

0. Bogotá D.C,

Día 16 Mes 05 Año 23

Señora Mayor General Médico
Clara Esperanza Galvis Díaz
Directora General
Hospital Militar Central
Ciudad.

ASUNTO: OFERTA DE SERVICIOS Y DECLARACIÓN JURAMENTADA

Con toda atención y respeto, me permito ofrecer mis servicios como Auxiliar enfermería, para suscribir Contrato de Prestación de Servicios con el HOSPITAL MILITAR CENTRAL.

Por otra parte, manifiesto bajo gravedad de juramento, que no me encuentro incurso en ninguna de las causales de inhabilidades e incompatibilidades que estipula el artículo 8 de la ley 80 de 1993, para realizar Contratos con Entidades Estatales.

Así mismo, autorizo al HOSPITAL MILITAR CENTRAL, para que consulte la información necesaria en las bases de datos de información de diferentes entidades para el trámite de ingreso por Contrato de Prestación de Servicios.

Atentamente,

FIRMA: Alejandra Zafra

NOMBRE: Karen Alejandra Morales Zafra

CC. 1000250236 de Bogotá

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.000.250.236

MORALES ZAMORA

APELLIDOS

KAREN ALEJANDRA

NOMBRES

Karen Zamora

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 18-ENE-1997

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.59 O+ F

ESTATURA G.S. RH SEXO

26-FEB-2015 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GAÚNDO YACHA



P-1500150-00946073-F-1000250236-20171012 0058105189A 1 9901774103

THE
FEDERAL BUREAU OF INVESTIGATION
UNITED STATES DEPARTMENT OF JUSTICE
WASHINGTON, D. C. 20535

TO : DIRECTOR, FBI (100-441111)

FROM : SAC, NEW YORK (100-100000)

SUBJECT: [REDACTED]



Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO <u>Morales</u>	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) <u>Zamora</u>	NOMBRES <u>Karen Alejandra</u>
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. <u>1000250236</u>	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA <u>18</u> MES <u>01</u> AÑO <u>1997</u> PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Bogotá</u> MUNICIPIO <u>Bogotá</u>		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA <u>Cl 97 F N° 0-21 este</u> PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Bogotá</u> MUNICIPIO <u>Bogotá</u> TELÉFONO <u>ESP: 11 96761111</u> EMAIL <u>3208574811</u>

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

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

EDUCACIÓN BÁSICA										TÍTULO OBTENIDO	
PRIMARIA					SECUNDARIA			MEDIA	FECHA DE GRADO		
1o	2o	3o	4o	5o	6o	7o	8o	9o	10	11	
										X	
										MES <u>11</u> AÑO <u>2014</u>	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRUCTURA ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:
TC (TÉCNICA), TL (TECNOLÓGICA), TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), UN (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), MG (MAESTRÍA O MAGISTER), DOC (DOCTORADO O PHD).
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
Precedencia		X		Bachiller	11	2014	
Precedencia		X		Técnico Auxiliar enfermería	15	2015	

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 ÚNICO HOJA DE VIDA

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.			
EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Sub red Sur occidente	x		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Cundinamarca	Bogotá		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
3849 160	DÍA 27 MES 10 AÑO 2022	DÍA 28 MES 12 AÑO 2022	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
auxiliar enfermería	enfermería	C19 N° 39-46	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	

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

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	3	4
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		3
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	3	3

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Bogotá.

Alejandra Zanlora
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

16-05-2023 Bogotá.
Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



El servicio público
es de todos

Servicio
Público

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES Y
RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS
(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
Morales	Zamora	Karen	Alexandra

Documento de identificación	
C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT. ☐	Número 1000250236.

Lugar de Nacimiento		
País Colombia.	Departamento Bogotá	Municipio Bogotá.

Lugar de domicilio		
País Bogotá	Departamento Bogotá	Municipio Bogotá.

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/ Curadurías/ u otra donde trabaje.

Cargo o función que cumple

Lugar de sede		
País	Departamento	Municipio
Dirección		

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3, DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LO CONSAGRADO EN LA LEY 2013 DE 2019, QUE LOS ÚNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACIÓN:

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:	
CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	\$ 0
Cesantías e intereses de cesantías	\$ 0
Gastos de representación	\$ 0
Arriendos	\$ 0
Honorarios	\$ 0
Otros ingresos y rentas	\$ 0
TOTAL	0

b) Las cuentas bancarias que poseo en Colombia y en el exterior son:

TIPO DE CUENTA	SEDE DE LA CUENTA (PAÍS)	SALDO DE LA CUENTA A DICIEMBRE 31 DEL AÑO ANTERIOR
Cuenta Ahorros	Colombiana USME	0

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	PAÍS DE UBICACIÓN	DEPARTAMENTO DE UBICACIÓN	MUNICIPIO DE UBICACIÓN	VALOR
				\$ 0

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

CONCEPTO	SALDO
	\$ 0

1.2. DE PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y/O ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas y Consejos Directivos:

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO	PAÍS

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO	PAÍS

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

a) 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 PARTICIPACIÓN

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

LA SIGUIENTE INFORMACIÓN LA REGISTRO EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN LA LEY 2013 DE 2019, Y CONFORME A LO SEÑALADO EN EL ARTÍCULO 40 DE LA LEY 734 DE 2002 Y 11 DE LA LEY 1437 DE 2011. PARA EL CASO DE LOS CONGRESISTAS, TAMBIÉN SE DA CUMPLIMIENTO A LA LEY 2003 DE 2019.

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE Y/O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

INFORMACIÓN DEL CONYUGE Y/O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

En la actualidad tengo sociedad conyugal o de hecho vigente

SI

☒

NO

NOMBRE COMPLETO (nombres y apellidos)	TIPO DE SOCIEDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD
Jhon Fernando Gonzalez	es Poso	80132332.

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES DE CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y PRIMERO CIVIL

A continuación, se registra información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil, solo cuando sea susceptible de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeña

De conformidad con el literal d) del artículo 2° de la ley 2003 de 2019, los congresistas deberán relacionar la información de los parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, primero de afinidad y primero civil.

PARIENTES HASTA EL CUARTO GRADO DE CONSANGUINIDAD, SEGUNDO GRADO DE AFINIDAD Y PRIMERO CIVIL

PARENTESCO	NOMBRE COMPLETO (nombres y apellidos)				DOCUMENTO DE IDENTIDAD
	Primer nombre	Segundo Nombre	Primer apellido	Segundo apellido	

2.3 DE PARTICIPACIÓN EN GREMIOS, SINDICATOS, GRUPOS SOCIALES O ECONÓMICOS U ORGANIZACIONES CON ÁNIMO Y SIN ÁNIMO DE LUCRO

a) Participación en gremios, sindicatos, grupos sociales o económicos u organizaciones con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera):

GREMIO, SINDICATO, GRUPO SOCIAL O ECONÓMICO U ORGANIZACIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO	PAÍS

2.4. OTRAS INVERSIONES

a) Los fideicomisos y encargos fiduciarios de los cuales soy constituyente o beneficiario en Colombia y en el exterior son:

NOMBRE DEL FIDEICOMISO O ENCARGO FIDUCIARIO	CALIDAD	VALOR	PAÍS

Documento: CC. 1000250236

Última actualización: 14/05/2023 18:11:14

1. AUTORIZACIÓN CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE INFORMACIÓN

Autorizo de manera permanente e irrevocable a HOMIL o a quien represente sus derechos para que con fines de: auditoría, control, cumplimiento, estadística, supervisión y de información comercial a otras entidades; para que consulte, solicite, suministre, reporte, procese, actualice y divulgue cualquier información de carácter financiero y comercial desde el momento de la vinculación legal o contractual a las centrales de información o bases de datos debidamente constituidas que estime conveniente, en los términos y durante el tiempo vinculación jurídica de cualquier naturaleza, todo conforme a lo establecido en las normas legales vigentes dentro del marco del Sistema de Administración de Riesgos de Lavado de Activos y Financiación al Terrorismo SARLAFT/FPADM del HOMIL.

Autorizo al HOMIL para tomar las medidas correspondientes, en caso de detectar cualquier inconsistencia en la información consignada en este formulario, eximiendo a la entidad de toda responsabilidad que se derive de ello.

La consecuencia de esta autorización será la inclusión de mis datos en las mencionadas bases de datos en entidades de sector financiero o de cualquier otro dato personal o económico que estime pertinente.

2. AVISO DE PRIVACIDAD PARA RECOLECCIÓN DE DATOS PERSONALES

En mi calidad de titular de información personal, actuando libre y voluntariamente, al diligenciar a los datos aquí solicitados, autorizo al Hospital Militar Central, HOMIL, para que de forma directa o a través de terceros realice el tratamiento de mi información personal, el cual consiste en recolectar, almacenar, usar, transferir y administrar mis datos personales, para la vinculación con la entidad.

Entiendo que las políticas para el tratamiento de mi información personal, así como el procedimiento para elevar cualquier solicitud, queja o reclamo, podrán ser consultados en el sitio www.hospitalmilitar.gov.co

De manera expresa manifiesto que conozco, entiendo y he sido informado de mis derechos como titular de datos personales frente a:

I) conocer, actualizar y rectificar los datos personales, II) solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, III) ser informado por HOMIL, previa solicitud, respecto del uso que se ha dado a los datos personales, IV) presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio por infracciones de la ley, V) revocar la autorización y/o solicitar la supresión del(los) dato(s) en los casos en que sea procedente, y VI) acceder en forma gratuita a los mismos. Lo anterior, de conformidad con el Artículo 15 de la Constitución Nacional, la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013.

3. DECLARACIÓN DE ORIGEN Y DESTINO DE BIENES Y FONDOS

a) Obrando en nombre propio y/o a nombre de la entidad que represento legalmente, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración en cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa No.029 de 2014 expedida por la Superintendencia Financiera de Colombia, en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (Decreto 663 de 1993), el Decreto 2555 de 2010, Ley 190 de 1995, Ley 1474 De 2011 "Estatuto Anticorrupción", Circular Externa 009/2016 de la Superintendencia Nacional de Salud y demás normas legales concordantes. b) Los bienes y recursos que manejo o mis recursos propios provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad, negocios, etc):

Bienes y recursos

ACTIVIDAD DE AUXILIAR DE ENFERMERIA

c) Declaro que mis bienes y recursos no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o cualquier norma que lo modifique o adicione.

d) Me comprometo a no realizar directamente, por cuenta o a través de terceros actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o cualquier norma que lo modifique o adicione, ni a efectuar operaciones que faciliten o se destinen a tales actividades o a favor de personas relacionadas con la misma.

e) Declaro que la información suministrada corresponde a la realidad, que la información que adjunto es veraz y puede ser verificada por cualquier medio desde ahora y mientras subsista una relación laboral, contractual o legal con HOMIL.

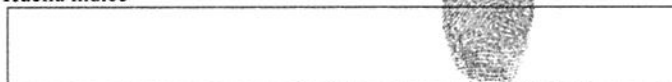
f) Me obligo con el HOMIL a mantener actualizada la información suministrada mediante el presente formulario, siendo mi compromiso el de reportar directamente los cambios de la información aquí contenida en el aplicativo Formulario SARLAFT del HOMIL, al menos una vez al año de acuerdo con los procedimientos que para tal efecto tenga dispuestos la entidad.

4. FIRMA

Fecha de firma 2023-05-15

Número de documento de Identificación

Huella índice



Nombre KEREN ALEJANDRA MORALES ZAMORAS

Firma

Fecha de impresión: 14-05-2023 06:18

Verificar

✓ gar

Hoja de vida

**Karen
Alejandra
Morales
Zamora**



**C.C. No. 1.000.250.236
de Bogotá**

Karen Alejandra Morales Zamora

Datos Personales

Nacimiento: enero 18 de 1997
3208574811
espitiajohn967@gmail.com
Calle 97 F No. 0 - 21 este
Usme

Formación Académica

Fusdes
Auxiliar de Enfermería
Bogotá 2015

C.E.D Don Bosco IV
Bachiller
Bogotá 2014

C.E.D Don Bosco IV
Básica Primaria
Bogotá 2009

Experiencia Laboral

Subred Suroccidente
Octubre 28 de 2022 - diciembre 29 de 2022
Cargo | Auxiliar de Enfermería
Salud pública
Tel - Cel | 368 22 46

Hospital San Carlos
Julio 22 de 2019 - noviembre 15 de 2019
Cargo | Auxiliar de Enfermería
Tel - Cel | 601-7443333

Hospital Central de la Policía
Mayo 22 de 2019 - septiembre 30 de 2019
Jefe Inmediato | Ingrid
Cargo | Auxiliar de enfermería
Tel - Cel | 3112784316

Karen Alejandra Morales Zamora

Hospital Militar Central
Junio 17 de 2017 – octubre 29 de 2018
Cargo | Auxiliar de Enfermería
Tel - Cel | 601-3486868
Jefe | Capital Neila
Dirección: | Trv 3 No. 49 - 02

Referencias Personales

Mariana Zamora
Auxiliar de enfermería
Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario La Modelo
Tel - Cel | 3126855323

Dayana Montenegro
Auxiliar de enfermería
Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario La Modelo
Tel - Cel | 3058239604

Referencias Familiares

Paola Espitia
Docente
Tel - Cel | 3138038220

Alejandro González
Policía
Tel - Cel | 3212548781

Karen Alejandra Morales Zamora
C.C. No. 1.000.250.236 de Bogotá

Karen Alejandra Morales Zamora

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	FORMATO: EXAMEN DE PRACTICA FORMATIVA	CÓDIGO: GC-ESAE-PR-06-FT-26
	UNIDAD: FORMACION Y DOCENCIA (ÁREA ESCUELA AUXILIARES DE ENFERMERIA)	FECHA DE EMISIÓN: 20-04-2021
	PROCESO: GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO	VERSIÓN: 02
SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI		PÁGINA 1 DE 1

EVALUACIÓN PARA AUXILIAR DE ENFERMERIA			
NOMBRE	Karen Alejandra Morales Zarora		
FECHA	05-Mayo-2023	CALIFICACION	4.0

Señor aspirante: No se admiten respuestas a lápiz, uso de corrector o esfero borrable, doble repuestas, tachones. Si incurre en alguna de estas faltas, su respuesta será anulada.

SELECCIÓN MÚLTIPLE
 Marque con una "X" equis la respuesta que usted considera correcta:

Valor total: 5,0 – Cada ítem: 0,5 – total de preguntas: 10

- La caja de cartón de los guantes de manejo se debe desechar en:
 - Caneca negra no aprovechable
 - ☒ Caneca blanca aprovechable
 - Caneca roja Biosanitario
- El daño o lesión no intencional que se le produce a un paciente mientras se le atiende. Esta definición corresponde a:
 - Falla activa
 - Riesgo de caída
 - ☒ Evento Adverso
- Al realizar la limpieza de la unidad del paciente, usted tiene en cuenta el siguiente principio:
 - ☒ De lo más sucio a lo más limpio
 - De lo más limpio a lo más contaminado
 - De abajo hacia arriba
- Los signos de dificultad respiratoria son:
 - Disnea, disuria y poliuria nocturna
 - ☒ Disnea, cianosis periférica y tiraje intercostal
 - Disnea, cianosis central e hipertensión
- Para tomar una muestra de sangre para un cuadro hemático debe alistar:
 - Tubo tapa azul con anticoagulante
 - ☒ Tubo tapa lila con anticoagulante
 - Tubo tapa amarillo sin anticoagulante.
- Se recibe orden médica de iniciar líquidos endovenosos a 60 cc/h. Usted como auxiliar de enfermería calcula el goteo de la solución, con un equipo de Macrogoteo con factor goteo de 20. La solución quedaría pasando a:
 - ☒ 20 gotas por minuto
 - 17 gotas por minuto
 - 23 gotas por minuto
- La manifestación escrita de aprobación de un procedimiento medico invasivo y sus posibles complicaciones se denomina:
 - Disentimiento informado
 - ☒ Consentimiento informado
 - Lista de chequeo informado
- Para la administración de medicamentos usted debe tener la precaución de:
 - ☒ Aplicar los diez correctos
 - Reconstituir con dextrosa los medicamentos
 - Desinfectar con solución salina salina
- Cuando usted recibe un paciente con vendaje en una de sus extremidades,, debe valorar:

8
10
Rosa R
11-05-2

FORMATO	EXAMEN DE PRACTICA FORMATIVA	CÓDIGO	GC-ESAE-PR-06-IT-26	VERSIÓN	02
		Página:	2 DE 2		

EVALUACIÓN PARA AUXILIAR DE ENFERMERÍA	
a. Sensibilidad, movilidad, perfusión y temperatura distal b. Sensibilidad, Movilidad, Temperatura y edema distal ☒ c. Sensibilidad, Movilidad, perfusión y dolor distal	X
10. Un cuidado de enfermería para un paciente con nutrición parenteral total es: ☒ a. Emplear guantes estériles para la manipulación b. Calentar la nutrición previamente c. No utilizar bomba de infusión	✓



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:31:57 AM horas del 18/05/2023, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1000250236**

Apellidos y Nombres: **MORALES ZAMORA KAREN ALEJANDRA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las [preguntas frecuentes](#) o acérquese a las [instalaciones de la Policía Nacional](#) más cercanas.



Dirección: Avenida El Dorado # 75
– 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a
Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00
pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano:
5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: [dijin.araic-
atc@policia.gov.co](mailto:dijin.araic-atc@policia.gov.co)

*Rosa R
18-5-23*

Consulta de antecedentes

Permite consultar los antecedentes disciplinarios, penales, contractuales, fiscales y de pérdida de investidura con solo digitar el número de identificación de la persona natural o jurídica.

Tipo de Identificación:

Cédula de ciu ▼

Número Identificación:

1000250236

¿ Cual es la Capital del Valle del Cauca? ↗

7

Consultar

Datos del ciudadano

Señor(a) KAREN ALEJANDRA MORALES ZAMORA identificado(a) con Cédula de ciudadanía Número 1000250236.

El ciudadano no presenta antecedentes

Señor(a) ciudadano(a): la expedición del certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación es gratuita en todo el país.
Fecha de consulta: jueves, mayo 18, 2023 - Hora de consulta: 10:33:44

El **certificado de antecedentes ordinario**, refleja las anotaciones de las sanciones impuestas en los últimos cinco (5) años, al cabo de los cuales, el sistema inacti automáticamente el registro salvo que la sanción supere dicho término, caso en el cual el antecedente se reflejará hasta que dicho término expire.

El **certificado de antecedente especial**, refleja todas las anotaciones que figuren en la base de datos, y se expide para acreditar requisitos de cuya elección, designación o nombramiento y posesión exige ausencia total o parcial de antecedentes.

Para ver este documento necesita Acrobat Reader. Si no lo tiene, haga [clíc aqui](#) para descargarlo gratis.

Copyright © 2013. Procuraduría General de la Nación / Todos los derechos reservados
Desarrollado por: [CDI Software](#) Colombia
V.1.0.1

Por Robert Pinera, para CDI Software 2013

ROSA R
18-5-7

Procuraduría - Medellín

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 jueves 18 de mayo de 2023, a las 10:34:01, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1000250236
Código de Verificación	1000250236230518103401

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

Lozano
18-5-23

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 10:34:48 horas del 18/05/2023, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1000250236**,
Apellidos y Nombres **MORALES ZAMORA KAREN ALEJANDRA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **HOMIL**, con NIT **830040256-0** 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.

<https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta>

Rosa
18-5-2

Nombre de archivo: entrega batas medicas
Directorio: C:\Users\Camilo.Bejarano\Documents
Plantilla: C:\Users\Camilo.Bejarano\AppData\Roaming\Microsoft\Plantillas
 \Normal.dotm
Título:
Asunto:
Autor: Alejandra Cortes
Palabras clave:
Comentarios:
Fecha de creación: 8/10/2021 8:23:00 a. m.
Cambio número: 9
Guardado el: 10/08/2022 1:22:00 p. m.
Guardado por: Camilo Bejarano
Tiempo de edición: 2.559 minutos
Impreso el: 10/08/2022 1:23:00 p. m.
Última impresión completa
 Número de páginas: 1
 Número de palabras: 46 (aprox.)
 Número de caracteres: 259 (aprox.)



Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

👤 Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 18/05/2023 10:35:34 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1000250236** y Nombre: **KAREN ALEJANDRA MORALES ZAMORA.**

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. **60855142** . 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 Búsqueda](#)[🖨 Imprimir](#)

Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Cra. 59 N° 26 - 21
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.
Línea de atención: 018000-910112



El futuro
es de todos

Gobierno
de Colombia

ES UN
HONOR
SER POLICÍA

Karen
18-5

Nombre de archivo: PAZ Y SALVO OSPINA SALINAS JOHANNA PAOLA

Directorio: Z:

Plantilla:

C:\Users\Camilo.Bejarano\AppData\Roaming\Microsoft\Plantillas

\Normal.dotm

Título:

Asunto:

Autor:

Adriana Cuevas

Palabras clave:

Comentarios:

Fecha de creación: 17/05/2023 2:56:00 p. m.

Cambio número: 2

Guardado el: 17/05/2023 2:56:00 p. m.

Guardado por: Camilo Bejarano

Tiempo de edición: 1 minuto

Impreso el: 17/05/2023 2:56:00 p. m.

Última impresión completa

Número de páginas: 1

Número de palabras: 76 (aprox.)

Número de caracteres: 421 (aprox.)

ACTA DE CERTIFICACIÓN N° TLCE-0948

Reunidos en Bogotá, D.C., en la sede administrativa de la CORPORACIÓN EDUCATIVA HUMANAR, los abajo firmantes, en calidad de DIRECTORA Y SECRETARIO, de acuerdo a las facultades conferidas por los reglamentos de la Corporación y el Decreto 114 de 1996 M.E.N. y aquellas que modifican y complementan, se permiten otorgar el presente certificado de:

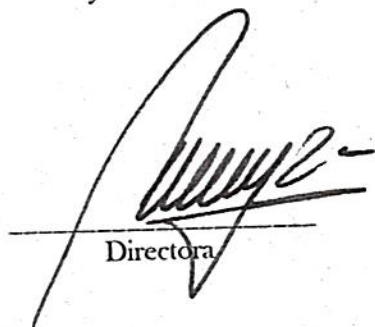
Aptitud Ocupacional como:

**TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS COMO
AUXILIAR EN ENFERMERÍA**
I.H. 1.800 HORAS

A:

Karen Alejandra Morales Zamora
C.C. 1.000.250.236 de Bogotá D.C.

En fe de lo anterior se firma esta acta a los quince (15) días del mes de Julio de 2015.



Directora



Secretario



HUMANAR
corporación educativa
formación para el trabajo y el desarrollo humano

... ..
... ..
... ..
... ..
... ..

... ..

... ..
... ..

... ..
... ..

... ..

... ..

... ..

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA Y EN SU NOMBRE LA
CORPORACIÓN EDUCATIVA HUMANAR

Resolución de Aprobación 02002 de enero 11 de 2011 Secretaría de Educación de Bogotá y 0093 de Febrero 5 de 2010 del Ministerio de Protección Social

FORMACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Otorga el presente certificado de Aptitud Ocupacional a:

Aaren Alejandra Morales Zamora

C.C. 1.000.250.236 de Bogotá D.C.

Cómo:

**TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS COMO
AUXILIAR EN ENFERMERÍA**

I.H.T 1800 Horas

de lo anterior, firmamos y sellamos el presente Certificado en Bogotá D.C. a los Quince (15) días del mes de Julio de 20 15


DIRECCIÓN


HUMANAR
Corporación Educativa Humanar
Formando para el trabajo y el desarrollo humano


SECRETARÍA

VERIFICACION TITULO AUXILIAR

seco <seco@homil.gov.co>

Jue 18/05/2023 3:41 PM

Para: info@humanar.edu.co <info@humanar.edu.co>

CC: seco <seco@homil.gov.co>

Señores:

HUMANAR CORPORACION EDUCATIVA**Cordial saludo,**

En atención al artículo 23 de la Constitución Política, siguiendo instrucciones de la Señora Mayor General Médico directora del **Hospital Militar Central**, con toda atención me dirijo a usted con el fin de solicitar la verificación del título presentado por la persona relacionada a continuación:

□

APELLIDOS Y NOMBRES	CÉDULA	TITULO OBTENIDO	FECHA DE GRADUACIÓN DD/MM/AA
MORALES ZAMORA KAREN ALEJANDRA	1000250236	AUXILIAR DE ENFERMERIA	15 JUL 2015

Por otra parte, es importante enunciar que no se envía carta de autorización suscrita por el Egresado, puesto que teniendo en cuenta el artículo 10 literal a de la Ley 1581 de 2012, no se requiere autorización del titular cuando se trate de Entidades Públicas en ejercicio de sus funciones legales y en el caso en concreto el Hospital Militar Central es una Entidad Pública la cual en ejercicio de su función legal y a fin de prestar sus servicios solicita la verificación de títulos del personal que ejerce actividades en la Entidad.

Atentamente

Rosa Rodriguez Cabanzo
Auxiliar de Servicios

Hospital Militar Central - HOMIL

rosarodriguez@homil.gov.co**Área de Selección y contratación de Personal****+57 (1) 3 486868 Ext. 3094****Transversal 3C No. 49 - 02, Bogotá D.C.**www.hospitalmilitar.gov.co

Hospital Militar Central Colombia @HOMILCOL

Nombre de archivo: PAZ Y SALVO VILLAMIL LOPEZ YENSY LIZETH
Directorio: Z:
Plantilla:

C:\Users\Camilo.Bejarano\AppData\Roaming\Microsoft\Plantillas

\Normal.dotm

Título:

Asunto:

Autor:

Adriana Cuevas

Palabras clave:

Comentarios:

Fecha de creación: 17/05/2023 2:52:00 p. m.

Cambio número: 2

Guardado el: 17/05/2023 2:52:00 p. m.

Guardado por: Camilo Bejarano

Tiempo de edición: 1 minuto

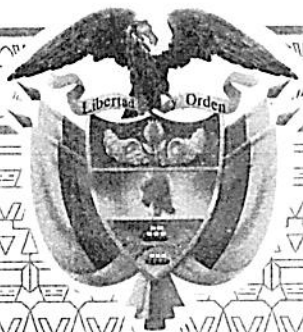
Impreso el: 17/05/2023 2:53:00 p. m.

Última impresión completa

Número de páginas: 1

Número de palabras: 76 (aprox.)

Número de caracteres: 422 (aprox.)



La República de Colombia

El Ministerio de Educación Nacional

y en su nombre el

Centro Educativo Distrital
Don Bosco IV

Autorizado por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.,

según Resolución No. 5929 del 18 de Septiembre de 2001

Confiere a :

Karen Alejandra Morales Zamora

T.I. 1.000.250.236 de Bogotá

el Título de:

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de

Educación Media Académica, (Artículo 28 Ley 115 de 1994);

según los planes y programas vigentes

Tatiro Sanabria Covar

Isabel Cristina Meza Herazo

ACTA INDIVIDUAL DE GRADUACIÓN

CENTRO EDUCATIVO DISTRITAL
DON BOSCO IV

CALLE 91 SUR No. 4 – 22 ESTE

TELEFONOS 7625959 – 7626015
BOGOTÁ, D.C.

INSCRIPCIÓN DANE No. 111001098850
RADICACIÓN ICFES No. 098210

En la ciudad de Bogotá, D.C., a los veintisiete (27) días del mes de Noviembre de 2014, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de último grado, los suscritos Rector y Secretaria Académica del **CENTRO EDUCATIVO DISTRITAL DON BOSCO IV**, aprobado hasta nueva determinación en los niveles de Preescolar, Educación Básica y Media y autorizado por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C., para otorgar el Título de Bachiller Académico, según Resolución No. 5929 del 18 de Septiembre de 2001.

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

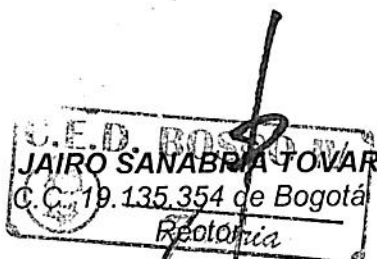
Karen Alejandra Morales Zamora

T.I. 1.000.250.236 de Bogotá

Es fiel copia tomada del Acta Original General No. 14 del 27 de Noviembre de 2014, consta de 72 alumnos; comienza con el nombre de AGUDELO FARFÁN JHONNATAN ALEXANDER y termina con el nombre de ZAMORA SÁNCHEZ LAURA CAMILA. Firmada por **JAIRO SANABRIA TOVAR** (Rector) e **ISABEL CRISTINA MEZA HERAZO** (Secretaria Académica).

Dada en Bogotá, D.C., a los veintisiete (27) días del mes de Noviembre de 2014.

No requiere Registro de la Secretaría de Educación según; Decretos 921 del 6 de Mayo de 1994 y 2150 del 5 de Diciembre de 1995; de la Presidencia de la República.



Isabel Cristina Meza Herazo

ISABEL CRISTINA MEZA HERAZO
C.C. 37.917.809 de Barrancabermeja
Secretaria Académica

VISUAL LASER LTDA.
3686201-5411084
Email: visual_laser@hotmail.com



VERIFICACION BACHILLER

seco <seco@homil.gov.co>

Jue 18/05/2023 3:44 PM

Para: cedbosco4@gmail.com <cedbosco4@gmail.com>

CC: seco <seco@homil.gov.co>

 1 archivos adjuntos (846 KB)

MORALES ZAMORA BACHILLER.pdf;

Señores:

COLEGIO EDUCATIVO DISTRITAL DON BOSCO IV

Cordial saludo,

En atención al artículo 23 de la Constitución Política, siguiendo instrucciones de la Señora Mayor General Médico directora del **Hospital Militar Central**, con toda atención me dirijo a usted con el fin de solicitar la verificación del título presentado por la persona relacionada a continuación:

☐

APELLIDOS Y NOMBRES	CÉDULA	TITULO OBTENIDO	FECHA DE GRADUACIÓN DD/MM/AA
MORALES ZAMORA KAREN ALEJANDRA	1000250236	BACHILLER ACADEMICO	27 NOV 2014

Por otra parte, es importante enunciar que no se envía carta de autorización suscrita por el Egresado, puesto que teniendo en cuenta el artículo 10 literal a de la Ley 1581 de 2012, no se requiere autorización del titular cuando se trate de Entidades Públicas en ejercicio de sus funciones legales y en el caso en concreto el Hospital Militar Central es una Entidad Pública la cual en ejercicio de su función legal y a fin de prestar sus servicios solicita la verificación de títulos del personal que ejerce actividades en la Entidad.

Atentamente

Rosa Rodriguez Cabanzo
Auxiliar de Servicios

Hospital Militar Central - HOMIL

rosarodriguez@homil.gov.co**Área de Selección y contratación de Personal****+57 (1) 3 486868 Ext. 3094****Transversal 3C No. 49 - 02, Bogotá D.C.**www.hospitalmilitar.gov.co

Hospital Militar Central Colombia @HOMILCOL

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

CERTIFICA:

Que mediante acuerdo 641 de 06 de abril de 2016, fueron fusionados los antes Hospitales BOSA, PABLO VI, KENNEDY, DEL SUR Y FONTIBON en la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., Que una vez revisadas las bases de datos que se encuentran en la Dirección de Contratación, se constata que la señor (a) KAREN ALEJANDRA MORALES ZAMORA; con documento de identidad No, 1000250236 celebró Contrato (s) de Prestación de Servicio como se relaciona a continuación:

#	Año	Contrato	Perfil	Fecha Inicial	Fecha Final	Valor	Unidad
1		8818-2022	AUXILIAR DE ENFERMERIA	27/10/2022	30/11/2022	\$2299415	SUBRED
2	2022	8294-2022	AUXILIAR DE ENFERMERIA	07/09/2022	30/09/2022	\$1754910	SUBRED
3	2022	8818-2022	AUXILIAR DE ENFERMERIA	27/10/2022	29/12/2022	\$2299415	SUBRED

OBLIGACIONES CONTRACTUALES

AUXILIAR DE ENFERMERIA

1 » Contrato: 8818-2022

Obligaciones:

Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil profesional y/o técnico conforme a lo establecido por los lineamientos distritales, estándares institucionales y portafolio de servicios, con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos para los componentes del escenario, espacio y/o Proyectos especiales, cuando sean requeridos y/o asignados en el contrato vigente entre la Sub Red sur Occidente y la Secretaría Distrital de Salud. Dar cumplimiento a las actividades y metas periódicas designadas en el plan de acción, con base en las fichas técnicas y lineamientos definidos por la SOS. Desarrollo de Acciones en el Entorno Hogar, Participar en la planeación, direccionamiento técnico y ejecución de las Jornadas locales y Distritales de Promoción de la Salud de acuerdo al cronograma definido por la Secretaría Distrital de Salud y la Subred. Desarrollar acciones de control social, información, sensibilización y educación, seguimiento a la canalización. Generar incidencia en la reducción del daño y gestión frente a problemáticas de salud identificadas. Implementar actividades lúdico-pedagógicas participativas para el desarrollo de capacidades y empoderamiento en prácticas de cuidado en salud, Participar en reuniones de asistencia técnica programadas por los Referentes de la Secretaría Distrital de Salud. Consolidar y fortalecer grupos de líderes pares formados según necesidades priorizadas en salud e inclusión. Fortalecer las capacidades de autogestión y liderazgo de personas, colectivos, grupos, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud. Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preauditorías del referente del espacio asignado. Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos. Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o SOS, antes de control. Asumir el 100% de Glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad, o de Otra índole en la que tenga responsabilidad el contratista. (Incumplimiento de meta, inconsistencia en entre Otras). Realizar actividades de contención y/o mitigación por la pandemia COVID 19 en el Distrito Capital en el marco del contrato PSPIC, disponiendo de recursos telefónicos, tecnológicos, de protección personal que permitan implementar acciones ordenadas en el marco de los protocolos, guías y lineamientos emanados por el nivel distrital, para la identificación y atención de casos nuevos y búsqueda de contactos

2 » Contrato: 8294-2022

Obligaciones:

1) Mantener actualizado el archivo de la dependencia conforme con la normatividad vigente y los procedimientos de la Subred. 2) Apoyar la elaboración de informes y respuesta a los requerimientos dirigidos al área, según instrucciones del supervisor. 3) Gestionar las solicitudes de suministros de papelería y otros insumos cuando sean requeridos por los diferentes equipos de trabajo del área. 4) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. 5) Retroalimentar a la supervisión dificultades del proceso de atención. 6) Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato. 7) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. 8) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. 9) Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred. 10) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente. 11) Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato. Asignar las citas correspondientes a la programación de salas de cirugía, realizar la programación de salas de cirugía, llamar a los pacientes que estén programados en salas de cirugía. Entregar documentos a los pacientes con respecto a la preparación de cada uno de los exámenes, revisión de autorizaciones y ordenes medicas de los pacientes. Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.

3 » Contrato: 8818-2022

Obligaciones:

Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil profesional y/o técnico conforme a lo establecido por los lineamientos distritales, estándares institucionales y portafolio de servicios, con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos para los componentes del escenario, espacio y/o Proyectos especiales, cuando sean requeridos y/o asignados en el contrato vigente entre la Sub Red sur Occidente y la Secretaría Distrital de Salud. Dar cumplimiento a las actividades y metas periódicas designadas en el plan de acción, con base en las fichas técnicas y lineamientos definidos por la SOS. Desarrollo de Acciones en el Entorno Hogar. Participar en la planeación, direccionamiento técnico y ejecución de las Jornadas locales y Distritales de Promoción de la Salud de acuerdo al cronograma definido por la Secretaría Distrital de Salud y la Subred. Desarrollar acciones de control social, información, sensibilización y educación, seguimiento a la canalización. Generar incidencia en la reducción del daño y gestión frente a problemáticas de salud identificadas. Implementar actividades lúdico-pedagógicas participativas para el desarrollo de capacidades y empoderamiento en prácticas de cuidado en salud. Participar en reuniones de asistencia técnica programadas por los Referentes de la Secretaría Distrital de Salud. Consolidar y fortalecer grupos de líderes pares formados según necesidades priorizadas en salud e inclusión. Fortalecer las capacidades de autogestión y liderazgo de personas, colectivos, grupos, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud. Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preauditorías del referente del espacio asignado. Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos. Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o SOS, antes de control. Asumir el 100% de Glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad, o de Otra índole en la que tenga responsabilidad el contratista. (Incumplimiento de meta, inconsistencia en entre Otras). Realizar actividades de contención y/o mitigación por la pandemia COVID 19 en el Distrito Capital en el marco del contrato PSPIC, disponiendo de recursos telefónicos, tecnológicos, de protección personal que permitan implementar acciones ordenadas en el marco de los protocolos, guías y lineamientos emanados por el nivel distrital, para la identificación y atención de casos nuevos y búsqueda de contactos

Los contratos relacionados anteriormente no generaron relación jurídica laboral entre la entidad y el Contratista, solo la ejecución y pago de los productos contratados.

La adulteración y/o uso fraudulento de la información, así como la presente firma acá plasmada, será responsabilidad exclusiva del contratista, en los términos de que trata los artículos 286 y S.S. del código penal colombiano

Se expide la presente constancia a solicitud del contratista conforme a la información que reposa en base de datos de la Institución a los treinta y un(31) días del mes de Enero de 2023, la cual no tiene fecha de expiración

Atentamente,



Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

INGRIT LINETH VASQUEZ CELY
DIRECTORA DE CONTRATACIÓN
SUBGERENCIA CORPORATIVA

Copia Certificada
Subred Suroccidente



VERIFICACION CERTIFICACION LABORAL

seco <seco@homil.gov.co>

Jue 18/05/2023 3:46 PM

Para: contactenos@subredsur.gov.co <contactenos@subredsur.gov.co>

CC: seco <seco@homil.gov.co>

 1 archivos adjuntos (799 KB)

MORALES ZAMORA CERTIFICACION.pdf;

Señores

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE

Cordial Saludo,

Siguiendo instrucciones de la Señora Mayor General Médico-directora del Hospital Militar Central, con toda atención y respeto me dirijo a usted con el fin de solicitar la verificación del certificado laboral presentado por la señora **MORALES ZAMORA KAREN ALEJANDRA**, identificado con cédula de ciudadanía No 10200250236 de Bogotá, informando lo siguiente:

Cargo:

Fecha de inicio:

Actividades Realizadas;

Fecha de terminación: Si aplica

Motivo del retiro: Si aplica

Se requiere la información de carácter **URGENTE** para continuar con el proceso de Contratación.

Quedo atenta a cualquier información.

Gracias.

Rosa Rodriguez Cabanzo
Auxiliar de Servicios
rosarodriguez@homil.gov.co

Unidad de Talento Humano
+57 (1) 3 486868 Ext. 3094
Transversal 3C No. 49 - 02,
Bogotá D.C.
www.hospitalmilitar.gov.co
Hospital Militar Central
Colombia
@HOMILCOL



**FUNDACION METROPOLITANA DE BUSQUEDA Y RESCATE
"FUMESAR"**

Registro Cámara Y Comercio N° S0052306
Registro DIAN N° 14409545492
NIT 901 065 587-9



CERTIFICA QUE:

KAREN ALEJANDRA MORALES ZAMORA

Con documento de identidad No. 1.000.250.236

**ASISTIÓ Y APROBÓ EL CURSO
SOPORTE VITAL BASICO
CON UNA INTENCIDAD DE 60 HORAS**

Bogotá D.C, Junio 20 de 2022

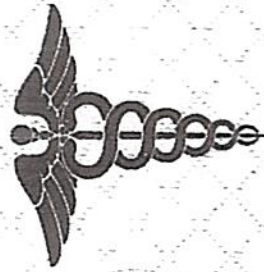
Anotado en el control interno de la Fundación en el
Libro No. 13, Folio No. 11, Certificado No. 7



**BRIGADIER MAYOR GENERAL
JONATHAN ALEXIS GIRALDO
DIRECTOR GENERAL**



LEALTAD, ESFUERZO Y SACRIFICIO





**CENTRO DE CAPACITACION EN URGENCIAS
Y EMERGENCIAS**

S.O.S

Educación Informal de acuerdo a decreto 4904 de 2009 Ministerio de Educación
Nacional

CERTIFICA QUE :

KAREN ALEJANDRA MORALES ZAMORA

C.C:1.000.250.236

ASISTIO AL CURSO

**ATENCION INTEGRAL EN SALUD
A VICTIMAS DE VIOLENCIA
SEXUAL Y DE GÉNERO
(CADENA DE CUSTODIA)**

**CURSO SIGUE LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS EN LAS RESOLUCIONES:
3/2014, 459/2012, Y LAS LEYES: 1146/2007, 1257/2008. A NIVEL NACIONAL PARA
TODO EL PERSONAL DE LA SALUD
CON UNA INTENSIDAD DE 40 HORAS**

**Dado en Bogotá D.C., a los 05 días del mes de Septiembre de 2022.
Validez 2 años.**

**CENTRO DE CAPACITACIÓN EN
URGENCIAS Y EMERGENCIAS**

**Educación Informal - Decreto 4904 / 2009
Ministerio de Educación Nacional**

**Paola M. Vieda
Directora**

**PARA EVITAR FALSIFICACIONES, SOLICITAMOS
A SU INSTITUCION SE VERIFIQUE LA
AUTENTICIDAD DE EL SIGUIENTE CERTIFICADO.**

**PARA ESTO comuníquese al:
TEL: 8069582 CEL: 3192978634 - 3192859190
inscripciones@capacitacionessos.net
www.capacitacionessos.net**

**David Londoño
Sub Dirección
Académica**

Atención telefónica a través del Centro de Contacto:

En Bogotá: +57(1) 3305043 Resto del país: 018000960020

Horario de atención:

Lunes a Viernes de 7:00 a.m. a 9:00 p.m. y sábados de 8:00a.m. a 1:00 p.m. en jornada continua.

[Solicitudes, sugerencias y reclamos PQRSD](#)

[Notificaciones judiciales](#)

[Términos y condiciones de uso.](#)



Cambiar

9229

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General - 2023-05-18 --7:51:34 AM -2023-05-18 --9:23:43 AM -2023-05-18 --9:59:10 AM
-2023-05-18 --10:32:32 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación	Detalles
CC	1000250236	KAREN	ALEJANDRA	MORALES	ZAMORA	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) KAREN ALEJANDRA MORALES ZAMORA identificado(a) con CC 1000250236 registra la siguiente información:

2023-05-18 --10:32:32 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha Inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	AUXILIAR EN ENFERMERIA	2015-12-17	15906	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

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

1000250236
18-5-23
212



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Resolución No 15906 de 17/12/2015

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

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

LA DIRECTORA DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

En uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el Decreto 1352 de julio de 2000 por el cual modifica parcialmente el decreto 1875 de 1994 y resoluciones 8211 de julio de 1989 y 449 de febrero 8 de 1993 del ministerio de Salud y, Resolución No 001390 del 10 de marzo de 1997, Ley 1164 de 2007, Resolución 3030 del Ministerio de Salud y Protección Social y,

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) MORALES ZAMORA KAREN ALEJANDRA Identificado(a) con CC número 1000250236 expedida en BOGOTÁ D.C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su ocupación según CERTIFICADO de AUXILIAR EN ENFERMERIA otorgado por LA CORPORACION EDUCATIVA HUMANAR el día 15/07/2015 .

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 MORALES ZAMORA KAREN ALEJANDRA identificado(a) con CC número 1000250236 expedida en BOGOTÁ D.C para desempeñarse como AUXILIAR EN ENFERMERIA en el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO: A partir de la expedición de la presente resolución, el profesional quedara inscrito en el registro Único Nacional del Talento Humano en salud (RETHUS).

COMUNIQUESE, Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D.C. a los 17/12/2015

Isabel Cristina Artunduaga P.
Directora de Calidad de
Servicios de Salud (E)

ISABEL CRISTINA ARTUNDUAGA PASTRANA.
Directora de Calidad de Servicios de Salud.

Bogotá, D.C. 10/03/2016
A la fecha notifiqué personalmente al
señor (a) Karen Zamora
CC. # 1000250236
Firma Karen Zamora

Reviso : Daniel Ortiz B
Elabora : Víctor Sánchez

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195



BOGOTÁ
HUMANANA

Alfo

Q111SVP E.P.S

Q11 22 SVP +49-07.

2. Concepto **02** Actualización

4. Número de formulario

14857961836



(415)7707212489984(8020) 000001485796183 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

1 0 0 0 2 5 0 2 3 6

4

Impuestos de Bogotá

3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

1 0 0 0 2 5 0 2 3 6

27. Fecha expedición

2 0 1 5, 0 2, 2 6

Lugar de expedición 28. País

COLOMBIA

1 6 9

29. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

MORALES

32. Segundo apellido

ZAMORA

33. Primer nombre

KAREN

34. Otros nombres

ALEJANDRA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CL 97 F SUR 0 21 ESTE BRR ALFONSO LOPEZ LAS ORQUIDEAS

42. Correo electrónico

espitiajohn967@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 2 0 8 5 7 4 8 1 1

45. Teléfono 2

3 0 2 8 3 1 2 6 7 4

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

8 6 9 2

47. Fecha inicio actividad

2 0 1 5, 0 3, 0 3

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

50. Código

1 2

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código

Obligados aduaneros

54. Código

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

NO

X

60. No. de Folios:

0

61. Fecha

2022 - 09 - 01 / 09 : 15: 39

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.

Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre CHAVARRO RADA JENNY

985. Cargo Gestor I

[Firma manuscrita]

Alejandra Zamora

1950

1951

The following table shows the results of the survey of the students of the University of Chicago who were asked to indicate the number of hours per week they spent on their studies during the year 1950-1951. The table is divided into two parts, one for the first semester and one for the second semester. The first part shows the results for the first semester, and the second part shows the results for the second semester. The table is divided into four columns: the first column shows the number of hours per week, the second column shows the number of students, the third column shows the percentage of students, and the fourth column shows the total number of hours. The table is divided into two parts, one for the first semester and one for the second semester. The first part shows the results for the first semester, and the second part shows the results for the second semester. The table is divided into four columns: the first column shows the number of hours per week, the second column shows the number of students, the third column shows the percentage of students, and the fourth column shows the total number of hours. The table is divided into two parts, one for the first semester and one for the second semester. The first part shows the results for the first semester, and the second part shows the results for the second semester. The table is divided into four columns: the first column shows the number of hours per week, the second column shows the number of students, the third column shows the percentage of students, and the fourth column shows the total number of hours.

The following table shows the results of the survey of the students of the University of Chicago who were asked to indicate the number of hours per week they spent on their studies during the year 1950-1951. The table is divided into two parts, one for the first semester and one for the second semester. The first part shows the results for the first semester, and the second part shows the results for the second semester. The table is divided into four columns: the first column shows the number of hours per week, the second column shows the number of students, the third column shows the percentage of students, and the fourth column shows the total number of hours. The table is divided into two parts, one for the first semester and one for the second semester. The first part shows the results for the first semester, and the second part shows the results for the second semester. The table is divided into four columns: the first column shows the number of hours per week, the second column shows the number of students, the third column shows the percentage of students, and the fourth column shows the total number of hours.



CERTIFICA QUE:

El (La) Señor(a) KAREN ALEJANDRA MORALES ZAMORA, identificado (a) con CC 1000250236 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	03/07/2007
Fecha de finalización de Servicios:	N/A
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS	FAMISANAR E.P.S. LTDA
Categoría:	CONTRIBUTIVO

La presente certificación se expide a solicitud desde (la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 22 días mes de marzo del año 2023.

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 SAS

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

KAREN ALEJANDRA MORALES ZAMORA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.000.250.236**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 26 de Mayo del 2023.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.



RAZON SOCIAL :	KAREN MORALES
IDENTIFICACION:	CC-1000250236
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACION REPORTE:	2023-05-26
FECHA LIMITE DE PAGO:	2023-07-12
PERIODO PENSION:	2023-06
PERIODO SALUD:	2023-06
NUMERO PLANILLA:	8624997040
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8624996971
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS017	830003564	FAMISANAR	1	\$ 1.160.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 145.000	\$ 145.000
230301	800224808	PORVENIR	1	\$ 1.160.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 185.600	\$ 185.600
14-25	800226175	COLMENA	1	\$ 1.160.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 28.300	\$ 28.300
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 358.900	\$ 358.900

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	10/08/2023
----------------------------------	------------

Auxiliar
Tatamenc

EL BANCO DE BOGOTA

INFORMA:

Que la persona KAREN ALEJANDRA MORALES ZAMORA identificado(a) con CC 1000250236 está vinculado(a) al BANCO DE BOGOTA a través de la CTA AHORROS No. 329099980 desde el 12 de mayo de 2017, este producto se encuentra Vigente.

Esta información es confidencial, no es una recomendación de negocio y se suministra sin responsabilidad del banco, se expide el 30 de agosto de 2022, a solicitud del interesado, con destino a quien interese.

Atentamente,



Olga Yanira Otálora Guerrero

Gerencia de Soluciones para el Cliente

Banco de Bogotá

Avisa
13.05.2023

