

Buscar por proceso Menú ▼

Confirmación de registro de la entidad

Para actualizar el registro concluya la sesión.

Felicitaciones NIDIA CORTES VELASQUEZ,

NIDIA CORTES VELAQUEZ con el NIT 52032406 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: 29-nov-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO CORTEZ	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) VELAZQUEZ	NOMBRES NIDIA ISABEL
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 52032406	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO 0 D.M. 0		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 12 MES MAY AÑO 1971 PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca CIUDAD Sasaima		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA calle 12d #5-20 Este Bq B apt 103 PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca CIUDAD Sasaima TELEFONO 3280912 EMAIL ncortes.ips.hco@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO		BACHILLER ACADÉMICO	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	DICIEMBRE	AÑO	2002

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ECTRICTO 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	No. SEMESTRES	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS		TEMINACIÓN		No. DE TARJETA	
ACADÉMICA	APROBADOS	SI	NO	O TÍTULO OBTENIDO		MES	AÑO	PROFESIONAL	
TC	3	X		TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA		6	2003	52032406	



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.

SIDEAPO

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRICTAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 29-nov-2018

3

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL CENTRO ORIENTE	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Cundinamarca	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD ncortes.ips,hco@gmail.com	
TELÉFONOS 3444484	FECHA DE INGRESO DÍA 14 MES 4 AÑO 2008		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA URGENCIAS	DIRECCIÓN CL 6 No. 4A 23	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DEL SUR	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA 27 MES 4 AÑO 2007		FECHA DE RETIRO DÍA 7 MES 12 AÑO 2007
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA ASISTENCIAL	DIRECCIÓN	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD CUIDADO Y ASISTENCIA	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA 15 MES 5 AÑO 2006		FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 12 AÑO 2006
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA CUIDADO Y ASISTENCIA	DIRECCIÓN CALLE 108No. 2 57	



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.

SIDEAPO

SISTEMA DE INFORMACIÓN CENTRAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 29-nov-2018

3

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
CUIDADOS Y ASISTENCIA		X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
	DÍA 5 MES 3 AÑO 2005		DÍA 11 MES 1 AÑO 2006
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
AUXILIAR DE ENFERMERIA	CUIDADO Y ASISTENCIA	TRASVERSAL 9DNo. 9 14	

4

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
PUBLICO	9	10
PRIVADO	1	5
PARTICULAR	0	0
TOTAL	11	4

5

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha del diligenciamiento Bogotá 29 NOV -18

Nidia Cortes Valasquez
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS



FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Subred de Atención Integral de Salud del E.S.E. Centro Oriente

Última Actualización: 29-nov-2018



CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

Última Actualización: 29-nov-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, NIDIA ISABEL CORTEZ VELAZQUEZ

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 52032406 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Cundinamarca

Municipio Sasaima

Dirección calle 12d #5-20 Este Bq B apt 103

Teléfonos 3182884565 3280912

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
maria del carmen velasquez	41646507	MADRE
juliana cortes velasquez	1013634669	HIJO(A)
luis alberto fonseca cortes	1023866546	HIJO(A)

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	\$ 1.549.800,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	\$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	\$ 0,00
ARRIENDOS	\$ 0,00
HONORARIOS	\$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 0,00
TOTAL	\$ 1.549.800,00

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

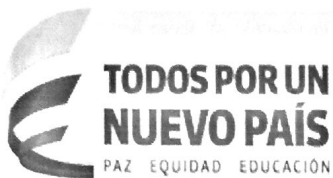
ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BBVA	AHORROS	074064536	LAS AGUAS	\$ 3.500,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
VEHICULO	BED 097 MAZDA MASURIT	\$ 8.000.000,00

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

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



FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP
SISTEMA DE INFORMACIÓN EMPRESARIAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 29-nov-2018

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

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

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

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

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

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

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

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

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

3. FIRMA

Nidia Cortes Valerques

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 29-nov-2018

CIUDAD Y FECHA



La República de Colombia

y en su nombre el:

*Instituto de Educación Para
Jóvenes y Adultos de Cundinamarca
"I D E A C"*

*Autorizado por la Secretaría de Educación de Cundinamarca,
según Resolución No. 001596 del 17 de octubre de 2001*

Confiere a:

Cortés Velásquez Nidia

C.C. 52.032.406 de Bogotá

El Título de:

Bachiller Académico

*Por haber culminado satisfactoriamente los estudios correspondientes al nivel de Educación
Media Académica, (Artículo 28 Ley 115 de 1994 y Decreto 3011 de 1997);
según los planes y programas vigentes.*



Anotado al Folio No. _____ del Libro para Control Interno de Diplomas No. _____

Dado en Fomeque (C/marca), a los 13 días del mes de diciembre de 2002.

*No requiere Registro de la Secretaría de Educación,
según Decreto 094 del 6 de marzo de 1994.*



La República de Colombia

y en su nombre

ESCUELA DE SALUD

"FUSDESA"

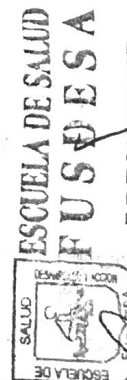
Educación no formal Acuerdo Ejecutivo No.31 de Febrero de 1999
expedido por el Ministerio de Salud y Licencia de Funcionamiento No.1330-22 de Abril de 1999
emanada de la Secretaría de educación de Santafé de Bogotá D.C.

Que:

Cortés Meláquez Nidia Izabel

Cursó y Aprobó los estudios programados por la Institución y cumplió los requisitos exigidos por la ley
Con una intensidad de 1800 horas.

Le Confiere el Certificado de Aptitud Ocupacional - Técnico



Presidente
Roberto Galindo G.

AUXILIAR DE ENFERMERIA



Liliana Parra
Directora Académica

Lila Parra Parra Ramírez

Dado en Bogotá D.C., a los 21 días del mes de Junio de 2003
Anotado en el folio 1690 del libro 04 del Registro de Fusedesa



ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

Instituto de Educación para Jóvenes y Adultos de Cundinamarca "IDEAC"

En la ciudad de Fomeque (C/marca), a los trece (13) días del mes de diciembre de 2002, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de grado once, los suscritos Rector y Secretario del INSTITUTO DE EDUCACION PARA JOVENES Y ADULTOS DE CUNDINAMARCA "IDEAC", Institución aprobada hasta nueva visita en el nivel de Educación Media Académica, y autorizada por la Secretaría de Educación de Cundinamarca, para otorgar el Título de BACHILLER ACADEMICO, según Resolución No. 01596 del 15 de octubre de 2001.

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

BACHILLER ACADEMICO

Al graduando cuyos nombres, apellidos y documento de identidad se relacionan a continuación:

Cortés Velásquez Nidia

C.C. 52.032.406 de Bogotá

Es fiel copia tomada del Acta Original General No. 002 del trece (13) de diciembre de 2002; que consta de 62 alumnos; comienza con el nombre de AGUDELO DIAZ JAVIER ALEJANDRO y termina con el nombre de VELASQUEZ VELASQUEZ MARTHA LILIANA.

No requiere registro ante la Secretaria de Educación, según Decreto 921 del 6 de mayo de 1994, y 2150 del 5 de diciembre de 1995; de la Presidencia de la República.

Firmas y Sellos



RUBEN DARIO CASTIBLANCO CORREDOR
Rector
C.C. 3.223.805 de Ubaté



CARLOS IGNACIO SABOGAL TAMAYO
Secretario
C.C. 11.295.336 de Girardot

Printercom
Tel. : 4203521



ESCUELA DE SALUD "FUSDESA"

Aprobada por el MINISTERIO de Salud Acuerdo Ejecutivo No. 31 del 12 de FEBRERO de 1999 y licencia de funcionamiento No. 1330 del 22 de Abril de 1999, emanada de la SECRETARÍA de Educación de SANTAFÉ de Bogotá, D.C.

ACTA GENERAL No. 009

EN Bogotá, D.C. El día 19 de JUNIO del AÑO dos mil tres (2003), SE REUNIERON EN EL aula múltiple de la Escuela de Salud FUSDESA, EL PRESIDENTE, DIRECTOR ACADÉMICO, COORDINADOR ACADÉMICO y el cuerpo de docentes, PREVIO JURAMENTO DE RIGOR SE LE HIZO ENTREGA A

ACTA INDIVIDUAL No. 1690

CORTÉS VELÁSQUEZ Nidia Isabel

C.C. 52.032.406 de Bogotá D.E.

El CERTIFICADO QUE LO (A) ACREDITA COMO:

**Aptitud Ocupacional Técnico
Auxiliar de ENFERMERIA**

POR HABER CUMPLIDO TODOS los REQUISITOS ACADÉMICOS y las PRÁCTICAS HOSPITALARIAS REGLAMENTARIAS, CONFORME a disposiciones de Ley.

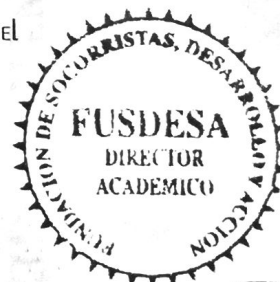
PARA CONSTANCIA SE FIRMA LA PRESENTE EN Bogotá, D.C. A los Veintiún (21) días del MES de JUNIO del AÑO dos mil Tres (2003)



ESCUELA DE SALUD
FUSDESA

PRESIDENTE

Roberto Galindo G.



Lila Yaneth Cicua Ramírez
DIRECTORA ACADÉMICA



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE LABORATORIO CLINICO JORGE ELÍECER GAITÁN

Hace constar que:

NIDIA ISABEL CORTES VELASQUEZ

CC No 52.032.406

Participó en la capacitación-taller en:

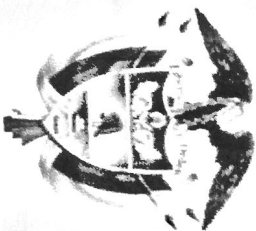
TOMA DE MUESTRA

Que incluyo las siguientes actividades: Bioseguridad, Gestión del riesgo, correctos en la toma de muestra, orden de llenado y cantidad, marcación de muestras, diligenciamiento orden, embalaje y transporte de muestras, factores de interferencia en pacientes hospitalizados, causas de no aceptación de muestras, y puntos de control en la toma de muestra CLSL.

Intensidad dos (3) horas

Esta certificación se firma a los 16 (Dieciseis) días del mes de Septiembre de 2016.

LUZ MARINA HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ
REFERENTE LABORATORIO JEG



Libertad y orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

NIDIA ISABEL CORTES VELASQUEZ

Con Cedula de Ciudadania No. 52.032.406

Cursó y aprobó la acción de Formación

ACCIONES BASICAS PARA LA ATENCION DEL LESIONADO *con una duración de 40 horas*

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Dosquebradas, a los veintiseis (26) días del mes de octubre de dos mil dieciseis (2016)

Firmado Digitalmente por

JHON FREDDY AMAYA TABORDA

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

Autenticidad del Documento

Bogotá - Colombia

JHON FREDDY AMAYA TABORDA

SUBDIRECTOR

**CENTRO DE DISEÑO E INNOVACIÓN TECNOLÓGICA INDUSTRIAL
REGIONAL RISARALDA**

39613572 - 26/10/2016

FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://certificados.sena.edu.co>, bajo el número 9223001302016CC52032406C.



HOSPITAL CENTRO ORIENTE E.S.E II NIVEL DE ATENCIÓN

Y

LABORATORIOS QUIRUMEDICAS LTDA

CERTIFICAN QUE

NIDIA ISABEL CORTEZ

ASISTIÓ AL SEMINARIO DE EDUCACIÓN CONTINUADA DIRIGIDO AL PERSONAL DE ENFERMERÍA
EN LOS TEMAS: FLUIDO TERAPIA PARENTERAL, ASEPSIA Y ANTISEPSIA HOSPITALARIA,
AISLAMIENTO EN INSTALACIONES DE SALUD, BIOSEGURIDAD, PAUTAS DE LAVADO DE MANOS,
REGISTROS EN LA HISTORIA CLÍNICA, EVENTO ADVERSO.

NOEL GARCIA LONDOÑO
Gerente General
QUIRUMEDICAS LTDA

RICARDO BEIRA SILVA
GERENTE
HOSPITAL CENTRO ORIENTE

BOGOTÁ D.C., JUNIO 30 DE 2011

Bogotá D.C

Señores:

ESCUELA DE SALUD FUJDESA

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

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

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

TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Nidia Cortes Velasquez

No. de documento: 52032406 Btci

Tarjeta profesional No: 52032406

Dirección de contacto: Calle 120 # 5-20 Esta Sur

Teléfono: 318 2884565

EL HOSPITAL DEL SUR EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

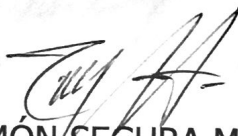
HACE CONSTAR:

Que una vez revidadas las bases de datos que se encuentran en el área de contratación, se constata que **NIDIA ISABEL CORTES VELASQUEZ**, identificado(a) con la Cedula de Ciudadanía No. **52032406**, suscribió con el Hospital del Sur las Ordenes de Prestación de Servicios que se relacionan mas adelante, cuyo objeto es **"APOYO Y SOPORTE TÉCNICO EN EL ÁREA DE ENFERMERÍA COMO AUXILIAR PARA EL DESARROLLO DE LAS DIFERENTES ACTIVIDADES A CARGO DEL PLAN DE ATENCIÓN BÁSICA DEL HOSPITAL DEL SUR ESE."**, de acuerdo con la siguiente información:

<i>No de contrato</i>	<i>Duración</i>	<i>Fecha de suscripción. (m/d/ a)</i>	<i>Fecha de inicio (m/d/a)</i>	<i>Valor del contrato</i>
633-2007	TREINTA (30) DIAS	5/30/2007	6/1/2007	\$900.000.00
633-2007	TREINTA Y CUATRO (34) DIAS	4/25/2007	4/27/2007	\$1.020.000.00

Las ordenes relacionadas anteriormente, no generan relación jurídico laboral entre la Entidad y el Contratista, solo la ejecución y pago de los productos contratados.

Se expide la presente constancia a solicitud de la interesado(a) a los Doce (12) días del mes de Marzo de Dos Mil Ocho (2008)


RAMÓN SEGURA MOLINA
Profesional Universitario Contratación

Elaboró: Lebf

EL HOSPITAL DEL SUR EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

HACE CONSTAR:

Que una vez revidadas las bases de datos que se encuentran en el área de contratación, se constata que **NIDIA ISABEL CORTES VELASQUEZ**, identificado(a) con la Cedula de Ciudadanía No. **52032406**, suscribió con el Hospital del Sur las Ordenes de Prestación de Servicios que se relacionan mas adelante, cuyo objeto es **"APOYO Y SOPORTE TÉCNICO EN EL ÁREA DE ENFERMERÍA COMO AUXILIAR PARA EL DESARROLLO DE LAS DIFERENTES ACTIVIDADES EN EL COMPONENTE DE SUPLEMENTACIÓN A CARGO DEL PLAN DE ATENCIÓN BÁSICA DEL HOSPITAL DEL SUR ESE."**, de acuerdo con la siguiente información:

<i>No de contrato</i>	<i>Duración</i>	<i>Fecha de suscripción. (m/d/ a)</i>	<i>Fecha de inicio (m/d/a)</i>	<i>Valor del contrato</i>
1321-2007	Treinta (30) Dias	10/23/2007	10/24/2007	\$900.000.00
1321-2007	Catorce (14) Dias	11/22/2007	11/24/2007	\$420.000.00

Las ordenes relacionadas anteriormente, no generan relación jurídico laboral entre la Entidad y el Contratista, solo la ejecución y pago de los productos contratados.

Se expide la presente constancia a solicitud de la interesado(a) a los Doce (12) días del mes de Marzo de Dos Mil Ocho (2008)



RAMON SEGURA MOLINA
Profesional Universitario Contratación

Elaboró: Lebf

EL HOSPITAL DEL SUR EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

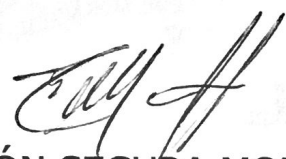
HACE CONSTAR:

Que una vez revidadas las bases de datos que se encuentran en el área de contratación, se constata que **NIDIA ISABEL CORTES VELASQUEZ**, identificado(a) con la Cedula de Ciudadanía No. **52032406**, suscribió con el Hospital del Sur las Ordenes de Prestación de Servicios que se relacionan mas adelante, cuyo objeto es **"APOYO Y SOPORTE TÉCNICO EN EL ÁREA DE ENFERMERÍA COMO AUXILIAR PARA EL DESARROLLO DE LAS DIFERENTES ACTIVIDADES DE SUPLEMENTACIÓN A CARGO DEL PLAN DE ATENCIÓN BÁSICA DEL HOSPITAL DEL SUR ESE."**, de acuerdo con la siguiente información:

<i>No de contrato</i>	<i>Duración</i>	<i>Fecha de suscripción. (m/d/ a)</i>	<i>Fecha de inicio (m/d/a)</i>	<i>Valor del contrato</i>
911-2007	TREINTA (30) DIAS	7/19/2007	7/23/2007	\$900.000.00

Las ordenes relacionadas anteriormente, no generan relación jurídico laboral entre la Entidad y el Contratista, solo la ejecución y pago de los productos contratados.

Se expide la presente constancia a solicitud de la interesado(a) a los Doce (12) días del mes de Marzo de Dos Mil Ocho (2008)



RAMÓN SEGURA MOLINA
Profesional Universitario Contratación

Elaboró: Lebf

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.032.406**

CORTES VELASQUEZ

APELLIDOS

NIDIA ISABEL

NOMBRES

Nidia Cortes Velasquez

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **12-MAY-1971**
SASAIMA
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.63

ESTATURA

O+

G.S. RH

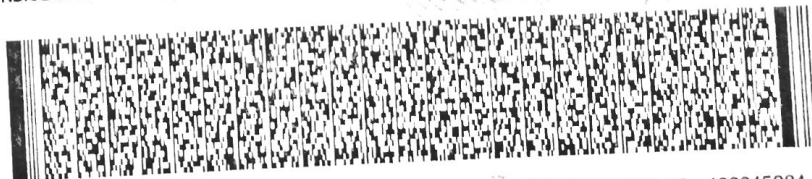
F

SEXO

11-AGO-1989 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Almabeatriz Rengifo Lopez
REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ



A-1500104-47150301-F-0052032406-20060905

0602506247N 02 190045284

	Formulario del Registro Único Tributario Hoja Principal		001																				
2. Concepto ☐ 0 ☒ 2 Actualización Espacio reservado para la DIAN		4. Número de formulario 14407821720																					
		 <small>(415)7707212489984(8020) 000001440782172 0</small>																					
5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 5 2 0 3 2 4 0 6		6. DV 3	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: 5 2 0 3 2 4 0 6		27. Fecha expedición: 1 9 8 9 0 8 1 1																					
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 CORTES		32. Segundo apellido VELASQUEZ																					
33. Primer nombre NIDIA		34. Otros nombres ISABEL																					
35. Razón social:																							
36. Nombre comercial:																							
UBICACION																							
38. País: COLOMBIA ☒ 1 6 9		39. Departamento: Bogotá D.C. ☒ 1 1																					
40. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C. ☒ 0 0 1																							
41. Dirección principal CL 12 D SUR 5 10 ESTE BL B AP 103																							
42. Correo electrónico: nidiacove@hotmail.com		43. Código postal 3 1 2 5 7 7 8 8 6 5																					
		44. Teléfono 1: 3 2 8 0 9 1 2																					
CLASIFICACION																							
Actividad económica		Ocupación																					
46. Código: 8 6 9 2	47. Fecha inicio actividad: 2 0 1 3 0 1 3 1	48. Código: 1 2	49. Fecha inicio actividad: 1 2																				
50. Código: 1 2		51. Código: 1 2																					
52. Número establecimientos: 1 2																							
Responsabilidades, Calidades y Atributos																							
53. Código: 1 2																							
12- Ventas régimen simplificado																							
Obligados aduaneros		Exportadores																					
54. Código: <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr> <tr><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td></tr> </table>		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	55. Forma ☐	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10														
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20														
		56. Tipo ☐																					
		57. Modo ☐																					
		58. CPC ☐																					
IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación																							
Para uso exclusivo de la DIAN																							
59. Anexos: SI ☐ NO ☒		60. No. de Folios: 0																					
61. Fecha: 2 0 1 7 0 3 1 4																							
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 CORTES VELASQUEZ NIDIA ISABEL 985. Cargo: CONTRIBUYENTE																					

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 14-03-2017
Hora: 10:23:32 AM
Página 1 de 1

CONTRIBUYENTE NIT 52032406-3 NIDIA ISABEL CORTES VELASQUEZ

Información General

Dirección CL 12 D SUR 5 10 ESTE BL B AP 4103

Teléfonos 3280912

Dirección electrónica NIDIACOVE@HOTMAIL.COM

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 17/06/2009

Soporte Inscripción 13036070

Fecha Inicio Actividades 17/06/2009

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

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

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 17001831644

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTA

CERTIFICADO DE INSCRIPCION



NIDIA ISABEL

CORTES VELASQUEZ

C.C. o C.E. 52032406



Secretaria

SALUD

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA

AUXILIAR DE ENFERMERIA

FIRMA AUTORIZADA

Expedicion 27/03/2007



Secretaría

SALUD

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ, D.C.

Resolución No 9480 de 14/10/2003

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.

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

LA DIRECTORA 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) CORTES VELASQUEZ NIDIA ISABEL Identificado(a) con CC número 52032406 expedida en BOGOTÁ D.E solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según CERTIFICADO de AUXILIAR DE ENFERMERIA otorgado por LA FUNDACION ESCUELA DE SALUD FUSDESA el día 21/06/2003 y registrado en el libro 4 Folio 1690 año 2003

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 CORTES VELASQUEZ NIDIA ISABEL identificado(a) con CC número 52032406 expedida en BOGOTÁ D.E para desempeñarse como AUXILIAR DE ENFERMERIA 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.

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 Bogotá, D.C. a los 14/10/2003

ORIGINAL FIRMADO POR
ISABEL CRISTINA ARTUNDUAGA P.

ISABEL CRISTINA ARTUNDUAGA PASTRANA

Directora de Desarrollo de Servicios (E)

vrs

Bogotá, D.C. 14/10/2003

A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) Nidia Cortes

CC. # 52032406 Bld

Firma Nidia Cortes

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía ▼

Número de Identificación *

52032406

Primer Nombre *

Primer Apellido *

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2018-12-13→1:14:45 AM -2018-12-13→1:15:37 AM -2018-12-13→1:16:37 AM
-2018-12-13→1:17:46 AM -2018-12-13→1:18:32 AM -2018-12-13→1:19:36 AM -2018-12-13→1:20:31 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Detalles
CC	52032406	NIDIA	ISABEL	CORTES	VELASQUEZ	Ver

Información Detallada [CC: 52032406] NIDIA ISABEL CORTES VELASQUEZ

2018-12-13→1:20:31 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha desde que puede ejercer	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	2003/10/14	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

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

Consérvelo

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

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubeola	1	24.04.16	013W19011	Hco
Toxoide Tetánico Difterico Td	1			
	2			
	3			
	4	05.05.16	023P1140	Hco
	5	05.06.16	023P1140	Hco
Contra Hepatitis B	1	19.10.14	0451030	Hco
	2	24.01.15	14341012	Hco
	3	18.03.15	14341012	Hco



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:

Nidia Isabel

Apellidos:

Cortes Velasquez

Documento de identidad:

C.C. X.T.L. Pasaporte No: 02032406

Fecha de Nacimiento:

Día. 12 Mes. 05 Año. 1973

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla	1	28.01.16	M1193.3	Hco
Contra Influenza				
Otras	Ref.	08-04-13	Gy sz: AC378064AA	H.C.O Frederick Kreuer
DP TA			Febr. 05-2013	
HB	RAF	28.01.16	VV913053	Hco

MEDICLINICO SANTA ANA IPS Y CIA S EN C.

Carrera 3 este No. 5 - 23 / 25

Tel 3 33 11 98 - 2 80 47 68

Certificado De Salud Ocupacional

Fecha	Documento	Nombre
2016-12-23	52032406	NIDIA ISABEL CORTES
Sexo	Nacionalidad	Ciudad
Masculino	COLOMBIA	BOGOTA
Fecha nacimiento	Edad	Lugar nacimiento
1971-05-12	45 años, 7 meses y 11 días	BOGOTA



Estado civil	Teléfono	Dirección
Soltero	3125778867	CALLE 12 D N 5-20 ESTE SUR
Escolaridad	Profesión	Oficio
TECNICO	AUX EN ENFERMERIA	AUX EN ENFERMERIA

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

Empresa	Tiempo	Cargo	Factores de riesgo	Tipo de Riesgo	Epp
JORGE ELIECER GAITAN SUBRED CENTRO ORIENTE	8 AÑOS	AUXILIAR DE ENFERMERIA	F,Q,E,M,L	CARGA MENTAL, E,D	COMPLETOS

Factores de riesgo: F : Fisico Q : Quimico E : Ergonomico M : Mecanicos L : Locativos P : Psicolaborales O : Otros

APTITUD

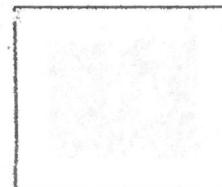
- | | | |
|---|--|--|
| ☐ APTO CON LIMITACIONES (Que NO interfieren en su trabajo) | ☐ APTO CON LIMITACIONES (Que interfieren en su trabajo) | ☐ APTO CON LIMITACIONES (NO APTO para realizar la labor especifica) |
| ☒ APTO SIN LIMITACIONES | ☐ APTO PARA LABORAR EN ALTURAS | |
- Segun exámenes solicitados por la empresa remitente
- | | | |
|--|---|---|
| ☐ EXAMEN DE INGRESO | ☒ EXAMEN PERIODICO | ☐ EXAMEN DE EGRESO |
| ☐ SEROLOGIA | RAZON. | |
| IMPRESION DIAGNOSTICA | OBESIDAD, HIPOTIROIDISMO EN MANEJO, CONTROL POR MEDICINA, NUTRICION, DIETA BALANCEADA | |
- | | | |
|---|---|---|
| ☒ HIGIENE POSTURAL | ☒ USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION | ☐ USA LENTES PERMANENTE |
| ☒ VALORACION POR S.O. ANUAL | ☒ CAPACITACION EN SU AREA DE TRABAJO | ☒ REMISION ESPECIALISTA |
| ☒ REALIZA PAUSAS EN SU LABOR | ☐ REALIZAR EXAMENES COMPLEMENTARIOS | ☐ ESQUEMA VACUNACION ADULTO |
| ☒ RECOMENDACION CREMAS HUMECTANTES PARA LA PIEL | ☒ HABITOS NUTRICIONALES ADECUADOS, REALIZAR ACTIVIDAD FISICA, CONTROL DE PESO, CONTROL MEDICO PERIODICO | ☐ CONTROL DE COMORBILIDAD EPS |
| ☐ SEROLOGIA | | |

YO Nidia Isabel Cortes identificado con cédula de ciudadanía 52032406

Declaro que no he omitido ni alterado la informacion aportada por mi, la cual es veraz y se ajusta a mi condicion actual y real de la salud al ingreso de la empresa.

Dr. Gloria Rincon Izquierdo
Cédula: 52355057 Registro: 7857/2013

Paciente: Nidia Isabel Cortes
Cédula: 52032406



Subred Integrada de Servicios de Salud

Centro Oriente E.S.E.

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

CERTIFICA QUE:

NIDIA CORTEZ VELAZQUEZ

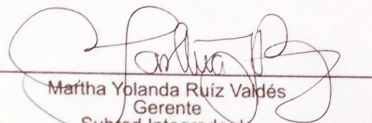
C.C.: 52032406

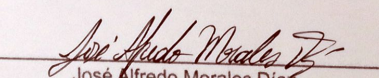
Asistió a la capacitación en:

**Atención Integral en Salud
de Víctimas de Violencia Sexual**

Con una intensidad horaria de 20 horas

Dada en Bogotá a los Treinta (30) días del mes de Noviembre de 2016


Martha Yolanda Ruiz Valdés
Gerente
Subred Integrada de
Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.


José Alfredo Morales Díaz
Profesional Especializado Talento Humano
Subred Integrada de
Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.



Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

NIDIA ISABEL CORTES VELASQUEZ

Con Cedula de Ciudadania No. 52032406

Cursó y aprobó la acción de Formación

SOPORTE VITAL BASICO

con una duración de 20 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Bogotá, a los dos (2) días del mes de noviembre de dos mil dieciocho (2018)

Firmado Digitalmente por
GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SUBDIRECTOR
CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

56606950 - 02/11/2018
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://certificados.sena.edu.co>, bajo el número 9403001797264CC52848240C.

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

FECHA:	2018-12-12	CIUDAD:	BOGOTA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA
--------	------------	---------	--------	---------------	--------------

Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Politicas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.

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

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

I. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
CORTES	VELASQUEZ	NIDIA	ISABEL
TIPO DE IDENTIFICACION	No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
CC ☒ CE ☐ RC ☐ NUIP ☐	52.032.406	BOGOTA	1989-08-11
PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL:	ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐		
FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1971-05-12	SASAIMA (CUNDINAMARCA)	COLOMBIA	COLOMBIANA
ESTADO CIVIL		PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS
SOLTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐			
VIUDO(A) ☐			TELEFONO CELULAR
			3182884565

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA

MAGISTER ☐	POSGRADO ☐	UNIVERSITARIO ☐	BACHILLER ☐	PRIMARIA ☐	CUAL:	OTRO	PROFESION/ OFICIO
TECNICO ☒	TECNOLOGO ☐			OTRO ☐			AUXILIAR DE ENFERMERIA
DIRECCION RESIDENCIA:		CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA		
CALLE 12D # 5-20ESTE SUR		BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIANA	3280912		

CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA	
NCORTES.IPS.HCO@GMAIL.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)
CC ☐ CE ☐ RC ☐ NUIP ☐			
PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL:	ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐		NACIONALIDAD:

3. INFORMACION ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO ☐	ESTUDIANTE ☐	HOGAR ☐	PENSIONADO ☐	CUAL:
SOCIO ☐	CONTRATISTA ☐	COMERCIANTE ☐	EMPLEADO PUBLICO ☐	
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐	EMPLEADO SOCIO ☐	OTRA ☐		
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA	IVA	SI ☐ NO ☒	CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA
	NO ☒	ICA	SI ☐ NO ☒	PRINCIPAL: ☐ SECUNDARIA: ☐
GRAN CONTRIBUYENTE SI ☐ NO ☒	AGENTE RETENEDOR	SI ☐ NO ☒	AGENTE AUTORETENEDOR	SI ☐ NO ☒

 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.			
FUNCIONARIO PUBLICO SI ☐ NO ☐		ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS SI ☐ NO ☐	
NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE			
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA GOBIERNO ☐ COMERCIAL ☐ SERVICIOS ☐ SALUD ☐		NIT 9.009.590.517	
EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ SERVICIOS ☐ OTROS ☐			
OTRA ☐ CUAL: XSALUD			
DIRECCION DE LA EMPRESA Diag. 34 - 5-42		TELEFONO 3444454	
CIUDAD/MUNICIPIO BOGOTÁ		DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	
PAIS COLOMBIA		FECHA VINCULACION(AAAA/MM/DD) 2009-03-01	
CARGO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA			
4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO			
NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	DESCRIPCION ACTIVIDAD
5. INFORMACIÓN FINANCIERA			
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES	
SALARIOS 1.500.000	GASTOS FAMILIARES 700.000	ACTIVOS	
HONORARIOS 1.500.000	ARRENDOS 1.500.000	PASIVOS	
ARRENDOS 1.500.000	CUOTA VEHICULO 1.500.000	DEUDAS TERCEROS 1.500.000	
COMISIONES 1.500.000	CUOTA VIVIENDA 1.500.000	OTROS PASIVOS* 1.500.000	
OTROS INGRESOS* 1.500.000	OTROS EGRESOS* 1.500.000	OTROS ACTIVOS* 1.500.000	
TOTAL INGRESOS 1.500.000	TOTAL EGRESOS 1.500.000	TOTAL ACTIVOS 0	TOTAL PASIVOS 0
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS	
DESCRIPCION OTROS ACTIVOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS	
6. REFERENCIAS PERSONALES (No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Cotraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)			
PRIMER APELLIDO GAITAN	SEGUNDO APELLIDO: VELASQUEZ	PRIMER NOMBRE ANA	SEGUNDO NOMBRE ISABEL
DIRECCION CALLE 186 # 78 -38	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS BOGOTA-CUNDINAMARCA-COLOMBIA	TIPO RELACION PRIMA	TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR 3115388156
7. REFERENCIA FINANCIERA			
NOMBRE ENTIDAD BBVA	TIPO DE PRODUCTO CUENTA DE AHORROS	NUMERO 74064536	SUCURSAL LAS AGUAS
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒			
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	PAIS/CIUDAD
DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS			
IMPORTACION ☐	EXPORTACION ☐	TRANSFERENCIAS ☐	PAGOS ☐
OTROS ☐			
CUAL:			
8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS			
Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aqui consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE con el proposito 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 Anticorrupcion".			
1. Que los recursos que entregue y entregare a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.)			
AUXILIAR DE ENFERMERIA			

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.

Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.

Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados financieros certificados + declaración de renta si es declarante. **Nota:** Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.

Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los últimos tres meses + declaración de renta si es declarante.

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.(Para Comerciantes)

2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.

3. Fotocopia Inscripción en el Rit Distrital

4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.

5. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)

6. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)

APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.

NOTA: Todos los conceptos de ingreso deben estar debidamente soportados (Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

10. AUTORIZACION REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO.- AUTORIZACION EXPRESA PARA REPORTAR,CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACION 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.

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

2. Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.

3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratan observando las disposiciones legales vigentes.

4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 4 3, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:

A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.

B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:

1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES. Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Público, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

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

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios. d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

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

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

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

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

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán: a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (*Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, telefono 344 44 84 , e-mail: sarlafta@subredcentrooriente.gov.co*) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.

9. AUTORIZACION: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizao, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los terminos que nos fueron informados en el presente documento.

NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentrooriente.gov.co) en el Link " POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES".

IX. FIRMA Y HUELLA

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

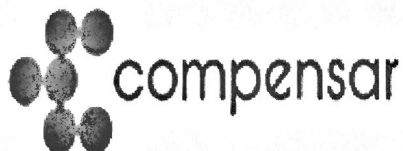
Nidia Cortes Velazquez

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

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



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

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) NIDIA ISABEL CORTES VELASQUEZ identificado(a) con cedula ciudadania 52.032.406 , se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20180802	No Registrada

Beneficiarios:

Nombre Beneficiario	Paren.	Identificación	Tipo de Identificación	Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Estado Afiliación	Semanas Cotizadas
JULIANA CORTES VELASQUEZ	HI	1013634669	TI	20180802	0	Activo	0

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 7 días del mes de Septiembre de 2.018

Observaciones:

Con destino a:

TRAMITE PERSONAL

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

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: LIDA JASMIN MENDOZA
10098894

CER-AFI



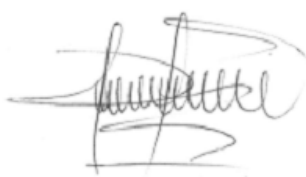
LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **NIDIA ISABEL CORTES VELASQUEZ** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **52032406**, se encuentra afiliado (a) desde **25/09/1997** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es **ACTIVO COTIZANTE**.

INFORMACIÓN HISTÓRICA DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES				
Novedad	Código Entidad	Entidad Definitiva	Fecha	Multivinculación Decreto 3995/2008
Traslado Aprobado de COLPENSIONES o a un Fondo de Pensión	5	HORIZONTE	01/07/2009	No Aplica
Traslado Aprobado de un Fondo de Pensión a COLPENSIONES	23	COLPENSIONES	01/07/2017	No Aplica

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 17 de diciembre de 2018.



Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

52032406

Numero de Documento

SEGUROS BOLIVAR

ARL

NIDIA

Primer Nombre

SABEL

Segundo Nombre

CORTES

Primer Apellido

VELASQUEZ

Segundo Apellido

12/05/1971

F. Nacimiento dd/mm/aa

BOGOTA

Ciudad de Nacimiento

CALLE 12D #5-20 SUR

Dirección de Residencia

3280912

Teléfono Fijo

COMPENSAR

EPS - Salud

COLPENSIONES

AFP - Pensiones

1.490.000

Honorarios

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Objeto Contractual (Cargo)

Fecha Inicio del Contrato

ncortes.ips.hco.ips@gmail.com

Correo Electrónico

3182884565

Celular

Nidia Cortes Velasquez

Firma del Afiliado



Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

39557974



LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
Identificada con NT No. 900959051

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 1505666909403, a partir del 01 de Agosto del año 2016.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguiente manera:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DEL EMPLEADO	CENTRO DE TRABAJO	CLASE	TASA	FECHA INICIO COBERTURA	FECHA DE RETIRO	TIPO COTIZANTE	ESTADO
CC	52032406	NIDIA ISABEL CORTES VELASQUEZ	CENTRO ORIENTE-ASISTENCIAL	3	2.436%	01/12/2017		IND CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS MAYOR A 1MES	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 5 de Diciembre del año 2018.

Firma Representante Legal

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 118538759



WEB

22:42:48

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 28 de noviembre del 2018

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) NIDIA ISABEL CORTES VELASQUEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52032406:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

ATENCIÓN :

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



CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 28 de noviembre de 2018, a las 22:32:20, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	52032406
Código de Verificación	52032406181128223220

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

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


SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA



Bogotá D.C., 28 de Noviembre de 2018 - 22:39 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) **NIDIA ISABEL CORTES VELASQUEZ**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CINCUENTA Y DOS MILLONES TREINTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS SEIS** de BOGOTÁ D.C.

52032406

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

ADVERTENCIAS:

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

Rosalba Jazmín Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: **11_2K4EI_3822**

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



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 22:46:22 horas del 28/11/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **52032406**

Apellidos y Nombres: **CORTES VELASQUEZ NIDIA ISABEL**

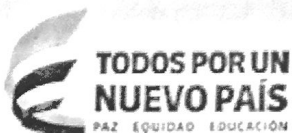
NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

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



Carrera 27 N° 18 - 41
(Paloquemao), Bogotá DC
Atención administrativa de lunes
a viernes de 8:00 am - 12:00 pm y
2:00 pm - 5:00 pm
Línea de Atención al Ciudadano -
Bogotá D.C. (571) 5159111 / 9112
Resto del país: 018000 910 112
Requerimientos ciudadanos 24
horas
Fax (571) 5159581 - E-mail:
lineadirecta@policia.gov.co.

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1

Certifica

Que nuestro(a) cliente NIDIA ISABEL CORTES VELASQUEZ identificado(a) con cedula de ciudadanía No 52,032,406 se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la CUENTA DE AHORROS LIBRETON No 074064536 aperturada el 12 de Marzo de 2009, cuenta **activa** y que a la fecha a presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, a los 10 días del mes de **Diciembre** del año 2018.

Firma autográfica



Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.