Estado de las solicitudes de registro

Abajo está la lista de todos sus miembros y correspondiente estado.

Número de documento	Entidad Estatal/Proveedor	Fecha de solicitud	Fecha de aceptación	Estado
52132256	ZORAIDA HERNANDEZ CHAVEZ	15/11/2017 06:42:29 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	15/11/2017 06:42:29 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	Aceptado

Cambiar el estilo de paginación

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 16-dic-2018

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

CIUDAD La Palma

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

KR46A#6809

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá 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°.*	MES DICIEMBRE AÑO 1993
										X	

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: 16-dic-2018

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE.	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	atencionusuario@subredcentrooriente.gov.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3725610	DIA 18 MES 7 AÑO 2017	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
ENFERMERA	MEDICINA INTERNA	DG 39 SUR 3 20 ESTE

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL SAN CRISTOBAL	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
2703980	DIA 13 MES 10 AÑO 2015	DIA 27 MES 7 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
ENFERMERA PROFESIONAL	URGENCIAS	CALLE 22 SUR 8 A58

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL LA VICTORIA	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	tecnicoapoyojuridico@subredcentrooriente.gov.

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3725610	DIA 1 MES 7 AÑO 2014	DIA 17 MES 4 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
ENFERMERA PROFESIONAL	MEDICINA INTERNA	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: 16-dic-2018

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL TUNAL III NIVEL	PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	MUNICIPIO: Bogotá 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: Bogotá 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: Bogotá 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	8	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: 16-dic-2018

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	8	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 16 de Diciembre 2018

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Zoraida Hernandez

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUI 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

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

SIDEAP

Última Actualización: 16-dic-2018

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** Bogotá 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	$ 0,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 27.400.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 27.400.000,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
DAVIVIENDA	AHORROS	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

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

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

SIDEAP

Última Actualización: 16-dic-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

Zoraida Hernandez

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 16-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

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 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	

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

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

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

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

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 * 52132256

Primer Nombre * zoraida

Primer Apellido * hernandez

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2018-12-16→3:40:31 AM

Tipo Identificación	*Nro. Identificación*	*Primer Nombre*	*Segundo Nombre*	*Primer Apellido*	*Segundo Apellido*	*Detalles*
CC	52132256	ZORAIDA		HERNANDEZ	CHAVEZ	**Ver**

Información Detallada [CC: 52132256] ZORAIDA HERNANDEZ CHAVEZ

2018-12-16→3:40:31 AM

Información Académica

Tipo Programa	*Origen Obtención Título*	*Profesión u Ocupación*	*Fecha desde que puede ejercer*	*Entidad Reportadora*
UNV	Local	Enfermería	0001/1/01	ASOCIACION NACIONAL DE ENFERMERAS DE COLOMBIA - ANEC

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).

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 seis (6) días del mes de diciembre del año dos mil dieciocho (2018).

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	14340333	
	2	16 Febrero/18	143/16/BE	
	3	20 Marzo/18	14340221	
	R			

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

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

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:

ZORAIDA HERNANADEZ CHAVEZ

CC: 52132256

Asistió a la capacitación en:

Atención Integral en Salud de Victimas de Violencia Sexual

Con una intensidad horaria de 20 horas

Dado en Bogotá a los Treinta (30) días del mes de junio de 2017

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.

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E

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

LABORATORIO CLINICO, TOXICOLOGIA Y SERVICIO TRANSFUSIONAL

Hace constar que:

HERNANDEZ CHAVEZ ZORAIDA

C.C 52132256

Participo en la capacitación-taller en:

TOMA DE MUESTRA

Que incluyo las siguientes actividades: normatividad, técnica toma de muestra sanguínea, microbiológica y servicio transfusional, contenedor, orden de llenado y cantidad, marcación de muestras, diligenciamiento orden, causas de no aceptación de muestras, puntos de control en la toma de muestra.

Intensidad dos (2) horas

Esta certificación se firma a los 3 (tres) días del mes de diciembre de 2018.

NUBIA INES VARELA MORATO
Referente laboratorio clínico
Toxicologia y servicio transfusional

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

FUMEFI SAS

FUMEFI SAS
APH Y GESTION DE RIESGO
900.806.660-6

Ley 115 de 1994 Modificada parcialmente por la Ley 1874 de 2017, por la cual se expide la LEY GENERAL DE EDUCACIÓN, decreto 114 de 1996, decreto 4909 de 2009 y decreto 1075 de 2015

N° 3149

CERTIFICA A:

HERNANDEZ CHAVEZ ZORAIDA

C.C 52.132.256

Asistió y aprobó el curso de Soporte Vital Básico
con una intensidad de 40 horas
Otorgado en Bogotá D.C. a los 01 días del mes noviembre de 2018

Héctor M. Chala
Gerente

CORPORACION TECNICA EMPRESARIAL PARA EL TRABAJO
Dirección General
Nit.: 900.790.014-6

Sede principal: Carrera 10 N° 26 – 28 Sur
Contacto: 3143606143- 2065174

FUMEFI SAS

FUMEFI SAS
APH Y GESTION DE RIESGO
900.806.660-6

CORPORACIÓN TÉCNICA
EMPRESARIAL PARA EL TRABAJO
NIT: 900790014

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.

CORPORACIÓN TÉCNICA EMPRESARIAL PARA EL TRABAJO
N° 2225

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 Pérez
Médico Cirujano
Especialista 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

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: DIC 15 18 | CIUDAD: Bogotá | DEPARTAMENTO: cundinamarca.

Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permite 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	Zoraida	

TIPO DE IDENTIFICACION	No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
CC ☒ CE ☐ TI ☐ 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	Colombia

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
MAESTRIA ☐ POSTGRADO ☐ 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		
ZoraidaHernandez.A@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)
CC ☐ CE ☐ TI ☐ NUIP ☐	—	—	—

PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: ES RESIDENTE EN COLOMBIA SI ☐ NO ☐ NACIONALIDAD: —

3. INFORMACION ACTIVIDAD ECONOMICA

EMPLEADO	CONTRATISTA	HOGAR	PENSIONADO	CUAL:
SOCIO ☐	INDEPENDIENTE ☒	COMERCIANTE ☐	EMPLEADO PUBLICO ☐	
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐	EMPLEADO (A) ☐		OTRA ☐	

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

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA: GOBIERNO ☐ COMERCIAL ☐ SERVICIOS ☐ SALUD ☒ *NIT: 900959051-7

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐

OTRA ☐ CUAL: Subred Integrada de servicios de Salud Centro Oriente

DIRECCION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
Ogaska n 3-20	3444484	Bogota,	cundinamarca	colombia
CARGO ACTUAL	enfermera profesional		FECHA VINCULACION	14 04 2016

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	—	GASTOS FAMILIARES	3000000	AHORROS	—	SALDO HIPOTECA	—
HONORARIOS	4212.000	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	4212 000	TOTAL EGRESOS	3000000	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, ni laborar localmente en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Monroquin	Hernandez	Freddy	Aldemar
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y/O EXTENSION/CELULAR**
Carrera 46A # 6E-09	Bogota	Amigo	311 832 01 87

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Davivienda	Cuenta de ahorros	004870327899.	Tunal	330.00.00

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

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

Enfermera.

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Así 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 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 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 impactidas por la Superintedencia 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 artículo 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 requerirá 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:

AUTORIZACION

ara 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, telefono 3 44 44 84 y/o cualquier ntidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

leclaro expresamente:

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

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

. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por le ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El tramite de olicitud de vinculación como consumador, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o lguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinacion de tarifas y analisis y seleccion de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención el riesgo. e) La liquidacion y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestion integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del istema 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 elativa a encuestas de satisfacion de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realizacion de encuestas sobre satisfaccion en los servicios restados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envio de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la «Dirección de Impuestos y duanas Nacionales de Colombia - DIAN en los terminos 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 e tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

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

. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finanlidades mencionadas a: a) Las personas juridicas que tienen la alidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadodas de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE /o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el roceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion 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 e para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquir otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la revension y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboracion de estudios técnicos y estadísticos.

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

. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me haran sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido bligado 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 do caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del TItulo I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de olombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionalde Salud, exigen las mismas.

.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.

. 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, ctificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.

. 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 s 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, ansmitan, 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 alud *(Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, telefono 344 44 84 , e-mail varlaft@subredcentrooriente.gov.co)* y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de prevención y control del fraude.*(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO)*.

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

OTA: 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 ATOS 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 FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

Zoraida Hernandez chavez.

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Indice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

1.Fecha		2. Ciudad	
Nombre del funcionario o esor:			
Lugar de la Entrevista:			
Observaciones:			
Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐	RECHAZADO ☐	
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:			