

A. DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA

PROCESO SOLICITANTE:	6eation Hospitalarias	FECHA:	17 Dic - 2018	Nº FOLIOS:	
NOMBRE DEL CANDIDATO	Maria Eugenia Zed	DOCUMENTO:	51 963 192		
TELÉFONO	313 325 9745	ACTIVIDAD SOLICITADA:	Aux Enfermería		

NINGUNA PERSONA SE ENCUENTRA AUTORIZADA PARA INICIAR ACTIVIDADES SIN HABER SUSCRITO PREVIAMENTE EL CONTRATO (FIRMA DE LAS DOS PARTES).

TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS DEBEN SER PRESENTADOS EN UN CD REGRAGABLE

B. DOCUMENTOS DE LA ENTIDAD PARA SOLICITUD DEL CONTRATO

NECESIDAD DE PERSONAL OPS	
SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	SI ☐ NO ☐

C. DOCUMENTOS PERSONALES PARA ELABORACIÓN DEL CONTRATO

1	FOTO FONDO BLANCO, PARA CARNE, GUARDADA EN MEDIO MAGNÉTICO CON FORMATO .JPG	SI	☒	N/A	☐
2	SOPORTE INSCRIPCIÓN SECOP II (REQUERIDO EN CIRCULAR EXTERNA No 23 de 16/03/2017)	SI	☒	N/A	☐
3	FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA (SIDEAP) - (DILIGENCIADO - IMPRESO Y FIRMADO)	SI	☒	N/A	☐
4	DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTA (SIDEAP) - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)	SI	☒	N/A	☐
5	DIPLOMAS ACADÉMICOS	SI	☒	N/A	☐
6	ACTAS DE GRADO DE CADA TÍTULO ACADÉMICO	SI	☒	N/A	☐
7	CERTIFICACIONES DE CURSOS FORMALES E INFORMALES	SI	☒	N/A	☐
8	SI ES TÍTULO DEL EXTRANJERO, RESOLUCIÓN DE CONVALIDACIÓN DE TÍTULO ANTE MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL / ICFES. (Res. 06950 del 15 de mayo de 2015)	SI	☐	N/A	☒
9	FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA DE TÍTULOS ACADÉMICOS DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE (Técnicos, Tecnólogos, Profesionales)	SI	☒	N/A	☐
10	CERTIFICADOS LABORALES REGISTRADOS EN FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA (SIDEAP)	SI	☒	N/A	☐
11	FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA AMPLIADA AL 150%	SI	☒	N/A	☐
12	REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT (COINCIDIR CON LA ACTIVIDAD DEL RUT); CÓDIGO CHU	SI	☒	N/A	☐
13	REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT	SI	☒	N/A	☐
14	LIBRETA MILITAR (Hombres)	SI	☐	N/A	☒
15	TARJETA PROFESIONAL	SI	☒	N/A	☐
16	RESOLUCIÓN EXPEDIDA POR SECRETARÍA DE SALUD (DISTRITAL O DEPARTAMENTAL) - (Personal en Salud)	SI	☒	N/A	☐
17	CERTIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN EN RETHUS (Personal de salud)	SI	☒	N/A	☐
18	ANTECEDENTES ÉTICO PROFESIONALES DISCIPLINARIOS (Medicina, Enfermería, Odontología, Derecho, Ingenierías, Contaduría, Administración)	SI	☐	N/A	☒
19	CARNE DE VACUNAS DE HEPATITIS B (Personal Asistencial) - Mínimo tres dosis vigentes (- 10 años de vigencia) Y/O O TITULACIÓN (reactiva)	SI	☒	N/A	☐
20	EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO (Vigencia no mayor a 2 años - Dec. 723/2013)	SI	☒	N/A	☐
21	CERTIFICADO ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LAS VÍCTIMAS EN VIOLENCIA SEXUAL (RESOLUCION No 00002003 de 2014) (Personal Asistencial, Urgencias, Hospitalización y Consulta Externa)	SI	☒	N/A	☐
22	CARNE DE RADIOPROTECCIÓN (Personal expuesto a Radiaciones Ionizantes) - Vigencia 4 años	SI	☐	N/A	☒
23	CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN TOMA DE CITOLOGÍA (Médico, Enfermera, Bacteriólogo, Citotecnólogo, Histotecnólogo) Resolución 2003 de 2014	SI	☐	N/A	☒
24	CERTIFICADO SOPORTE VITAL BÁSICO (Enfermería, Auxiliar de Enfermería, Auxiliar Ambulancias)	SI	☒	N/A	☐
25	CERTIFICADO SOPORTE VITAL AVANZADO (Médicos Urgencias, atención ambulatoria SPA, salud mental y personal APH)	SI	☐	N/A	☒
26	CERTIFICADO PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancia - Camilleros)	SI	☐	N/A	☒
27	LICENCIA DE CONDUCCIÓN (Conductores)	SI	☐	N/A	☒
28	ESTADO DE MULTAS (Conductores administrativos y ambulancia)	SI	☐	N/A	☒
29	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTINUA PARTE - PERSONA NATURAL (SARLAF) - Completamente diligenciado - Impreso y Firmado con Huella	SI	☒	N/A	☐
30	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A EPS - (COMO COTIZANTE) - NOMBRE:	SI	☒	N/A	☐
31	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A FONDO DE PENSIÓN - NOMBRE:	SI	☒	N/A	☐
32	FORMULARIO DE AFILIACIÓN A ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES (FORMATO DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE - NOMBRE:	SI	☒	N/A	☐
33	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES - PROCURADURÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	☒	N/A	☐
34	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES FISCALES - CONTRALORÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	☒	N/A	☐
35	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PERSONERÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	☒	N/A	☐
36	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	☒	N/A	☐
37	CERTIFICACION BANCARIA (Debe contener nombre y logotipo Bancario, N° de documento y N° de cuenta)	SI	☒	N/A	☐

D. VERIFICACIÓN Y REGISTRO DE LA INFORMACIÓN

Vº/Bº Responsable Talento Humano	Fecha:
Vº/Bº Dirección Talento Humano	Fecha:



[Aumentar el contraste](#)



UTC -5 9:53:05

MARIA EUGENIA ZEA...



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

Escritorio

OPORTUNIDADES RECIENTES

No se han encontrado

0

0

0

0

Suscripciones

En edición

Adjudicaciones pendientes

Invitaciones directas

ÚLTIMAS OFERTAS

No se han encontrado

Id de página:: 14001307 [Ayuda](#) ?

Última Actualización

Sugerencias SECOP



Colombia Compra Eficiente no tiene programados a la fecha mantenimientos preventivos al **SECOP II**.

Programe sus actividades en la plataforma con tiempo.

**MESA DE
SERVICIO**

Línea en Bogotá:
7456766
Línea Nacional:
018000 520808

Soporte técnico

Chat en línea

PQRS

Ya está asociado a una empresa

Si es necesario, para solicitar acceso a otra empresa, puede ir a 'Configuraciones del Usuario » Mis registro

Mensaje Todo

Sin mensajes...

[Más informació](#)

Oportun Rec

Sin oportunidad

[Más informació](#)





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
SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRICTAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 01-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO ZEA	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) VIRACACHA	NOMBRES MARIA EUGENIA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 51963192	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO 0 D.M. 0		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 11 MES ENE AÑO 1969 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CLL59B-22G11 SUR PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 5647146 EMAIL cafecita_@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 BÁSICA										TÍTULO BACHILLER ACADÉMICO	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	FECHA DE GRADO	
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES DICIEMBRE AÑO 2001

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD	No. SEMESTRES	GRADUADO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS	TERMINACIÓN	No. DE TARJETA
ACADÉMICA	APROBADOS	SI NO	O TÍTULO OBTENIDO	MES AÑO	PROFESIONAL
TC	4	X	AUXILIAR DE ENFERMERIA	12 2007	51963192



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
SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 01-dic-2018

3

EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto orden cronológico comenzando por el actual

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3282828	DÍA 1 MES 1 AÑO 2013		DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Auxiliar de Enfermería	Unidad Salud Mental	CRA 14 B No. 1 45 Sur	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
E.S.E HOSPITAL DE USME	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	grupo.laboral@hotmail.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
7660667	DÍA 21 MES 4 AÑO 2008		DÍA 24 MES 7 AÑO 2009
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
AUXILIAR DE ENFERMERIA	PAI	CARRERA 61 NO. 100 56	

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	6	10
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	6	10

5

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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



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
SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRICTAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 01-dic-2018

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Maria Eugenia Zca Viracacho
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.

13-12-2018

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

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

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 01-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, MARIA EUGENIA ZEA VIRACACHA

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 51963192

CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección CLL59B-22G11 SUR

Teléfonos 3133259745 5647146

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
REMIGIO ZEA PINEDA	0	PADRE
ESTEFANIA VIRACACHA	0	MADRE
OSCAR JAVIER GUTIERREZ ZEA	0	HIJO(A)
VIVIANA GUTIERREZ ZEA	0	HIJO(A)
PAULA ANDREA GUTIERREZ ZEA	0	HIJO(A)

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

PARA TOMAR POSESION ☐ PARA RETIRARME ☐ PARA ACTUALIZACION ☒PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ☐

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	\$ 1.494.000,00
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	\$ 1.494.000,00

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 DE BOGOTA	AHORRO	102636032	AVENIDA PRIMERA	\$ 100,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
--------------	-------------------------	-------

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



FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADAPersona Natural
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.**SIDE AP**
SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRICTAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 01-dic-2018

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
TRANSPORTES	TRANSPORTES	\$ 100.000,00
ALIMENTACION	ALIMENTOS	\$ 300.000,00
SALUD TOTAL Y	SALUD Y PENCION	\$ 200.000,00
SERVICIOS	SERVICIOS	\$ 200.000,00

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
Jose Alejandro Gutierrez R.	C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐	79349092

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

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

3. FIRMA

Maria Eugenia Zea Viracachó
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 01-dic-2018

CIUDAD Y FECHA



La República de Colombia

El Ministerio de Educación Nacional
y en su Nombre

El Colegio Distrital Nocturno

Antonio Ricaurte

Autorizada por la Secretaría de Educación Distrital según
Resolución de aprobación No. 1472 del 19 de Febrero de 1982

Confiere a:

Maria Eugenia Zea Viracacha

Identificado(a) con c.c. No. 51.193.192

El Título de:

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de
Educación Media Vocacional, según los planes y programas vigentes.

Rectora

Secretario



Custodia Cubillos B

Custodia Cubillos B
C.C. 41.457.084 Bta.

José Alcino Rodríguez R.

José Alcino Rodríguez R.
C.C. 19.285.330 Bta.

Dado en Bogotá, D.C. a los 10 días de Diciembre de 2004
Anotado en el libro de Diplomas No. 10 Folio 01

No Se Requiere Registro, Según Decreto 921 Del 6 De Mayo De 1994
Del Ministerio De Educación Nacional



MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL
y en su nombre la

CORPORACIÓN EDUCATIVA ARKOS "U"

Personería Jurídica No. 6621 del 29 de Septiembre de 1997
Autorización Oficial según Resolución No. 077 del 10 de DICIEMBRE
de 2004 de la Secretaría de Educación de Cundinamarca

Confiere a:

Maria Eugenia Zea Viracachia

Identificado con C.C. No. 51.963.192 de BOGOTA, D.C.

El Certificado de Aptitud Ocupacional de
Técnico Laboral en Auxiliar de Enfermería

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes a la
Educación No Formal en el campo laboral según los planes vigentes del
Decreto 0114 del 15 de Enero de 1996, con una intensidad horaria de
1850 horas

Este documento debe ser autenticado (firma del Director General) en la notaría 21 de Bogotá.

Humberto González Villanueva
HUMBERTO GONZÁLEZ VILLANUEVA
DIRECTOR GENERAL

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN
CONSEJO DE LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN
BOGOTÁ 11-ENERO-2007
RESOLUCIÓN No. 250020

[Firma]
Director(a)

[Firma]
Director Regional

[Firma]
Secretaría Académica

Dado en SOACHA a los 23 días del mes de NOVIEMBRE de 2007
Registro Folio No. 07 del Libro de Certificaciones No. 01

CORPORACIÓN EDUCATIVA ARKOS "U"

PERSONERIA JURIDICA No. 6621 DE SEPTIEMBRE DE 1997

En el municipio de Soacha, a los 23 día del mes de Noviembre del año 2007; se reunieron los suscritos Director General, Directora Regional, Coordinadora Académica y Secretaria con el fin de formalizar la certificación de los estudiantes del último Nivel de la "Corporación Educativa Arkos" "U", Institución aprobada según Resolución Favorable No. 03244 del 24 de Septiembre de 2002 del Ministerio de Salud y Resolución No. 077 del 10 de Diciembre de 2004 la Secretaría de Educación de Cundinamarca, para otorgar el Certificado de Aptitud Ocupacional como Técnico Laboral en Educación No Formal.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que asistieron y culminaron sus estudios correspondientes a los lineamientos trazados por el decreto 0114 y la ley General de Educación se procedió a otorgar la certificación del programa de

**Técnico Laboral en
Auxiliar de Enfermería**

Al estudiante cuyo nombre, apellido y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

Nombre del estudiante Maria Eugenia Zea Viracacha

Identificado (a) con C.C. No. 51.963.192 de Bogotá, D.C.

Es fiel copia tomada del Acta original No. 007 de fecha 23/11/2007 que consta de 04

estudiantes, que comienza con el nombre de Yaqueline Alvarez Castillo identificado(a) con C.C.

No. 1.095.766.01 de Bogotá, D.C. termina con el nombre de: Maria Eugenia Zea Viracacha

Identificado con C.C. No. 51.963.192 de Bogotá, D.C.

Dada en Soacha, a los 23 días del mes Noviembre del año 2007

Este documento debe ser autenticado (firma del Director General) en la notaria 21 de Bogotá)

HUMBERTO GONZALEZ VILLANUEVA
DIRECTOR GENERAL

Nidia Celis
DIRECTORA REGIONAL

DIRECTOR A

SECRETARIA ACADÉMICA



Inscripción S. E. D. 1869
Inscripción Dane: 111001-06584

ACTA DE GRADO

**COLEGIO DISTRITAL NOCTURNO
ANTONIO RICAURTE**
Carrera 18 No. 56A-45 Sur Bogotá, D. C.

En Bogotá, D. C. a los Diez (10) días del mes de Diciembre de Dos Mil Uno (2001) se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rectora y Secretario en la Rectoría del Colegio DISTRITAL NOCTURNO ANTONIO RICAURTE, Institución aprobada hasta nueva visita en el nivel de Educación Media Vocacional y autorizados por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el título de Bachiller en la Modalidad ACADEMICA según Resolución No. 1472 de Febrero 19 de 1982.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el TÍTULO DE BACHILLER ACADEMICO al graduando (a) cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación.

NOMBRES Y APELLIDOS:

Maria Eugenia Zea Viracacha

Identificado(a) con C. C. No. 51.193.192

Es fiel copia del acta original No. 31 del 10 de Diciembre de 2001 que consta de ciento sesenta y seis (176) alumnos, comienza con el nombre de NUBIA STELLA ALARCON MORALES y se cierra con el nombre de MARIA EUGENIA ZEA VIRACACHA.

Firmada y sellada por CUSTODIA CUBILLOS B., rectora y JOSE ALIRIO RODRIGUEZ RIVERA, Secretario.

Dada en Bogotá, D. C., a los diez (10) días del mes de diciembre de Dos Mil Uno (2001)

En constancia se firma la presente, por quienes intervinieron en cumplimiento a lo ordenado en el Artículo 7° del Decreto 180 de 1981.

CUSTODIA CUBILLOS BOHORQUEZ

RECTORA

C. C. No. 41.457.081 de Bogotá

JOSE ALIRIO RODRIGUEZ RIVERA

SECRETARIO

C. C. No. 19.285.330 de Bogotá

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</p>	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE		
Formato: Autorización Consulta Títulos Académicos	Código EGT-FT-656	Macroproceso: Estratégico Proceso: Gerencia de Talento Humano	Página: 1 de 1 Versión: 02 Fecha: 2018-05-08

Bogotá, D.C

Señores

Corporación Educativa ARKOS V'
(NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA EN LA QUE OBTUVO EL TÍTULO QUE SOPORTA EL CARGO ACTUAL)

Ref. AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA DE TÍTULOS ACADÉMICOS

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

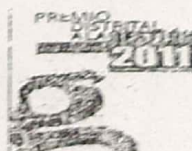
De igual manera, teniendo en cuenta que la información solicitada en cuenta a datos personales en mi calidad de egresado, solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes a emitir respuesta a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE – UNIDAD CENTRO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

Técnico laboral en Auxiliar de enfermería
(NOMBRE DEL TÍTULO OBTENIDO)

Cordialmente,

Firma: Maria Eugenia Zca
No. de documento: 51963192
Tarjeta profesional No.: 51963192
Dirección de contacto: calle 59B #22611
Teléfono: 3105828185

Diagonal 34 5-43
Código Postal 110311174
Teléfono: 3444484
NIT: 830077644-5
www.esccentrooriente.gov.co
subcentroorientesaludcapital.gov.co



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

SECRETARÍA DE SALUD
Hospital Centro Oriente - Subred Centro Oriente E.S.E

CERTIFICA

Que revisados los archivos de esta dependencia se constató que **ZEA VIRACACHA MARIA EUGENIA** Identificada con cédula de ciudadanía No. **51.963.192** de Bogotá, Ha suscrito Contratos por Orden de Prestación de Servicios con esta institución así:

AS 781 2013	del	15	de enero al 30 de marzo de 2013
AS 1048 2013	del	01	al 30 de abril de 2013
AS 1188 2013	del	01	al 31 de mayo de 2013
AS 1262 2013	del	01	al 30 de junio de 2013
AS 1784 2013	del	01	de julio al 31 de agosto de 2013
AS 2586 2013	del	01	al 30 de septiembre de 2013
AS 3558 2013	del	07	al 31 de octubre de 2013
AS 4355 2013	del	20	de noviembre al 31 de diciembre de 2013
AS 0053 2014	del	01	de enero al 31 de mayo de 2014
AS 1488 2014	del	03	de junio al 31 de agosto de 2014
AS 2887 2014	del	01	de septiembre al 31 de octubre de 2014
AS 3979 2014	del	01	al 30 de noviembre de 2014
AS 4876 2014	del	15	al 31 de diciembre de 2014
AS 0061 2015	del	02	de enero al 31 de agosto de 2015

Con contrato actual AS 0061 2015 y plazo de ejecución del 02 de enero al 31 de agosto de 2015; y honorarios mensuales de (\$1.244.352), Realizando actividades según objeto del contrato como **APOYO A LA GESTION DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA**

Se expide la presente certificación a los diez (10) días del mes de abril de dos mil quince (2015), a solicitud del interesado.


NUBIA YANNETH OSTOS BUSTOS
 Profesional Especializado Talento Humano

FIRMA	ELABORÓ	REVISÓ	
NOMBRE	Liliana Duque	Ana Sofía Botina Muñoz	
CARGO	Apoyo Administrativo	Profesional de Talento Humano	

Carrera 14 B No 1 - 45 sur
 PBX: 328 2828
www.esesantaclara.gov.co
 Información: Línea 195



BOGOTÁ

HUMANANA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **51.963.192**

ZEA VIRACACHA

APELLIDOS

MARIA EUGENIA

NOMBRES

Maria Eugenia Zea Viracacha

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

11-ENE-1969

LUGAR DE NACIMIENTO

1.50

O-

F

ESTATURA

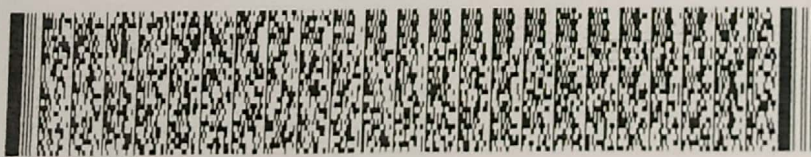
G.S. RH

SEXO

25-JUN-1987 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1500150-00552189-F-0051963192-20140304

0037565618A 3

1302744568

2. Concepto **02** Actualización
Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14386750157



(415)7707212489984(8020)0000014386750157

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

5 1 9 6 3 1 9 2 - 3

6. DV

12. Dirección seccional
Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento:

Cédula de ciudadanía

1 3

26. Número de identificación:

5 1 9 6 3 1 9 2

27. Fecha expedición:

1 9 8 7 0 6 2 5

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País:

1 6 9

29. Departamento:

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

ZE A

32. Segundo apellido

VIRACACHA

33. Primer nombre

MARIA

34. Otros nombres

EUGENIA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento:

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CL 59 B 22 G 11 SUR BRR PROTECHO

42. Correo electrónico:

cafecita3@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1:

5 6 4 7 1 4 6

45. Teléfono 2:

3 1 4 3 0 6 5 7 5 0

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal

46. Código:

8 6 9 2

47. Fecha inicio actividad:

2 0 0 7 1 2 1 0

Actividad secundaria

48. Código:

8 2 9 9

49. Fecha inicio actividad:

2 0 1 6 0 8 1 1

Otras actividades

50. Código:

1 2

Ocupación

51. Código:

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:

1 2

12- Ventas régimen simplificado

Obligados aduaneros

54. Código:

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

Exportadores

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos:

SI

NO

X

60. No. de Folios:

0

61. Fecha:

2 0 1 6 0 8 2 5

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

CASAS AGUILAR LUIS ROBERTO

985. Cargo:

Punto de Contacto Presencial

CONTRIBUYENTE CC 51963192 MARIA EUGENIA ZEA VIRACACHA

Información General

Dirección CL 59B 22G 11

Teléfonos 5647146-3143065750

Dirección electrónica cafesita3@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 01/01/2015

Soporte Inscripción 17898043

Fecha Inicio Actividades 01/01/2015

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: 8299-OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIO DE APOYO A LAS EMPRESAS N.C.P.

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 17002435409

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTA



CERTIFICADO DE INSCRIPCION

MARIA EUGENIA

ZEA VIRACACHA

C.C 51963192

AUXILIAR DE ENFERMERIA

[Handwritten signature]

FIRMA AUTORIZADA

ALCALDESA MAYOR DE BOGOTA

Expedicion 22/01/2008

RESOLUCION No. 25 0029 - DE 2008

(11 ENE 2008)

"Por la cual se registra un certificado de aptitud ocupacional".

LA SECRETARIA DE SALUD (5)

En uso de sus facultades legales conferidas por las Resoluciones Nos. 0285 de febrero 7 de 1989, 8211 del 15 de julio de 1989 y Decreto 1352 de 2000, del Ministerio de Salud, y

CONSIDERANDO :

Que MARIA EUGENIA ZEA VIRACACHA, identificado (a) con la cédula de ciudadanía No.51.963.192 DE BOGOTA, D.E., solicita el Registro del Certificado de Aptitud Ocupacional como TECNICO LABORAL EN AUXILIAR DE ENFERMERIA, TITULO que le otorgó LA CORPORACION EDUCATIVA ARKOS "U", SOACHA- CUNDINAMARCA, SEGÚN ACTA N° 04, TOMADA DEL ACTA ORIGINAL N° 007, DE FECHA 23 DE NOVIEMBRE DE 2007.

Que dicho Certificado de Aptitud Ocupacional, no requiere Registro de la Secretaría de Educación, de conformidad con la directriz trazada en la Circular No. 030 del 11 de mayo de 1984.

RESUELVE :

ARTICULO PRIMERO.- Registrar el Certificado de Aptitud Ocupacional como TECNICO LABORAL EN AUXILIAR DE ENFERMERIA, conferido a MARIA EUGENIA ZEA VIRACACHA, identificado (a) con la cédula de ciudadanía No.51.963.192 DE BOGOTA, D.E., que le otorgó LA CORPORACION EDUCATIVA ARKOS "U", SOACHA- CUNDINAMARCA, SEGÚN ACTA N° 04, TOMADA DEL ACTA ORIGINAL N° 007, DE FECHA 23 DE NOVIEMBRE DE 2007.

PARAGRAFO: Este Registro tiene validez en todo el Territorio Nacional, y tiene efectos de inscripción para laborar en el Departamento de Cundinamarca.

ARTICULO SEGUNDO.- Contra la presente Resolución procede el Recurso de Reposición, de conformidad con lo establecido en el Código Contencioso Administrativo.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE

Dada en Bogotá, D.C. a los

11 ENE 2008

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía ▼

Número de Identificación *

51963192

Primer Nombre *

MARIA

Primer Apellido *

ZEA

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2018-12-01→8:05:16 AM -2018-12-01→8:31:27 AM -2018-12-01→8:59:54 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Detalles
CC	51963192	MARIA	EUGENIA	ZEA	VIRACACHO	Ver

Información Detallada [CC: 51963192] MARIA EUGENIA ZEA VIRACACHO**2018-12-01→8:59:54 AM****Información Académica**

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha desde que puede ejercer	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	2008/1/11	DTS SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

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).

DIRECCION
 CC 641 51963182
 NOMBRE *Horacio Cogenio Seo*
 CENTRO DE VACUNACION
VACUNACION
 CLINICA DE
 Cod. de Registro: 11-00
 Autorizado por Secretaría 11-00
 NIT 62.790.34-0

C/ 15 de 51 - 14 Consultorio 202
 Tel. 310-237 1397
 e-mail: *vacunacion@netbol.com*
 Bogotá D.C. COLOMBIA

	DOSES	FECHA	FIRMA
	REFUERZO	VACACION	VACUNADOR
HEPATITIS B	1a. Dosis		
	2a. Dosis		
	3a. Dosis		
	Refuerzo		
HEPATITIS A	1a. Dosis		
	2a. Dosis		
TRIPLE VIRAL	1a. Dosis		

NEUMOCOCCO	1a. Dosis		
T. TETANICO DIFTERICO	1a. Dosis		
	2a. Dosis		
	3a. Dosis		
	Refuerzo		
INFLUENZA*	1a. Dosis		
OTROS			

*Neumococo refuerzo cada 5 años. Influenza (GRIPPE) refuerzo anual.

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
HEPATITIS B	1	08 ENF 2019	ENGRIX LAHBVC664A1 V.08/2020	SS VACUNAS COLOMBIA S.A.S MTF. 900-394-707-3
	2	080219		
	3	080319		
HEPATITIS A+B	R	080120		
	1			
	2			
HEPATITIS A	3			
	1			
	2			

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
VÁRIGELA	1			
	2			
INFLUENZA	1			
TOXOIDE TETANICO DIFTERICO TD	1			
	2			
	3			
F. AMARILLA	4			
	5			
	1			

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
DPT ACELULAR	1			
NEUMOCOCCO	1			
MENINGOCOCCO	1			
	1			
ANTIRRABICA	2			
	3			
F. TIFOIDEA	1			
	1			
T. VIRAL	2			

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN
Centro Especializado en Vacunación

Nº 3168

IPS VACUNAR COLOMBIA SAS
Vacunarse es su Seguro de Vida
 NIT. 900.394.707-3 - Cod. del Prestador 110012180401

NOMBRE: Maria Eugenia Zea

IDENTIFICACIÓN: 51 963192

TELÉFONO: 3133259745 **F.N.:** 11 0169

Carrera. 18C No. 26A-08 Sur B. Olaya
 Tel.: (01) 804 10 05 - Cel: 321 322 90 92 - 310 674 82 24 - 320 420 17 13
 e-mail: vacunarcolombia2014@gmail.com o www.ipsvacunarcolombia.com

VIGILADO Supersalud



LABORATORIO CLINICO MEDICO
COLCAN
ANDRADE NARVAEZ

Página 1 de 1



11165725

Nombre. **ZE A MARIA EUGENIA**
Identificacion **CC 51963192**
Edad **47 Años 0 Meses 0 Dias**
Medico **MEDICOS VARIOS**
No. Ordenamiento **87375**
Tel.
Sexo **F**

Fecha de recepcion: **16-nov-2016 7:21 pm**
Fecha de impresion: **17-nov-2016 3:52 pm**
Empresa **HOSPITAL SANTA CLARA (CONTADO)**
Sede **REFERENCIA**
Fecha Validacion **17-nov-2016 10:07:00a.m.**

Copia

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
HEPATITIS B: Ac. CONTRA Ag DE SUPERFICIE Metodo: Quimioluminiscencia	241.0	mUI/ml	

V. de Referencia:

No Reactivo: Menor de 10 mUI/ml

Reactivo: Mayor de 10 mUI/ml

DIANA CAROLINA OBANDO HERNANDEZ
CC: 92.929.299
BACTERIOLOGA

FABIAN ANDRES ESCUCHA RODRIGUEZ
CC: 81.754.184
BACTERIOLOGO

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

EMPRESA: PARTICULAR

FECHA 27/11/2018 13:49:20

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☒

POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐

PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: MARIA EUGENIA ZEA VIRACACHA

C.C 51963192

EDAD 49 Años SEXO F CARGO A DESEMPEÑAR ENFERMERA



EXÁMENES PARA CLÍNICOS PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional ☒

Visiometría ☐

Audiometría ☐

Espirometría ☐

Exámenes de laboratorio SI ☐ NO ☐

Glic ☐ Col ☐ Trigli ☐ Otros ☐

Cuales

Radiografías

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente diagnóstico

APTO PARA EL CARGO ☒ MOTIVO PARA LABORAR

NO APTO

☐ MOTIVO

OBSERVACIONES

USO DE MEDIAS ANTIVARICE/

CONTROLES DE SALUD EPS

USO DE EPP/REALIZACION DE PAUSAS ACTIVAS / SE SUGIERE VALORACION AUDIOMETRIA Y VISIOMETRIA OCUPACIONAL

EXÁMEN PERIÓDICO

Puede continuar con su labor

SI ☐ NO ☐

Se sugiere reubicación laboral

SI ☐ NO ☐

EXÁMEN DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral

SI ☐ NO ☐

Cual

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

Maria Eugenia Zea V.

FIRMA DEL PACIENTE



Captura Biométrica

Anderson Y. Gómez Acila
Médico Cirujano Especialista en Salud
Ocupacional y Riesgos Laborales
Resolución No. 4451 - 2016

FIRMA DEL ESPECIALISTA

Calle 27 Sur No. 19 - 07 PBX.: 278 4705 FAX.: 239 2301 Bogotá, D.C.

E-mail: clinisurips1@gmail.com - www.clinisurips.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:

MARIA EUGENIA ZEA

C.C.: 51963192

Asistió a la capacitación en:

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

Con una intensidad horaria de 20 horas

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

Martha Yolanda Ruiz Valdés
Gerente

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

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



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



BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS



Asesorías, Capacitaciones, Actualizaciones y Prestación de Servicios En Salud

« **STELLA VITAE S.A.S.** »

NIT. 901175755-1

Certifica Que :

MARIA EUGENIA ZEA VIRACACHA

IDENTIFICADO (A) CON DOCUMENTO :

C.C N° 51.963.192 DE BOGOTA D.C.

Asistio y aprobo el curso

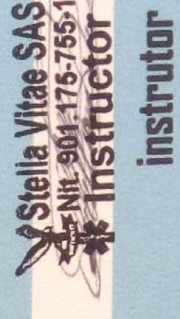
SOPORTE VITAL BASICO

Con una intensidad horaria de **20** horas realizado del día **16** al **18** de **NOVIEMBRE** de **2018**

Cursos que siguen los lineamientos establecidos por la ley 115 de 1994, art.42.90 y la resolución 2003 del 28 de mayo de 2014 acreditando 20 horas de educación continua e informal con una validez de 2 años. Lo anterior se firma en Bogotá D.C el día **18** del mes de **NOVIEMBRE** del **2018**


Director General
Stella Vitae SAS

Asesorías, Capacitaciones
Actualizaciones y Prestación
de Servicios en Salud
Stella Vitae SAS
Nit. 901 175 755-1


Stella Vitae SAS
Nit. 901-175-755-1
Instructor
instructor

Item 29

 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:		CIUDAD:		DEPARTAMENTO:	
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 ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Politicas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.					
CLASE O TIPO DE VINCULACION LA EMPRESA (MARCA CON X)					
PROVEEDOR	☐	PARTICULAR	☐	CONTRATISTA OPS	☒
SERVIDOR PUBLICO	☐	OTRO	☐	CUAL:	
1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL					
PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	
Zca	Uvacachio		Maria	Eugenia	
TIPO DE IDENTIFICACION	No IDENTIFICACION		LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
CC ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐	51963192		Bogotá D.C.	25 Junio 1982	
PASAPORTE ☐ OTRO ☐			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐ NO ☐		
FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:		
11-01-69	Bogotá	Colombia	Colombia		
ESTADO CIVIL		PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR	
SOLTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐		2.	3	313 3259745	
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA					PROFESION / OFICIO
MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☐ TECNOLÓGICO ☐ BACHILLER ☐ OTRO ☐ PRIMARIA ☐ TECNICO ☒					tecnico de xion
DIRECCION RESIDENCIA:		CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
calle 59B # 22-611		Bogotá	Cundinamarca	Colombia	5647146
CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET		TIPO DE VIVIENDA		
capecito-@			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	
Ruano	Gutierrez		José	Alejandro	
TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION		LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
CC ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐	79349097		Bogotá	24 octubre 1983	
PASAPORTE ☐ OTRO ☐	CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐	NACIONALIDAD:	
3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:					
ASALARIADO ☐ SOCIO ☐ PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐	ESTUDIANTE ☐ CONTRATISTA ☒ EMPLEADO SOCIO ☐	HOGAR ☐ COMERCIANTE ☐	PENSIONADO ☐ EMPLEADO PUBLICO ☐ OTRA ☐	CUAL:	
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:		DECLARA RENTA	SI ☐ NO ☒	IVA	SI ☐ NO ☐
		ICA	SI ☐ NO ☒	CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
				8692	
GRAN CONTRIBUYENTE		SI ☐ NO ☒	AGENTE RETENEDOR	SI ☐ NO ☒	AGENTE AUTORETENEDOR

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	
FUNCIONARIO PÚBLICO		ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA	
SI ☐ NO ☐		SI ☐ NO ☐			
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		GOBIERNO ☐ COMERCIAL ☐ SERVICIOS ☐ INDUSTRIA ☐		# NIT	
EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TELECOMUNICACIONES ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐					
OTRA ☐ CUAL: X					
DIRECCION DE LA EMPRESA		TELÉFONO		CIUDAD/MUNICIPIO	
Cra 148 # 1-45		3282793		Bogotá D.C.	
CARGO ACTUAL		Auxiliar en farmacia.		DEPARTAMENTO	
				Cundinamarca	
				PAIS	
				Colombia	
FECHA VINCULACION					
4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO					
NÚMERO DE EMPLEADOS		VENTAS ANUALES		CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	
				DESCRIPCION ACTIVIDAD	
				FECHA CONSTITUCION	
				TIPO SOCIEDAD	
5. INFORMACIÓN FINANCIERA					
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES		AHORROS	
HONORARIOS		ARRENDOS		INVERSIONES	
ARRENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*	
TOTAL INGRESOS		TOTAL EGRESOS		TOTAL ACTIVOS	
		800.000			
				TOTAL PASIVOS	
				580.000	
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	
6. REFERENCIAS PERSONALES (No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE	
Herrera		Perez		Cecilia	
DIRECCION		CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS		TIPO RELACION	
Carrera Este		Bogotá		amiga	
				TELÉFONO FIJO Y/O EXTENSION/CELULAR	
				5642146.313325924	
7. REFERENCIA FINANCIERA					
NOMBRE ENTIDAD		TIPO DE PRODUCTO		NÚMERO	
Banco Bogotá		Cuentas de Ahorro		102636032	
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☐				SUCURSAL	
				Au. primera	
NOMBRE ENTIDAD		TIPO DE PRODUCTO		NÚMERO	
				PAIS/CIUDAD	
				MONEDA	
				MONTO PROMEDIO	
DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:					
IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRO ☐ CUAL: <input type="text"/>					
8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS					
Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":					
1. Que los recursos que entregue y entregará a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):					
Auxiliar enfermería					
2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)					
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique); ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.					
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinarán a actividades lícitas.					
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.					
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mí efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.					
7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE					

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.
Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.
Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados financieros certificados + declaración de renta si es declarante. Nota: Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.
Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los últimos tres meses + declaración de renta si es declarante.

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio (Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripción en el RUT Distrital.
4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso (Obligados a llevar contabilidad)

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

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

10. AUTORIZACIÓN REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO.- AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA REPORTAR, CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAISES.

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratan observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACIÓN

Para efectos de la presente autorización, enténdase 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 - 43, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

IX. FIRMA Y HUELLA

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

Maria Eugenia Zea Uiracocha

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice derecho

X. INFORMACIÓN 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. INFORMACIÓN DE VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN

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

Bogotá, Diciembre 1 de 2018

Señora:
ZEA VIRACACHA MARIA EUGENIA
CC. 51963192 CL 59 B N 22 G 11 - 5647146
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Enero 1 de 2013. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
ZEA VIRACACHA MARIA EUGENIA	51963192	C	Ene-1-2013	52	0	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
MARIA EUGENIA ZEA VIRAGACHA	51963192	Contrato de prestación de servicios Superior a 1 m	VIGENTE
MARIA EUGENIA ZEA VIRAGACHA	51963192	Trabajador Independiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,



CARLOS JAVIER CARREÑO SANCHEZ
Director de Recaudo y Compensación
SALUD TOTAL EPS S.A.

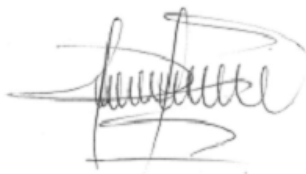
NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

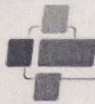
Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **MARIA EUGENIA ZEA VIRACACHA** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **51963192**, se encuentra afiliado (a) desde **25/04/1991** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es **ACTIVO COTIZANTE**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 01 de diciembre de 2018.



Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

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



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



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

AFILIACION ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

51963192

Numero de Documento

Seguros Bolívar

ARL

Maria

Primer Nombre

Eugenia

Segundo Nombre

Zeá

Primer Apellido

Uiracachó

Segundo Apellido

11-01-1969

F. Nacimiento dd/mm/aa

Bogotá

Ciudad de Nacimiento

calle 59B H226-11

Dirección de Residencia

564-77-46

Teléfono Fijo

Salud total

EPS - Salud

compensaciones

AFP - Pensiones

\$

Honorarios

Auxiliar en enfermería

Objeto Contractual (Cargo)

Fecha Inicio del Contrato

cafecito-@Hotmail.com

Correo Electrónico

3133259745

Celular

Firma del Afiliado

Tatiana P. Clavijo Q.
C.C. No 52.431.204 Bm
Enfermera P.U.M.

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

c.c.

52.431.204

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE
Diagonal 34 No 5 - 43 Tel: 3444484



[Consultas](#) > [Consulta Publica ARL](#) > [Afiliación trabajador](#)

CONSULTE SU AFILIACIÓN A LA ARL BOLÍVAR

Por favor ingrese la información solicitada.

** Campos obligatorios*

La persona identificada con CC-51963192 tiene afiliación vigente con la ARL Seguros Bolívar

Tipo de Documento *

Número de Documento *

fdm

Confirmar imagen *

CONSULTAR



© 2016 - Seguros Bolívar
Todos los derechos reservados 2016

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 118647433



WEB

08:46:18

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 01 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) MARIA EUGENIA ZEA VIRACACHA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 51963192:

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.

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 sábado 01 de diciembre de 2018, a las 08:52:13, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	51963192
Código de Verificación	51963192181201085213

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

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



SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB





Bogotá D.C., 1 de Diciembre de 2018 - 8:54 am

**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) **MARIA EUGENIA ZEA VIRACACHA**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CINCUENTA Y UN MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y TRES MIL CIENTO NOVENTA Y DOS** de BOGOTÁ, D.C.

51963192

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

ADVERTENCIAS:

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: **12_FTG88_548**

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



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 08:55:12 horas del 01/12/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **51963192**

Apellidos y Nombres: **ZEA VIRACACHA MARIA EUGENIA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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



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



Presidencia de la
República



Ministerio de Defensa
Nacional



Portal Único de
Contratación

Todos los derechos reservados.



Gobierno en Línea



EL BANCO DE BOGOTA

INFORMA:

Que la persona MARIA EUGENIA ZEA VIRACACHA identificado(a) con CC 51963192 está vinculado(a) al BANCO DE BOGOTA a través de la CTA AHORROS No. 102636032 desde el 12 de febrero de 2013, 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 13 de diciembre de 2018, a solicitud del interesado, con destino a SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E .

Atentamente,



Olga Yanira Otálora Guerrero

Gerencia de Soluciones para el Cliente

Banco de Bogota