del 13/12/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **39715456**

Apellidos y Nombres: **MARTINEZ CARO BLANCA JANETH**

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.



Carrera 27 N° 18 - 41
(Paloquemao). 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 / 9112
Resto del país: 018000 910
112
Requerimientos ciudadanos
24 horas
Fax (571) 5159581 - E-mail:
lineadirecta@policia.gov.co.



Presidencia de
la República



Ministerio de
Defensa Nacional



Portal Único de
Contratación

Todos los derechos reservados.



Gobierno en
Línea



DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

A QUIEN INTERESE

Bogota
COLOMBIA

2018/12/14

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora BLANCA JANETH MARTINEZ CARO** con **Cédula de Ciudadanía** número **39715456** posee en el Banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJODIARIO

Número:	008480314981
Saldo a la Fecha:	\$ 345.05 Pesos
Fecha apertura:	2009/09/22

Cordialmente,

Firma Autorizada
Banco Davivienda

VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

Banco Davivienda S.A.
NIT. 860.034.313-7
AH 170-1Rev 4 - 06