



**HOSPITAL PABLO VI BOSA**  
Empresa Social del Estado

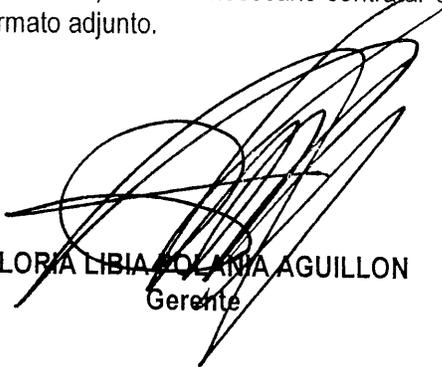
Responsabilidad Social con la Localidad de Bosa



**LA GERENTE DEL HOSPITAL PABLO VI BOSA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  
**NIT. 800.219.600-3**

**CERTIFICA:**

Que de acuerdo al manual de funciones y competencias laborales así como el numero de cargos existentes en el HOSPITAL PABLO VI BOSA EMPRESA SOCIAL EL ESTADO y en cumplimiento del articulo 1 del Decreto 2209 de 1998, ante la existencia de circunstancias tales como: La imposibilidad de atención de la actividad con personal de planta; El desarrollo de una actividad por un profesional con conocimientos especializados y la insuficiencia de personal en planta para el cumplimiento de procesos y subprocesos; se hace necesario contratar el recurso humano requerido por el área responsable según formato adjunto.

  
**GLORIA LIBIA DOLINA AGUILLON**  
Gerente

Elaboro L.H.C.O.  
Reviso J.G.R.  
VoBo M.A.R.L.

  
MAP

NOMBRE <b>Blanca Marina Buitrago O</b>		CEDULA <b>41.474.057</b>	
PROFESION <b>Auxiliar Administrativo</b>			
ACTIVIDAD <b>Auxiliar Administrativo</b>			
DIPLOMA: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ACTA DE GRADO: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CUMPLE REQUISITOS SI ___ NO ___	
POSTGRADO			
DIPLOMA SI ___ NO ___	ACTA DE GRADO SI ___ NO ___	CUMPLE REQUISITOS SI ___ NO ___	
TARJETA PROFESIONAL	SI ___ NO ___ <b>NA</b>	CUMPLE REQUISITOS SI ___ NO ___	No.
FORMATO HOJA VIDA	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CUMPLE REQUISITOS SI ___ NO ___	
ANTECEDENTES DISCIPLINADOS	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CUMPLE REQUISITOS SI ___ NO ___	
PASADO JUDICIAL	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CUMPLE REQUISITOS SI ___ NO ___	
LIBRETA MILITAR	SI ___ NO ___ <b>NA</b>	CUMPLE REQUISITOS SI ___ NO ___	
CEPULA	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CUMPLE REQUISITOS SI ___ NO ___	
<b>DENT</b>	<input checked="" type="checkbox"/>		
AFFILIACION SALUD	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CUMPLE REQUISITOS SI ___ NO ___	CUAL <b>Famucano</b>
AFFILIACION PENSION	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CUMPLE REQUISITOS SI ___ NO ___	CUAL <b>ISS</b>
AFFILIACION CAJA	SI ___ NO ___	CUMPLE REQUISITOS SI ___ NO ___	CUAL
AFFILIACION ARP	SI ___ NO ___	CUMPLE REQUISITOS SI ___ NO ___	CUAL
CONTRATO NOMBRAMIENTO/CONVENIO/OTROS	SI ___ NO ___	CUMPLE REQUISITOS SI ___ NO ___	
<b>Vacunas</b>	<b>Influenza, Neumo COCO</b>		
1. EXPERIENCIA			
ESPECIFICA AÑOS <input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	CUMPLE REQUISITOS SI ___ NO ___	
RELACIONADA AÑOS <input type="text"/>		CUMPLE REQUISITOS SI ___ NO ___	
2. CURSOS			
ESPECIFICO AÑOS <input type="text"/>		CUMPLE REQUISITOS SI ___ NO ___	
RELACIONADO AÑOS <input type="text"/>		CUMPLE REQUISITOS SI ___ NO ___	
3. FACTORES EVALUACION DE PERSONALIDAD			
FACTORES	PUNTAJE		
DESTREZA <input type="text"/>		CUMPLE REQUISITOS SI ___ NO ___	
RESPONSIBILIDAD <input type="text"/>		CUMPLE REQUISITOS SI ___ NO ___	
ADAPTABILIDAD <input type="text"/>		CUMPLE REQUISITOS SI ___ NO ___	
PERSUACION <input type="text"/>		CUMPLE REQUISITOS SI ___ NO ___	
TOLERANCIA <input type="text"/>		CUMPLE REQUISITOS SI ___ NO ___	
VIABILIDAD <input type="text"/>		CUMPLE REQUISITOS SI ___ NO ___	
REVISADO POR			FECHA

BOGOTA, Julio de 2009

Señores:

**UNIDAD FUNCIONAL DE TALENTO HUMANO**

Cordialmente solicito realizar la selección para la respectiva contratación del siguiente recurso Humano:

**JUSTIFICACIÓN O NECESIDAD DE LA PRESTACION DE SERVICIO REQUERIDO**

Se requiere la contratación de una persona para la ejecución de las labores de atención telefónica que permitan la adecuada comunicación a nivel interno y externo de la institución.

**OBJETO DEL CONTRATO:** Desarrollar las funciones de gestión telefónica que permita la adecuada comunicación a nivel interno y externo de la institución garantizando la calidad y oportunidad de la misma.

PROYECTO ADMINISTRATIVO\_ X ASISTENCIAL (Horas)\_

**PERFIL:**

PROFESIONAL ESPECIALIZADO \_\_\_\_\_

PROFESIONAL UNIVERSITARIO \_\_\_\_\_

TÉCNICO \_\_\_\_\_

ASISTENCIAL (AUXILIAR) \_\_\_\_\_

**EDUCACIÓN:**

BACHILLER  En cualquier modalidad \_\_\_\_\_

TÉCNICO  En \_\_\_\_\_

TECNÓLOGO  En \_\_\_\_\_

PREGRADO:  En \_\_\_\_\_

POSTGRADO:  En \_\_\_\_\_

OTRO  En \_\_\_\_\_

**EXPERIENCIA: (En años)**

En gestión telefónica \_\_\_\_\_

**HABILIDADES:**

Adaptabilidad y Recursividad, Lealtad y sentido de pertenencia, orientación al logro y resultados  
orientación de servicio al cliente, trabajo en equipo y colaboración, transparencia

**OTROS:**

NUMERO DE PERSONAS REQUERIDAS \_\_ UNA (1)

**CONDICIONES GENERALES:**

PLAZO DE EJECUCION 2 meses 9 días

**ACTIVIDADES A DESARROLLAR (SON LAS DETERMINADAS POR EL MANUAL INSTITUCIONAL DE GESTION POR COMPETENCIAS GTH-859-DI-MA-004)**

1. Recepcionar y trasladar las llamadas externas (institucionales, sociales, usuarios) e internas que requieran la comunicación con los colaboradores del Hospital e información específica sobre alguna área
2. Informar y orientar telefónicamente de manera adecuada a las personas que le requieran información general sobre la institución (horarios de atención, prestación de servicios, etc)
3. Manejar el conmutador institucional, garantizando su adecuado funcionamiento.
4. Registrar en el libro institucional correspondiente las llamadas internas y externas recibidas con los datos necesarios para su control
5. Recepcionar y responder por los mensajes telefónicos externos e internos dirigidos por y a los colaboradores del Hospital.
6. Elaborar el informe sobre el registro de las llamadas recibidas y presentarlo oportunamente a la coordinación del área de Recursos Físicos, en el período estipulado.
7. Diligenciar de manera clara, completa y oportuna, los instrumentos de registro de información, que le sean encomendados para el ejercicio de su actividad
8. Coadyuvar al cumplimiento del plan de gestión institucional, a través del cumplimiento de las metas contractuales establecidas en los planes y proyectos en el área asignada.
9. Promover el cuidado y custodia del patrimonio institucional y responder por los elementos dados a su responsabilidad.
10. Conocer, promover y aplicar las Normas de Gestión Ambiental, residuos hospitalarios, manual de higiene y seguridad industrial, programa de salud ocupacional, planes de emergencia, para proteger la salud en el trabajo aplicando las técnicas de Bioseguridad.
11. Formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones
12. Desarrollar las demás actividades que le sean asignadas y afines al objeto institucional requerido.

Area Responsable que solicita el Requerimiento  
(Nombre y Firma)

Gerencia (Si el Requerimiento es de Oficina Asesora)  
Subgerencia Administrativa y Financiera  
Subgerencia de servicios Asistenciales

BOGOTA, DICIEMBRE 26/2013

Señores:  
**UNIDAD FUNCIONAL DE TALENTO HUMANO**

Cordialmente solicito realizar la selección para la respectiva contratación del siguiente recurso Humano:

**JUSTIFICACIÓN O NECESIDAD DE LA PRESTACION DE SERVICIO REQUERIDO**

Se requiere la contratación de personal auxiliar para el desarrollo de funciones administrativas propias de la operación de la institución.

OBJETO DEL CONTRATO: Brindar apoyo en las funciones administrativas dando cumplimiento a los lineamientos institucionales con criterios de oportunidad y calidad.

PROYECTO ADMINISTRATIVO\_ X ASISTENCIAL (Horas) \_\_\_\_\_

PERFIL:

PROFESIONAL ESPECIALIZADO	_____
PROFESIONAL UNIVERSITARIO	_____
TÉCNICO	_____
ASISTENCIAL (AUXILIAR)	_____

EDUCACIÓN:

BACHILLER	<input checked="" type="checkbox"/>	En CUALQUIER MODALIDAD
TÉCNICO	<input type="checkbox"/>	En _____
TECNÓLOGO	<input type="checkbox"/>	En _____
PREGRADO:	<input type="checkbox"/>	En _____
POSTGRADO:	<input type="checkbox"/>	En _____
OTRO	<input type="checkbox"/>	En _____

EXPERIENCIA: (En años)  1 En Procesos administrativos

HABILIDADES: Adaptabilidad y Recursividad, Lealtad y sentido de pertenencia, orientación al logro y resultados orientación de servicio al cliente, trabajo en equipo y colaboración, transparencia

OTROS:

NUMERO DE PERSONAS REQUERIDAS \_\_ 1

CONDICIONES GENERALES:

PLAZO DE EJECUCION

**ACTIVIDADES A DESARROLLAR (SON LAS DETERMINADAS POR EL MANUAL INSTITUCIONAL DE GESTION POR COMPETENCIAS GTH-859-DI-MA-004)**

1. Recepcionar y trasladar las llamadas externas (institucionales, sociales, usuarios) e internas que requieran la comunicación con los colaboradores del Hospital e información específica sobre alguna área
2. Informar y orientar telefónicamente de manera adecuada a las personas que le requieran información general sobre la institución (horarios de atención, prestación de servicios, etc)
3. Manejar el conmutador institucional, garantizando su adecuado funcionamiento.
4. Registrar en el libro institucional correspondiente las llamadas internas y externas recibidas con los datos necesarios para su control
5. Recepcionar y responder por los mensajes telefónicos externos e internos dirigidos por y a los colaboradores del Hospital.
6. Elaborar el informe sobre el registro de las llamadas recibidas y presentarlo oportunamente a la coordinación del área de Recursos

Físicos, en el período estipulado.

7. Diligenciar de manera clara, completa y oportuna, los instrumentos de registro de información, que le sean encomendados para el

ejercicio de su actividad

8. Coadyuvar al cumplimiento del plan de gestión institucional, a través del cumplimiento de las metas contractuales establecidas en los planes y proyectos en el área asignada.

10. Conocer, promover y aplicar las Normas de Gestión Ambiental, residuos hospitalarios, manual de higiene y seguridad industrial, programa de salud ocupacional, planes de emergencia, para proteger la salud en el trabajo aplicando las técnicas de Bioseguridad.

11. Formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones

12. Desarrollar las demás actividades que le sean asignadas y afines al objeto institucional requerido.

INEXISTENCIA DE PERSONAL DE PLANTA

INSUFICIENCIA DE PERSONAL DE PLANTA

			
ALMA AXIRA AMPUDIA ARRIAGA Responsable Unidad Funcional que solicita	ALMA AXIRA AMPUDIA ARRIAGA Subgerencia (Asistencial o Administrativa) Oficina Asesora	CARMIÑA QUIROGA Talento Humano	Gerencia

**BLANCA MARINA BUITRAGO**  
**C.C. 41.474.057 de Bogotá**  
**Transv. 5 A Este N° 15 A – 32**  
**TEL.7214548**  
**Cel.3144494320**  
**Mail.blancamarina\_13@hotmail.com**  
**Soacha - Cundinamarca**

---

### **DATOS PERSONALES**

**Estado Civil:** *Separada*  
**Lugar de Nacimiento:** *Manizales (caldas)*  
**Fecha:** *13 de Abril de 1947*

### **FORMACION EDUCATIVA**

- **Primaria**

*Colegio Pio Alberto Ferro Peña*  
*Chiquinquirá (Boyacá)*

- **Bachiller**

*Colegio Sagrado Corazón de Jesús*  
*4 años de Bachillerato comercial*  
*Título Obtenido Auxiliar de Contabilidad y Secretariado*

*Gimnasio Libertad*  
*Título Obtenido Bachiller*

- **Otros**

*Academia Interamericana de Educación de Bogotá*  
*Título Obtenido Secretaria Auxiliar Contable*

*Universidad Distrital*  
*Seminario sobre actualización de Secretariado*

## **REFERENCIAS PERSONALES**

---

- **MIGUEL ANTONIO ORTEGON**

*Revisor de Cuentas Médicas (HOMIC)*

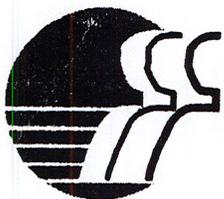
*Tel. 3144494320*

- **JAIRO ALBERTO ORTEGON**

*Abogado Asesor Tribunal Justicia y Paz*

*Tel. 3163573718*

*Blanca Marina Buitrago*  
**BLANCA MARINA BUITRAGO MURCIA**  
**C.C. 41.474.057 de Bogotá**



República de Colombia  
Departamento Administrativo de la  
**Función Pública**

FORMATO UNICO  
**HOJA DE VIDA**  
(LEY 190 DE 1995)

000023

**HPvB**

**INFORMACION BASICA**

**I. DATOS PERSONALES**

PRIMER APELLIDO <i>Buitrago</i>			SEGUNDO APELLIDO <i>Murcia</i>			NOMBRES <i>Blanca Mariana del Rosario</i>					
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/>		NUMERO <i>41.474.057 Bk</i>		NACIONALIDAD COL <input checked="" type="checkbox"/>		DOBLE NAL. <input type="checkbox"/>		EXTRANJERO <input type="checkbox"/>		PAIS EXTRANJERO	
SEXO F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		LIBRETA MILITAR CLASE <input type="checkbox"/> 1 <sup>ra</sup> <input type="checkbox"/> 2 <sup>da</sup>		NUMERO		D.M.		PAIS DE NACIMIENTO			
DEPARTAMENTO <i>(Cundinamarca) Caldas</i>				MUNICIPIO <i>(Bogotá) Manizales</i>				FECHA DE NACIMIENTO DIA <i>13</i> MES <i>09</i> AÑO <i>97</i>			
PAIS DE RESIDENCIA <i>Colombia</i>			DEPARTAMENTO <i>cundinamarca</i>			MUNICIPIO <i>Bogotá - Soacha</i>					
DIRECCION RESIDENCIA <i>Trans. 5 Este #15A-32 Apt. 503</i>				TELEFONOS <i>7214548</i>		ESTADO CIVIL SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> OTRO <input checked="" type="checkbox"/>			PERSONAS A CARGO		

**II. FORMACION ACADEMICA**

**1. EDUCACION BASICA Y MEDIA**

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

EDUCACION BASICA										TITULO OBTENIDO	
PRIMARIA					SECUNDARIA						MEDIA
1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	<input checked="" type="checkbox"/>	<i>Bachiller</i>

**2. EDUCACION SUPERIOR ( PREGRADO Y POSTGRADO)**

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLOGICO.  
EN MODALIDAD ACADEMICA ESCRIBA: "TC" (TECNICA), "TL" (TECNOLOGICA), "TE" (TECNOLOGICA ESPECIALIZADA), "UN" (UNIVERSITARIA), "ES" (ESPECIALIZACION), "MG" (MAESTRIA O MAGISTER), "DC" (DOCTORADO O PHD).

MODALIDAD ACADEMICA	SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO
<i>comerc</i>		<input checked="" type="checkbox"/>	<i>secretariado comercial</i>

SI CASO QUE SUS ESTUDIOS SEAN POR MODULOS, CREDITOS O AÑOS CONVIERTALOS EN SEMESTRES  
SI O SUS PROFESIONES ESTAN REGLAMENTADAS, DILIGENCIE ESTE CUADRO

PROFESION O TITULO	No. DE LA MATRICULA O TARJETA PROFESIONAL
<i>secretaria</i>	<i>T.P. #6851</i>

**III. TIEMPO DE EXPERIENCIA Y SITUACION LABORAL**

OCCUPACION	TIEMPO DE EXPERIENCIA					VINCULADO SI NO
	AÑOS	MESES	DIAS	SI	NO	
SERVIDOR PUBLICO	<i>5</i>	<i>8</i>				
EMPLEADO DEL SEPTOR PRIVADO	<i>17</i>					
TRABAJADOR INDEPENDIENTE O POR CUENTA PROPIA						
<b>TOTAL TIEMPO DE EXPERIENCIA</b>						

INDIQUE EL NOMBRE DE LA ULTIMA ENTIDAD PUBLICA (ESTATAL U OFICIAL) EN LA QUE LABORA O LABORA COMO SERVIDOR PUBLICO O CONTRATISTA DE PRESTACION DE SERVICIOS.

*Concejo Distrital Sta Fe de Bogotá*



República de Colombia  
Departamento Administrativo de la  
Función Pública

FORMATO UNICO  
**HOJA DE VIDA**  
(LEY 190 DE 1995)

001022



INFORMACION DETALLADA

V. PUBLICACIONES, INVESTIGACIONES E IDIOMAS

1. PUBLICACIONES E INVESTIGACIONES REALIZADAS


2. ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE Y ESCRIBE DE FORMA REGULAR, BIEN O MUY BIEN

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE			OBSERVACIONES
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB	

VI. EXPERIENCIA LABORAL

TENGA EN CUENTA LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES:

- A) RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE SERVICIOS EN ESCRITO ORDEN CRONOLOGICO COMENSANDO POR EL ACTUAL O ULTIMO EMPLEO O SERVICIO PRESTADO  
 B) PARA DEDICACION: TC = TIEMPO COMPLETO MT = MEDIO TIEMPO TP = TIEMPO PARCIAL OD = OTRAS DEDICACION (EN ESTE CASO INDIQUE CUAL)  
 C) PARA C.R. (CAUSA DEL RETIRO), ESCRIBA EL NUMERO CORRESPONDIENTE DE ACUERDO CON LOS SIGUIENTES MOTIVOS:
- |   |  |
|---|--|
| 01 TERMINACION DE LA OBRA, DEL PLAZO DEL CONTRATO O VENCIMIENTO DEL PERIODO | 06 ABANDONO DEL CARGO  |
| 02 JUSTA CAUSA POR PARTE DEL EMPLEADOR O INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA     | 07 DECISION UNILATERAL O DECLARACION DE INSUBSISTENCIA         |
| 03 JUSTA CAUSA POR PARTE DEL TRABAJADOR O INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATANTE    | 08 SENTENCIA EJECUTIVA, REVOCATORIA O NULIDAD DEL NOMBRAMIENTO |
| 04 CLAUSULA DEFINITIVA DEL ESTABLECIMIENTO O SUPRESION DEL CARGO            | 09 O PENSION DE INVALIDEZ                                      |
| 05 CEDE DE ACTIVIDADES DEL EMPLEADOR POR MAS DE 120 DIAS                    | 10 RENUNCIA VOLUNTARIA O POR MUTUO ACUERDO                     |

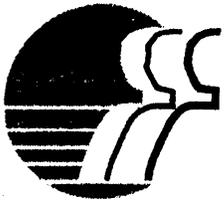
EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PUBLICA 1	PRIVADA 2	PAIS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	DIRECCION	
TELEFONOS	FECHA DE INGRESO DIA MES AÑO	TIEMPO DE SERVICIO DIA MES AÑO	DEDICACION TC 1 MT 2 TP 3 OD 4
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		C.R.

EMPLEOS O CONTRATOS ANTERIORES

EMPRESA O ENTIDAD <i>Concejo de Santa Fe de Bogotá</i>	PUBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA 2	PAIS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Cundinamarca</i>	MUNICIPIO <i>Bogotá</i>	DIRECCION <i>c/l 34727-36</i>	
TELEFONOS <i>2693215</i>	FECHA DE INGRESO DIA MES AÑO <i>11 10 93</i>	TIEMPO DE SERVICIO DIA MES AÑO <i>8 5</i>	DEDICACION TC <input checked="" type="checkbox"/> MT 2 TP 3 OD 4
CARGO O CONTRATO <i>Asistente Administrativo</i>	DEPENDENCIA <i>Concejal de Jorge Pastán</i>		C.R.
EMPRESA O ENTIDAD <i>Oficina Juridica</i>	PUBLICA 1	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAIS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Cundinamarca</i>	MUNICIPIO <i>Bogotá</i>	DIRECCION <i>cra 7 # 27-25</i>	
TELEFONOS <i>2327666</i>	FECHA DE INGRESO DIA MES AÑO <i>01 10 77</i>	TIEMPO DE SERVICIO DIA MES AÑO <i>17</i>	DEDICACION TC <input checked="" type="checkbox"/> MT 2 TP 3 OD 4
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA <i>Secretaria of. Juridica</i>		C.R.





República de Colombia  
Departamento Administrativo de la  
**Función Pública**

FORMATO UNICO  
**HOJA DE VIDA**  
(LEY 190 DE 1995)

001020



INFORMACION DETALLADA

**VI. EXPERIENCIA LABORAL (CONTINUACION)**

EMPRESA O ENTIDAD <i>Juzgado Promiscuo</i>					PUBLICA <input checked="" type="checkbox"/> PRIVADA <input type="checkbox"/>		PAIS <i>Colombia</i>		
DEPARTAMENTO <i>Boyaca (Cundinamarca)</i>			MUNICIPIO <i>San Miguel de Sema</i>		DIRECCION <i>Pueblo en Boyaca</i>				
TELEFONOS		FECHA DE INGRESO DIA   MES   AÑO <i>06   06   87</i>		FECHA DE RETIRO DIA   MES   AÑO <i>30   05   89</i>		TIEMPO DE SERVICIO AÑOS   MESES   DIAS <i>2      </i>		DEDICACION TC <input checked="" type="checkbox"/> MT <input type="checkbox"/> TP <input type="checkbox"/> OD <input type="checkbox"/>	ESPECIFIQUE «OD»
ULTIMO CARGO O CONTRATO <i>Escribiente oficina</i>					DEPENDENCIA <i>Juzgado</i>			C.R.	
EMPRESA O ENTIDAD <i>Rama Judicial - Juzgado P. y P.</i>					PUBLICA <input checked="" type="checkbox"/> PRIVADA <input type="checkbox"/>		PAIS <i>Colombia</i>		
DEPARTAMENTO <i>Cundinamarca</i>			MUNICIPIO <i>Bogota</i>		DIRECCION <i>cta. 13 # 15-81</i>				
TELEFONOS		FECHA DE INGRESO DIA   MES   AÑO <i>     </i>		FECHA DE RETIRO DIA   MES   AÑO <i>     </i>		TIEMPO DE SERVICIO AÑOS   MESES   DIAS <i>3      </i>		DEDICACION TC <input checked="" type="checkbox"/> MT <input type="checkbox"/> TP <input type="checkbox"/> OD <input type="checkbox"/>	ESPECIFIQUE «OD» <i>Airrencia</i>
ULTIMO CARGO O CONTRATO <i>scribiente</i>					DEPENDENCIA <i>Juzgado</i>			C.R.	
EMPRESA O ENTIDAD <i>Rama Judicial Juzgado Orden Publicos</i>					PUBLICA <input checked="" type="checkbox"/> PRIVADA <input type="checkbox"/>		PAIS <i>Colombia</i>		
DEPARTAMENTO <i>Cundinamarca</i>			MUNICIPIO <i>Bogota</i>		DIRECCION <i>cta. 14 # 10-33</i>				
TELEFONOS		FECHA DE INGRESO DIA   MES   AÑO <i>     </i>		FECHA DE RETIRO DIA   MES   AÑO <i>     </i>		TIEMPO DE SERVICIO AÑOS   MESES   DIAS <i>3      </i>		DEDICACION TC <input checked="" type="checkbox"/> MT <input type="checkbox"/> TP <input type="checkbox"/> OD <input type="checkbox"/>	ESPECIFIQUE «OD» <i>Licencia</i>
ULTIMO CARGO O CONTRATO <i>Escribiente</i>					DEPENDENCIA <i>Juzgado</i>			C.R.	

**VII. INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES**

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE: SI  NO  ME ENCUENTRO INCURSO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD O INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL PARA OCUPAR UN CARGO O EMPLEO PUBLICO, O PARA CELEBRAR UN CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS. (ARTICULO 10. DE LA LEY 190/95).

OBSERVACIONES *Estos dos ultimos cargos que relaciona fueron unas licencias esporadicas que hice en los juzgados.*

**VII. FIRMA DEL ASPIRANTE**

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE TODOS LOS DATOS POR MI ANOTADOS, EN EL PRESENTE FORMATO UNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES. (ARTICULO 50. DE LA LEY 190/95).

*Blanca Yarnick Burbage*  
FIRMA

**IX. OBSERVACIONES DE LA UNIDAD DE PERSONAL**

CERTIFICO QUE LA INFORMACION AQUI SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE EL ASPIRANTE HA PRESENTADO COMO SOPORTE (ARTICULO 40. DE LA LEY 190/95).



Libertad y Orden

# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RE...



## 1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO <i>Buitrago</i>		SEGUNDO APELLIDO ( O DE CASADA ) <i>Mercurio</i>		NOMBRES <i>Blanca Marina del Rosario</i>	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. <i>41.474.057</i>			SEXO F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/>	NACIONALIDAD PAÍS COL. <input type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>	
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> NÚMERO _____ D.M. _____					
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA <i>13</i> MES <i>04</i> AÑO <i>1947</i>			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA <i>Transv. 5 Este # 15A-32 Apt. 503, Bloque B-13, Urb. San Carlos</i>		
PAÍS <i>Colombia</i>			PAÍS <i>Colombia</i> DEPTO <i>Cundinamarca</i>		
DEPTO <i>Caldas</i>			MUNICIPIO <i>Sococha</i>		
MUNICIPIO <i>Manizales</i>			TELÉFONO <i>7214548</i> EMAIL <i>miguelo.09@hotmail.com</i>		

## 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: <i>Bachiller</i>	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES	AÑO
										<input checked="" type="checkbox"/>	<i>12</i>	<i>1983</i>

**EDUCACION 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	
<i>Bachiller</i>		<input checked="" type="checkbox"/>		<i>Bachiller Académica</i>	<i>12</i>	<i>1983</i>	
<i>Comercial 4 años</i>		<input checked="" type="checkbox"/>		<i>Aux. de Contabilidad y Secretariado</i>	<i>11</i>	<i>1973</i>	
<i>Comercio 1 año</i>		<input checked="" type="checkbox"/>		<i>Secretariado General</i>	<i>12</i>	<i>1976</i>	<i>6851 de se- cretariado-</i>

ESPECÍFIQUE 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

# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

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 <i>Hospital Pablo VI Bosa</i>	PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Cundinamarca</i>	MUNICIPIO <i>Bogotá</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS <i>7799800</i>	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="08"/> MES <input type="text" value="07"/> AÑO <input type="text" value="1999"/>	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value=""/> MES <input type="text" value=""/> AÑO <input type="text" value=""/>	
CARGO O CONTRATO ACTUAL <i>Recepcionista</i>	DEPENDENCIA <i>Commutador</i>	DIRECCIÓN <i>Cra 77Bis # 69B-76 Sur</i>	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <i>Concejo de Bogotá</i>	PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Cundinamarca</i>	MUNICIPIO <i>Bogotá</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS <i>2088210</i>	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="11"/> MES <input type="text" value="10"/> AÑO <input type="text" value="1993"/>	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="30"/> MES <input type="text" value="06"/> AÑO <input type="text" value="1999"/>	
CARGO O CONTRATO <i>Auxiliar Administrativa Cod. 550</i>	DEPENDENCIA <i>Of. Concejal</i>	DIRECCIÓN <i>Calle 36 # 28A-41</i>	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <i>Julido Hermanos Ltda.</i>	PÚBLICA <input type="checkbox"/>	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Cundinamarca</i>	MUNICIPIO <i>Bogotá</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS <i>2322666</i>	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="01"/> MES <input type="text" value="10"/> AÑO <input type="text" value="1977"/>	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="30"/> MES <input type="text" value="09"/> AÑO <input type="text" value="1993"/>	
CARGO O CONTRATO <i>Secretaria</i>	DEPENDENCIA <i>Of. Jurídica</i>	DIRECCIÓN <i>Cra 7. # 32-25</i>	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <i>Murgado Promiscuo Municipal</i>	PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Boyacá</i>	MUNICIPIO <i>San Miguel de Sema</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="20"/> MES <input type="text" value="05"/> AÑO <input type="text" value="1967"/>	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="31"/> MES <input type="text" value="05"/> AÑO <input type="text" value="1968"/>	
CARGO O CONTRATO <i>Escribiente Grado 06</i>	DEPENDENCIA <i>Murgado</i>	DIRECCIÓN <i>San Miguel de Sema</i>	

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

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	21	1
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	16	
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
<b>TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA</b>	<b>37</b>	<b>1</b>

**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 MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento Bogotá, Dic - 2013

Blanca María Buitrago  
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



000001

LA REPUBLICA DE COLOMBIA  
Y EN SU NOMBRE

# «EL GIMNASIO LIBERTAD»

NOCTURNO

AUTORIZADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL, SEGUN  
RESOLUCION No. 3123 DEL 17 DE MAYO DE 1.976

CONFIERE A

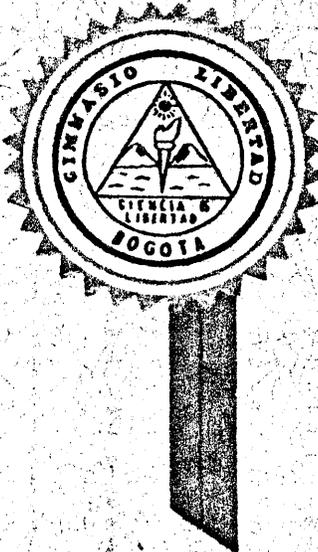
*Blanca Marina del Rosario Buitrago Murcia*

IDENTIFICADO(A) CON F.C. No. 41.474.057 DE BOGOTA.

EL TITULO DE

## BACHILLER ACADEMICO

POR HABER CURSADO Y APROBADO LOS ESTUDIOS  
CORRESPONDIENTES AL NIVEL DE EDUCACION MEDIA  
VOCACIONAL, SEGUN LOS PLANES Y PROGRAMAS VIGENTES



RECTOR

SECRETARIO

*[Signature]*  
BOGOTA, D. E.

*[Signature]*  
BOGOTA, D. E.

BOGOTA, D. E. 9 DE Diciembre DE 1.983

ANOTADO AL FOLIO 94 B LIBRO DE REGISTRO No. 85

SECRETARIO DE EDUCACION

*[Signature]*

DADO EN BOGOTA, D. E., A 10 DE Noviembre DE 1.983

000041

Nombre del Plantel

Inscripción. S. E. 1554

" G I M N A S I O L I B E R T A D "

DANE 31100106887

Dirección CARRERA 6a. No. 5-70. Tel. 2-46-70-70

Jornada NOCTURNA

### ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

En la ciudad de BOGOTA a los 9 días del mes Diciembre de 1.983 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector (a) y Secretario (a) en la Rectoría del G I M N A S I O L I B E R T A D. Institución aprobada hasta Nueva Visita en el Nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar El Título de Bachiller en la Modalidad ACADEMICO según Resolución No. 3123 del 17 de MAYO de 1.98 - .1976

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el TITULO DE BACHILLER A C A D E M I C O al graduando cuyos nombres apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación

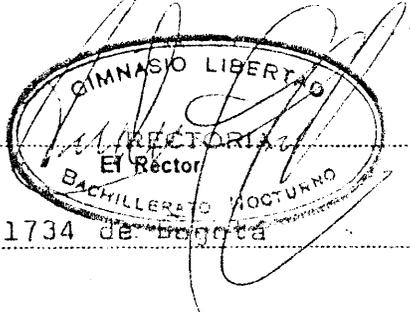
NOMBRE BLANCA MARINA DEL ROSARIO BUITRAGO MURCIA

C. C. ó T. I. No. 41.474.057 DE BOGOTA

Es fiel copia tomada del Acta original general No. 05 de fecha 9 de Diciembre de 1983 que consta de 99 alumnos graduados, comienza con el nombre de PABLO ANTONIO ACERO AMAYA y se cierra con el nombre de JOSE WILLIAM WANDURRAGA MALAGON, Firmado y Sellado por ARCADIO HERNANDEZ DE LA FUENTE (Rector) y LUCILA ULLOA DE HERNANDEZ (Secretario -a)

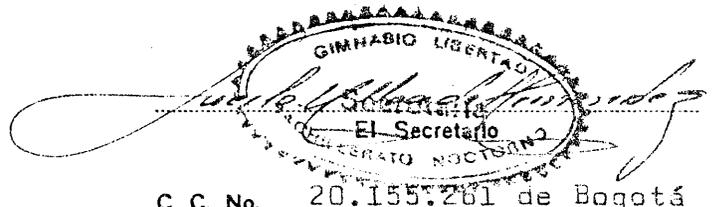
Dada en BOGOTA a los 9 días del mes de Diciembre de 1.9 83

En constancia se firma la presente, por quienes intervinieron, en cumplimiento a lo ordenado en el Artículo 7o. del Decreto 180 de 1.981.



GIMNASIO LIBERTAD  
RECTORIA  
El Rector  
BACHILLERATO NOCTURNO

C. C. No. 1734 de Bogotá



GIMNASIO LIBERTAD  
SECRETARIA  
El Secretario  
BACHILLERATO NOCTURNO

C. C. No. 20.155.261 de Bogotá

REPUBLICA DE COLOMBIA

000009



DEPARTAMENTO DE BOYACA

El Colegio del Sagrado Corazón de Jesús

Aprobado por Resolución No. 3156 de 1966, emanada del Ministerio de Educación Nacional

teniendo en cuenta que

Blanca Alvarado del Rosario Quiroz Alvarado

terminó satisfactoriamente los estudios correspondientes al Ciclo Básico de Enseñanza Media Comercial y fue aprobada en todos los exámenes y pruebas reglamentarios, le confiere el título de

Auxiliar de Contabilidad y Secretariado

La Directora,

*Manuela...*



La Secretaria,

*Helena...*

Chiquinquirá, Mayo 2 de 1974

Gobernación del Departamento de Boyacá

Anotado al folio 32 del Libro de Registro No. 22

*Continúa*

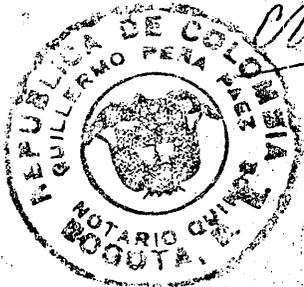
Por el Gobernador del Departamento.

COMO NOTARIO 15 DE ESTE CIRCULO HAGO CONSTAR QUE ESTA FOTOCOPIA COINCIDE CON SU ORIGINAL HABIENDO A LA VISTA.

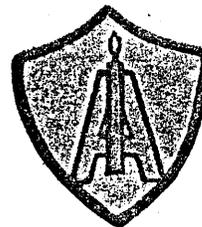
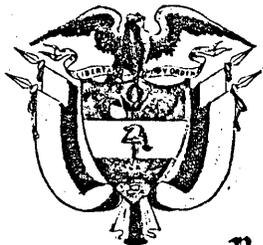
- 1 MAR. 1980

*Olaya Jones R.*  
Secretario de Educación

*Manuel...*  
Jefe de Educación Media



Dado en Tunja a 14 de Octubre de 1974



000007

República de Colombia  
Departamento de Cundinamarca  
Secretaría del Distrito Especial de Bogotá  
Y en su nombre, La

# Academia Interamericana de Educación para Adultos

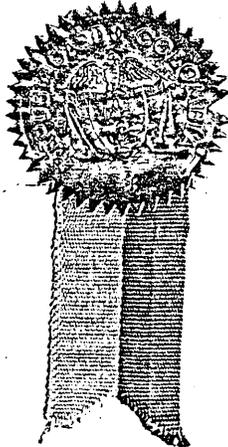
Y BAJO RESOLUCIONES NUMEROS 074 DEL 28 DE ENERO DE 1974, 037 DEL 6 DE MAYO DE 1975 Y 162 DEL 26 DE AGOSTO DE 1975

Le confiere a:

# Blanca Marina del C. Buitrago

TENIENDO EN CUENTA QUE: CURSO Y APROBO TODAS LAS MATERIAS,  
PRUEBAS Y PRACTICAS, LE CONFIERE EL PRESENTE CERTIFICADO EN:

## Secretariado General



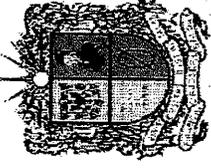
*Blanca Marina del C. Buitrago*  
Rectora  
*Angela M. de Pinquero*  
Secretaria General

Expedido en Bogotá a 16 de DICIEMBRE de 1976

Registrado para efectos legales en el Libro

No. 1 Folio 26 bog DIC de 1976

**REPÚBLICA DE COLOMBIA  
UNIVERSIDAD DISTRICTAL  
FRANCISCO JOSE DE CALDAS**



**INSTITUTO DE DESARROLLO DEL DISTRITO CAPITAL Y LA PARTICIPACION  
CIUDADANA Y COMUNITARIA**

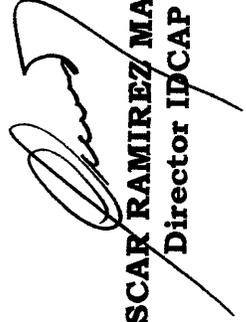
**- IDCAP -**

**CERTIFICAN QUE**

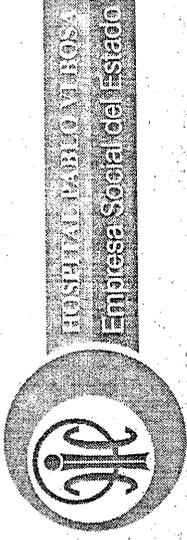
**BLANCA MARINA BUITRAGO M.**

Cursó y aprobó el seminario de **ACTUALIZACION PARA SECRETARIAS**  
con una intensidad de cuarenta (40) horas

**Santa Fe de Bogotá D.C., 8 de abril de 1997**

  
**OSCAR RAMIREZ MARIN**  
Director IDCAP

**DCB-008/113**



**EL HOSPITAL PABLO VI BOSA  
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**

**CERTIFICA QUE:**

**BLANCA MARINA BUITRAGO MURCIA**

Asistió y participó en el

**"PROCESO DE REINDUCCION"**

Realizado el 22 de agosto de 2003  
Con una intensidad de 8 horas

Dado en Bogotá, a los 22 días del mes de agosto de 2003

**HENRY HURTADO MOSQUERA**  
Gerente (e)

**FERNANDO VASQUEZ**  
Conferencista



CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

## La Gerencia de Educación

CERTIFICA QUE:

**BLANCA MARINA BUITRAGO MURCIA**

---

Asistió al **TALLER EDUCACIÓN EXPERIENCIAL**

---

Con intensidad de 8 horas

Bogotá, 8 de junio de 2004

*Lucia Pab del Marí*  
Gerente de Educación



REGISTRADO T.D.No. 41.474.057  
 NOMBRES Blanca Marina del Rosario  
 APELLIDOS Buitrago Murcia  
 NACIONALIDAD Colombiana  
 41-474-057 DE Bta.

*Blanca Marina Buitrago*  
 AUTOGRAFO DEL SOLICITANTE

No. 6256626

EL DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE SEGURIDAD  
 CERTIFICA:

QUE EL PORTADOR DE ESTE DOCUMENTO, CUYA FOTOGRAFIA, IMPRESION DACTILAR DEL INDICE DEBERA SER EL NUMERO DE CEDULA ANTEREDEN  
 "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES O DE POLICIA"

000043

INDICE DERECHO

**OBSERVACIONES**

DE ACUERDO AL FORMATO EL CERTIFICADO JUDICIAL TENDRA VALIDEZ POR UN AÑO CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE SU EXPEDICION, Y PODRA SER REFRENADO CADA AÑO, VENCIDOS LOS CINCO AÑOS PERDERA SU VIGENCIA, NO PODRA REFRENARSE Y DEBERA REEMPLAZARSE POR UNO NUEVO, LOS QUE SE EXPIDAN PARA SALIR DEL PAIS TENDRAN VALIDEZ POR TREINTA (30) DIAS. (ARTICULO 17 DEL DECRETO 2398 DE 1986).

EL CERTIFICADO QUE EXPIDA EL DAS EN BOGOTA, SERA VALIDO EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL LOS QUE SE EXPIDAN POR CUALQUIERA DE SUS REPARTICIONES TENDRAN VALIDEZ UNICAMENTE EN EL TERRITORIO DE SU JURISDICCION, EL JEFE DEL DEPARTAMENTO PODRA EN CASOS ESPECIALES, DELEGAR A LAS REPARTICIONES QUE ESTIME CONVENIENTES LA EXPEDICION DEL CERTIFICADO JUDICIAL CON VALIDEZ NACIONAL (ARTICULO 15 DEL DECRETO 2398 DE 1986).

LOS CERTIFICADOS JUDICIALES Y DE POLICIA, SE EXPEDIRAN SOLAMENTE EN LOS FORMATOS QUE ADOPTE EL DAS SIN QUE PUEDAN SER REFRENADOS POR NINGUNA AUTORIDAD, SALVO LOS CASOS EN QUE EL DOCUMENTO SE REQUIERA COMO PRUEBA MATERIAL DE UNA INVESTIGACION DE CARACTER PENAL (ART. 14 DEL DECRETO 2398 DE 1986).

No. 6256626

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE SEGURIDAD

FECHA DE SOLICITUD 7 VIII 1999

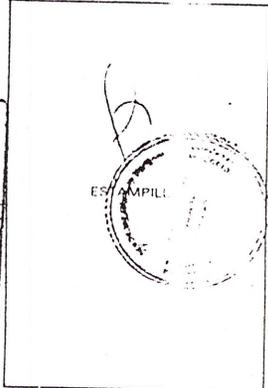
BUSCA ALFABETICA Santa de Bogotá DC

BUSCA DACTILOSCOPICA 7 VIII 1999

COMPILADO

REVISOR Valido por un (1) año

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICION



REPUBLICA DE COLOMBIA

CEDULA DE CIUDADANIA No. 41.474.057

DE Bogotá, D.E.

APELLIDOS BUITRAGO MURCIA

NOMBRES Blanca Marina del Rosario

NACIDO 13-Abr-1947-Mantizales (Cm.)

ESTATURA 1-45 COLOR Orid.

SEÑALES Ninguna

FECHA 15-Jul-71

*Blanca Marina Buitrago*

VALIDO POR UN AÑO



99.07.08-

000017

República de Colombia  
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD  
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Fecha de radicación  
1/03  
Número de radicación



Código \_\_\_\_\_ EPS  
Número \_\_\_\_\_

FORMULARIO UNICO DE AFILIACION E INSCRIPCION A LA E.P.S --  
REGIMEN CONTRIBUTIVO DE TRABAJADORES INDEPENDIENTES Y PENSIONADOS

TRABAJADOR INDEPENDIENTE   
PENSIONADO   
MIXTO

Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formato

I. Información del cotizante trabajadores independientes y pensionados.

Tipo de afiliación Individual  Colectiva  Fecha de afiliación al sistema A 99 M 07 D 08

Identificación del cotizante

1er. Apellido Buitrago 2o. Apellido o de Casada Murcia Nombres Blanca Marina del Rosario

N° Identificación 41.474.057 DV  Tipo  Fecha de nacimiento Año 47 Mes 04 Día 13 Sexo M

Dirección de Residencia Trans. 5 Este # 15A-32 Apt. 503 Bando, Sn Carlos Teléfono 7214548

Ciudad /Mpio Soacha Departamento Cundinamarca

Entidad Anterior de Previsión o Seguridad Social en Salud o EPS: CAPRECOM Código

que le prestará los servicios de salud: Código

ii. Información Exclusiva del trabajador independiente

Lugar / Mpios donde desarrolla su Actividad Municipio Soacha Código

Departamento Cundinamarca ZONA U R Productor Agropecuario. SI  NO

Nivel Educativo Medio Ultimo año aprobado sexto

Posición Ocupacional  Vivienda Propia SI  NO

Patrón o empleador  Tamaño Empresa

Trabajador cuenta Propia  1  2 a 9  10 o más

Base de Cotización \$  Valor Cotización Mensual: \$

III. Información Exclusiva del pensionado

Entidad que tiene a cargo su pensión. Independiente

Mesada pensional \$  Ingresos Adicionales \$

IV. Información de otros cotizantes o beneficiarios

Número de identificación	COTIZANTE	Nombres Completos beneficiarios					Sexo	Fecha de Nacimiento			Parentesco				
		1er. Apellido	2o. Apellido	Nombres	M	F		Año	Mes	Día	Cónyuge	Compañera (o)	Hijos	Padres	Otros
											1	2	3	4	5
3															
4															
5															

Observaciones:

Declaración Jurada Bajo la gravedad de juramento declaro que el (los) cotizantes y beneficiarios reportados no están afiliados a otra EPS.

Blanca Marina Buitrago 41.474.057  
Firma Trabajador independiente o pensionado Cédula de Ciudadanía No.

V. Información para ser diligenciada por la EPS

Estrato socioeconómico: \_\_\_\_\_ Firma, Ciudad y fecha \_\_\_\_\_

Para fines Exclusivos de la EPS

Revisado: \_\_\_\_\_ Aprobado: \_\_\_\_\_ Grabado: \_\_\_\_\_ Validado: \_\_\_\_\_

CAJA DE PREVISION SOCIAL DE COMUNICACIONES

000016

C A P R E C O M E. P. S.

EL SUSCRITO JEFE DE REGISTRO Y CONTROL CAPRECOM E.P.S. REGIONAL SANTAFE DE BOG

CERTIFICA

Que el Senor(a) BLANCA MARINA BUITRAGO MURCIA \* Identificado con Cedula de Ciudadania Nro. 41474057 Nro. de Radicacion 1103 se encuentra afiliado a la entidad AGRUPACION INDEPENDIENTES NIT: 888888888888 para disfrutar los SERVICIOS DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD.

Que su grupo familiar esta conformado por:

Cedula	Nombres y Apellidos	Parentesco	I.P.S.
41474057	BLANCA MARINA BUITRAGO MURCIA	COTIZANTE	CENTRO MEDICO No 3 - CA
Telefonos: 3200100 -		Direccion: Av. 46 No. 19-60 BARRIO PALERMO	
Plan Complementario :	SIN PLAN	Categoria :	B

DADA EN SANTAFE DE BOGOTA D.C Julio 08 de 1999

VIGENCIA DE 60 DIAS A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICION.

Autorizado por : ESTHER EMILIA NARANJO BAYONA

# FORMULARIO DE VINCULACION O ACTUALIZACION AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

NUMERO RADICACION

FECHA

SECCIONAL PROMOTORA

SOCIAL

DEPENDIENTE  INDEPENDIENTE

## GENERALIDADES DEL AFILIADO O SOLICITANTE

NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE	
E <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> DV <input type="checkbox"/>		Buitrago		Mauricia		Blanca	
SEXO		NACIONALIDAD		DIRECCION RESIDENCIA		MUNICIPIO	
M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>		Colomb.		Trans. 5 Este # 15A-32 Aptos		Soacha	
OCUPACION U OFICIO				CODIGO		SALARIO INTEGRAL	
Independiente						SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	
						ES EMPLEADOR	
						SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	
						\$ 47	

## TRASPASO O ENTIDAD AGRUPADORA

NOMBRE		NOMBRE O RAZON SOCIAL		SUCURSAL	
E <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> DV <input type="checkbox"/>					
DIRECCION			MUNICIPIO		DEPARTAMENTO

## DE BENEFICIARIOS

TIPO DOC.	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	SEXO	FECHA
				M F	D I
				M F	D I
				M F	D I
				M F	D I
				M F	D I
				M F	D I

## OPCION A PENSIONES

TIPO NOVEDAD		SI MARCO TRASLADO INDIQUE ADMINISTRADORA DE PENSIONES ANTERIOR	
<input checked="" type="checkbox"/> TRASLADO DE REGIMEN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> TRASLADO DE ENTIDAD DIFERENTE <input type="checkbox"/>		HA COTIZADO MAS DE 150 SEMANAS A LAS CAJAS O FONDOS <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	
CUAL REGIMEN		TARIFA CON LA QUE DEBE COTIZAR AL REGIMEN	
		%	
HAGO CONSTAR QUE LA ELECCION DEL REGIMEN SOLIDARIO DE PRIMA MEDIA CON PRESTACIONES DEFINIDA LA HE EFECTUADO EN FORMA LIBRE, ESPONTANEA Y SIN PRESIONES, MANIFIESTO QUE HE ELEGIDO AL INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES PARA QUE ADMINISTRE MIS APORTES PENSIONALES Y QUE LOS DATOS PROPORCIONADOS EN ESTA SOLICITUD SON VERDADEROS.		FIRMA DEL SOLICITANTE Blanca	
EN TODO QUE LOS ANTECEDENTES DEL TRABAJADOR PRESENTE DOCUMENTO SON LOS QUE CORRESPONDEN ME HA SIDO SUMINISTRADA.		NOMBRE Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA	
		FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA	

RESOLUCION DE LA COMISION DE PENSIONES Y COTIZACIONES NIT. 96045070-10

FESR S.A. NIT. 890.32

LEER LAS INSTRUCCIONES QUE SE ENCUENTRAN AL RESPALDO ANTES DE DILIGENCIAR ESTE FORMULARIO

**EMPLADOR**



HOSPITAL PABLO VI BOSA - Empresa Social del Estado

001032

VERIFICACION DE REFERENCIAS HOJA DE VIDA

NOMBRE DEL ASPIRANTE: Blanca Hanna Buitrago Morera
CARGO SOLICITADO: Secretaria AREA: Recursos Fisicos
CECULA DE CIUDADANIA: 41 494.057

PASADO JUDICIAL No. LIBRETA MILITAR :

a) REFERENCIA LUGAR DE RESIDENCIA TELEFONO (S) RESIDENCIA : 7214848
Presentación del Referenciador: DIRECCION I ran Este # 15A-32
¿ Hace cuanto tiempo conoce Usted al aspirante ? : Siempre
¿ Hace cuanto tiempo vive allí ? : 12 años
¿ Cual es su parentesco ? :

Verificación de dirección y barrio : Dirección: focus Este #15 #32 Barrio: San Carlos

b) REFERENCIAS PERSONALES TELEFONO 3429738 DIRECCION Cra 7 # 21-24,
¿ Hace cuanto tiempo conoce Usted al aspirante ? : 6 años
¿ Cual es su parentesco ? : Conocida

¿ Como recomendaría a esa persona ? :

- Mala
Regular
Buena
Exelente

y ¿ Por que ? Responsable, Buena Persona.

c) REFERENCIAS FAMILIARES TELEFONO DIRECCION
¿ Cual es su parentesco ? : no tiene

¿ Como recomendaría a esa persona ? :

- Mala
Regular
Buena
Exelente

d) REFERENCIAS LABORALES UNO (1) TELEFONO DIRECCION Calle 34 # 27-30

RECURSOS HUMANOS DE LA EMPRESA :

Nombre del Jefe de Recursos Humanos o Jefe Inmediato : Jorge Eliecer Pastran

1) Cual era el cargo que desempeñaba el Sr. De la referencia : Asistente Administrativo

2) Cuanto tiempo trabajó con la institución : 6 años

3) Como fue su desempeño :

- a). Mala
b). Regular
c). Buena
d). Exelente

4) Motivo de Retiro : Voluntario

f) REFERENCIAS LABORALES DOS (2) TELEFONO DIRECCION

RECURSOS HUMANOS DE LA EMPRESA :

Nombre del Jefe de Recursos Humanos o Jefe Inmediato :

1) Cual era el cargo que desempeñaba el Sr. De la referencia :

2) Cuanto tiempo trabajó con la institución :

3) Como fue su desempeño :

- a). Mala
b). Regular
c). Buena
d). Exelente

4) Motivo de Retiro :

Verificación de datos realizado por :

Nombre :

Cargo :

Area: Fecha:

**LA SUSCRITA JEFE OFICINA ASESORA JURIDICA  
DE LA PERSONERIA DE BOGOTA D.C.**

No. 164328  
Pag. 1 de 1

**CERTIFICA**

Que el señor(a) BUITRAGO MURCIA BLANCA MARINA DEL ROSARIO  
Quien se identifica con la cedula de ciudadanía No: 41474057 (CUARENTA Y UN MILLON  
CUATROCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL CINCUENTA Y SIETE) de BOGOTA D C.

**No registra antecedentes disciplinarios durante los últimos cinco (5) años, según revisión que a la fecha se efectuó al banco de datos que contiene las anotaciones o sanciones disciplinarias e inhabilidades que reportan las Entidades Distritales y las dependencias de la Personería de Bogotá con atribuciones disciplinarias.**

Expedida en Bogotá, D.C. hoy, Seis (06) de DICIEMBRE del año Dos Mil Once - 2011, 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.

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

**El certificado de antecedentes contiene 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. (Ley 734 de 2002 , art. 174).**

**ADVERTENCIA: 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 (art. 38 Num 2 Ley 734 de 2002).**

**CERTIFICADO EXPEDIDO SIN COSTO ALGUNO**

  
**JACQUELINE OROZCO TORO**  
Jefe Oficina Asesora de Jurídica

Este Certificado esta firmado digitalmente, para verificar su validez comuníquese con la Personería de Bogotá D.C.

**LA SUSCRITA JEFE DE LA OFICINA ASESORA JURÍDICA  
DE LA PERSONERÍA DE BOGOTÁ, D.C.**

No.	253566
Pag.	1 de 1

**CERTIFICA**

Que el (la) señor (a) BUITRAGO MURCIA BLANCA MARINA DEL ROSARIO, quien se identifica con la cédula de ciudadanía No: 41.474.057 (CUARENTA Y UN MILLON CUATROCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL CINCUENTA Y SIETE) de BOGOTA D C.

**No registra antecedentes disciplinarios durante los últimos cinco (5) años. Según revisión que a la fecha se efectuó al banco de datos que contiene las anotaciones o sanciones disciplinarias e inhabilidades que reportan las Entidades Distritales y las dependencias de la Personería de Bogotá con atribuciones disciplinarias.**

Expedida en Bogotá, D.C., hoy, Ventiocho (28) de noviembre del año Dos Mil Doce - 2012, 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.

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

**El certificado de antecedentes contiene 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. (Ley 734 de 2002 , art. 174).**

**ADVERTENCIA: 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 (art. 38 Num 2 Ley 734 de 2002).**

**CERTIFICADO EXPEDIDO SIN COSTO ALGUNO**

  
**DIANA CAROLINA GUTIÉRREZ PÉREZ**  
**JEFE OFICINA ASESORA JURIDICA**

Este Certificado esta firmado digitalmente, para verificar su validez comuníquese con la Personería de Bogotá D.C.

**EL SUSCRITO JEFE DE LA OFICINA ASESORA JURÍDICA  
DE LA PERSONERÍA DE BOGOTÁ, D.C.**

No. 321240  
Pag. 1 de 1

**CERTIFICA**

Que el (la) señor (a) BUITRAGO MURCIA BLANCA MARINA DEL ROSARIO, quien se identifica con la cédula de ciudadanía No: 41.474.057 (CUARENTA Y UN MILLON CUATROCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL CINCUENTA Y SIETE) de BOGOTA D C.

No registra antecedentes disciplinarios durante los últimos cinco (5) años. Según revisión que a la fecha se efectuó al banco de datos que contiene las anotaciones o sanciones disciplinarias e inhabilidades que reportan las Entidades Distritales y las dependencias de la Personería de Bogotá con atribuciones disciplinarias.

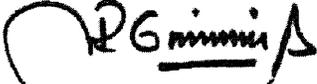
Expedida en Bogotá, D.C., hoy, Diez (10) de diciembre del año Dos Mil Trece - 2013, de conformidad con el artículo 102 numeral 5 del Decreto Ley 1421 de 1993, Ley 734 de 2002 y las Resoluciones Nos. 328 del 27 de junio de 2002, 042 del 14 de febrero de 2003 y 616 del 10 de noviembre de 2004 de la Personería de Bogotá, D.C.

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

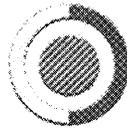
El certificado de antecedentes contiene las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. (Ley 734 de 2002, art. 174).

**ADVERTENCIA:** 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 (art. 38 Num 2 Ley 734 de 2002).

**CERTIFICADO EXPEDIDO SIN COSTO ALGUNO**

  
**OMAR ROBERTO GÓMEZ BARRERA**  
*Jefe Oficina Asesora de Jurídica*

Este Certificado esta firmado digitalmente, para verificar su validez comuníquese con la Personería de Bogotá D.C.



CONTRALORÍA  
GENERAL DE LA REPÚBLICA

## LA CONTRALORA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCION COACTIVA

### CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', Boletín No. 67 con corte a 30 de septiembre de 2011, hoy martes 6 de diciembre de 2011, a las 13:59:36, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO.

Tipo Documento	C.C.
No. Identificación	41.474.057
Código de Verificación	1774106692011

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado.

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.

Este documento tiene vigencia hasta la publicación del Boletín número 68, en la Página Web de la Entidad, la cual se efectuará en el mes de Enero de 2012.

CLAUDIA CRISTINA SERRANO EVERS

Con el Código de Verificación puede constatar la autenticidad del Certificado.

Comuníquese 3537700 Ext 3205-7623 Nivel Central o en las Gerencias de cada Departamento -- [www.contraloriagen.gov.co](http://www.contraloriagen.gov.co)



## EL CONTRALOR DELEGADO PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

### CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 28 de noviembre de 2012, a las 8:3:11, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	C.C.
No. Identificación	41.474.057
Código de Verificación	1245868682012

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado.

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.

**JAVIER ALONSO LASTRA FUSCALDO**



## CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

14:24:13

Hoja: 1 de 1

CERTIFICADO ORDINARIO

No. 31376972

Bogotá DC, 6 de diciembre de 2011

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) BLANCA MARINA DEL R BUITRAGO MURCIA identificado(a) con Cédula de ciudadanía No. 41474057 :

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

#### 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 )

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

#### ATENCIÓN :

ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 1 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 DC  
www.procuraduria.gov.co



## EL CONTRALOR DELEGADO PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

### CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 10 de diciembre de 2013, a las 10:48:17, el número de identificación, relacionado a continuación, ~~NO~~ SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	C.C.
No. Identificación	41.474.157 /
Código de Verificación	10896451692013

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado.

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.

**JAVIER ALONSO LASTRA FUSCALDO**



## CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

09:17:26

Hoja: 1 de 1

CERTIFICADO ORDINARIO  
No. 41708292

Bogotá DC, 28 de noviembre de 2012

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) BLANCA MARINA DEL R BUITRAGO MURCIA identificado(a) con Cédula de ciudadanía No. 41474057 :

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

### 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)

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

### ATENCIÓN :

ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 1 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 DC  
www.procuraduria.gov.co



## CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

### CERTIFICADO ORDINARIO No. 52196055



WEB

10:50:59

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 10 de diciembre del 2013

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 MARINA DEL ROSARIO BUITRAGO MURCIA identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 41474057:

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. 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 DE LA PGN, EN EL LINK [HTTP://WWW.PROCURADURIA.GOV.CO/PORTAL/ANTECEDENTES.HTML](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.

República de Colombia  
Departamento Administrativo de Seguridad  
**Certificado Judicial**

El Departamento Administrativo de Seguridad certifica:

Que a la fecha viernes 17 junio 2011 BLANCA MARINA DEL ROSARIO BUITRAGO MURCIA  
con Cédula de Ciudadanía N° 41474057 de Bogotá D. C.

**NO REGISTRA ANTECEDENTES**

de acuerdo con el art. 248 de la Constitución Política de Colombia.

**Código de Verificación: 865293610947**

Para verificar la autenticidad del presente certificado, deberá ingresar a [www.certificadojudicial.gov.co](http://www.certificadojudicial.gov.co)  
al servicio "Consultar Certificado Judicial".

Haciendo más fácil tu relación con el Estado | Todos los Derechos Reservados 2011 ©

Última actualización Lunes, 16 de Enero de 2012

Síguenos en >    

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL  
POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA

Inicio

Institución

Contáctenos

### Consulta en línea de Antecedentes Judiciales

#### La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 04/12/2012 el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N° 41474057 y Nombres: BUITRAGO MURCIA BLANCA MARINA DEL R

#### **NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**

de acuerdo con el art. 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 cédula correspondan con el documento de identidad suministrado.

Si tiene alguna duda con el resultado, por favor acérquese a las instalaciones de la Policía Nacional más cercanas.

[Volver al Inicio](#)

[Manual de Navegación](#)

[Políticas de Seguridad](#)

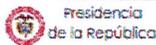
[Políticas de Privacidad y Uso](#)

[Mapa del Sitio](#)

[LOGIN](#)

POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA  
Carrera 59 N° 26-21. CAN. Bogotá DC  
Atención administrativa de lunes a viernes de 8am a 12pm y 2pm a 5pm  
Requerimientos ciudadanos 24 horas  
Línea de Atención al Ciudadano Bogotá: (571) 3159111/9112 - Resto del país: 018000 910 400  
FAX (571) 3159581 - E-mail: [lineadirecta@policia.gov.co](mailto:lineadirecta@policia.gov.co)

Prosperidad  
para todos



Presidencia  
de la República



Ministerio  
de Defensa



Gobierno  
en Línea



Portal Único  
de Contratación



**Todos los derechos reservados 2011.**






REPÚBLICA DE COLOMBIA  
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL  
**POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA**

[Inicio](#)      [Institución](#)      [Contáctenos](#)

**Consulta en línea de Antecedentes y Requerimientos Judiciales**

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que a la fecha, 09/12/2013 a las 09:55:46 el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N° 41474057 y Nombres: BUITRAGO MURCIA BLANCA MARINA DEL R **NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES** de acuerdo con el art. 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 cédula correspondan con el documento de identidad suministrado.

Si tiene alguna duda con el resultado, por favor acérquese a las instalaciones de la Policía Nacional más cercanas.

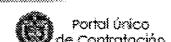
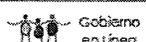
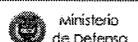
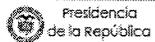
Esta consulta solo es válida para el territorio colombiano obedeciendo a los parámetros establecidos en el ordenamiento constitucional.

[Volver al Inicio](#)

[Solicitudes, Quejas, Reclamos](#)

[Manual de Navegación](#)    [Políticas de Seguridad](#)    [Políticas de Privacidad y Uso](#)    [Mapa del Sitio](#)    [LOGIN](#)

POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA  
Carrera 59 N° 26-21, CAN, Bogotá DC  
Atención administrativa de lunes a viernes de 8am a 12pm y 2pm a 5pm  
Requerimientos ciudadanos 24 horas  
Línea de Atención al Ciudadano Bogotá: (571) 3159111/9112 - Resto del país: 018000 710 600  
FAX (571) 3159581 - E-mail: [lineadirecta@policia.gov.co](mailto:lineadirecta@policia.gov.co)



**Todos los derechos reservados 2011.**



**BLANCA MARINA DEL ROSARIO  
BUITRAGO MURCIA**

**C.C. 41.474.057 DE BOGOTA**

**CUENTA DE AHORROS**

**BANCOLOMBIA**

**NUMERO20265698875**



Formulario del Registro Único Tributario  
Hoja Principal

001

Espacio reservado para la DIAN



2. Concepto 0 9

Solicitud de actualización de datos de ident

4. Número de formulario

14108658923



(415)7707212489984(8020) 000001410865892 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

4 1 4 7 4 0 5 7 - 2

6. DV

2

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:

4 1 4 7 4 0 5 7

27. Fecha expedición:

1 9 7 1 0 7 1 5

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País:

1 6 9

29. Departamento:

Bogotá D.C.

30. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

MAGO

32. Segundo apellido

MURCIA

33. Primer nombre

BLANCA

34. Otros nombres

MARINA DEL ROSARIO

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:

COLOMBIA

39. Departamento:

Cundinamarca

40. Ciudad/Municipio:

Soacha

7 5 4

Dirección

TV 5 ESTE 15 A 32 BL B 13 AP 503

42. Correo electrónico:

43. Apartado aéreo

44. Teléfono 1:

7 2 1 4 5 4 8

45. Teléfono 2:

7 7 9 9 8 0 0

CLASIFICACION

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

Actividad secundaria

Otras actividades

52. Número establecimientos

46. Código:

7 4 9 9

47. Fecha inicio actividad:

1 9 9 9 0 1 0 1

48. Código:

49. Fecha inicio actividad:

50. Código:

1

2

51. Código

0

Responsabilidades

53. Código:

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

12- Ventas régimen simplificado

Usuarios aduaneros

Exportadores

54. Código:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos:

SI

NO

60. No. de Folios:

61. Fecha:

2 0 0 9 0 7 0 8

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

Artículo 15 Decreto 2788 del 31 de Agosto de 2004.

Firma del solicitante:

Blanca Marina Benítez

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada

983. Nombre

CASTRO CARREÑO CARLOS ALBERTO

984. Cargo:

Analista I



Formulario del Registro Único Tributario  
Hoja Principal

001

Espacio reservado para la DIAN



2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14269609521



(415)7707212489984(8020) 000001426960952 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 4 1 4 7 4 0 5 7 - 2  
6. DV 2  
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: 4 1 4 7 4 0 5 7  
27. Fecha expedición: 1 9 7 1 0 7 1 5  
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 BUITRAGO  
32. Segundo apellido MURCIA  
33. Primer nombre BLANCA  
34. Otros nombres MARINA DEL ROSARIO  
35. Razón social:  
36. Nombre comercial:  
37. Sigla:

UBICACION

38. País: COLOMBIA 1 6 9  
39. Departamento: Cundinamarca 2 5  
40. Ciudad/Municipio: Soacha 7 5 4

41. Dirección: TV 5 ESTE 15 A 32 BL B 13 AP 503 CON SAN CARLOS  
42. Correo electrónico: contabilidadhospitalpablovibosa@gov  
43. Apartado aéreo  
44. Teléfono 1: 3 0 4 4 6 9 4 5 6 3  
45. Teléfono 2: 7 7 9 9 8 0 0

CLASIFICACION

Actividad económica				Ocupación		
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		52. Número establecimientos
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código:	51. Código:	
8 2 9 9	2 0 1 4 0 1 0 2			1 2	4 1 2 3	0

Responsabilidades

53. Código: 1 2

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

12- Ventas régimen simplificado

Usuarios aduaneros

54. Código: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3
		57. Modo		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		58. CPC		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexo: SI  NO   
60. No. de Folios: 2  
61. Fecha: 2 0 1 4 0 1 0 2

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

Artículo 15 Decreto 2788 del 31 de Agosto de 2004.

Firma del solicitante:

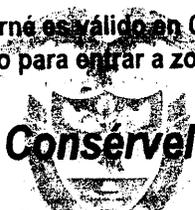
- Blanca Maria Buitrago

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre TOCANCHON PEÑA MARTHA CECILIA  
985. Cargo: Gestor I

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



**Consérvelo**

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

Libertad y Orden

**POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO**



Ministerio de la Protección Social  
República de Colombia



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Libertad y Orden **Certificado de Vacunación del Adulto**

Nombres:	Blanca Mariana		
Apellidos:	Buitrago		
Documento de Identidad:	<input checked="" type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> PASA PORTE	No. 41474057	
Fecha de Nacimiento:	Día: 13	Mes: 04	Año: 1947

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza	23-Agosto/2007		1 año	H. Pablo VI
	15-Mayo-09			
Otras	Neumococ = 15-Mayo-09			

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

**Consérvelo**

En caso de requerir el Certificado Internacional de Vacunación,  
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

Nombres: **Blanca Marina**  
Apellidos: **Buitrago Murcia**  
Documento de identidad: C.C.X T.I. Pasaporte No. **41474 057**  
Fecha de Nacimiento: Día. **13** Mes. **04** Año. **1947**

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza		<b>6-DIC/2011</b>	<b>UH385AC DC-31/2011</b>	<i>[Signature]</i>
Otras				

LA SUSCRITA JUEZ SEXTA DE ORDEN PUBLICO DE BOGOTA

000006

C E R T I F I C A

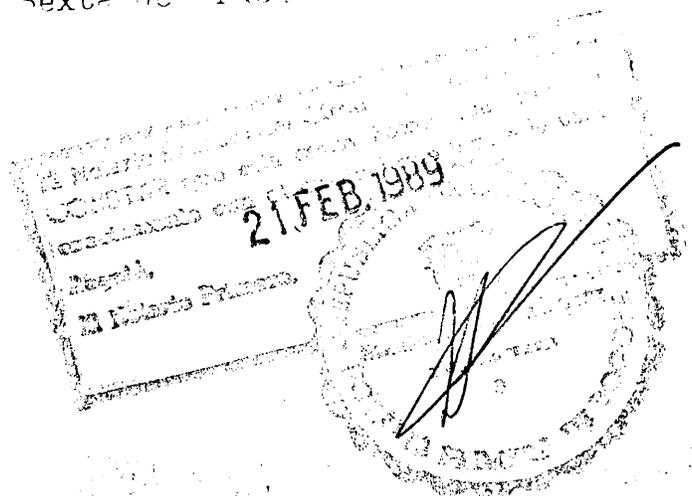
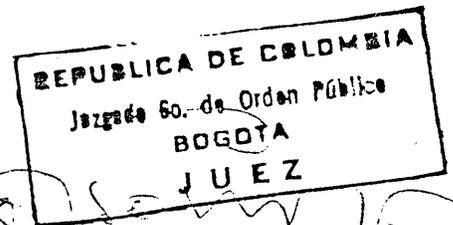
Que BIANCA MARTINA BUITRAGO MURCIA, identificada con la C.de C. No.411474.057 expedida en Bogotá, laboró en este Juzgado como Escribiente grado siete ( 7 ) del veintiseis ( 26 ) de Diciembre de mil novecientos ochenta y ocho ( 1988 ) hasta el diez ( 10 ) de Febrero de mil novecientos ochenta y nueve ( 1989 ) , por motivo a encargo en unas vacaciones.

Se expide la presente, a petición verbal de la interesada, hoy diez y seis ( 16 ) de febrero de mil novecientos ochenta y nueve ( 1.989 ) en Bogotá, D.E.

Atentamente,

  
CARLOTA OSORIO PARDO

Juez Sexta de Orden Público



JUZGADO PROMISCO MUNICIPAL  
SAN MIGUEL DE SEMA

LA SUSCRITA JUEZ PROMISCO MUNICIPAL DE SAN MIGUEL DE SEMA (Boy), 006005

C E R T I F I C A :

QUE BLANCA MARINA BUITRAGO MURCIA, laboró en este despacho como AUXILIAR DE OFICINA JUDICIAL I, desde el día veinte de mayo de mil = novecientos sesenta y siete hasta el día treinta de mayo de mil novecientos = sesenta y ocho. Para constancia se expide la presente a los treinta (30) días del mes de noviembre de mil novecientos ochenta y nueve.

*Claudia E. Zamudio P.*  
CLAUDIA ELIZABETH ZAMUDIO PUERTO  
JUEZ PROMISCO MUNICIPAL.





EL SUSCRITO JUEZ TREINTA Y OCHO PENAL MUNICIPAL DE BOGOTA

C E R T I F I C A

Que BLANCA MARINA BUITRAGO MURCIA, identificada con la C.de C.No.41.474.057 expedida en Bogotá, laboró en este Juzgado como escribiente 1º del 5 al 28 de Febrero del corriente año, por motivo a una Licencia por enfermedad del señor Alvaro Vásquez de la Hoz. Se expide la presente hoy tres (3) de Marzo de mil novecienos ochenta y siete (1987) a solicitud de la interesada y con destino a la Pagaduría de la Rama Judicial.

Atentamente,

*[Handwritten Signature]*

SILVESTRE BARRERA SANCHEZ

Juez 38 Penal Municipal

*Como Notario 15 de este Circuito  
hego constar que esta fotocopia  
coincide con su original que he  
tenido a la vista:*

Bogotá, D. E. 1987

GUILLERMO PEÑA PAEZ  
NOTARIO QUINCE

*[Handwritten Signature]*



REPUBLICA DE COLOMBIA



CONCEJO DE SANTA FE DE  
BOGOTA, DISTRITO CAPITAL

NIT. 899.999.061-0  
TELEFONO: 2688700  
FAX: 2685871  
DIRECCION: CALLE 34 No. 27-36

000002

SANTA FE DE BOGOTA, COLOMBIA

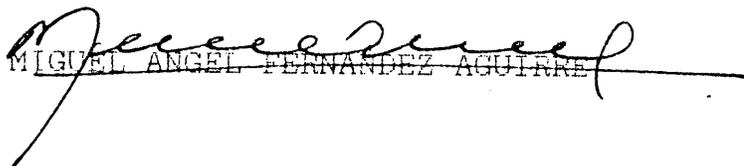
EL DIRECTOR DE RELACIONES INDUSTRIALES  
DEL CONCEJO DE SANTA FE DE BOGOTA DISTRITO CAPITAL

H A C E                      C O N S T A R :

Que consultados los archivos de la Corporación, figura que la señora BLANCA MARINA DEL ROSARIO BUITRAGO MURCIA identificada con cédula de ciudadanía número 41.474.057 es funcionaria del Concejo del Distrito Capital, nombrada mediante Resolución número 295 de septiembre de 1993, tomando posesión del cargo el 11 de octubre de 1993.

La presente se expide a solicitud de la interesada sin tachones o enmendaduras.

Santa Fe de Bogotá D.C., 29 de septiembre de 1998

  
MIGUEL ANGEL FERNANDEZ AGUIRRE

  
Eivira



**GESTION Y CALIDAD EFICIENTE CTA**  
Nuestro esfuerzo es nuestro bienestar

**EL SUSCRITO COORDINADOR DE PERSONAL DE LA  
COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO GESTION Y CALIDAD  
EFICIENTE CTA.  
NIT.830124998-9**

**CERTIFICA:**

Que el (la) señor (a) **BUITRAGO MURCIA BLANCA MARINA**, identificado (a) con cédula de ciudadanía No. **41474057** estuvo vinculado (a) a la cooperativa desde el **1 de febrero de 2007 hasta el 21 de Julio de 2.009**, desarrollando la actividad de **RECEPCIONISTA** ; en el **HOSPITAL PABLO VI BOSA E.S.E.** bajo la modalidad contractual de Acuerdo de Trabajo Asociado por Autogestión.

Se expide la siguiente certificación a solicitud del interesado (a) a los 21 días del mes de Julio del año 2009.

Cordialmente,

**LUZ EDITH CARVAJAL SAIZ**  
Coordinadora de Personal



Bogotá, D.C., 01 de Marzo de 2004

**CERTIFICA:**

Que el(la) señor(a) **BUITRAGO MURCIA BLANCA MARINA**, identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. 41.474.057 de BOGOTÁ, D.C., laboró en calidad de trabajador asociado con la Cooperativa Integral de Trabajo Asociado para la Contratación Pública y Privada **CITACONT**, desempeñando el cargo de **RECEPCION ATENCION E INFORMACION A PUBLICO Y USUARIOS** en el **Hospital Pablo VI Bosa E.S.E.**, desde el 16 de Abril de 2003 hasta el 10 de Febrero de 2004, con una Compensación Total Mensual de **SEISCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS M/CTE, (\$ 650.000.00)**.

La vinculación con **CITACONT** fue a través de un Acto Cooperativo a término indefinido.

La presente se expide a solicitud del interesado(a) a los Diez (10) días del mes de Febrero de 2004

Cordialmente,

**RAFAEL GALVIS PINEDA**  
Gerente

## CERTIFICACION

La suscrita Jefe de Recursos Humanos de la Cooperativa de Trabajo Asociado NUSIL C.T.A.

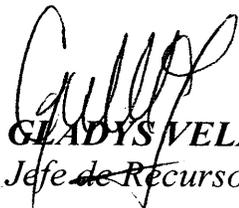
### CERTIFICA

Que **BLANCA MARINA BUITRAGO MURCIA**, identificado(a) con la cédula de ciudadanía 41474057, estuvo vinculado(a) a la Cooperativa de Trabajo Asociado NUSIL C.T.A. desde el 1-Sep-2004 hasta el 30-Ene-2005.

Que entre **BLANCA MARINA BUITRAGO MURCIA** y la Cooperativa de Trabajo Asociado NUSIL C.T.A. existió un convenio de trabajo asociado en el que el Asociado se obligaba en forma especial a trabajar de acuerdo con las exigencias de LA COOPERATIVA, en función del contrato de prestación de servicios celebrado entre LA COOPERATIVA y EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL PABLO VI BOSA cuyo objeto es la prestación de servicios médicos y asociados.

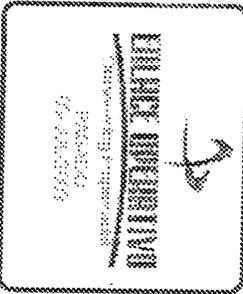
Que el cargo que **BLANCA MARINA BUITRAGO MURCIA** desempeño en la Cooperativa de Trabajo Asociado NUSIL C.T.A. fue RECEPCION, ATENCIÓN E INFORMACION A PUBLICO Y USUARIOS devengando unos ingresos totales últimos de \$729.005.

La presente certificación se expide en la ciudad de Bogotá D. C., hoy Martes 1 de Febrero de 2005, por solicitud del Asociado.



**GLADYS VELANDIA MORENO**  
Jefe de Recursos Humanos

**NUSIL C.T.A.**  
NIT. 830111387-2



# COMPROBANTE POR AFILIADO

Fecha de Creación

Lunes, 06 julio 2009 13:21:54

Periodo

200906

Planilla Nro:

4861336

<b>I. DATOS DEL</b>		Razón		GESTION Y CALIDAD EFICIENTE C.T.A.		Periodo		200906		Planilla Nro:		4861336	
Documento:		NI 830124998		0PRINCIPAL		Dirección :		DIAGONAL 83 27 51 OFICINA 104		Teléfono:		7535361	
Tipo Aportante :		JURIDICA		Forma		SUCURSAL		Total Afiliados:		1		Departamento	
Ciudad:		SANTA FE DE BOGOTA		Departamento		D.C.		Identificación		C7222384			
Representante		PARDO PEREZ JAVIER											

<b>II. DATOS DEL AFILIADO:</b>																
Documento	CC	41474057	Extranjero	Residente	BUITRAGO		MURCIA		Nombres y Apellidos		BLANCA	MARINA	Código Ciudad-Departamento	11	001	
Tipo Cotizante :	31	00														
Días AFP	30	Días EPS :	30	Días ARP	30	Días CCF :	30	Novedades								
Salario :	496,900		Salario Integral												IRP(0)	

<b>III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:</b>	
Código AFP :	25-11
Código AFP Traslado :	
<b>INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES I.S.S. PENSIONES</b>	
IBC AFP :	497,000
Total Cotización AFP :	79,520
Fondo Solid. Pensional (Cuenta Solidaridad)	0
Fondo Solid. Pensional (Cuenta	0
Código CCF :	CCF24
<b>CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR</b>	
IBC CCF :	497,000
Aporte CCF :	19,900

Código EPS :	EPS017
Código EPS Traslado :	
<b>ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMILIAR LIMITADA CAFAM.</b>	
IBC EPS :	497,000
Aporte EPS :	62,125
<b>ARP SURA (ANTES SURATEP)</b>	
IBC ARP :	497,000
Aporte ARP :	2,600

<b>IV. PARAFISCALES:</b>	
IBC SENA e ICBF	497,000
Aporte ICBF :	14,910
Aporte SENA :	9,940





MEDICINA OCUPACIONAL - AUDIOMETRÍA - OPTOMETRÍA - ESPIROMETRÍA - VALORACIÓN PSICOTÉCNICA - PSICOMETRÍA - LABORATORIO CLÍNICO - ASESORÍA OCUPACIONAL

Av. Carrera 30 No. 46-86 Teléfonos: 7444003 - Barrio Belalcazar - Bogotá D.C.  
www.ocupacionaljbt.com

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL



EXAMEN DE:	INGRESO	FECHA:	9/12/2013 10:32:53 AM	EMPRESA:	PARTICULAR
NOMBRE:	BLANCA MARINA DEL ROSARIO BUITRAGO MURCIA	CEDULA:	41474057	CARGO:	CONTRATISTA

CONCEPTO APTITUD (No aplica para examen de retiro)

	SI		SI
APTO	X	APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS	
APTO PARA TRABAJAR COMO BRIGADISTA		APTO PARA MANIPULAR ALIMENTOS	
NO APTO		PENDIENTE PARA CLINICOS	
NO APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS		NO APTO PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS	
NO APTO PARA MANIPULAR ALIMENTOS		APTO CON RESTRICCIONES	
NO APTO PARA TRABAJAR EN TEMPERATURAS ALTAS		ESPECIFIQUE:	

SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR/ASPIRANTE SE EVALUO EN LOS SIGUIENTES EXAMENES PARA CLINICOS

EXAMEN DE RETIRO (HAY SOSPECHA DE)	SI	NO	ESPECIFIQUE CUAL?
ACCIDENTE DE TRABAJO			
ENFERMEDAD PROFESIONAL			
ACCIDENTE DE TRABAJO 2			
ACCIDENTE DE TRABAJO 3			
ENFERMEDAD COMUN AGRAVADA POR EL TRABAJO			

RECOMENDACIONES

- CONTROL Y MANEJO DE TENSION ARTERIAL EN EPS, DIETA BAJA EN GRASAS, BAJA EN GRASAS, HARINAS, AZUCARES Y EJERCICIO CARDIOVASCULAR, USO DE CORRECCION VISUAL, CONTROL PERIODICO POR OPTOMETRIA EN EPS. ACTUALIZAR CORRECCION VISUAL EN USO EN EPS POR DESACTUALIZACION DE LA MISMA, USO DE MEDIAS DE COMPRESION GRADUADA PROFILACTICAS ANTIVARICES, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL Y DE COLUMNA, CONTROL PERIODICO.
- 
- 

Yo, BLANCA MARINA DEL ROSARIO BUITRAGO MURCIA identificado(a) con C.C. No. 41474057. Autorizo al medico abajo mencionado, a que se me realice de manera voluntaria el examen medico ocupacional y exámenes medicos complementarios y dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización del examen médico ocupacional y/o exámenes complementarios necesarios y referenciados en este documento. Comprendo el proposito, los beneficios, interpretación, limitaciones y riesgos del examen médico ocupacional y/o exámenes complementarios, a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información que he suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que le de JUAN BAUTISTA a la misma. Autorizo que suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para el buen cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional. Así mismo dejo constancia que recibí copia del certificado médico ocupacional.

ESTA CERTIFICACION SE EXPIDE CON BASE EN LA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL DEL PACIENTE EN LA FECHA. EL CONTENIDO DE LA HISTORIA CLINICA ES UN DOCUMENTO PRIVADO Y SOMETIDO A RESERVA DEL PRESTADOR DEL SERVICIO DE SALUD. SEGUN RESOLUCION DE SALUD, 2346 DEL M.S., RESOLUCION 1918 DEL 2009, EL DECRETO 2174 DEL 1996 Y LA LEY 80/89 DE M.S.

Médico Especialista <i>Uldarico Martínez Orozco</i> MD Especialista Salud Ocupacional C.M. 16541200 S.O.	Aspirante o Trabajador <i>Blanca Marina Buitrago</i> BLANCA MARINA DEL ROSARIO BUITRAGO MURCIA C.C. No. 41474057
---	--

FOR-PSI-02



131 X 13  
*[Handwritten signature]*

**EL LIDER DE PROYECTO DE TALENTO HUMANO (o quien haga sus veces)  
Y EL ORDENADOR DEL GASTO  
HOSPITAL PABLO VI BOSA E.S.E.**

**CERTIFICAN:**

Que es necesario celebrar una orden de prestación de servicios con **BLANCA MARINA BUITRAGO MURCIA** identificado con la C.C. No. 41474057 para:

Desarrollar las funciones de gestion telefonica que permita la adecuada comunicación a nivel interno y externo de la institucion garantizando la calidad y oportunidad de la misma. Como RECEPCIONISTA.

Estas actividades son requeridas para:

Se requiere contratar una persona para la ejecucion de las labores de atencion telefonica que permitan la adecuada comunicación a nivel interno y externo de la institucion.

Se justifica esta contratación en:

-Inexistencia de Personal de Planta.

La presente se expide en Bogotá D.C., a los 14 días del mes de Julio de 2009.



**CARMIÑA QUIROGA BONILLA**  
LIDER DE PROYECTO TALENTO HUMANO  
(O quien haga sus veces)



**GLORIA LIBIA POLANIA AGUILLON**  
GERENTE

	<b>GTH-R05A-DI-FT-545</b>	Página 1 de 1	
	<b>CARTA DE IDONEIDAD</b>	Versión: 04 Fecha: 2012-07-12	

41474057

## IDONEIDAD Y EXPERIENCIA DEL CONTRATISTA RELACIONADA CON EL OBJETO A CONTRATAR

Que el Hospital ha requerido contratar un **TECNICO** para: Prestar sus servicios como **AUXILIAR ADMINISTRATIVO** en el Hospital Pablo VI Bosa E.S.E de acuerdo a las necesidades de la Institución en las diferentes áreas

Que el servicio referido es de carácter **ADMINISTRATIVO** por cuanto las actividades a desarrollar son de dicha naturaleza y requieren grado de cognición, comprensión y concentración en temas relacionados con **SISTEMAS, DIGITACION Y ATENCION AL USUARIO**

Que se estima procedente contratar a **BLANCA MARINA DEL ROSARIO BUITRAGO MURCIA** puesto que su orientación y perfil, al igual que la experiencia demostrada, certifican la idoneidad para desarrollar el objeto para el cual va a ser contratado.

Que al momento de entregar la documentación requerida para la celebración de Orden de Prestación de Servicios el seleccionado presenta los siguientes documentos originales para la verificación de la legitimidad de las copias entregadas:

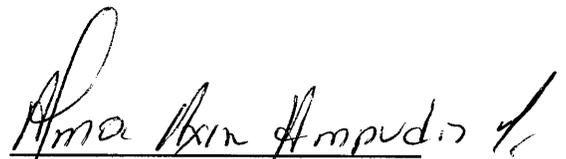
DIPLOMA Y ACTA, PAGO SGSSS, VACUNAS, CEDULA

Expedido en Bogotá D.C., el DICIEMBRE 28 DE 2012


---

 Psicóloga Talento Humano


---

 Líder Proyecto Talento Humano  
 (O quien haga sus veces)

	<b>GTH-R05A-DI-FT-559</b>	Página 1 de 274	
	<b>SOLICITUD PROCESO CONTRACTUAL PARA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES</b>	Versión: 02	
		Fecha: 2011-28-07	

41474057

**Bogotá, DICIEMBRE 28 DE 2012**

Señor(es)  
Talento Humano  
Ciudad

**Asunto:** Solicitud Elaboración Proceso Contractual para Prestación de Servicios Personales

Respetados Señor(es)

La presente tiene por objeto solicitar la elaboración del proceso contractual para la prestación del Recurso Humano en los siguientes términos:

**NOMBRE: BLANCA MARINA DEL ROSARIO BUITRAGO MURCIA**

**OBJETO:** Prestación de Servicios como **AUXILIAR ADMINISTRATIVO** en el Hospital Pablo VI Bosa E.S.E de acuerdo a las necesidades de la Institución en las diferentes áreas.

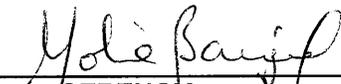
**PLAZO:** A PARTIR DE **1/2/2013**

**VALOR:** \$ **990000**

**RECOMENDACIONES ESPECIALES** (Favor relacionar las recomendaciones que se deban tener en cuenta para el perfeccionamiento del requerimiento solicitado tales como: cumplimiento de pólizas especiales, condiciones ambientales. Entre otras.)

Cordialmente

  
**SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA FINANCIERA  
Y/o SUBGERENCIA SERVICIOS ASISTENCIALES**

  
**GERENCIA (e)**



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.

## ENCUESTA COLABORADORES HOSPITAL PABLO VI

NOMBRE: Blanca Marina Buitrago Murcia

CEDULA: C.C.  C.E. No 41.474.057

FECHA DE NACIMIENTO: DIA 13 MES 04 AÑO 1947

GENERO: MASCULINO  FEMENINO

ES MADRE CABEZA DE FAMILIA: SI  NO

TIENE HIJOS: SI  NO

No DE HIJOS: 2 No DE HIJOS MENORES DE 12 AÑOS: No

DIRECCION: Trans SE de FISA-32, Bloque B13 Apt 503

TELEFONO FIJO: 7214548 CELULAR: 3044694563

CORREO ELECTRONICO: miquelo-09@hotmail.com

LOCALIDAD DE RESIDENCIA Soacha BARRIO DE RESIDENCIA: San Carlos

PRESENTA ALGUNA DISCAPACIDAD: SI  NO  CUAL:

PERTENECE A POBLACION ESPECIAL: SI  NO  CUAL:

NIVEL EDUCATIVO:

BACHILLER:

TECNICO:  EN:

TECNOLOGO:  EN:

PROFESIONAL:  EN:

ESPECIALIZACION:  EN:

OTRO:  EN:

No ACTIVIDAD ECONOMICA (RUT ACTUALIZADO): 7499

EPS: Famisanar

FONDO DE PENSIONES: Colpensiones

ARL: Colmena

FECHA DE INGRESO AL HOSPITAL: Julio 8 1999

 <b>HOSPITAL PABLO VI BOSA</b> Empresa Social del Estado	<b>GTH-R05A-DI-FT-946</b>	Página 1 de 1	 <b>Secretaría</b> <b>SALUD</b> Ministerio de Salud
	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA</b> <b>EL ACCESO A LOS REGISTROS DE LOS</b> <b>COLABORADORES</b>	Versión: 01	
		Fecha: 2013-06-24	

CC. 41.474.057

Yo **BLANCA MARINA DEL ROSARIO BUITRAGO MURCIA** Identificado como aparece al pie de mi firma, en calidad de contratista, autorizo al área de Talento Humano, líderes de proyecto, Gerencia y entes de control tanto internos como externos del Hospital Pablo VI Bosa para que tengan acceso a mis registros de carpeta de contratación con fines informativos y de verificación en el momento en que se requiera.

  
**BLANCA MARINA DEL ROSARIO BUITRAGO MURCIA**  
**41.474.057**

	<b>GJU-849-DI-FT-542</b>	Página 1 de 2	 Secretaría <b>SALUD</b>
	<b>ESTUDIOS PREVIOS PARA ÓRDENES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>	Versión: 01	
		Fecha: 2009-06-24	

## **ESTUDIOS PREVIOS PARA CONTRATAR LA PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES, ADMINISTRATIVOS Y DE APOYO A LA GESTION EN EL HOSPITAL PABLO VI BOSA E.S.E.**

### **1. NECESIDAD DE LA CONTRATACIÓN**

El Hospital Pablo VI Bosa E.S.E, para garantizar el cumplimiento de las funciones en el Área de RECURSOS FISICOS, requiere un RECEPCIONISTA para Desarrollar las funciones de gestion telefonica que permita la adecuada comunicación a nivel interno y externo de la institucion garantizando la calidad y oportunidad de la misma., que preste sus servicios, debido a que la planta de personal que actualmente existe en la Entidad no cuenta con personal vinculado para la ejecución de dicha actividad.

Por lo tanto, y con el fin de que no se interrumpa el servicio en esta dependencia y a su vez se pueda cubrir las actividades que se le asignen de acuerdo con los requerimientos de planificación, organización, coordinación y control de los servicios, procesos, planes y programas a cargo del área, se requiere la contratación de un RECEPCIONISTA para la ejecución de dichas actividades.

### **2. JUSTIFICACIÓN**

Se requiere contratar una persona para la ejecucion de las labores de atencion telefonica que permitan la adecuada comunicación a nivel interno y externo de la institucion.

#### **2.1 PLAN DE CONTRATACION**

Esta contratación se encuentra programada de acuerdo al Proyecto NOMINAS, APORTES PATRONALES Y PARAFISCALES ADMINISTRATIVA Y REMUNERACION SERVICIOS TECNICOS HOSPITAL PABLO VI BOSA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO.

### **3. CONDICIONES DE LA ORDEN DE SERVICIO A CELEBRAR**

#### **3.1. Objeto**

Desarrollar las funciones de gestion telefonica que permita la adecuada comunicación a nivel interno y externo de la institucion garantizando la calidad y oportunidad de la misma. Como RECEPCIONISTA en el Hospital Pablo VI Bosa E.S.E. y durante los horarios de atención establecidos por la institución para las diferentes áreas.

#### **3.2. Ejecución**

La ejecución de la orden de prestación de servicios será a partir de la fecha del oficio de ejecución y hasta el 30/09/2009.

#### **3.3. Obligaciones:**

1. Recepcionar y trasladar las llamadas externas (institucionales, sociales, usuarios) e internas que requieran la comunicación con los colaboradores del Hospital e información específica sobre alguna área
2. Informar y orientar telefónicamente de manera adecuada a las personas que le requieran información general sobre la institución (horarios de atención, prestación de servicios, etc)
3. Manejar el conmutador institucional, garantizando su adecuado funcionamiento.
4. Registrar en el libro institucional correspondiente las llamadas internas y externas recibidas con los datos necesarios para su control
5. Recepcionar y responder por los mensajes telefónicos externos e internos dirigidos por y a los colaboradores del Hospital.
6. Elaborar el informe sobre el registro de las llamadas recibidas y presentarlo oportunamente a la coordinación del área de Recursos Físicos, en el período estipulado.
7. Diligenciar de manera clara, completa y oportuna, los instrumentos de registro de información, que le sean encomendados para el ejercicio de su actividad
8. Coadyuvar al cumplimiento del plan de gestión institucional, a través del cumplimiento de las metas contractuales establecidas en los planes y proyectos en el área asignada.
9. Promover el cuidado y custodia del patrimonio institucional y responder por los

elementos dados a su responsabilidad.10. Conocer, promover y aplicar las Normas de Gestión Ambiental, residuos hospitalarios, manual de higiene y seguridad industrial, programa de salud ocupacional, planes de emergencia, para proteger la salud en el trabajo aplicando las técnicas de Bioseguridad.11. Formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones 12. Desarrollar las demás actividades que le sean asignadas y afines al objeto institucional requerido.

**3.4. Lugar de ejecución**

El lugar de ejecución será en el Hospital Pablo VI Bosa E.S.E., y los demás sitios que señale el interventor por necesidades del objeto contratado.

**4. IDENTIFICACION DE LA ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS A CELEBRAR.**

El contrato a celebrar es una orden de prestación de servicios de apoyo a la gestión de conformidad con lo establecido en el manual de contratación interno del Hospital Pablo VI Bosa E.S.E. (Acuerdo 000 de 2001) proceso de selección que se realiza por el mecanismo de contratación directa, sin ser necesario la obtención de varias ofertas.

\_\_\_\_\_  
 Subgerencia o Gerencia  
 Área Responsable

\_\_\_\_\_  
 Subgerente Administrativo y Financiero  
 Área que Requiere

## CERTIFICACIÓN

**BLANCA MARINA BUITRAGO MURCIA**, identificado como aparece al pie de mi firma, por medio de la presente certificación, manifiesto bajo la gravedad del juramento que no me hallo incurso en ninguna de las causales de inhabilidad ni incompatibilidad previstas en la Ley, para celebrar orden de prestación de servicios con el **HOSPITAL PABLO VI BOSA E.S.E.**,

La presente certificación la expido a los catorce (14) días del mes de Julio de 2009.

Atentamente,

  
**BLANCA MARINA BUITRAGO MURCIA**  
C.C. No. 41474057



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.

41.474.057

**LA SUSCRITA LIDER DE PROYECTO DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE TALENTO HUMANO DEL  
HOSPITAL PABLO VI BOSA E.S.E.**

**CERTIFICA**

Que de acuerdo al Manual de Funciones y Competencias Laborales, así como a la composición y distribución de la Planta de Personal del Hospital Pablo VI Bosa Empresa Social del Estado y en cumplimiento de lo establecido en el artículo 1° del Decreto 2209 de 1998 y el Acuerdo 000 de 2001 expedido por la Junta Directiva se hace necesario contratar el siguiente recurso humano:

<b>PERFIL</b>	<b>PROCESO, UNIDAD FUNCIONAL O AREA</b>
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA

Teniendo en cuenta que:

- No existe en la planta de personal el cargo para el perfil requerido
- La necesidad de un perfil con conocimientos especializados
- La insuficiencia de personal para cumplir con la actividad requerida

**CARMIÑA QUIROGA BONILLA**

Líder de Proyecto

Unidad Funcional de Talento Humano