Colombia Compra Eficiente

Aumentar el contraste UTC -5 18:42:55

Buscar por proces | Menú

Buscar...

Confirmación de registro de la entidad

Id de página:: 14001741 Ayuda

Para actualizar el registro concluya la sesión.

Felicitaciones ZORAIDA HERNANDEZ CHAVEZ,

ZORAIDA HERNANDEZ CHAVEZ con el NIT 52132256 creada

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

Haga clic aquí para continuar >

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 04-dic-2017

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
HERNANDEZ	CHAVEZ	ZORAIDA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 52132256

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO 0 D.M 0

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 31 MES DIC AÑO 1973

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: Cundinamarca

MUNICIPIO: LA PALMA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: KR46A#6809

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: Bogotá D. C.

MUNICIPIO: BOGOTA D. C.

TELEFONO: 7171977

EMAIL: zoraidahernandezchavez@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											TITULO: BACHILLER ACADEMICO
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11° X	MES DIC AÑO 1993

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO	TEMINACIÓN MES	TEMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
UN	8	X		ENFERMERO (A)	7	2009	23061
TC	4	X		TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA	12	2001	52132256

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 04-dic-2017

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE.	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: COLOMBIA
DEPARTAMENTO: Bogotá D. C.	*MUNICIPIO*: BOGOTA D. C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: atencionusuario@subredcentrooriente.gov.co	
TELÉFONOS: 3725610	*FECHA DE INGRESO*: DIA 18 MES 7 AÑO 2017	*FECHA DE RETIRO*: DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO: ENFERMERA	*DEPENDENCIA*: MEDICINA INTERNA	*DIRECCIÓN*: DG 39 SUR 3 20 ESTE	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL SAN CRISTOBAL	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: COLOMBIA
DEPARTAMENTO: Bogotá D. C.	*MUNICIPIO*: BOGOTA D. C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS: 2703980	*FECHA DE INGRESO*: DIA 13 MES 10 AÑO 2016	*FECHA DE RETIRO*: DIA 27 MES 7 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO: ENFERMERA PROFESIONAL	*DEPENDENCIA*: URGENCIAS	*DIRECCIÓN*: CALLE 22 SUR 8 A58	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL LA VICTORIA	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: COLOMBIA
DEPARTAMENTO: Bogotá D. C.	*MUNICIPIO*: BOGOTA D. C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: tecnicoapoyojuridico@subredcentrooriente.gov.	
TELÉFONOS: 3725610	*FECHA DE INGRESO*: DIA 1 MES 7 AÑO 2014	*FECHA DE RETIRO*: DIA 17 MES 4 AÑO 2017	
CARGO O CONTRATO: ENFERMERA PROFESIONAL	*DEPENDENCIA*: MEDICINA INTERNA	*DIRECCIÓN*: DIAGONAL 39 SUR No. 3 20 ESTE	

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 04-dic-2017

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL TUNAL III NIVEL	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*	*PAÍS*: COLOMBIA
DEPARTAMENTO: Bogotá D. C.	*MUNICIPIO*: BOGOTA D. C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: No especifica	
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*: DIA 1 MES 7 AÑO 2011	*FECHA DE RETIRO*: DIA 11 MES 5 AÑO 2012	
CARGO O CONTRATO: ENFERMERA PROFESIONAL	*DEPENDENCIA*: ONCOLOGIA PISO QUINTO NORTE	*DIRECCIÓN*: CARRERA 20No. 47 B35 SUR	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL VISTA HERMOSA I NIVEL	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*	*PAÍS*: COLOMBIA
DEPARTAMENTO: Bogotá D. C.	*MUNICIPIO*: BOGOTA D. C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: contacto@hospitalvistahermosa.gov.co	
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*: DIA 23 MES 7 AÑO 2010	*FECHA DE RETIRO*: DIA 15 MES 5 AÑO 2015	
CARGO O CONTRATO: ENFERMERA PROFESIONAL	*DEPENDENCIA*: URGENCIAS	*DIRECCIÓN*: CALLE 67 A SUR 18 C 12	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL ENGATIVA II NIVEL	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*	*PAÍS*: COLOMBIA
DEPARTAMENTO: Bogotá D. C.	*MUNICIPIO*: BOGOTA D. C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: juridica@hospitalengativa.gov.co	
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*: DIA 4 MES 1 AÑO 2010	*FECHA DE RETIRO*: DIA 31 MES 10 AÑO 2010	
CARGO O CONTRATO: ENFERMERA PROFESIONAL	*DEPENDENCIA*: URGENCIAS	*DIRECCIÓN*: TRANSVERSAL 100 A No. 80 50	

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
PUBLICO	7	11
PRIVADO	0	0

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 04-dic-2017

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
PARTICULAR	0	0
TOTAL	7	11

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Bogota 06 Dic 2017

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Jorge Hernández Chavez.

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

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

Hospital El Tunal

SIDEAP

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, ZORAIDA HERNANDEZ CHAVEZ

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 52132256 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

País COLOMBIA **Departamento** Bogotá D. C. **Municipio** BOGOTA D. C.

Dirección KR46A#6809 **Teléfonos** 3138441246 7171977

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,

PARA TOMAR POSESION ○ PARA RETIRARME ○ PARA ACTUALIZACION ⊗

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ○

QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 274.000.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
DAVIVIENDA	AHORROS	082561631098	TUNAL	$ 100.000,00
CODENSA	CREDITO	5907120100684355	TUNAL	$ 100.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

c)En la actualidad: **SI** ◯ **N** ⓧ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE C.C◯ C.E◯ T.I.◯	No.

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

Zoraida Hernandez

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Bogota. 04 12 2017

CIUDAD Y FECHA

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, ZORAIDA HERNANDEZ CHAVEZ
IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ◯ **T.I.** ◯ **No.** 52132256 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**
País COLOMBIA **Departamento** Bogotá D. C. **Municipio** BOGOTA D. C.
Dirección KR46A#6809 **Teléfonos** 3138441246 7171977

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,
PARA TOMAR POSESION ◯ PARA RETIRARME ◯ PARA ACTUALIZACION ⓧ
PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ◯
QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

La República de Colombia
y en su nombre

El Colegio Unidad Básica Marco Fidel Suárez

Autorizado por la Secretaría de Educación del Distrito, según Resolución No. 056 del 15 de Enero de 1990
Confiere a :

Zoraida Hernández Chávez

C.C. 52.132.256 de Bogotá

el Título de:

Bachiller Académico

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

Rector

Secretario

Dado en Santafé de Bogotá D.C. a 1 de Diciembre de 1993

Anotado al folio _____ del Libro de Registro número _____

Secretario de Educación

En _____ a _____ de _____ de 199_

Visual Gráficas Ltda.

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

COLEGIO UNIDAD BASICA
MARCO FIDEL SUAREZ
JORNADA TARDE
SANTAFE DE BOGOTA, D.C.

Inscripción S.E. 2610 Inscripción Dane 11100114200

En la Ciudad de Santafé de Bogotá, D.C. el primer (1) día del mes de Diciembre de Diciembre de 1993 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría del COLEGIO UNIDAD BASICA MARCO FIDEL SUAREZ. Institución aprobada hasta 1995 en el nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por la Secretaría de Educación del Distrito para otorgar el Título de BACHILLER ACADEMICO según Resolución No. 056 del 15 de Enero de 1990.

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

Zoraida Hernández Chávez
C.C. 52.132.256 de Bogotá

Es fiel copia tomada del Acta Original General No. 8 del 1 de Diciembre de 1993 que consta de _____ alumnos; que comienza con el nombre ACEVEDO HERNANDEZ GERMAN y se cierra con el nombre de ZAMBRANO RODRIGUEZ RAQUEL. Firmado y sellado por HECTOR ARCADIO ROMERO GUTIERREZ (Rector) y GRACIELA GONZALEZ DE OVIEDO (Secretaria).

Dada en Santafé de Bogotá, D.C. el primer (1) día del mes de Diciembre de 1993.

Firmado y Sellado

HECTOR ARCADIO ROMERO GUTIERREZ
Rector
C.C. 6.746.405 de Tunja Boyacá

GRACIELA GONZALEZ DE OVIEDO
Secretario
C.C. 41.664.486 de Bogotá

VISUAL GRAFICAS LTDA.
2682823-2442774

República de Colombia

Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C.

El Instituto de Educación no Formal

ESCUELA COLOMBIANA DE SALUD

ESCUELA COLOMBIANA ECS DE SALUD

Con autorización oficial según resolución No. 6429 de Septiembre de 1.998 emanada de la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C., y acuerdo No. 24 de Enero de 1998 del Ministerio de Salud Nacional

Teniendo en cuenta que:

Zoraida Hernández Chavez

C.C. 52.132.256 de Santafé de Bogotá, D.C.

Culminó satisfactoriamente sus estudios y cumplió con todos los demás requisitos legales y reglamentarios, le confiere el certificado de:

Técnico Laboral en Auxiliar de Enfermería

Intensidad Horaria: 1.800 Horas

En constancia de lo anterior se expide el presente certificado en la ciudad de Santafé de Bogotá, D.C. a los 14 días del mes de Diciembre de 2001

ESCUELA COLOMBIANA DE SALUD
DIRECCIÓN

Director del Instituto

ESCUELA COLOMBIANA DE SALUD
SECRETARIA

Secretario del Instituto

Anotado al Folio 618 del libro de Registro

ACTA INDIVIDUAL DE CERTIFICACION

En la ciudad de Bogotá, D. C., el día catorce (14) del Mes de diciembre de Dos Mil Uno (2.001), se reunieron con el fin de formalizar la certificación de los alumnos de último Semestre, los Suscritos Directora y Secretario de la ESCUELA COLOMBIANA DE SALUD, E. C. S., Instituto de Educación No Formal, debidamente autorizada por el Ministerio de Salud y la Secretaria de Educación Distrital, mediante Resolución No. 6429 de Septiembre de 1.998, en el salón Land Caster del Hotel Land Caster House, para otorgar el certificado de TECNICOS LABORALES EN AUXILIAR DE ENFERMERIA

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de Educación No Formal, se procedió a entregar el certificado de TECNICO LABORAL EN AUXILIAR DE ENFERMERIA al alumno cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

Nombre: Zoraida Hernández Chávez
C. C. No. 52.132.256 Santafe de Bogotá, D. C.

Es fiel copia tomada del Acta Original General No. 010 de fecha catorce (14) de diciembre de Dos Mil Uno (2.001), que consta de veintitrés (23) alumnos que comienza con ANDRADE VERGAÑO NANCY y cierra con el nombre de VELASCO RENDÓN JEIMY ESMERALDA.

Firmada y sellada por SOL CAROLINA DIAZ DAZA -. Directora
JORGE HUMBERTO CASTRO GOMEZ -. Secretario

En constancia se firma la presente, quienes intervinieron en cumplimiento a lo ordenado.

ESCUELA COLOMBIANA DE SALUD
DIRECCIÓN
Sol Carolina Diaz Daza.
DIRECTORA

ESCUELA COLOMBIANA DE SALUD
SECRETARIA
SECRETARIO

República de Colombia

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación Dic. 9/83

LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

Debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional,

teniendo en cuenta que:

Zoraida Hernández Chávez

C.C. No. 52.132.256 de Santafé de Bogotá D.C.

Aprobó los estudios programados por la Fundación y cumplió los requisitos exigidos por la Ley y los Reglamentos, le confiere el título de :

Enfermera

En testimonio de lo expuesto se expide el presente diploma que así lo acredita.

Bogotá, D. C. 17 de julio de 2009

Rector

Secretario General

Director

Tomo 5 Folio 6 Registro 18622 Fecha : 17 de julio de 2009

FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA

ACTA DE GRADO 444

En Bogotá D.C., el 17 de julio de 2009 a las 15:00 horas, convocados por Resolución 069 del 13 de los citados mes y año, se reunieron el Rector, doctor Fernando Laverde Morales, la Decana del Programa de Enfermería, doctora María Liliana Buenahora Tobar y la Secretaria General de la Fundación, doctora María Jetzabel Herrán Duarte, para presidir la ceremonia de grado de **ZORAIDA HERNANDEZ CHAVEZ** con cédula de ciudadanía Número 52132256 de Santafé de Bogotá D.C., quien cursó y aprobó las materias comprendidas en el pensum del respectivo programa, cumpliendo con los requisitos exigidos por la ley y los reglamentos, haciéndose merecedora a recibir el título de **ENFERMERA**, el cual otorga la Fundación debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional y por el Consejo Superior, mediante Acuerdo No. 013 del 26 de julio de 1995. Previa entrega del diploma, se tomó el juramento de rigor al graduando, quien prometió cumplir fielmente sus deberes para con la Patria y la Fundación ejerciendo la carrera de acuerdo con las normas de la ética y moral profesional. Agotado el orden del día, la sesión se dio por terminada y se firmó el acta por quienes en esta intervinieron. Anotado en el libro de registro de títulos Tomo 5, Folio 6, número 18622.

FERNANDO LAVERDE MORALES, Rector
MARÍA LILIANA BUENAHORA TOBAR, Decana del Programa
MARÍA JETZABEL HERRÁN DUARTE, Secretaria General.

Dada en Bogotá D.C., el 17 de julio de 2009.

MARÍA JETZABEL HERRÁN DUARTE
Secretaria General

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
Formato: Autorización Consulta Títulos Académicos	Código EGT-FT-656	Macroproceso: Estratégico Proceso: Gerencia de Talento Humano	Página: 1 de 1 Versión: 02 Fecha: 2016-05-06

Bogotá, D.C

Señores

Fundacion universitario del Area Andina.

(NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA EN LA QUE OBTUVO EL TÍTULO QUE SOPORTA EL CARGO ACTUAL)

Ref. AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA DE TÍTULOS ACADÉMICOS

Yo Foraida Hernandez chavez, en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política establece que "*todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar*" y de acuerdo con lo establecido por el literal c del artículo 4 de la ley 1581 de 2012, en el que se establecen los principios para el tratamiento de datos personales, en cuanto al principio de libertad "*el tratamiento sólo puede ejercerse con el consentimiento, previo, expreso e informado del titular. Los datos personales no podrán ser obtenidos o divulgados sin previa autorización, o en ausencia de mandato legal o judicial que releve el consentimiento…*"

De igual manera, teniendo en cuenta que la información solicitada en cuenta a datos personales en mi calidad de egresado, solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes a emitir respuesta a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE – UNIDAD CENTRO ORIENTE**, sobre la idoneidad de mi título académico como:

Enfermero Profesional.

(NOMBRE DEL TÍTULO OBTENIDO)

Cordialmente,

Firma: Foraida Hernandez chavez

No. de documento: 52132256 Bogotá

Tarjeta profesional No.: 23061

Dirección de contacto: Carrera 46A # 68-09 Sur.

Teléfono: 3138441246

LA SUSCRITA COORDINADORA DEL AREA DE CONTRATACIÓN DEL HOSPITAL EL TUNAL TERCER NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO NIT. 800209488-1

HACE CONSTAR:

Que ZORAIDA HERNANDEZ CHAVEZ, identificado (a) con Cédula de Ciudadanía Número 52132256 prestó sus servicios como ENFERMERA mediante la modalidad de Contrato de Prestación de Servicios desde el 01 DE JULIO DE 2011 HASTA EL 11 DE MAYO DE 2012, con unos honorarios mensuales de DOS MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL CUATROCIENTOS CUARENTA PESOS MONEDA CORRIENTE ($2296440), sin que esto generara relación laboral entre las partes.

Para constancia se firma en Bogotá D.C., a los Veintinueve (29) días del mes de Septiembre de Dos Mil Quince (2015) a solicitud del interesado.

MARIA NELLY RAMIREZ RIVERA
COORDINADORA DEL AREA DE CONTRATACIÓN

Elaboró: Cecilia Pérez Bautista –Asistente Administrativa

E.S.E
SAN
CRISTÓBAL
NIT. 800216538-0

LA ESE SAN CRISTOBAL

HACE CONSTAR

Que una vez revisados los archivos magnéticos que se encuentran en el área de contratación, se constata que **ZORAIDA HERNANDEZ** , identificado(a) con la **CEDULA DE CIUDADANIA N°52132256 de Bogotá** , suscribió con la ESE San Cristóbal los siguientes órdenes prestación de servicios, con total autonomía e independencia:

No de Contrato	Valor	Fecha Inicial	Fecha Final
No Contrato 3364-2015	$ 4,326,400	2015-10-13	2015-11-30
OBJETO: APOYO Y SOPORTE PROFESIONAL COMO ENFERMERA EN LOS DIFERENTES CENTROS DE ATENCION DE LA ESE SAN CRISTOBAL			
OBLIGACIONES: OBLIGACION de HACER: 1. Prestar sus servicios profesionales como enfermera en los servicios de urgencias y hospitalización, en lo relacionado con priorización, suministro de medicamentos, programación y supervisión de las actividades que realizan las auxiliares de enfermería y demás procedimientos, actividades y reportes que se deriven de la atención relacionada con su profesión según la demanda de usuarios y necesidad del Servicio, de acuerdo a la disponibilidad de tiempo teniendo en cuenta el cronograma presentado por el contratista, sujetándose a la normatividad vigente en el marco del sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud para el ejercicio de la profesión, acogiéndose las guias y protocolos definidas por la ESE San Cristóbal. Eventualmente realizar actividades de P y P en consulta externa. 2. Apoyar en el servicio de urgencias especialmente el triage con conocimiento y experiencia profesional 3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar			
No Contrato 4121-2015	$ 2,704,000	2015-12-01	2015-12-31
OBJETO: APOYO Y SOPORTE PROFESIONAL COMO ENFERMERA EN LOS DIFERENTES CENTROS DE ATENCION DE LA ESE SAN CRISTOBAL			
OBLIGACIONES: OBLIGACION de HACER: 1. Prestar sus servicios profesionales como enfermera en los servicios de urgencias y hospitalización, en lo relacionado con priorización, suministro de medicamentos, programación y supervisión de las actividades que realizan las auxiliares de enfermería y demás procedimientos, actividades y reportes que se deriven de la atención relacionada con su profesión según la demanda de usuarios y necesidad del Servicio, de acuerdo a la disponibilidad de tiempo teniendo en cuenta el cronograma presentado por el contratista, sujetándose a la normatividad vigente en el marco del sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud para el ejercicio de la profesión, acogiéndose las guias y protocolos definidas por la ESE San Cristóbal. Eventualmente realizar actividades de P y P en consulta externa. 2. Apoyar en el servicio de urgencias especialmente el triage con conocimiento y experiencia profesional 3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar			
No Contrato 610-2016	$ 8,112,000	2016-01-01	2016-03-31
OBJETO: APOYO Y SOPORTE PROFESIONAL COMO ENFERMERA EN LOS DIFERENTES CENTROS DE ATENCION DE LA ESE SAN CRISTOBAL			
OBLIGACIONES: OBLIGACION de HACER: 1. Prestar sus servicios profesionales como enfermera en los servicios de urgencias y hospitalización, en lo relacionado con priorización, suministro de medicamentos, programación y supervisión de las actividades que realizan las auxiliares de enfermería y demás procedimientos, actividades y reportes que se deriven de la atención relacionada con su profesión según la demanda de usuarios y necesidad del Servicio, de acuerdo a la disponibilidad de tiempo teniendo en cuenta el cronograma presentado por el contratista, sujetándose a la normatividad vigente en el marco del sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud para el ejercicio de la profesión, acogiéndose las guias y protocolos definidas por la ESE San Cristóbal. Eventualmente realizar actividades de P y P en consulta externa. 2. Apoyar en el servicio de urgencias especialmente el triage con conocimiento y experiencia profesional 3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar			
VALOR ADICIÓN		DIAS ADICIÓN	FIN ADICIÓN

EL HOSPITAL VISTA HERMOSA I NIVEL
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CERTIFICA:

En la base de datos del área de contratación se encontró que el (la) contratista HERNANDEZ CHAVEZ ZORAIDA, identificado(a) con CC. 52.132.256, ha suscrito los siguientes contratos de prestación de servicios:

No. Contrato	Fecha de Duración	Valor
3500	23 de julio de 2010 AL 15 de agosto de 2010	1.545.600

APOYO PROFESIONAL A LOS PROCESOS ASISTENCIALES COMO ENFERMERO DE URGENCIAS, HOSPITALIZACION Y/O PARTOS

No. Contrato	Fecha de Duración	Valor
4208	16 de agosto de 2010 AL 30 de septiembre de 2010	3.024.000
Adición 4208	01 de octubre de 2010 AL 15 de octubre de 2010	1.008.000
4947	16 de octubre de 2010 AL 15 de noviembre de 2010	2.016.000
Adición 4947	16 de noviembre de 2010 AL 30 de noviembre de 2010	1.008.000
Adición 4947	01 de diciembre de 2010 AL 10 de diciembre de 2010	672.000
5932	11 de diciembre de 2010 AL 15 de enero de 2011	2.352.000
Adición 5932	16 de enero de 2011 AL 28 de febrero de 2011	3.024.000
0745	01 de marzo de 2011 AL 30 de abril de 2011	4.225.536
1211	01 de mayo de 2011 AL 30 de septiembre de 2011	10.483.200
2748	01 de octubre de 2011 AL 15 de enero de 2012	7.338.240
0753	18 de enero de 2012 AL 31 de julio de 2012	13.628.160
2533	01 de agosto de 2012 AL 31 de octubre de 2012	6.289.920
3995	01 de noviembre de 2012 AL 31 de diciembre de 2012	4.193.280
Adición 3995	01 de enero de 2013 AL 08 de enero de 2013	559.104
0353	09 de enero de 2013 AL 31 de mayo de 2013	10.221.819
2242	01 de junio de 2013 AL 31 de julio de 2013	4.319.078
4404	01 de agosto de 2013 AL 30 de septiembre de 2013	4.319.078
7611	01 de octubre de 2013 AL 09 de octubre de 2013	647.862
7953	10 de octubre de 2013 AL 31 de octubre de 2013	1.511.677

HERNANDEZ CHAVEZ ZORAIDA, identificado(a) con CC. 52.132.256

LA JEFE DE LA OFICINA ASESORA JURIDICA DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD LA VICTORIA-SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

CON NIT 900.959.051-7

HACE CONSTAR

Que **ZORAIDA HERNANDEZ CHAVEZ,** identificado(a) con cédula de ciudadanía 52.132.256, ha prestado sus servicios como Enfermera en la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E Unidad Prestadora de Servicios de Salud La Victoria, mediante las Siguientes órdenes de prestación de servicios.

No. de Orden	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación	Termino de Ejecución	Honorarios mensuales
942/14	01/07/2014	31/12/2014	6 meses	$ 2.124.000
759/15	01/01/2015	31/12/2015	12 meses	$ 2.178.000
272/16	01/01/2016	EN EJECUCION	VIGENTE	$ 2.486.000

Esta modalidad de contratación es susceptible a prorrogarse mes a mes y está sujeta a disponibilidad presupuestal de la entidad. Para cualquier tipo de confirmación de datos comunicarse al teléfono No. 3725610 Ext. 326.

La presente no constituye certificación de cumplimiento o paz y salvo y se expide a solicitud del interesado a los veintitrés (23) días del mes de Septiembre de dos mil dieciséis (2.016)

Cordialmente,

GISELLE INGRID PAVA ARIAS
JEFE OFICINA ASESORA JURIDICA

Funcionario / Contratista	Nombre	Área	Firma
Elaborado por:	Alberd Beltran Bernal	Apoyo en Contratación	
Revisado por:	Andrea Siabato	Apoyo talento humano contratación	

HOSPITAL ENGATIVÁ
II NIVEL
Empresa Social del Estado

CONSECUTIVO No. 0071

EL ASESOR JURIDICO
DEL HOSPITAL ENGATIVA II NIVEL
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

CERTIFICA QUE:

Revisados los archivos que reposan en la oficina Jurídica se encontró que la señora **HERNANDEZ CHAVEZ ZORAIDA,** identificada con cedula de ciudadanía Nro. 52.132.256, suscribió los siguientes contratos de prestación de servicios.

CTO. NRO.	TIEMPO DE EJECUCION							VALOR
843-10	4	Enero	2010	al	30	Abril	2010	$ 6.572.000
2256-10	1	Mayo	2010	al	30	Julio	2010	$ 4.929.000
3164-10	2	Agosto	2010	al	31	Agosto	2010	$ 1.643.000
1130-10	1	Septiembre	2010	al	30	Septiembre	2010	$ 1.643.000
1758-10	1	Octubre	2010	al	31	Octubre	2010	$ 1.643.000

OBJETO: ENFERMERA. El contrato relacionado no genera vínculo laboral alguno entre el hospital y el contratista.

La presente certificación se expide a solicitud de la interesada a los veinte (20) días del mes de Enero de 2011.

Cordialmente,

JAIME HUMBERTO JURADO
Asesor Jurídico

Elaboró: Diana Rodríguez

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.132.256**
HERNANDEZ CHAVEZ
APELLIDOS

ZORAIDA
NOMBRES

Zoraida Hernandez Chavez
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **31-DIC-1971**
LA PALMA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58	**A+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

10-MAR-1993 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00639273-F-0052132256-20141111 0040967701A 1 1343130372

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA Modelo Único de Ingreso, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14267749792

(415)7707212489984(8020) 000001426774979 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 2 1 3 2 2 5 6	4	Impuestos de Bogotá	3 2

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 1 3	5 2 1 3 2 2 5 6	1 9 9 3 0 3 1 0

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
HERNANDEZ	CHAVEZ	ZORAIDA	

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CR 46 A 68 09 SUR

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
zoraidahernandezchavez@hotmail.c		7 1 7 1 9 7 7	3 1 3 8 4 4 1 2 4 6

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código:	1	2
8 6 9 2	2 0 0 3 0 4 1 4					

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI X NO

60. No. de Folios: 1

61. Fecha: 2 0 1 3 1 2 1 6

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

Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: GUERRERO MUÑOZ EVER ANDRES

985. Cargo: Punto de Contacto Presencial

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 02-03-2017
Hora: 12:38:00 PM

CONTRIBUYENTE NIT 52132256-4 HERNANDEZ CHAVEZ ZORAIDA

Información General

Dirección CR 46 A NO. 68 09 SUR

Teléfonos 3138441246

Dirección electrónica zoraidahenanderchavez@hotmail.com

Fax 0

Información de Registro

Fecha Inscripción 31/03/2009

Soporte Inscripción 12174949

Fecha Inicio Actividades 01/06/2002

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

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

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 17001797085

Fuente ICA TE TOCA

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia
A N E C
TARJETA PROFESIONAL DE ENFERMERA(O)

Zoraida Hernandez chavez



REGISTRADO

NOMBRE ZORAIDA HERNANDEZ CHAVEZ

C.C. 52.132.256 BOGOTA

UNIVERSIDAD FUND. UNIV. DEL AREA ANDINA

RUN No. 23061
REGISTRO UNICO NACIONAL DE ENFERMERA(O)

EXPEDIDO 13/NOV/2009

FECHA DE ACTUALIZACION DATOS 13/NOV/2019

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría
Salud

Resolución No 10205 *de* 19/10/2009

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D,C

Por la cual se concede una autorización para el ejercicio profesional.

EL DIRECTOR DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el Decreto 1352 de julio de 2000 del Ministerio de Salud y, Resolución No. 0833 de septiembre de 2000 expedida por el Secretario Distrital de Salud, y

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) HERNANDEZ CHAVEZ ZORAIDA Identificado(a) con CC número 52132256 expedida en SANTAFE DE BTA ha solicitado autorización del ejercicio profesional como ENFERMERO(A), según título que le otorgó la LA FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA el día 17/07/2009, acta de grado Nro. 444, Diploma Nro. 18622 y registrado en el libro 5 Folio 6 año 2009.

Que de conformidad con la Ley 50 de 1981, Articulo 2, Parágrafo 3, Acuerdo No 002 de 30 de junio de 2009 del Consejo Nacional Coordinador del Servicio Social Obligatorio, delego en la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá D,C la realización del sorteo de plazas para el cumplimiento del Servicio Social Obligatorio, el cual se realizo el dia 28/08/2009.

Que el(la) señor(a)HERNANDEZ CHAVEZ ZORAIDA ,no salió favorecido(a) con una plaza para el cumplimiento del Servicio Social Obligatorio y que de acuerdo a lo dispuesto en las normas anteriormente citadas, la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá D.C., debe autorizarle el ejercicio profesional como ENFERMERO(A).

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

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a HERNANDEZ CHAVEZ ZORAIDA identificado(a) con CC número 52132256 expedida en SANTAFE DE BTA para ejercer la profesión de ENFERMERO(A) en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D,C.

ARTICULO SEGUNDO: Para poder ejercer la profesión en zona geográfica diferente a donde se autorizo el título o certificado la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud del departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde

COMUNÍQUESE Y CUMPLASE

Dada en Bogotá, D.C. a los 19/10/2009

HERMAN REDONDO GÓMEZ.
Director de Desarrollo de Servicios.

Elaboro : Victor Sánchez
Reviso : Yudy Rodriguez
Aprobó : Sandra Charry.

Bogotá, D.C 17 07 2009
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) Zoraida Hernandez.
CC. #. 52132256 Bogota
Firma Zoraida Hernandez dla

No. 23258

REPUBLICA DE COLOMBIA
Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia
A N E C

RESOLUCION No 23061 de NOVIEMBRE 13 DE 2009
Por la cual se expide el Registro Único Profesional de Enfermería

La Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia ANEC, en uso de las facultades que le confiere el Capítulo V, artículos 13,14 y 15 de la Ley 266 de 1996,

CONSIDERANDO

A) Que, ZORAIDA HERNANDEZ CHAVEZ Identificada(o) con la cédula de ciudadanía No 52.132.256, expedida en BOGOTA, ha solicitado a esta Asociación se le expida su Registro Único Nacional para ejercer la profesión de enfermería en Colombia y su Inscripción como Enfermera(o) Registrada(o).

B) La (Él) peticionaria (o) presentó: fotocopia de la cédula de ciudadanía, original del recibo de pago de los derechos de la expedición del Registro y Tarjeta Profesional, fotocopia del título otorgado por la UNIVERSIDAD FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA de BOGOTA, expedido el 17 del mes JULIO de 2009, con lo cual se reúnen los requisitos legales para otorgarle el Registro Único Nacional.

C) LA ASOCIACION NACIONAL DE ENFERMERAS DE COLOMBIA ANEC, en uso de las atribuciones que le concede la Ley 266 de 1996, en especial el artículo 14, de conformidad con las consideraciones anteriores y después de haber estudiado la documentación presentada, según acta número 366 del 13 de NOVIEMBRE de 2.009.

RESUELVE

Artículo Único. Reconocer como en efecto se hace con el presente acto, la calidad de Enfermera(o) a ZORAIDA HERNANDEZ CHAVEZ, al tenor de los artículos 13 y 14 de la Ley 266 de 1996, otorgar el Registro como Profesional de Enfermería No 23061, su Inscripción en el libro correspondiente y expedir la Tarjeta Profesional que acredita la calidad de la Enfermera (o).

Parágrafo: La documentación aportada por el solicitante, en el caso de no ser consistente con la realidad, el Registro y la Tarjeta aquí promulgados, serán anulados oficiosamente, sin perjuicio de las acciones judiciales pertinentes.

NOTIFÍQUESE Y CUMPLASE

Dada en la oficina de la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia ANEC, a los 13 días del mes de NOVIEMBRE de 2009 en Bogotá, D.C.

BEATRIZ CARVALLO SUAREZ
Registradora Nacional ANEC

Secretaría
SALUD
ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA, D.C.

Resolución No 1971 *de* 14/02/2002

Secretaría Distrital de Salud de Santa Fe de Bogotá

Por la cual se autoriza el ejercicio de la profesión en el Territorio Nacional.

EL DIRECTOR DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

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

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) HERNANDEZ CHAVEZ ZORAIDA Identificado(a) con CC número 52132256 expedida en SANTAFE DE BTA solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según CERTIFICADO de AUXILIAR DE ENFERMERIA otorgado por LA ESCUELA COLOMBIANA DE SALUD el día 14/12/2001 y registrado en el libro XX Folio XX año XX
Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes;

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: autorizar a HERNANDEZ CHAVEZ ZORAIDA identificado(a) con CC número 52132256 expedida en SANTAFE DE BTA para desempeñarse como AUXILIAR DE ENFERMERIA en el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO: Para poder ejercer la profesión en zona geográfica diferente a donde refrendó el título o certificado la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud del departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

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

NOTIFIQUESE, Y CUMPLASE
Dada en Santa Fe de Bogotá, D.C. a los 14/02/2002

JORGE HUMBERTO BLANCO RESTREPO
Director de Desarrollo de Servicios
vrs

Bogotá, D.C Marzo 7 2002
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) Zoraida Hernandez
CC. # 52132256 Bogota
Res # 1971 fecha: 14 02 2002
Firma Zoraida Hernández

IMPRENTA DIS

A continuación diligencie la identificación para proceder a consultar si la persona se encuentra registrado en el Registro Nacional del Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *

52132256

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

El Ciudadano de la identificación consultada, Se encuentra inscrito en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

HACE CONSTAR QUE:

La enfermera **ZORAIDA HERNÁNDEZ CHÁVEZ** identificada con la cédula de ciudadanía número 52.132.256, no registra antecedentes de responsabilidad deontológica disciplinaria, de acuerdo con la ley 911 de 2004 "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones".

Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, a los diecisiete (17) días del mes de noviembre del año dos mil diecisiete (2017).

Cordialmente,

EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

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

Consérvelo

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

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:	Zoraida		
Apellidos:	Hernandez		
Documento de identidad:	C.C. X T.I.	Pasaporte	No. 52.132256
Fecha de Nacimiento:	Día 31	Mes 12	Año 1978

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	15 ENE. 2018	1434033	
	2	15 FEB-18		
	3			
	R			

Juliana Castiblanco P.
Compensar | salud

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Virus de Papiloma Humano				

OBSERVACIONES

B. C. G. Contra Tuberculosis.

POLIO Contra Poliomielitis.

(Parálisis Infantil)

D. P. T. Contra Difteria, Tosferina

y Tétanos.

T. D. Contra Tétanos y Difteria.

PROTEJA A SUS HIJOS

VACUNANDOLOS

OPORTUNAMENTE.

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

HOSPITAL VISTA HERMOSA I NIVEL
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

ORGANISMO:

REGISTRO INDIVIDUAL DE VACUNACION

Nombre del Vacunado: Zorayda Hernandez

Doc. Identidad: SZ 132256

Fecha de Nacimiento:

FORMA-S-72-813-153

TIPO DE BIOLOGICO	DOSIS							OBSERVACIONES
	1a. ó Unica	2a.		3a.		Refuerzo		
	Fecha Vacuna	FECHA		FECHA		FECHA		
		Cita	Vacuna	Cita	Vacuna	Cita	Vacuna	
B. C. G.	/	X	X	X	X			
TRIVIRAL	16 Marzo 2001	X	X	X	X			
FIEBRE AMARILLA	20-sept 2007	X	X	X	X	X	X	
POLIO	TV	Diciembre	20	19 04				
D. P. T.	TV	enero 28 de 2003						
T. D.	(1)	(2)	(3)	(4)	X			
HEPATITIS B	Mayo 11 2001	Julio 15 201	Julio 20 2001	enero 25 2002				
MENINGI Hib								

01-01-2005 PPD

1) Dosis = 16 Marzo 2001
2) Dosis = 17 Abril 2001
3) Dosis = 18 octubre 2001
4) Dosis = noviembre 20 2007
5) Dosis = Noviembre 25 2003
Sarampion noviembre 25 2003
Rubeola. Lote 3000462
Sarampion 16 Agosto 2005. 2006 05

Sello del Organismo

ógico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
mpión ola	Unica			
	1			
lde ico ado	2			
	3			
	4			
	5			
a A	1	11-10-2008 HAVAX 42685 H. Cruz		
ilis B	2			
	3			

Biologico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza	22-Sep-2007			
	12 Dic 2008 Dic 27 de 2009			Helena Hdez
	28 02 2009 Dic 28 de 2009			Eliza
Otras	04 04 2006 Dic 23 de 2010			

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

Consérvelo

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

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:	Sandra
Apellidos	Hernandez
Documento de Identidad:	CC X TI ☐ PASA PORTE ☐ No. 52 132 256
Fecha de Nacimiento:	Dia: 3 1 Mes: 1 2 Año: 1 9 9

biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
ampión ibérica	-			
oxoide tánico ftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
ontra patitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Otras				

Dr. Nicolas 27 Nov 2013 Ejecutivo

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

Consérvelo

e requerir el Certificado Internacional de Vacunación,
cite su transcripción en los sitios autorizados.

Libertad y Orden

Y MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Zoraida

Apellidos: Hernandez

Documento de identidad: C.C. T.I. Pasaporte No. 52132256

Fecha de Vacunación: Día. Mes. Año.

BIOLOGICO	DOSIS	FECHA (DD/MM/AAAA)	FABRICANTE Y LOTE	FIRMA VACUNADOR
	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
	1			
	2			
	3			

CERTIFICADO DE VACUNACION DEL ADULTO

nueva eps

NOMBRES: Zomaida.

APELLIDOS: Hernandez Chavez.

DOCUMENTO IDENTIDAD: X RC 52132256.

FECHA DE NACIMIENTO: DIA MES AÑO

BIOLOGICO	FECHA (DD/MM/AAAA)	FABRICANTE Y LOTE	VALIDEZ	FIRMA VACUNADOR
FIEBRE AMARILLA				
FIEBRE TIFOIDEA				
DPT				

BIOLOGICO	FECHA (DD/MM/AAAA)	FABRICANTE Y LOTE	VALIDEZ	FIRMA VACUNADOR
FIEBRE AMARILLA	Feb/16/2012			
INFLUENZA	Abril 6/2010			
NEUMOCOCO	Junio 1/2011			

Auxiliar de Enfermeria
Mary Luz Agudelo Velasquez
C.C. 52362075

BIOLOGICO	FECHA (DD/MM/AAAA)	FABRICANTE Y LOTE	VALIDEZ	FIRMA VACUNADOR
OTRAS	Fiebre Amarilla (A 3/5/4/42 años) Aplicada Junio 01-11.			

OBSERVACIONES:

nueva eps

GOMEZ ASOCIADOS
SALUD OCUPACIONAL S.A.S.

Calle 95 N° 46 A-16 La Castellana
Tel: (1) 257 2311 - 257 2815
Fax: 616 5051 Bogotá, D.C.
www.gomezasociadosltda.com

CONCEPTO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Ciudad Bogotá Fecha 15/11/2016
Nombre Zoraida Hernandez Chavez
Identificación 52132256
Fecha de nacimiento 31/12/1978 Edad 38
Cargo Enfermera
Género MASCULINO ___ FEMENINO X
Empresa Unidad la victoria
Empresa usuaria

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO X PERIODICO ___ EGRESO ___ OTRO ___

CONCEPTO

EX. INGRESO APTO X APTO APLAZADO ___ APTO CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ___
EXAMEN PERIÓDICO SIN RESTRICCIONES ___ CON RESTRICCIONES ___
EXAMEN DE EGRESO SATISFACTORIO ___ NO SATISFACTORIO ___

ESTADO INTEGRAL DE SALUD

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL Examen Medico Satisfactorio
VISIOMETRÍA
AUDIOMETRÍA
ESPIROMETRIA
EXAMENES PARACLÍNICOS
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES Sigue pausas activas Habitos Estilos de vida y Control de peso

Dr. Camilo Rey Pérez
Médico Cirujano
Especialista Salud Ocupacional
R.M. 14858

Médico

Nombre, firma y sello del médico
Registro médico 114388
Licencia en S.O. 14858

Paciente Zoraida Hernandez Chavez

Firma del paciente
Nombre ZORAIDA HERNANDEZ
Cedula 52132256

FUMEFI SAS

FUMEFI SAS
APH Y GESTION DE RIESGO
900.806.660-6

CORPORACIÓN TÉCNICA
EMPRESARIAL PARA EL TRABAJO
NIT: 900790014

CORPORACIÓN TÉCNICA EMPRESARIAL PARA EL TRABAJO 3019

AUTORIZADA POR LA SECRETARIA DE EDUCACIÓN DE CUNDINAMARCA,
SEGUN RESOLUCION No 003697 DEL 29 DE OCTUBRE DE 2004 Y APROBACIÓN
OFICIAL POR EL MINISTERIO DE SALUD MEDIANTE EL ACUERDO EJECUTIVO
No 058 DEL 16 DE MARZO DE 2004.



HACE CONSTAR QUE:

HERNANDEZ CHAVEZ ZORAIDA

C.C. 52.132.256 de Bogotá

Asistió y aprobó el curso de Soporte Vital Basico
con una intensidad de 40 horas
Otorgado en Bogotá D.C. a los 01 días del mes de Mayo del 2016

Héctor M. Chala
Gerente

FUMEFI SAS

FUMEFI SAS
APH Y GESTION DE RIESGO
900.806.660-6

CORPORACIÓN TÉCNICA
EMPRESARIAL PARA EL TRABAJO
NIT: 900790014

N° 2225

AUTORIZADA POR LA SECRETARIA DE EDUCACIÓN DE CUNDINAMARCA, SEGUN RESOLUCION No 003697 DEL 29 DE OCTUBRE DE 2004 Y APROBACIÓN OFICIAL POR EL MINISTERIO DE SALUD MEDIANTE EL ACUERDO EJECUTIVO No 058 DEL 16 DE MARZO DE 2004.

CERTIFICA A:

HERNANDEZ CHAVEZ ZORAIDA
C.C 52.132.256

Asistió y aprobó el Curso de Soporte Vital Avanzado
con una intensidad de 48 horas
Otorgado en Bogotá D.C. a los 03 días del mes de Diciembre del 2017

Héctor M. Chala
Gerente

CORPORACIÓN TÉCNICA EMPRESARIAL PARA EL TRABAJO
Dirección General
Nit.: 900.790.014-6

Dr. Camilo Rey Perez
Médico Cirujano
Especialista en Salud Ocupacional
R.M. 14858

Dr. Camilo Rey Perez
RM 14858
Medico Cirujano -Instructor

Sede principal: calle 40 sur #5-30 Este (barrio la victoria)
Contacto: 3143606143- 3125685586- 2065174

FUMEFI SAS
EDUCACION CONTINUADA

"FORMACION DE SERES INTEGRALES PARA RECONTRUIR EL TEJIDO SOCIAL"

ACTA No 140

NIT.900.806.660-6
EDUCACION INFORMAL
SEGÚN LA LEY 115 DE 1994 DECRETO 114 DE 1996
LEY 2887 DEL 2007

El Día **03** del mes de **DICIEMBRE** de **2017**. Se reúne el suscrito Gerente, con instructores encargados, para verificar el pensum académico y la asistencia del participante al curso de **SOPORTE VITAL AVANZADO**, en las competencias:

- SISTEMA DE EMERGENCIAS.
- NORMATIVIDAD DE AMBULANCIAS.
- VALORACIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA
- REANIMACIÓN CEREBRO CARDIOPULMONAR AVANZADA
- DESFIBRILACIÓN Y ELECTRO CARDIOGRAFÍA EN PARO CARDIO RESPIRATORIO (PCR)
- ALGORITMO DE ATENCIÓN PARA EVENTO CEREBRO VASCULAR ,SÍNDROME CORONARIO AGUDO
- FARMACOLOGÍA EN REANIMACIÓN AVANZADA
- MANEJO AVANZADO EN LA VIA AÉREA (ENTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL)

Verificando la asistencia y evaluación del curso certifica que los participantes **HERNANDEZ CHAVEZ ZORAIDA** con cedula de ciudadanía N° 52.132.256 Asistieron y Aprobaron el curso de **SOPORTE VITAL AVANZADO** con una intensidad de **48** horas teórico- práctica.

Dado en Bogotá D.C. a los 03 días del mes de Diciembre de 2017.

Se firma como aparecen.

HECTOR MANUEL CHALA
Gerente

DR. CAMILO REY PEREZ
RM 14858
Médico cirujano

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO
FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL

CODIGO: ET-CA-FT- 011
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-08-22

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT

FECHA: 04 12 17	CIUDAD: Bogota.	DEPARTAMENTO:	Cundinamarca.

Distiguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Politicas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Hernandez	Chavez	Fora?da.	—

TIPO DE IDENTIFICACION	No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐	52132256	Bogota	1993 03 10
PASAPORTE ☐ OTRO ☐ —	ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐		

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
31 12 1971	la palma cundinamarca	Colombia	colombiano

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐ VIUDO(A) ☐	—	—	3138441246

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA								PROFESION / OFICIO
MAGISTER ☐	POSGRADO ☐	UNIVERSITARIO ☒	BACHILLER ☐	PRIMARIA ☐	TECNICO ☐	TECNOLOGO ☐	CUAL: —	enfermera.

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Carrera 46A #68-09	Bogota	Cundinamarca	Colombia	7171977

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
Forigo Hernandez Chavez @Hotmail.com	—	PROPIA ☐	FAMILIAR ☒	ARRENDADA ☐

DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX
—	—	—	—	—

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
—	—	—	—

TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☐ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐	—	—	—
PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: —	ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐		NACIONALIDAD: —

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO ☐	ESTUDIANTE ☐	HOGAR ☐	PENSIONADO ☐	CUAL: —
SOCIO ☐	CONTRATISTA ☒	COMERCIANTE ☐	EMPLEADO PUBLICO ☐	
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐	EMPLEADO SOCIO ☐		OTRA ☐	

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE	DECLARA RENTA					CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
	SI ☐ NO ☒	IVA	SI ☐	NO ☒		8692	—
		ICA	SI ☐	NO ☒		PRINCIPAL ☒	SECUNDARIA: ☐

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

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	Subred integrada servicios de la salud centro oriente

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA						# NIT
GOBIERNO ☐	COMERCIAL ☐	SERVICIOS ☐	SALUD ☒			900469051-7
EXPORTACIONES ☐	AGRICOLA ☐	ENERGETICA ☐	FINANCIERA ☐	TRANSPORTE ☐	TECNOLOGIA ☐	ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐
OTRA ☐	CUAL: —					

DIRECCION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
Dg 34 # 5-43	3444484	Bogota.	Cundinamarca	Colombia
CARGO ACTUAL	enfermero profesional		FECHA VINCULACION	01 07 2014

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	DESCRIPCION ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCION	TIPO SOCIEDAD
—	—	—	—	—	—

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO
FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL

CÓDIGO: ET-CA-FT- 011
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-08-22

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	2800.000	GASTOS FAMILIARES	2800.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS	—	ARRIENDOS	—	INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS	—	CUOTA VEHICULO	—	VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES	—	CUOTA VIVIENDA	—	PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*	—	OTROS EGRESOS*	—	OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	2800.000	TOTAL EGRESOS	2800.000	TOTAL ACTIVOS		TOTAL PASIVOS	

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS
—	—	—	—

6. REFERENCIAS PERSONALES

(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Mateus	Flores.	Mercedes	—
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
Calle 68B#45C 10	Bogota	Amiga.	311.551 1747

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Davivienda	cuenta ahorros.	00487032 7899.	Tunal	3384888

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐

CUAL: —

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

Enfermero profesional

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilicita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilicitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Asi mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinaran a actividades licitas.
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) dias, expedido por la Camara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripcion en el Rit Distrital.
4. Fotocopia del documento de identificacion, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)

APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

10. AUTORIZACION REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO.- AUTORIZACION EXPRESA PARA REPORTAR,CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAISES.

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estandares internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del articulo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilizacion no requeriria de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos tambien seran tratados para fines comerciales, razon por la cual procedo a emitir la siguiente:

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN. Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012, en especial el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suprimir las informaciones que se hayan recogido sobre mí.
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACIONES. Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del tratamiento de los datos que se comparten, transfieren, transmiten, entregaren o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal c) del numeral 3 anterior, serán: a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud *Hospital 34 No 5 - 45 Bosque DC, telefono 344 44 81 , e-mail servicioalcliente@centrooriente.gov.co* y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude *(INDICAR DIRECCIÓN CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO)*.
9. AUTORIZACIÓN. De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales indicados (los sensibles y menores, de ser necesario), la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.
NOTA: Se deben ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentrooriente.gov.co) en el Link " POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - NOTIFICACIÓN DE DATOS PERSONALES"

IX. FIRMA Y HUELLA

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

Forado Hernandez chavez

Firma Cliente / Representante Legal

Huella Indice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

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

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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

compensar

LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR EPS
NIT 860.066.942-7

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) ZORAIDA HERNANDEZ CHAVEZ identificado(a) con cédula de ciudadanía 52.132.256 , se encuentra Activo en el Plan Obligatorio de Salud POS, de la EPS Compensar por la Empresa ZORAIDA HERNANDEZ CHAVEZ NIT 52132256, en calidad de INDEPENDIENTE CONTRATO DE PRESTACIÓN según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20170301	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 20 días del mes de Noviembre de 2.017

Observaciones:

Con destino a:
A QUIEN INTEERESE

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

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: ESPERANZA ANGARITA
8748086

CER-AFI

Avenida Calle 26 No. 66A - 48
Central telefónica - 444 1234
www.compensar.com

Colfondos
Pensiones y Cesantías
del grupo Scotiabank

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) ZORAIDA HERNANDEZ CHAVEZ identificado(a) con C.C No. 52.132.256, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 20 de noviembre del 2017.

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

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

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

ARL | sura

Medellín, 22 de noviembre de 2017

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A.

CERTIFICA:

Que ZORAIDA HERNANDEZ CHAVEZ identificado(a) con cédula de ciudadanía 52132256 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
Fecha inicio cobertura: 01/02/2017 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIE N900959051

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - TRABAJADORES INDEPENDIENTES

CLASE: 3 **PORCENTAJE:** 2,436%

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3851101

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

Tenga en cuenta lo siguiente para realizar la cotización y pago:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

Para información adicional, puede comunicarse con la Línea de atención ARL en el nivel nacional gratuitamente al 01 8000 51 14 14.

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 22/11/2017 9.40 AM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 102058707

WEB
17:29:04

Bogotá DC, 22 de noviembre del 2017

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidade (SIRI), el(la) señor(a) ZORAIDA HERNANDEZ CHAVEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52132256:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 22 de noviembre de 2017, a las 17:28:30, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	C.C.
No. Identificación	52.132.256
Código de Verificación	694144672017

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.

Soraya Vargas P.

SORAYA VARGAS PULIDO

Digitó y Revisó: Vía Web

JMMC

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 1909127

Bogotá D.C., 22 de Noviembre de 2017 - 17:27 pm

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **ZORAIDA HERNANDEZ CHAVEZ**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CINCUENTA Y DOS MILLONES CIENTO TREINTA Y DOS MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y SEIS** de BOGOTA D.C.

52132256

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

MANUEL DAGOBERTO CARO ROJAS
Jefe Oficina Asesora de Juridica

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 11_RI7K3_2717
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

Síguenos en >

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, 22/11/2017 a las 17:23:56 el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº 52132256 y Nombres: HERNANDEZ CHAVEZ ZORAIDA

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

POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA
Carrera 59 N° 26-21, CAN, Bogotá DC
Atención administrativa de lunes a viernes de 8:am a 12pm y 2pm a 5pm
Requerimientos ciudadanos 24 horas
Línea de Atención al Ciudadano Bogotá: (571) 3159111/9112 - Resto del país: 018000 910 600
FAX (571) 3159581 - E-mail: lineadirecta@policia.gov.co

TODOS POR UN NUEVO PAÍS | Presidencia de la República | Ministerio de Defensa | Gobierno en Línea | Portal Único de Contratación

Todos los derechos reservados 2011.

DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

BOGOTA 2017/11/20
COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que la señora ZORAIDA HERNANDEZ CHAVEZ
con Cédula de Ciudadanía número 52132256
de BOGOTA D.C.-DISTRITO CAPITAL
posee en el Banco Davivienda:

CUENTA AHORROS (FIJODIARIO)

Número	004870327899
Fecha Apertura	2010/08/24

Cordialmente,

DAVIVIENDA 0048-OFICINA TUNAL

Firma Autorizada
BANCO DAVIVIENDA