FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Miranda	Zamora	Leidy Yohana

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 52900000 | SEXO: F ⊗ M ○ | NACIONALIDAD: COL. ⊗ EXTRANJERO ○ | PAÍS: COLOMBIA

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO: D.M.:

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 10 MES 07 AÑO 1981

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: BOGOTA

MUNICIPIO: BOGOTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 1C - 1 21 SUR

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: CUNDINAMARCA

MUNICIPIO: MADRID

TELÉFONO: EMAIL: Yohanamiranda810710@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 SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA) TL (TECNOLÓGICA) TE (TECNÓLOGICA ESPECIALIZADA) UN (UNIVERSITARIA)

ES (ESPECIALIZACIÓN) MG (MAESTRÍA O MAGISTER) DOC (DOCTORADO O PHD)

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	8	X		ENFERMERIA	06	2019	

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO

ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

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

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE											
EMPRESA O ENTIDAD CAFAM			PÚBLICA		PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTA	MUNICIPIO BOGOTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 3105111	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO					
	Día	10	Mes	03	Año 2020	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA JEFE	DEPENDENCIA A TERMINO FIJO					DIRECCIÓN CALLE 51 - 15 48					

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA			PÚBLICA		PRIVADA	PAÍS					
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO					CORREO ELECTRÓNICO					
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO					
	Día:		Mes:		Año:	Día:		Mes:		Año:	
AREA DE CONOCIMIENTO	NIVEL EDUCATIVO					DIRECCIÓN					

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	2	6
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	2	6

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO __ 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 FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTICULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento Madrid 15 de Noviembre del 2022

Tatiana Miranda Zamora.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Gmail areacontratacion SEDS <areacontratacionseds@gmail.com>

8. VALIDAR HV SIGEP I

BLANCA PIEDAD LIZARAZO CASTRO <blanca.lizarazo@madridcundinamarca.gov.co> 15 de noviembre de 2022, 14:48
Para: areacontratacion SEDS <areacontratacionseds@gmail.com>

BLANCA PIEDAD LIZARAZO CASTRO
Técnico Administrativo Secretaria Jurídica
Alcaldía de Madrid
Cel: 3212938110
blanca.lizarazo@madridcundinamarca.gov.co

De: BLANCA PIEDAD LIZARAZO CASTRO <blanca.lizarazo@madridcundinamarca.gov.co>
Enviado: martes, 15 de noviembre de 2022 14:43
Para: areacontratacion SEDS <areacontratacionseds@gmail.com>
Asunto: RE: 8. VALIDAR HV SIGEP I

[Texto citado oculto]

LeidyMiranda15112022.pdf
39K

OK validada

El servicio público es de todos

FORMULARIO UNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, LEIDY YOHANA MIRANDA ZAMORA

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 52.900.009 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN MADRID

País	COLOMBIA	Departamento	CUNDINAMARCA	Municipio	MADRID

Dirección	CARRERA 1 C # 1 SUR 21 CEREZOS 1	Teléfonos	3015042777

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
ROSALBA ZAMORA RAMIREZ	41.694.196	MAMA
SANTIAGO ANDRES HERNANDEZ MIRANDA	1.001.331.578	HIJO
MARTIN DAMIAN HERNANDEZ MIRANDA	1.028.480.619	HIJO

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 X PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ,QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS 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	42.112.000
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	-
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	$ 42.112.000

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	209187244	MADRID	$ -

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
MOTO	FZ 16 YAMAHA MODELO 2014	$ 4.000.000

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
UNIVERSIDAD VIU	CREDITO EDUCATIVO	$ 23.000.000
UNIVERSIDAD JAVERIANA	CREDITO EDUCATIVO	$39.000.000

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 X tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. C.E. T.I.	N°

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

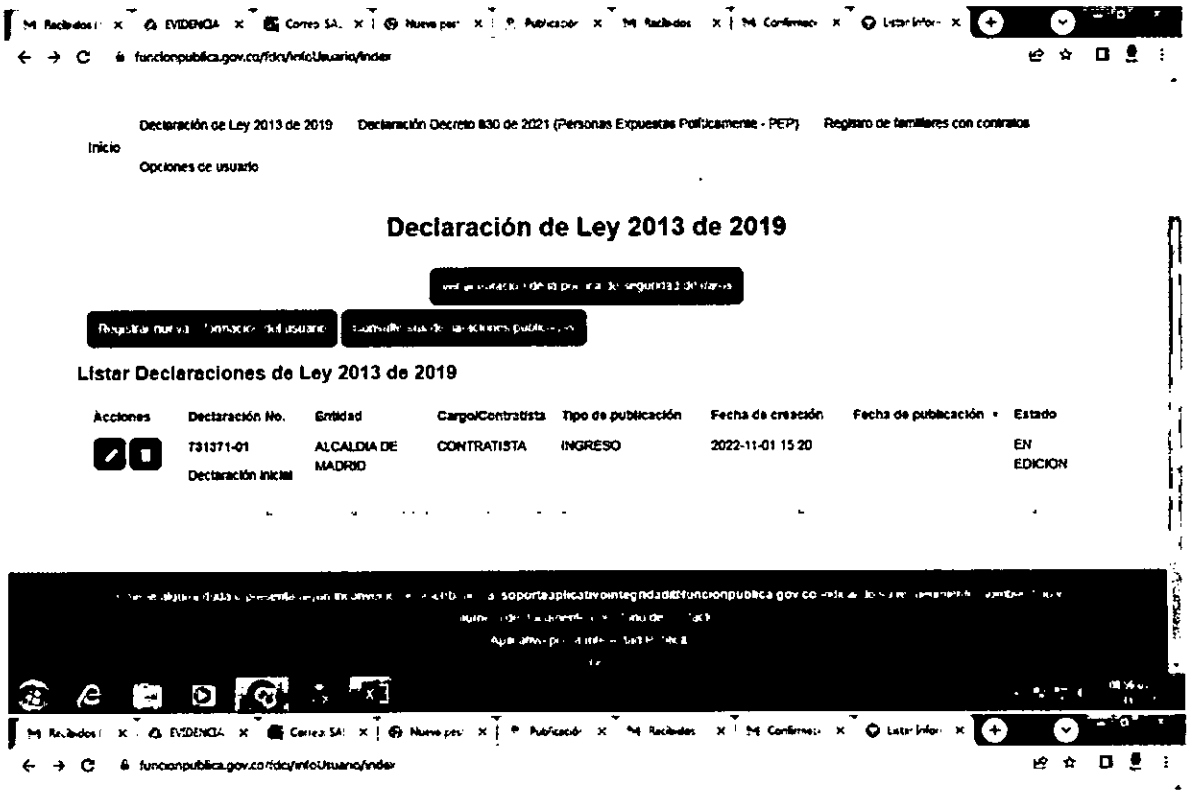
Tatiana Tirado J.

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

19 DE OCTUBRE DEL 2022

CIUDAD Y FECHA

DAFP002



Declaración de Ley 2013 de 2019 Declaración Decreto 830 de 2021 (Personas Expuestas Políticamente - PEP) Registro de familiares con contratos

Inicio

Opciones de usuario

Declaración de Ley 2013 de 2019

Listar Declaraciones de Ley 2013 de 2019

Acciones	Declaración No.	Entidad	Cargo/Contratista	Tipo de publicación	Fecha de creación	Fecha de publicación	Estado
	731371-01 Declaración inicial	ALCALDIA DE MADRID	CONTRATISTA	INGRESO	2022-11-01 15:20		EN EDICION

Declaración de Ley 2013 de 2019 Declaración Decreto 830 de 2021 (Personas Expuestas Políticamente - PEP) Registro de familiares con contratos

Inicio

Opciones de usuario

Declaración de Ley 2013 de 2019

Listar Declaraciones de Ley 2013 de 2019

Acciones	Declaración No.	Entidad	Cargo/Contratista	Tipo de publicación	Fecha de creación	Fecha de publicación	Estado
	731371-01 Declaración inicial	ALCALDIA DE MADRID	CONTRATISTA	INGRESO	2022-11-01 15:20		EN EDICION

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 209980760

WEB
15:21:50

Bogotá DC, 22 de noviembre del 2022

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) LEIDY YOHANA MIRANDA ZAMORA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52900009:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. 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 238 Ley 1952 de 2019)

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

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

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 CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 22 de noviembre de 2022, a las 15:20:23, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	52900009
Código de Verificación	52900009221122152023

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.

YEZID LOZANO PUENTES
Contralor Delegado

Generó: WEB

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 22/11/2022 03:31:59 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **52900009 .**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **46840613** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 03:29:58 PM horas del 22/11/2022, el ciudadano identificado con
Cédula de Ciudadanía Nº 52900009
Apellidos y Nombres: MIRANDA ZAMORA LEIDY YOHANA

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 estaciones de la Policía Nacional más cercanas

Volver al Inicio

Dirección: Avenida El Condado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Horario administrativo: Lunes a Viernes 8:00 a.m. a 1:00 p.m y 2:00 p.m a 5:00 p.m
Línea de atención al ciudadano: 5159000 ext. 30552 (Bogotá)
Fecha de corte: 01/SOC 01/2012

Escribe aquí para buscar

PROCESO
CONTRATACIÓN DIRECTA

FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES CONTRA NIÑOS NIÑAS Y ADOLESCENTES

El(la) suscrito(a) Leidy Yohana Miranda Zamora identificado con C.C.X C.E. P.P No. 52.900.009 de Bogotá D.C autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la Alcaldía de Madrid Cundinamarca con NIT. 899.999.325-8, a consultar mis datos personales en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra personas menores edad que administra el Ministerio de Defensa-Policía Nacional de Colombia, de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada cuatro (4) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en www.icbf.gov.co, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de Madrid, el día 02 de noviembre de 2022.

Firma Yohana Miranda Zamora
Nombre Leidy Yohana Miranda Zamora
Cédula 52.900.009 Bogotá

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 14:42:46 horas del 15/11/2022, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **52900009,** Apellidos y Nombres **MIRANDA ZAMORA LEIDY YOHANA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **alcaldia de madrid**, con NIT **899999325-8** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

La República de Colombia

y en su nombre

El Colegio Departamental Nacionalizado Serrezuela

Madrid - Cundinamarca

Jornada Mañana

Autorizado por la Secretaría de Educación de Cundinamarca,
según Resolución No. 002095 del 27 de Noviembre de 1995

Confiere a:

Leidy Yohana Miranda Zamora

Identificado (a) con T.I. No. 31071O-00220 de Santafé de Bta

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 Madrid a 12 de Diciembre de 1996

Se registró Registro " según Decreto 922 del 6 de Mayo de 1994 "
y 2150 del 5 de Diciembre de 1995

Fin

F.150 L.1

Inscripción S.E. _____

DANE 125430000543

Acta Individual de Grado

COLEGIO DEPARTAMENTAL NACIONALIZADO "SERREZUELA"

En la ciudad de MADRID-CUNDINAMARCA a los DOCE (12) días del mes de DICIEMBRE del año 1.998

se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretario en la rectoría del COLEGIO DEPARTAMENTAL NACIONALIZADO "SERREZUELA" J.MAÑANA

Institución aprobada hasta 1998 INCLUSIVE en el nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por LA SECRETARIA DE EDUCACION para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad ACADEMICO

según RESOLUCION No. 002395 del VEINTISIETE (27) de NOVIEMBRE de 1.995.

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

MIRANDA ZARORA LEIDY YUHANA T.I.# 810710-00998 DE STAFE DE BTA

Es fiel copia tomada del Acta original general No. 18 de fecha 12/12/98 que consta de 74 alumnos que comienza con el nombre de ALARCON RAMIREZ GIOVANNI HUMBERTO,

y se cierra con el nombre de VELASCO MARIN PAOLA ANDREA,

firmado y sellado por JURGE ENRIQUE CASADIEGO TORRADO (Rector)

y MARIO JOSE BENITEZ CASTAÑEDA (Secretario).

Dada en MADRID-CUNDINAMARCA a los DOCE días del mes de DICIEMBRE de 1.998

Firmado y Sellado

El Rector o Director

C.C. No. 17.049.060 DE BOGOTA

Secretario (a)

C.C. No. 19'196.238 DE BOGOTA

DIPLOMA No. _____

FISE-SISTEMAS 212 8080 - 212 8650



Libertad y Orden

República de Colombia

Ministerio de Educación Nacional y en su nombre la

Universidad ECCI

Resolución No. 13370 del 19 de Agosto de 2014 por el M.E.N.

Confiere a

Leidy Yohana Miranda Zamora

C.C. 52.900.009 de Bogotá D.C.

El título de:

Enfermera

En testimonio de ello se expide, firma y sella el presente Diploma en la Ciudad de Bogotá D.C.

A los 23 días del mes de Septiembre de 2019 .

UNIVERSIDAD ECCI

Secretaria General

Rector

Decano de Facultad

UNIVERSIDAD ECCI

ACTA DE GRADO No. 012

REPÚBLICA DE COLOMBIA

UNIVERSIDAD ECCI
APROBADA POR RESOLUCIÓN No. 13370 DE AGOSTO 19 DE 2014
DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL.

En Bogotá D.C., a los Veintitrés (23) días del mes de Septiembre de 2019 en las instalaciones de la Universidad ECCI siendo las 09:00 a.m., se llevó a cabo la graduación del(a) estudiante **MIRANDA ZAMORA LEIDY YOHANA**, identificado(a) con la C.C. No. **52900009** expedida en **Bogotá** D.C., quien aprobó satisfactoriamente el plan de estudios correspondiente y cumplió con las condiciones académicas requeridas por la Institución. Como opción de grado realizó el **CICLO COTERMINAL** de la **ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**, obteniendo una calificación de 4.3 (**Cuatro Punto Tres**) con concepto **Aprobatorio(a)**. En virtud de lo anterior y en representación de la Universidad, el señor Rector previa toma de juramento le confirió el título de **ENFERMERA.**

Para constancia se firma la presente.

DR. FERNANDO A. SOLER LÓPEZ
RECTOR

ESP. LUISA MARÍA HINCAPIÉ ROZO
SECRETARIA GENERAL

MSC. RUTH JANNETT ZAMORA VALENCIA
DECANA DE FACULTAD

REPRODUCCIÓN PROHIBIDA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
HACIENDA
Secretaría de Hacienda

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

Fecha:06/07/2022

CONTRIBUYENTE	C.C. 52900009	LEIDY YOHANA MIRANDA ZAMORA

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: CL 2A 18A 02 BQ 16 CA 21 Teléfonos:

Dirección electrónica: Yohanamiranda810710@gma Ciudad: BOGOTÁ DC Municipio: BOGOTÁ, D.C.

Fecha de inscripción: 17/08/2018 Soporte inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: COMUN Fecha desde: NO

Matrícula Mercantil:NO Fecha inicio de Actividades: 01/07/2000 Fecha de cese de Actividades: NO No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 86921 - Actividades de apoyo terapéutico (excepto entidades e instituciones promotoras y prestadoras de servicios de salud, de naturaleza pública y privada, que componen el Sistema General de Seguridad Social en Salud.)

Actividad 2:

Actividad 3:

Actividad 4:

Actividad 5:

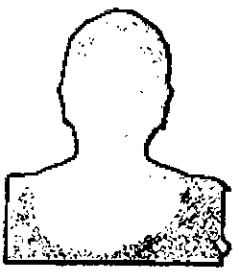
ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

ORGANIZACIÓN COLECIAL DE ENFERMERÍA

IDENTIFICACIÓN DIGITAL DE TALENTO HUMANO EN SALUD

ENFERMERA



LEIDY YOHANA MIRANDA ZACIPA

C.C. 52.900.030

Universidad Ecci

Bogotá D.C.

Fecha de Expedición [illegible]

Fecha de Inscripción [illegible]/11/2019

24378

Gloria S Arenas

Representante Legal Organización Colegial de Enfermería

Esta tarjeta es un documento público y es expida en conformidad con la Ley 1164 de 2007, Decreto 4192 de 2010 y la Resolución 035 de 2015.

Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla a la Organización Colegial de Enfermería.

www.occinfo.org.co

FIRMA DEL PROFESIONAL

IDéntico S.A.S.

TRIBUNAL NACIONAL ÉTICO DE ENFERMERÍA
NIT: 830040508-1
Ley 266de 1996 / Ley 911 de 2004:
"Ley deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia"

HACE CONSTAR QUE:

La enfermera **LEIDY YOHANA MIRANDA ZAMORA** identificada con la cédula de ciudadanía número 52.900.009, 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".

El presente certificado tiene una vigencia de seis (6) meses contados desde la fecha de su expedición.

Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, a los diecinueve (19) días del mes de octubre del año dos mil veintidós (2022).

Cordialmente,

EMPERATRIZ EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

LA SUSCRITA JEFE DE RELACIONES LABORALES

DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAFAM

Nit. 860013570-3

HACE CONSTAR:

Que el (la) señor(a) **LEIDY YOHANAMIRANDA ZAMORA,** identificado(a) con **Cédula de Ciudadanía** No **52.900.009** de **BOGOTA D.C.,** presta sus servicios a la Caja de Compensación Familiar CAFAM, mediante contrato **Fijo,** desde el **10 de marzo de 2020** hasta el **15 de marzo de 2023,** con una intesidad horaria de **210** horas mes, ocupando el cargo de **ENFERMERA(O) JEFE** en **HOSPITALIZACIÓN ADULTOS CALLE 51** , con una asignación mensual de Dos millones ochocientos sesenta y dos mil doscientos pesos mcte (COP2.862.200,00) .

Que devenga por concepto de sueldo adicional un promedio mensual de **Cero pesos mcte (COP0,00) .**

Que devenga por concepto de horas extras un promedio mensual de **Un millón ochocientos sesenta y seis mil doscientos cuarenta y cuatro pesos mcte (COP1.866.244,00) .**

Que devenga por concepto de comisiones un promedio mensual de **Cero pesos mcte (COP0,00) .**

Se expide la presente constancia, dirigido a ., en la ciudad de Bogotá, a los **1 días del mes de noviembre de 2022.**

Cordialmente,

KATHERINE BELLO ZULUAGA
JEFE RELACIONES LABORALES

6468000 - Ext 2230

Famisanar EPS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) LEIDY YOHANA MIRANDA ZAMORA identificado(a) con CC 52900009 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	08/03/2001
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	CAFAM CENTRO DE ATENCION EN SALUD MADRID
Categoría:	C

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en QUIEN , a los 22 días del mes noviembre del 2022.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra
Director Operaciones Comerciales
EPS FAMISANAR S.A.S.

Colfondos
del grupo HABITAT

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) LEIDY YOHANA MIRANDA ZAMORA identificado(a) con C.C No. 52.900.009, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 22 de noviembre del 2022.

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

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción contáctanos, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 7484888, Barranquilla 386 9888, Bucaramanga 698 5888, Cali 489 9888, Cartagena 694 9888, Medellín 604 2888 y en el resto del país 604 2888.

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

HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL

SALUD INTEGRAL EMPRESARIAL

TIPO DE EXAMEN [x] 1. INGRESO [ ] 2. PERIÓDICO [ ] 3. RETIRO [ ] 4. REINGRESO [ ] 5. CAMBIO DE OFICIO [ ] 6. OTRO

ÉNFASIS [ ] 1. OSTEOMUSCULAR [ ] 2. CARDIOVASCULAR [ ] 3. TRABAJO EN ALTURAS [ ] 4. MANIPULADOR DE ALIMENTOS [x] 5. NO APLICA [ ] 6. OTRO

Bta | 23/8/2019 | [illegible]
CIUDAD | FECHA | NOMBRE DE LA EMPRESA

[illegible] | Cerro. 3903 / 3 3duri
NOMBRE DE LA EMPRESA USUARIA | ACTIVIDAD ECONÓMICA

I. INFORMACIÓN PERSONAL

Miranda Tarazona Kidy Y. | CC TI CE | 52900297 | Btra | 3
APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) | DOC. DE IDENTIDAD | NÚMERO | DE | ESTRATO

10/07/81 | Bta. | 38 | M [x] F | S C V [x] D | [illegible]
FECHA DE NACIMIENTO | LUGAR | EDAD | GENERO | ESTADO CIVIL | NOMBRE E.P.S.

NO. | Colmenares | Prim. | enferm
NOMBRE ARL | NOMBRE AFP | ESCOLARIDAD | OCUPACIÓN / PROFESIÓN

Aux enferma | Jefe. - NO | - | CT N 3 apto
CARGO | TIEMPO DE SERVICIO EN EMPRESA (AÑOS Y MESES) | TIEMPO EN EL CARGO (AÑOS Y MESES) | DIRECCIÓN DOMICILIO | TELÉFONO(S)

II. ANTECEDENTES OCUPACIONALES

Experiencia laboral: SI [x] NO [ ] — Antecedentes ocupacionales y principales factores de riesgo a los que ha estado expuesto

EMPRESA	ACTIVIDAD ECONÓMICA	SECCIÓN CARGO Y OFICIO	TAREAS O FUNCIONES	FACTORES DE RIESGO	INTENSIDAD HORARIA	TIEMPO
Hosp San	Salud	Cerc	enferm hosp UCI	Biol Psic Fis	—	2 a.
	/		/	Psicos	/	
	/		/		/	

OBSERVACIONES _____

Antecedentes de Accidentes de Trabajo: SI [ ] NO [x] y Enfermedad Laboral SI [ ] NO [x]

FECHA	EMPRESA	SECCIÓN	CARGO	LESIÓN O DIAGNÓSTICO	SECUELAS SI	SECUELAS NO	REUBICACIÓN SI	REUBICACIÓN NO	OBSERVACIONES

III. EXPOSICIÓN LABORAL ACTUAL SEGÚN LA MANIFESTACIÓN DEL USUARIO

DETALLE	REFIERE	NO REFIERE	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO
Biológico	—	✓	[illegible]
Físico	—		[illegible]
Químico		—	
Biomecánico	—		[illegible]
Psicosocial	—		[illegible]
Condiciones de seguridad	—		[illegible]
Fenómenos naturales		—	

IV. ANTECEDENTES PERSONALES

Antecedentes Patológicos: Refiere (✓) No refiere ( )

Antecedentes Alérgicos: Refiere ( ) No refiere (✓)

Antecedentes Quirúrgicos u hospitalarios: Refiere (✓) No refiere ( )

Antecedentes Ginecológicos G__ P__ C__ A__ V__ M__ E__ | FECHA ÚLTIMO PARTO | FECHA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN | FECHA ÚLTIMA CITOLOGÍA

Método de planificación

Antecedentes traumáticos: Refiere ( ) No refiere (✓)

Antecedentes Farmacológicos: Refiere ( ) No refiere (✓)

Antecedentes toxicológicos FUMA [SI] [NO] EXFUMADOR [SI] [NO] | Nº CIGARRILLOS/DÍA | HACE CUANTO LO DEJÓ | TIEMPO DE TABAQUISMO/AÑOS

ALCOHOL [SI] [NO] FRECUENCIA [ ] BAJO [ ] MEDIO [ ] ALTO PSICOACTIVOS [SI] [NO]

Antecedentes familiares: Refiere ( ) No refiere ( )

Actividad física: Refiere ( ) No refiere (✓) Tipo de actividad física | Frecuencia

Actividad extralaboral: Refiere ( ) No refiere (✓)

Vacunación: Refiere (✓) No refiere ( ) Presenta carné de vacunas [SI] [NO]

VACUNA	FECHA	ESQUEMA COMPLETO SI	NO	NO SABE	No. DOSIS	OBSERVACIONES
		✓			1	
		✓			2	

V. REVISIÓN POR SISTEMAS

SISTEMAS	N	A	NE	OBSERVACIONES
PIEL Y ANEXOS				
OJOS				
ORL				
CUELLO				
CARDIOVASCULAR				
PULMONAR				
DIGESTIVO				
GENITAL/URINARIO				
MUSCULO ESQUELÉTICO				
NEUROLÓGICO				
OTRO				

N: Normal A: Anormal NE: No evaluado

VI. EXAMEN FISICO

Condiciones generales _____

TA: _____/_____ Mmhg FC: _____/min. FR: _____/min. Talla: _____mts. Peso: _____kg. IMC: _____

Perimetro Abdominal: _____ Cm Dominancia: Diestro: ✓ Zurdo: _____ Ambidiestro : _____

DETALLE	N	P	NE	OBSERVACIONES
CABEZA				
OJOS				
OÍDOS				
NARIZ				
OROFARINGE				
CUELLO				
DORSO				
MAMAS				
CARDIACO				
PULMONAR				
ABDOMEN				
GENITALES				
EXTREMIDADES				
NEUROLÓGICO				
COLUMNA				
MARCHA				
OTRO				

PRUEBAS ESPECIFICAS

ITEM		P	N	NE	OBSERVACIONES
PRUEBAS	BRAZO CAÍDO				
	YEGARSON				
	HAWKINS				
	NEER				
	EPICONDILITIS LATERAL				
	EPICONDILITIS MEDIAL				
	PHALLEN				
	TINEL				

ITEM		P	N	NE	OBSERVACIONES
PRUEBAS	FINKELSTEIN				
	LASEGUE				
	LASEGUE MODIFICADO				
	THOMAS				
	ESTIRAMIENTO DE FEMORAL				
	CAJÓN ANTERIOR				
	CAJÓN POSTERIOR				
	VARO Y VALGO FORZADO				

P: Positivo N: Negativo NE: No evaluado

PRUEBAS DE EQUILIBRIO		P	N	NE	OBSERVACIONES
PRUEBAS	DE ROMBERG SIMPLE				
	PRUEBA DE ROMBERG MODIFICADO				
	TALÓN-RODILLA				
	DEDO-NARIZ				
	DEDO – DEDO				
	PRUEBA PRONO-SUPINACIÓN				
	PRUEBA DE BABANY				
	MARCHA A CIEGAS				
	MARCHA EN TANDEM				
	PISOTEO A CIEGAS				

P: Positivo N: Negativo NE: No evaluado

VII. EXAMENES COMPLEMENTARIOS SOLICITADOS POR LA EMPRESA PARA LA EMISION DEL CONCEPTO

X	NOMBRE DEL EXAMEN	FECHA	RESULTADOS	N	A
	AUDIOMETRÍA				
	OPTOMETRÍA				
	ESPIROMETRÍA				
	EXAMEN OSTEOMUSCULAR				
	VALORACIÓN PSICOLOGÍA				
	CUADRO HEMÁTICO				
	GLICEMIA BASAL				
	COLESTEROL TOTAL				
	COLESTEROL HDL				
	COLESTEROL LDL				
	TRIGLICÉRIDOS				
	PARCIAL DE ORINA				
	COPROLÓGICO				
	KOH DE UÑAS				
	FROTIS FARÍNGEO				
	ELECTROCARDIOGRAMA				
	OTROS				

N: NORMAL A: ALTERADO

Se entrega copia de los resultados al usuario SI NO

VIII. DIAGNOSTICO

Diagnostico principal:

Tipo de diagnóstico:

Diagnostico 1:

Diagnostico 2:

Diagnostico 3

IX. ANÁLISIS

X. CONCEPTO MÉDICO

INGRESO

- [x] 1. APTO PARA EL CARGO
- [ ] 2. APTO CON RESTRICCIÓN TEMPORAL
- [ ] 3. APTO CON RESTRICCIÓN DEFINITIVA
- [ ] 4. APLAZADO

PERIÓDICO O RETIRO

- [ ] Sin alteración evidente
- [ ] Presenta patología general manejada con recomendaciones medicas
- [ ] Presenta patología general que requiere estudio y/o tratamiento medico
- [ ] Presenta sospecha de enfermedad laboral que requiere estudio y/o seguimiento medico

CONCEPTO MEDICO SEGUN ENFASIS

APTO PARA MANIPULAR ALIMENTOS ☐ APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS ☐ NO APLICA ☑

Tipo de restricciones:

1. Manipulación cargas superiores a: _____ kg ☐ 2. Exposición a ruidos superiores a 85dB ☐ 3. Trabajos en alturas ☐
4. Trabajos en espacios confinados ☐ 5. Manipulación de alimentos ☐ 6. Operación de vehículos, equipo pesado y/o máquinas – herramientas eléctricas ☐
7. Exposición a material particulado, gases y vapores. ☐ 8. Otro. ¿Cuál? _____

XI. RECOMENDACIONES

Recomendaciones generales:

Higiene postural y de columna ☑
Pausas activas ☑
Estilos de vida saludables ☑
Uso de elementos de protección personal según cargo y exposición ☑
Ejercicio cardiovascular regular ☑
Otra. ¿Cuál? _____

Seguimiento en:

Sistema de inteligencia epidemiológica de patología Auditiva ☐
Sistema de inteligencia epidemiológica de patología osteomuscular ☐
Sistema de inteligencia epidemiológica de patología asociada a riesgo psicosocial ☐
Sistema de inteligencia epidemiológica de patología asociada a riesgo químico ☐
Sistema de inteligencia epidemiológica de patología Visual ☐
Sistema de inteligencia epidemiológica de patología Cardiovascular ☐
No aplica ☐
Otro. ¿Cuál? _____

XII. VALORACIÓN POR

MEDICINA GENERAL	
ORTOPEDIA	
FISIATRÍA	
NUTRICIÓN	
FISIOTERAPIA	
OTORRINOLARINGOLOGÍA	
MEDICINA INTERNA	
OFTALMOLÓGIA	
OPTOMETRÍA	✓
NO SE REMITE	
OTRO, CUAL	

"Yo _____ declaro que la información suministrada es veridica y no he ocultado datos para establecer con certeza mi estado de salud y de aptitud ocupacional. Hago constar que he recibido una copia de la presente Historia Clínica Ocupacional, la he leído, me ha sido explicada, la he entendido a cabalidad, acepto y estoy conforme con todo su contenido. Así mismo autorizo al médico de CAFAM, para que solicite la(s) prueba(s) complementaria(s) requerida(s), que dentro de la evaluación médica ocupacional sean necesarias para precisar el diagnóstico según lo estipulado en la Resolución 2346 /07 y 1918 / 09 del Ministerio de la Protección Social. En constancia, firmamos:"

SUBDIRECCIÓN DE SALUD
YANETH ALEXANDRA NEIRA ROJAS
Esp. Salud Ocupacional - C.C. 52807958

NOMBRE Y FIRMA
MÉDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
LICENCIA:

NOMBRE Y FIRMA
TRABAJADOR
CÉDULA: