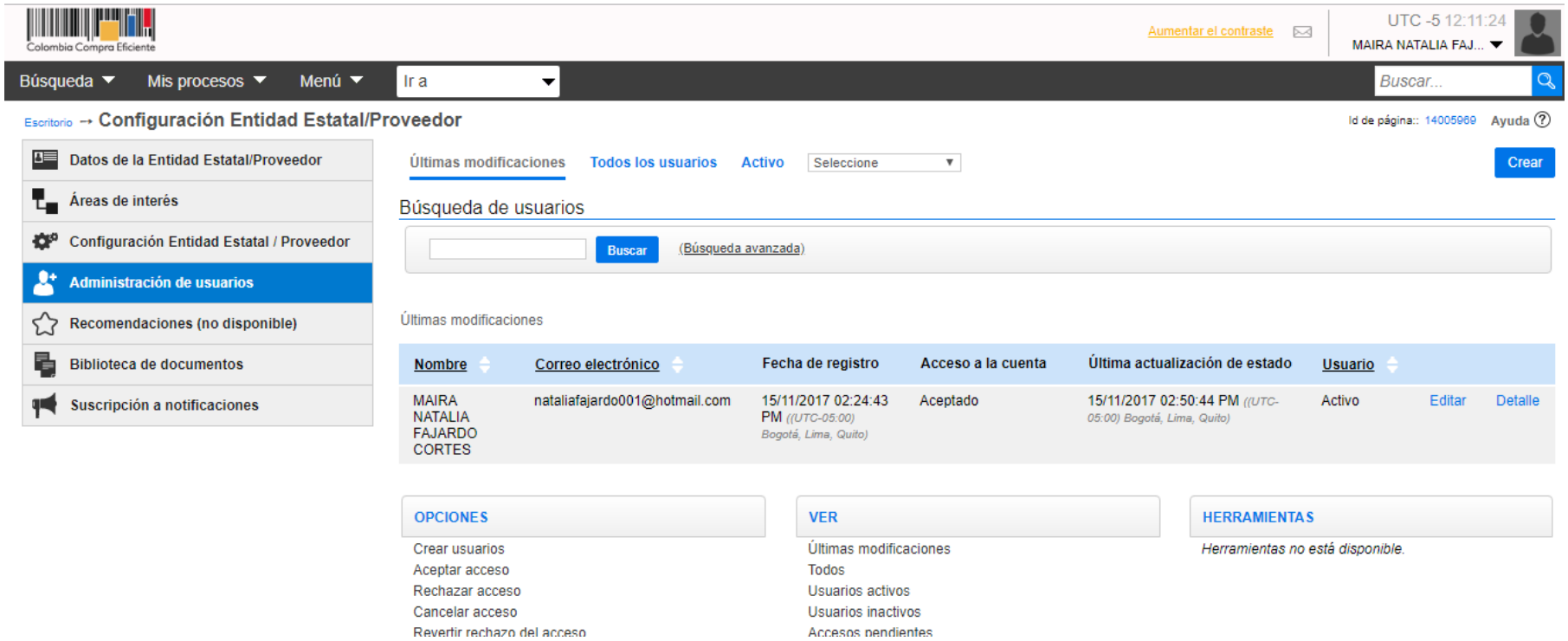

Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
UTC -5 12:11:24
MAIRA NATALIA FAJ...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio → Configuración Entidad Estatal/Proveedor
Id de página:: 14005969
Ayuda
Datos de la Entidad Estatal/Proveedor
Áreas de interés
Configuración Entidad Estatal / Proveedor
Administración de usuarios
Recomendaciones (no disponible)
Biblioteca de documentos
Suscripción a notificaciones
Últimas modificaciones
Todos los usuarios
Activo
Seleccione
Crear
Búsqueda de usuarios
Buscar
(Búsqueda avanzada)
Últimas modificaciones
Nombre
Correo electrónico
Fecha de registro
Acceso a la cuenta
Última actualización de estado
Usuario
MAIRA NATALIA FAJARDO CORTES
nataliafajardo001@hotmail.com
15/11/2017 02:24:43 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
Aceptado
15/11/2017 02:50:44 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
Activo
Editar
Detalle
OPCIONES
Crear usuarios
Aceptar acceso
Rechazar acceso
Cancelar acceso
Revertir rechazo del acceso
VER
Últimas modificaciones
Todos
Usuarios activos
Usuarios inactivos
Accesos pendientes
HERRAMIENTAS
Herramientas no está disponible.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 14-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
FAJARDO	CORTES	MAIRA NATALIA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1033751386

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 20 MES DIC AÑO 1992

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Calle 63 A Sur # 70 G34

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 4781663

EMAIL nataliafajardo001@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											*TITULO* BACHILLER ACADÉMICO
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES DICIEMBRE AÑO 2009
										X	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO*	*TEMINACIÓN MES*	*TEMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
TC	4	X		AUXILIAR DE ENFERMERÍA	9	2011	1033751386

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 14-dic-2018

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD UNIDAD PRIMARIA DE ATENCIÓN UPA CANDELARIA	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS 7152777	*FECHA DE INGRESO* DIA 9 MES 12 AÑO 2014		*FECHA DE RETIRO* DIA 6 MES 6 AÑO 2018
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE ENFERMERÍA	*DEPENDENCIA* UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS		*DIRECCIÓN* Cra. 28 #63a Sur4, Bogotá

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
PUBLICO	3	5
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	3	5

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Maira Natalia Fajardo Cortes

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 14-dic-2018

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

14-12-2018

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 14-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, MAIRA NATALIA FAJARDO CORTES

IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ◯ **T.I.** ◯ **No.** 1033751386 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.

Dirección Calle 63 A Sur # 70 G34 **Teléfonos**3102881035 4781663

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
YOLANDA CORTÉS	51666538	MADRE

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

PARA TOMAR POSESION ◯ PARA RETIRARME ◯ PARA ACTUALIZACION ⓧ

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ◯

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 26.000.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 26.000.000,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BANCO DAVIVIENDA	AHORROS	008480337990	BANCO DAVIVIENDA	$ 0,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
VEHICULO	MOTOCICLETA	$ 5.000.000,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
BANCO DAVIVIENDA	TARJETA DE CRÉDITO VISA	$ 2.800.000,00
BANCO DAVIVIENDA	TARJETA DE CRÉDITO MASTERCARD	$ 800.000,00

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

c) En la actualidad: **SI** ◯ **NO** ⓧ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
	C.C ◯ **C.E** ◯ **T.I.** ◯	

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

Laura Natalia Fajardo Cortes

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 14-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

La República de Colombia

El Ministerio de Educación Nacional

y en su nombre el

Colegio Ismael Perdomo

Institución Educativa Distrital

Resolución No. 001 de 15 de Noviembre de 2002

Secretaría de Educación Distrital, Bogotá, Dist. de Distrito Ciudad Bolívar.

Acuerdo Distrital 002 de 3 de Febrero de 2003

Confiere el

Título de

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al

Nivel de Educación Media Académica

Artículo 28 y 29 Ley 115 de 1994, según los artículos y reglamentos vigentes.

Rector

Secretaria Académica

Diploma Registrado

Inscrito en el folio 27 del Libro de Registro de Diplomas No. 1

Dado en Bogotá, D. C. a los 3 días de Diciembre de 2008

Este Diploma se expide en cumplimiento de la Resolución de Secretaría de Educación

de Cundinamarca No. 1 Folios 001 del 2 de Mayo de 1994

y 2000 del 5 de Diciembre de 2002 y la Resolución de la República

COLEGIO ISMAEL PERDOMO
INSTITUCIÓN EDUCATIVA DISTRITAL
NIT. 830.041.525-1

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO
JORNADA TARDE
CÓDIGO ICFES 139329

En la ciudad de Bogotá D.C, a los (06) días del mes de **Diciembre** de **dos mil nueve (2009)**, se reunieron los suscritos Rector y Secretaria, con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes del último grado de Educación Media, en la Rectoría del **COLEGIO ISMAEL PERDOMO INSTITUCIÓN EDUCATIVA DISTRITAL**, Aprobado según Resolución 19-001 de 28 de Noviembre de 2008 Secretaria de Educación de Bogotá, Dirección Local de Educación Ciudad Bolívar. Decreto Distrital 330 de 6 Octubre de 2008, en el Nivel de Educación Media Académica, quién le autoriza para otorgar el **Título de Bachiller Académico.**

Una vez comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el **TITULO DE BACHILLER ACADÉMICO**, al graduando cuyos Nombres, Apellidos y número de identificación se relacionan a continuación:

Maira Natalia Fajardo Cortes
T.I 92122056238

Es fiel copia tomada del Acta Original General N° 02 De fecha Diciembre 06 de 2009 que consta de 97 estudiantes que comienza con el nombre de Juan Carlos Amado Holguín y cierra con el nombre de Mónica Vargas Lozano.

Firmado por NEFTALI DIAZ RODRIGUEZ (Rector)(e) y ROSARIO CORTÉS DE SEGURA (Secretaria).

Dada en Bogotá D.C, a los 06 días del mes de Diciembre de 2009.

Neftali Díaz Rodriguez
C.C 8.798.485 de Medellín
Rector (e)

Rosario Cortés de Segura
C.C 41.640.904 de Bogotá
Secretaria

No requiere sellos según Decreto 2250 de Diciembre de 1995

República de Colombia

POLITECNICO NACIONAL

EDUCACION NO FORMAL

Con reconocimiento Oficial otorgado por la Secretaría de Educación Distrital de Bogotá Resolución de Aprobación No. 2167 de Julio 09 de 1999, Concepto Favorable Mediante Acuerdo No. 143 de Mayo 21 de 2009 y Acuerdo No. 30 de Diciembre 02 de 1998 del Ministerio de Salud.

CONFIERE EL CERTIFICADO

COMO TÉCNICO LABORAL EN:

AUXILIAR EN ENFERMERIA

A

Maira Natalia Fajardo Cortes

IDENTIFICADO CON DOCUMENTO DE IDENTIDAD No. 1033751336 DE Bogotá QUIEN CURSÓ Y APROBÓ SATISFACTORIAMENTE TODAS LAS ASIGNATURAS Y LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS

POLITECNICO NACIONAL

DIRECTOR SEDE

SECRETARIA GENERAL

Dado en Bogotá D.C a los 17 días de mes de Septiembre de 2011

Libro de Registro No. C05 Folio No. 74

POLITÉCNICO NACIONAL
Corporación de Educación Técnica

Con reconocimiento oficial otorgado por la Secretaría de Educación Distrital de Bogotá
Resolución de aprobación N° 2167 de Julio 09 de 1999, concepto favorable mediante el Acuerdo N° 144 del 21 de Marzo de 2007
y Acuerdo N° 30 de Diciembre 02 de 1998 del Ministerio de Salud

ACTA GENERAL Nº 015

En la ciudad de Bogotá D.C., a los diecisiete (17) días del mes de septiembre del año 2011, se reunieron las suscritas Directora y Secretaria del POLITECNICO NACIONAL de la sede Bogotá, con el objeto de otorgar el Acta Individual de Certificación a

FAJARDO CORTÉS MAIRA NATALIA
C.C. 1.033.751.386 DE BOGOTÁ

Quien termino sus estudios correspondientes y cumplió los requisitos exigidos por la ley y los reglamentos de la institución, para obtener el Certificado de Aptitud ocupacional como TECNICO LABORAL en:

AUXILIAR EN ENFERMERÍA

Intensidad Horaria del programa 1.800 horas
Registrado en el Libro 03, Folio 74

Para constancia se firma la presente en Bogotá, D.C. A los diecisiete días del mes de septiembre de 2011

DIRECTOR SEDE

SECRETARIA DE SEDE

Subred Integrada de Servicios de Salud

Centro Oriente E.S.E.

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

CERTIFICA QUE:

MAIRA NATALIA FAJARDO CORTES

C.C.: 1033751386

Asistió a la capacitación en:

Atención Integral en Salud de Victimas de Violencia Sexual

Con una intensidad horaria de 20 horas

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

La República de Colombia

y en su nombre

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN

"FUSDESA"

Educación para el Trabajo y Desarrollo Humano Acuerdo Ejecutivo No. 31 del 12 de Febrero de 1999
expedido por el Ministerio de Salud y Licencia de Funcionamiento No. 1330 - 22 de Abril de 1999
emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C. Actualización del Programa Acuerdo No. 164 del 18 de Marzo de 2010,
Emitido por la Comisión Intersectorial Para el Talento Humano en Salud.

Certifica:

Que: *Maira Natalia Fajardo Cortes*

Asistió al curso Básico de

RESCATADOR

Con una intensidad de 20 horas

Roberto Gallindo González
Presidente

Dra. Lida Janeth Ciela Ramírez
Directora Académica

Giovanny Fonseca
Docente

Curso / Taller

CERTIFICADO

de

Toma de Muestras e Interpretación de Coloración Intravenoso

Otorgado a

MAIRA NATALIA FAJARDO

C.C. 1.033.751.386

AUX. ENFERMERIA

Intensidad: 4 Horas

Abril – Mayo de 2014

Hospital Vista Hermosa I Nivel
Empresa Social del Estado

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

BD

VICTORIA EUGENIA MARTINEZ PUELLO
Gerente Hospital Vista Hermosa I Nivel E.S.E

JUAN CARLOS CORREA SANCHEZ
Especialista de Producto BD Medical

MARIA DEL PILAR [illegible]ORIGUEZ
Especialista de Prod[illegible] BD PAS

PROASEPSIS

ASEPSIS PRODUCTS DE COLOMBIA
PROASEPSIS LTDA.

CERTIFICA QUE:

MAIRA NATALIA FAJARDO

PARTICIPO EN EL CURSO

"Técnicas de Venopunción seguras según las guías del CDC para el mantenimiento de los accesos venosos"
el cual tuvo una intensidad horaria de 2 horas en Bogotá D.C.

Bogotá, Septiembre 12 de 2.013

Elías Uribe Zárate
Gerente General

Angélica Vásquez Rincon
Especialista de Producto

Alexandra Cascaval Dominguez
Especialista de Producto

La República de Colombia

y en su nombre

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN

"FUSDESA"

Educación para el Trabajo y Desarrollo Humano Acuerdo Ejecutivo No. 31 del 12 de Febrero de 1999
expedido por el Ministerio de Salud y Licencia de Funcionamiento No. 1330 - 22 de Abril de 1999
emanada de la Secretaria de Educación de Bogotá, D.C. Actualización del Programa Acuerdo No. 164 del 18 de Marzo de 2010.
Emitido por la Comisión Intersectorial Para el Talento Humano en Salud.

Certifica:

Que: Maira Natalia Fajardo Cortes

Asistió al curso Básico de

LABORATORIO CLINICO

Con una intensidad de 20 horas

Roberto Galindo González
Presidente

Dra. Lyla Janeth Cieza Ramírez
Directora Academica

Bacterióloga

Resolución Bogotá D.C. 16 de 17 Días Del mes De Marzo De 2010



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE INSCRIPCION

MAIRA NATALIA
FAJARDO CORTES
C.C. 1033751386

AUXILIAR EN ENFERMERIA

Expedicion 02/11/2011

Bogotá D.C

Señores:

Politecnico Nacional

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

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

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

AUXILIAR DE ENFERMERIA

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Maira Natalia Fajardo Cortes

No. de documento: 1.033.751.386

Tarjeta profesional No: 1033.751.386

Dirección de contacto: Calle 63 a Numero 70 G 34 Sur

Teléfono: 3102881035

Scanned by CamScanner

Bogotá D.C

Señores:

Politecnico Nacional

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

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

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

AUXILIAR DE ENFERMERIA

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Maira Natalia Fajardo Cortes

No. de documento: 1.033.751.386

Tarjeta profesional No: 1033.751.386

Dirección de contacto: Calle 63 a Numero 70 G 34 Sur

Teléfono: 3102881035

Scanned by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.033.751.386

FAJARDO CORTES

APELLIDOS

MAIRA NATALIA

NOMBRES

Natalia Fajardo.





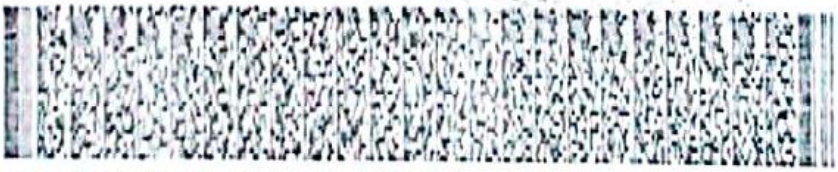
INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 20-DIC-1992
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

28-ENE-2011 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



P-1500150-00283036-F-1033751386-20110319 0026009553A 1 36011362

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA

001

3. Concepto: 02 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14263544220

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 1033751366 — 6. DV: 0

12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá

13. Sucursal: 32

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida — 2

25. Tipo de documento: Cédula de ciudadanía — 13

26. Número de identificación: 1033751366

27. Fecha expedición: 20110128

Lugar de expedición: COLOMBIA — 28. País: 169

29. Departamento: Bogotá D.C. — 15

30. Ciudad/Municipio: Bogotá D.C. — 001

31. Primer apellido: FAJARDO

32. Segundo apellido: CORTES

33. Primer nombre: MAIRA

34. Otros nombres: NATALIA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACIÓN

38. País: COLOMBIA — 169

39. Departamento: Bogotá D.C. — 11

40. Ciudad/Municipio: Bogotá D.C. — 001

41. Dirección principal: CL 63 A SUR 70 G 34 BRR PERDOMO

42. Correo electrónico: nataliafardo001@hotmail.com

43. Código postal:

44. Teléfono 1: 7752380

45. Teléfono 2: 3102881035

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal — 46. Código: 8692 — 47. Fecha inicio actividad: 20120326

Actividad secundaria — 48. Código: — 49. Fecha inicio actividad:

Otras actividades — 50. Código: 1: 2:

Ocupación — 51. Código: — 52. Número de folios:

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Sucursales	1	2	3
57. Modo			
58. CIIU			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [X] NO [ ] — 60. No. de Folios: 3 — 61. Fecha: 20131101

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

Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: VELASQUEZ VEGA OLGA BEATRIZ DE F

985. Cargo: Analista II

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN VALIDEZ

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 12-12-2017
Hora: 8:36:52 AM

CONTRIBUYENTE NIT 1033751386-0 MAIRA NATALIA FAJARDO CORTES

Información General

Dirección CL 63 A SUR 70G 34

Teléfonos 7752380-3102881035

Dirección electrónica NATALIAFAJARDO001@HOTMAIL.COM

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 26/07/2016

Soporte Inscripcion 17293990

Fecha Inicio Actividades 26/03/2012

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

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

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 17002489095

Fuente ICA TE TOCA

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

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE INSCRIPCION

MAIRA NATALIA
FAJARDO CORTES
C.C. 1033751386

AUXILIAR EN ENFERMERIA

Expedicion 02/11/2011

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C.
Secretaría Salud

Resolución No 11173 de 18/10/2011

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D,C

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

EL DIRECTOR DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

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

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) FAJARDO CORTES MAIRA NATALIA Identificado(a) con CC número 1033751386 expedida en BOGOTA D,C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su ocupación según CERTIFICADO de AUXILIAR EN ENFERMERIA otorgado por EL POLITECNICO NACIONAL el día 17/09/2011.
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 FAJARDO CORTES MAIRA NATALIA identificado(a) con CC número 1033751386 expedida en BOGOTA D,C para desempeñarse como AUXILIAR EN ENFERMERIA en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D,C.

ARTICULO SEGUNDO: Para laborar en zona geográfica diferente al Distrito Capital, el autorizado deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud correspondiente con el fin de ejercer el control y vigilancia conforme a la ley.

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

NOTIFIQUESE, Y CUMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los 18/10/2011

HERMAN REDONDO GÓMEZ
Director de Desarrollo de Servicios.
Revisó : Daniel Ortiz
Elaboró : Victor Sanchez

Bogotá, D.C_____
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) _____
CC. # _____

Firma

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *

1033751386

Primer Nombre *

maira

Primer Apellido *

fajardo

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2018-12-14→2:01:10 PM

Tipo Identificación	*Nro. Identificación*	*Primer Nombre*	*Segundo Nombre*	*Primer Apellido*	*Segundo Apellido*	*Detalles*
CC	1033751386	MAIRA	NATALIA	FAJARDO	CORTES	Ver

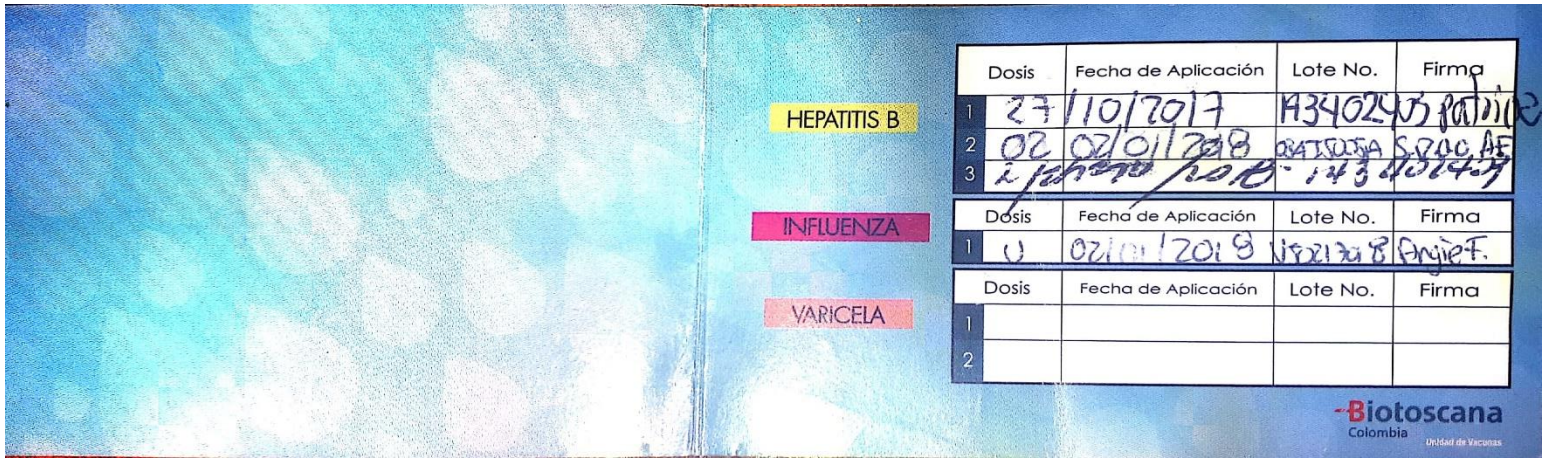
Información Detallada [CC: 1033751386] MAIRA NATALIA FAJARDO CORTES

2018-12-14→2:01:10 PM

Información Académica

Tipo Programa	*Origen Obtención Título*	*Profesión u Ocupación*	*Fecha desde que puede ejercer*	*Entidad Reportadora*
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	2011/10/18	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).



HEPATITIS B

Dosis	Fecha de Aplicación	Lote No.	Firma
1	27/10/2017	A34024J	
2	02/01/2018		
3			

INFLUENZA

Dosis	Fecha de Aplicación	Lote No.	Firma
1	02/01/2018		

VARICELA

Dosis	Fecha de Aplicación	Lote No.	Firma
1			
2			

Biotoscana Colombia Unidad de Vacunas



¡CUIDESE MIJITO!

Biotoscana Colombia Unidad de Vacunas

Biotoscana Colombia Unidad de Vacunas

MAYRA NATALIA FAJARDO

3102881035

1033751286

¡Vacúnate!

CARNET DE VACUNACIÓN

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

Salud Ocupacional

CMO-06-2012 — Salud Integral Empresarial

FECHA (DIA MES AÑO): 29 10 2016 — Ciudad: Bogotá D.C

1. DATOS GENERALES

DATOS DEL TRABAJADOR/ ASPIRANTE (Tipo documento de identidad, C.C. Cedula de Ciudadania, C.E. Cedula de Extranjeria, T.I. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Edad (años)	Documento de Identidad
Tejada Cortes Maira Natalia	20	*Tipo CC No. 1033758858

Razón social de la empresa que lo contrató o contratará	Razon social de la empresa en la que labora, laborará o laboró
Hospital Pablo VI Bosa	Hospital Pablo VI Bosa
Nombre centro de trabajo o sede de trabajo	Cargo
	Auxiliar Laboratorio

Tipo de examen médico ocupacional (Marque con X una de las siguientes opciones)

- [X] Pre-ingreso
- [ ] Post-incapacidad
- [ ] Periodico programado
- [ ] Egreso (Diligencia desde el item 3)
- [ ] Reintegro
- [ ] Cambio de ocupacion
- [ ] Otro: ____

2. EXAMEN DE INGRESO - POSTINCAPACIDAD - PERIODICO - REINTEGRO - CAMBIO DE OCUPACIÓN

CONCEPTO DE APTITUD (Marque con X una de las siguientes opciones)

- [X] Sin limitaciones o restricciones para el cargo
- [ ] Con limitaciones o restricciones para el cargo
- [ ] Aplazado

REQUISITOS DE SALUD — Marque con X el cumplimiento o no aplicacion de los requisitos de salud para cada una de las tareas de interes:

	SI	NO	APLAZADO	NO APLICA
Trabajo en alturas	[ ]	[ ]	[ ]	[X]
Manipular alimentos	[ ]	[ ]	[ ]	[X]
Brigadista	[ ]	[ ]	[ ]	[X]
Otros	[ ]	[ ]	[ ]	[X]

Motivo de aplazamiento (aplica cuando en el CONCEPTO DE ACTITUD se selecciono Aplazado)

LIMITACIONES O RESTRICCIONES — Aplica cuando en el CONCEPTO DE APTITUD se selecciono Con limitaciones o restricciones para el cargo o cuando NO cumple con los REQUISITOS DE SALUD para uno o mas tipos de trabajos. Describa cuales son, entre que restricciones o funciones, tipo de trabajo, agentes o factores de riesgo se producen. Marque con una X en la casilla correspondiente, segun sea T. Temporal o P. permanente

Cual(es)?	Condiciones o funciones, Tipo de trabajo	Agentes o factores de riesgo	T	P	Recomendaciones

EL CONCEPTO DE APTITUD SE DEFINIÓ A PARTIR DE LOS SIGUIENTES EXAMENES PRACTICADOS:

	SI	NO
Examen Médico	[X]	[ ]
Audiometria	[ ]	[X]
Espirometria	[ ]	[X]
Visiometria	[ ]	[X]
Examen Optométrico	[ ]	[X]
Electrocardiograma	[ ]	[X]

	SI	NO
Examen de Laboratorio	[ ]	[X]
¿Cual(es)?		
Radiologia	[ ]	[X]
¿Cual(es)?		
Valoración por Especialistas	[ ]	[X]
¿Cual(es)?		
Otros	[ ]	[X]
¿Cual(es)?		

3. EXAMEN DE EGRESO

Hay sospecha de: Secuela de Accidente de trabajo no reportado SI [ ] NO [ ] — Enfermedad Profesional SI [ ] NO [ ] — Enfermedad comun agravada por el trabajo SI [ ] NO [ ]

NOTA: SI EN EL EXAMEN DE EGRESO SE ENCUENTRA UNA PRESUNTA ENFERMEDAD PROFESIONAL O SECUELAS DE EVENTOS PROFESIONALES (NO DIAGNOSTICADOS), OCURRIDOS DURANTE EL TIEMPO EN QUE LA PERSONA TRABAJÓ EN LA EMPRESA, EL EMPLEADOR ELABORARÁ Y PRESENTARÁ EL CORRESPONDIENTE REPORTE (ITURAT, FUREP) A LAS RESPECTIVAS ENTIDADES (ARP Y EPS)

4. OTRAS RECOMENDACIONES (Escriba en terminos tecnicos para que el empleador tenga en cuenta los cuidados, controles y recomendaciones)

Hábitos de Vida Saludable, Aptitud Conducta Sala
Pausas Activas, Ventajas, Beneficios, Herramienta
Terapia G. Seguimiento POE Cardiovascular

¿Se entrega remision a EPS? SI [ ] NO [X]

MEDICO

Firma: [signature]

Nombre: Marcela Urrego Cote

Registro médico: 5190302

Licencia salud ocupacional: 5028/10

Calle 12 No. 81F-30 Sur, Bosa Humberto Valencia - Tels. 775 86 • 300273 4157 • 300 552 52 86
E-mail: ecgsaludocupacional @gmail.com

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

Salud Ocupacional

CMO-06-2012 — Salud Integral Empresarial

FECHA (DIA MES AÑO): 29 10 2016 — Ciudad: Bogotá D.C

1. DATOS GENERALES

DATOS DEL TRABAJADOR ASPIRANTE (Tipo documento de identidad, C.C. Cedula de Ciudadania, C.E. Cedula de Extranjeria, T.I. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Edad (años)	Documento de Identidad
Tarado Cortes Maira Natalia	20	*Tipo CC No 1033798896

Razón social de la empresa que lo contrató o donde labora: Hospital Kennedy II Sede

Razón social de la empresa en la que laborá, laborará o laboró: Hospital Kennedy II Sede

Nombre centro de trabajo o sede de trabajo: Administrativa

Cargo: Auxiliar Odontología

Tipo de examen médico ocupacional (Marque con X una de las siguientes opciones)

- [X] Pre-ingreso
- [ ] Post-incapacidad
- [ ] Periodico programado
- [ ] Egreso (Diligencia desde el dam 3)
- [ ] Reintegro
- [ ] Cambio de ocupacion
- [ ] Otro:

2. EXAMEN DE INGRESO - POSTINCAPACIDAD - PERIODICO - REINTEGRO - CAMBIO DE OCUPACIÓN

CONCEPTO DE APTITUD (Marque con X una de las siguientes opciones)

- Sin limitaciones o restricciones para el cargo [X]
- Con limitaciones o restricciones para el cargo [ ]
- Aplazado [ ]

REQUISITOS DE SALUD (Marque con X el cumplimiento o no aplicación de los requisitos de salud para cada uno de los tipos de trabajo)

	SI	NO	APLAZADO	NO APLICA
Trabajo en alturas				[X]
Manipular alimentos				[X]
Brigadista				[X]
Otros				

Motivo de aplazamiento (aplica cuando en el CONCEPTO DE ACTITUD se selecciono Aplazado):

LIMITACIONES O RESTRICCIONES — Aplica cuando en el CONCEPTO DE APTITUD se seleccione Con limitaciones o restricciones para el cargo o cuando NO cumple con los REQUISITOS DE SALUD para uno o mas tipos de trabajos. Describa cuales son, entre sus condiciones o funciones, tipo de trabajo, agentes o factores de riesgo se producen. Marque con una X en la casilla correspondiente, según sea T. Temporal o P. permanente

Cual(es)?	Condiciones o funciones, Tipo de trabajo	Agentes o factores de riesgo	T	P	Recomendaciones

EL CONCEPTO DE APTITUD SE DEFINIÓ A PARTIR DE LOS SIGUIENTES EXAMENES PRACTICADOS

	SI	NO		SI	NO
Examen Médico	[X]	[ ]	Examen de Laboratorio	[ ]	[X]
Audiometria	[ ]	[X]	¿Cual(es)?		
Espirometria	[ ]	[X]	Radiologia	[ ]	[X]
Visiometria	[ ]	[X]	¿Cual(es)?		
Examen Optométrico	[ ]	[X]	Valoración por Especialistas	[ ]	[X]
Electrocardiograma	[ ]	[X]	¿Cual(es)?		
			Otros	[ ]	[X]
			¿Cual(es)?		

3. EXAMEN DE EGRESO

Hay sospecha de: Secuela de Accidente de trabajo no reportado SI [ ] NO [ ] — Enfermedad Profesional SI [ ] NO [ ] — Enfermedad comun agravada por el trabajo SI [ ] NO [ ]

NOTA: SI EN EL EXAMEN DE EGRESO SE ENCUENTRA UNA PRESUNTA ENFERMEDAD PROFESIONAL O SECUELAS DE EVENTOS PROFESIONALES (NO DIAGNOSTICADOS) OCURRIDOS DURANTE EL TIEMPO EN QUE LA PERSONA TRABAJÓ EN LA EMPRESA, EL EMPLEADOR ELABORARA Y PRESENTARA EL CORRESPONDIENTE REPORTE (ITURAT/ FUREP) A LAS RESPECTIVAS ENTIDADES (ARP Y EPS)

4. OTRAS RECOMENDACIONES (Escriba en terminos precisos para que el empleador tenga en cuenta los cuidados, controles y recomendaciones)

Habitos de Vida Saludable, Optimo Control Salud Bucal, Visita Domiciliaria Programa Hogares Comunitarios, Seguimiento PYP Control Salud

¿Se entrega remision a EPS? SI [ ] NO [X]

MEDICO

Firma: [signature]

Nombre: Marcela Cortes Cote

Registro médico: 5192302

Licencia salud ocupacional: 5032410

Calle 42 No. 81F-30 Sur Bosa Humberto Valencia - Tels. 775 86 • 300273 4157 • 300 552 52 86
E-mail: acgsaludocupacional @gmail.com

Subred Integrada de Servicios de Salud

Centro Oriente E.S.E.

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

CERTIFICA QUE:

MAIRA NATALIA FAJARDO CORTES

C.C.: 1033751386

Asistió a la capacitación en:

Atención Integral en Salud de Victimas de Violencia Sexual

Con una intensidad horaria de 20 horas

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

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

MAIRA NATALIA FAJARDO CORTES

Con Cedula de Ciudadania No. 1.033.751.386

Cursó y aprobó la acción de Formación

SOPORTE VITAL BASICO

con una duración de 20 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Bogotá, a los seis (6) días del mes de septiembre de dos mil diecisiete (2017)

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

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

47170947 - 06/09/2017
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9403001519709CC1033751386C.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

MAIRA NATALIA FAJARDO CORTES

Con Cedula de Ciudadania No. 1.033.751.386

Cursó y aprobó la acción de Formación

SOPORTE. VITAL AVANZADO

con una duración de 48 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Bogotá, a los veintiocho (28) dias del mes de octubre de dos mil quince (2015)

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

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

31818335 - 28/10/2015
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9403001062234CC1033751386C.

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

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

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

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

FECHA:	14-12-18	CIUDAD:	Bogota	DEPARTAMENTO	Bogota

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

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Fajardo	Cortes	Maira	Natalia

TIPO DE IDENTIFICACION				No. IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C ☒	C.E ☐	R.C ☐	NUIP ☐	1033751386	Bogota	2011-01-28
PASAPORTE ☐	OTRO ☐			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐ NO ☐		

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
20-12-1992	Bogota	Colombia	Colombia

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

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Calle 63 A # 70 G 34 Sur	Bogota	Bogota	Colombia	4781604

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
		PROPIA ☐	FAMILIAR ☐	ARRENDADA ☐

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

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

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO ☐	ESTUDIANTE ☐	HOGAR ☐	PENSIONADO ☐	CUAL:	Auxiliar de Enfermeria
SOCIO ☐	CONTRATISTA ☒	COMERCIANTE ☐	EMPLEADO PUBLICO ☒		
ESIONAL INDEPENDIENTE ☐	EMPLEADO SOCIO ☐		OTRA ☐		

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

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

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI ☒ NO ☐	SI ☐ NO ☐	Hospital San Blas

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA						# NIT
	GOBIERNO ☐	COMERCIAL ☐	SERVICIOS ☐	SALUD ☒		

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐
OTRA ☐ CUAL:

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
Tv 5este # 16-72 Sur	2891100	Bogota	Bogota	Colombia
CARGO ACTUAL	Auxiliar de Enfermeria		**FECHA VINCULACION**	

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

Scanned by CamScanner

AUTORIZACION

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

Declaro expresamente:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

IX. FIRMA Y HUELLA

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

Maira Natalia Fajardo Cortes

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Indice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

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

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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

Scanned by CamScanner

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) MAIRA NATALIA FAJARDO CORTES identificado(a) con CC 1033751386 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**12/04/2012**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**UNION TEMPORAL BIENESTAR IPS BOGOTA - SEDE CIUDAD BOLIVAR**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE** , a los 14 días del mes de diciembre del año 2018 .

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

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS
PORVENIR S.A.
NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **MAIRA NATALIA FAJARDO CORTES**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **1,033,751,386**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 13 días del mes de Diciembre de 2018.



Gerente de Clientes

Medellín, 13 de diciembre de 2018

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

CERTIFICA:

Que MAIRA NATALIA FAJARDO CORTES identificado(a) con cédula de ciudadanía 1033751386 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 13/04/2012 **Fecha fin cobertura:** 30/06/2014

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

HOSPITAL SAN BLAS II NIVEL E.S.E. N800216303

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

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

CENTRO DE TRABAJO: 0000000013 - INDEP. ASISTENCIAL

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

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

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

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

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3851101

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

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

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

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

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

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10337513861834740266

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 13/12/2018 11.11 AM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO AFILIACIÓN ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

CÓDIGO: AP-IA-FT-024
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-08-04

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1033751386			SURA
Numero de Documento			ARL

MAIRA	NATALIA	FAJARDO	CORTES
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

20/12/92	BOGOTA	CLL 63 A # 70 G 34 SUR	3102881035
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

NUEVA EPS	PORVENIR	$
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

AUXILIAR DE ENFERMERIA	
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

nataliafajardo001@hotmail.com	3102881035
Correo Electrónico	Celular

Maira Natalia Fajardo Cortes
Firma del Afiliado

Nataly Duque Azazar
ENFERMERA
T.P. 1-1N 4 124

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 119164404

WEB
11:00:50

Bogotá DC, 13 de diciembre del 2018

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) MAIRA NATALIA FAJARDO CORTES identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1033751386:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 13 de diciembre de 2018, a las 10:59:11, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1033751386
Código de Verificación	1033751386181213105911

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

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

Soraya Vargas P.

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2613385

Bogotá D.C., 14 de Diciembre de 2018 - 14:36 pm

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **MAIRA NATALIA FAJARDO CORTES**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **UN MIL TREINTA Y TRES MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA Y UN MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y SEIS** de BOGOTÁ, D.C.

1033751386

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

Rosalba Jazmin Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 12_64WJK_3514
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO INSTITUCIÓN CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 11:22:59 horas del 13/12/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1033751386**
Apellidos y Nombres: **FAJARDO CORTES MAIRA NATALIA**

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.

DAVIVIENDA

DAVIVIENDA CERTIFICA

Que MAIRA NATALIA FAJARDO CORTES con Cédula de Ciudadanía número 1033751386 tiene en el Banco los siguientes productos:

Tipo de Producto	Nro. de Producto	Valor Canje	Fecha Pago Min	Pago Mínimo	Saldo o Cupo Disponible	Saldo o Pago Total
Tarjeta de crédito	4559869564645807	$.00	19/07/2016	$4,250.00	$852,775.00	$1,047,225.00
Tarjeta de crédito	5416940622867350	$.00	22/07/2016	$.00	$51,108.00	$648,893.00
Cta Ahorros FIJODIARIO	008480337990	$.00		$.00	$864,499.00	$864,499.00

Es importante aclarar que el saldo de las tarjetas de crédito corresponden al último corte efectuado.

La presente certificación se expide el 2018/07/18 en la ciudad BOGOTA

FIRMA AUTORIZADA
Banco Davivienda

Scanned by CamScanner