| EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA | LISTA DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS PARA LA CONTRATACIÓN DE PERSONAL | | |
|---|---|---|---|
| | **PROCESO:** Gerencia de Talento humano | CÓDIGO | TH_FTO_10 |
| | | VERSIÓN | 05 |
| | | VIGENCIA | 30/04/2026 |

Para el efecto, dentro de los criterios técnicos establecidos por la resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social, el manual de contratación de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y la normatividad vigente.

**NOMBRES Y APELLIDOS:**

**CARGO:**

| ÍTEM | DESCRIPCIÓN | CUMPLE | | | OBSERVACIÓN |
|---|---|---|---|---|---|
| | | SI | NO | N/A | |
| | **GESTIÓN DE TALENTO HUMANO** | | | | |
| 1 | Propuesta de servicios dirigida al gerente | | | | |
| 2 | Hoja de vida (actualizada con foto) | | | | |
| 3 | Documento de identificación al 150% Legible totalmente por las dos caras *Para extranjeros visa y cedula de extranjería | | | | |
| 4 | Libreta militar al 150% Legible totalmente por las dos caras o certificado situación militar definida. *Aplica únicamente para hombres menores de 50 años | | | | |
| 5 | Certificado de antecedentes Procuraduría. *No mayor a tres meses | | | | |
| 6 | Certificado de antecedentes Contraloría. *No mayor a tres meses | | | | |
| 7 | Certificado de antecedentes judiciales Policía Nacional. *No menor a tres meses | | | | |
| 8 | Certificado medidas correctivas. *No mayor a tres meses | | | | |
| 9 | Certificado del Registro de Deudores Alimentarios Morosos | | | | |
| 10 | Consulta de Inhabilidades Delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años. Ley 1918 de 2018. | | | | |
| 11 | Antecedentes disciplinarios tribunal (medicina, odontología y enfermería) | | | | |
| 12 | Registro usuario Secop II | | | | |
| 13 | RUT Actualizado | | | | |
| 14 | Formato SARLAFT: Sistema de administración del riesgo de lavado de activos y financiación Del terrorismo. | | | | |
| 15 | Certificado actual de afiliación EPS | | | | |
| 16 | Certificado actual de afiliación fondo de pensiones | | | | |
| 17 | Hoja de vida formato único de la función pública. *Hoja de vida SIGEP II | | | | |
| 18 | Formato de declaración de bienes y rentas (conflicto intereses ajustado SIGEP II solo Referentes) | | | | |
| 19 | Formato de oferta de prestación de servicios | | | | |
| 20 | Formato de indemnidad | | | | |
| 21 | Formato de ARL | | | | |
| 22 | Autorización manejo de datos personales (habeas data) (Consulta de Títulos) | | | | |
| 23 | Compromiso de Confidencialidad y no Divulgación de la Información | | | | |
| 24 | Formato de Inhabilidades e incompatibilidades | | | | |
| 25 | Póliza de responsabilidad civil (Asistenciales) | | | | |
| 26 | Carné de vacunas: COVID 19 Esquema completo | | | | |
| 27 | Carné de vacunas: hepatitis (titulaciones) toxoide tetánico. * Esquema completo | | | | |
| 28 | Examen médico ocupacional con énfasis osteomuscular y visiometría*Vigencia de 3 años | | | | |
| | **SOPORTES DE ESTUDIOS FORMALES *DIPLOMA Y ACTA DE GRADO** | | | | |
| 29 | Básica secundaria (bachiller) *De conformidad con el perfil solicitado | | | | |
| 30 | Técnico *De conformidad con el perfil solicitado | | | | |
| 31 | Tecnólogo *De conformidad con el perfil solicitado | | | | |
| 32 | Profesional *De conformidad con el perfil solicitado | | | | |
| 33 | Especialización *De conformidad con el perfil solicitado | | | | |
| 34 | Maestría *De conformidad con el perfil solicitado | | | | |
| 35 | Tarjeta profesional | | | | |
| 36 | Resolución para ejercicio profesional y técnico de Cundinamarca | | | | |
| 37 | RETHUS actualizado– pregrado y postgrado (Asistenciales) | | | | |
| 38 | Resolución de convalidación de títulos*Aplica para extranjeros | | | | |
| | **CERTIFICADO SOPORTES DE ESTUDIOS NO FORMALES VIGENCIA NO MAYOR A 2 AÑOS** | | | | |
| 39 | Atención a víctimas de agente químicos (Personal asistencial y transporte asistencial) | | | | |
| 40 | Ruta atención integral a víctimas de abuso sexual (Asistenciales) | | | | |
| 41 | Manejo del duelo (Asistenciales) | | | | |
| 42 | Inducción – reinducción corporativa (Todos) | | | | |
| 43 | Certificado Dengue y fiebre amarilla | | | | |
| | **AUXILIAR DE ENFERMERÍA URGENCIAS ADULTOS, PEDIÁTRICAS O GINECOLÓGICAS** | | | | |
| 44 | Soporte vital básico con fecha de vigencia | | | | |
| 45 | Toma de muestra con fecha de vigencia | | | | |
| 46 | Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING -POCT) | | | | |
| | **JEFE DE ENFERMERÍA URGENCIAS ADULTOS, PEDIÁTRICAS O GINECOLÓGICAS** | | | | |
| 47 | Toma de muestra con fecha de vigencia | | | | |
| 48 | Soporte vital avanzado con fecha de vigencia | | | | |
| 49 | Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING -POCT) | | | | |
| | **MEDICO GENERAL, URGENCIAS ADULTOS, PEDIÁTRICAS O GINECOLÓGICAS** | | | | |
| 50 | Soporte v tal avanzado con fecha de vigencia | | | | |
| 51 | Soporte vital avanzado pediátrico con fecha de vigencia (Pediatría) | | | | |
| 52 | Certificado curso donación de órganos * Aplica a médicos hospitalización, médicos urgencias, médicos quirúrgicos Institución aprobada INS. | | | | |
| 53 | Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING -POCT) | | | | |
| | **MEDICO URGENCIOLOGO** | | | | |
| 54 | Certificado en formación de sedación | | | | |
| | **ODONTOLOGO** | | | | |
| 55 | Certificado radio protección * Vigencia 2 años | | | | |
| | **AUXILIAR DE ENFERMERÍA CENTROS Y PUESTOS DE SALUD** | | | | |

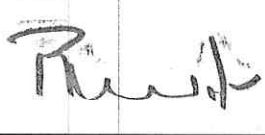
| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 56 | Certificado en administración de inmunobiológicos (PAI) con fecha de vigencia *Aplica para vacunador | | | | | |
| 57 | Toma de muestra con fecha de vigencia | | | | | |
| | **JEFE DE ENFERMERÍA CENTROS Y PUESTOS DE SALUD** | | | | | |
| 58 | Retiro e inserción DIU | | | | | |
| 59 | Retiro e inserción JADELLE | | | | | |
| 60 | Certificado de formación en toma de citología | | | | | |
| 61 | Soporte vital avanzado | | | | | |
| 62 | Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING - POCT) | | | | | |
| | **MEDICO GENERAL CENTROS Y PUESTOS DE SALUD** | | | | | |
| 63 | Soporte v tal avanzado | | | | | |
| | **CONDUCTORES DE AMBULANCIA - ADMINISTRATIVOS** | | | | | |
| 64 | Formación operador vehículo de emergencia (COVE) * Aplica solo ambulancia | | | | | |
| 65 | Primeros auxilios * Aplica solo ambulancia | | | | | |
| 66 | Registro único nacional de tránsito RUNT | | | | | |
| 67 | Licencia de conducción | | | | | |
| 68 | Consulta SIMIT estado de infracciones y multas de transito | | | | | |
| 69 | Certificado de aptitud laboral con énfasis osteomuscular y evaluaciones psicosensométricas * Vigencia 3 años. | | | | | |
| | **AUXILIAR ENFERMERÍA AMBULANCIA** | | | | | |
| 70 | Soporte vital básico | | | | | |
| 71 | Primeros Auxilios | | | | | |
| 72 | Certificado pruebas en el punto de atención del paciente (POINT OFF CARE TESTING -POCT) | | | | | |
| | **INGENIERO BIOMÉDICO** | | | | | |
| 73 | Certificado del registro INVIMA | | | | | |
| | **SERVICIO TRANSFUSIONAL / LABORATORIO CLÍNICO** | | | | | |
| 74 | Certificado en formación para el manejo de transfusión sanguínea | | | | | |
| 75 | Certificado pruebas en el punto de atención de paciente (POINT OFF CARE TESTING -POCT) | | | | | |
| | **RADIOLOGÍA (APLICA PARA PERSONAL EXPUESTO A RADIACIONES IONIZANTES)** | | | | | |
| 76 | Certificado curso radio protección * Vigencia 2 años. | | | | | |
| 77 | Certificado aptitud laboral con énfasis osteomuscular , visiometría y laboratorios clínicos (cuadro hemático con recuento de plaquetas y medición de TSH T3 Y T4 libre) | | | | | |
| | **SERVICIO DE ALIMENTACIÓN** | | | | | |
| 78 | Certificación de manipulación de alimentos | | | | | |
| 79 | Certificado de aptitud laboral con examen coprológico, frotis faríngeo con cultivo, COH. | | | | | |
| | **MANTENIMIENTO** | | | | | |
| 80 | Certificado curso de alturas | | | | | |
| 81 | Certificado de aptitud laboral con énfasis trabajo en alturas * Vigencia 1 año. | | | | | |
| | **EXPERIENCIA LABORAL** | | | | | |
| 82 | Certificaciones laborales *De conformidad con el perfil solicitado | | | | | |
| Nombre y firma de quien verifica la documentación: | | | | | | |

- **Favor entregar fotocopia de los documentos en el orden relacionado anteriormente.**
- **El Referente de Talento Humano certifica que los documentos aportados en medio físico se encuentran completos y vigentes una vez firmada la lista de verificación para la contratación de personal.**

## NOTA: IMPRIMIR ESTE DOCUMENTO A DOBLE CARA (Pagina 1-2)

- **Personal Asistencial:** La EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA contempla como Personal Asistencial a todo aquel colaborador que está inmerso en la Atención directa de Pacientes o Usuarios (Médicos Especialistas, Profesional Médico, Odontólogos, Enfermeras jefes, Terapeutas, Instrumentadores Quirúrgicos, Psicólogos, Trabajadores sociales, Auxiliares de Enfermería, Camilleros, entre otros).

- **Personal Administrativo:** EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, define como Personal Administrativo a los Profesionales Especializados, Profesionales Universitarios, Tecnólogos, Técnicos y Bachilleres que en su actividad contractual no están relacionados con la atención de Pacientes o Usuarios.



**COORDINADOR DE TALENTO HUMANO Y/O**
**QUIEN HAGA SUS VECES**

Soacha, 04 de Julio de 2026

Doctor.
**DIEGO ALEJANDRO GARCIA LONDOÑO**
Gerente
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA
Calle 13 # 9-97
Teléfono: (601) 730 92 30
Ciudad Soacha

REFERENCIA: PROPUESTAS DE SERVICIOS

Nombre: Zoraida Hernandez chavez
Cargo Enfamera Profesional

Respetado Doctor Diego Alejandro García Londoño, reciba un cordial saludo, por medio de la presente me permito confirmar mi intención de participar en la contratación que a bien tenga la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y cumplir a cabalidad cada una de las actividades que sean asignadas mediante contrato de prestación de servicios conforme los términos que se estipulen en la minuta contractual.

Cordialmente,

Zoraida Hernandez chavez.
Nombre del Contratista
CC: 52132256
Dirección: CRA 46A # 68-09 SUR
Email: ZoraidaHernandez3552 gmail.com
Teléfono/ Celular: 313 8441246

***zoraidahernandezchavez@hotmail.com***
***Zoraida Hernández Chávez***
***C.C. No.52.132.256 de Bta.***



## ***OBJETIVO***

*Brindar mis conocimientos adquiridos durante la formación académica, crecer como persona con principios y valores, complementar la adquisición de experiencia para el cuidado integral de las personas comprometidas en su salud.*

## ***PERFIL PERSONAL:***

*Enfermera profesional con énfasis en el cuidado familiar y comunitario, conocimientos en programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, manejo de pacientes de todos los grupos de edades con experiencia en el área asistencial en medicina interna, ortopedia, ginecología y obstetricia, urgencias pediátricas y adulto, postquirúrgicos, unidad de cuidado intensivo y geriatría, Especialista en Auditoria en Servicios de Salud, complementada con Especialización en Gerencia en Salud Ocupacional.*

*Excelente capacidad para liderar y tomar decisiones, fomentar el trabajo en equipo, orientado al bienestar de la institución donde me desempeñe.*

***DATOS PERSONALES***

| | |
|---|---|
| *Cedula:* | *52.132.256 Bogotá* |
| *Estado Civil:* | *Soltera* |
| *Dirección:* | *Carrera 46 A número 68-09 sur* |
| *Barrio:* | *Candelaria la nueva* |
| *Celular:* | *3138441246- 3118320187* |

***FORMACIÓN ACADÉMICA Y PROFESIONAL***

***ESPECIALIZACION***

FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA
*Auditoria en servicios de salud*
*Bogotá (2013)*

***CURSO*** *SOPORTE VITAL AVANZADO*
***INTENSIDAD*** *48 HORAS*

***CURSO*** *SOPORTE VITAL BASICO*
***INTENSIDAD*** *40 HORAS*

***CURSO*** *VIOLENCIA SEXUAL*
***INTENSIDAD*** *40 HORAS*

***CURSO*** *DUELO*

***CURSO*** *ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS*

***PREGRADO***

*FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA*
*Enfermera Profesional*
*Bogotá (2009)*

***TECNICOS***
*Escuela Colombiana de Salud*
*Auxiliar de enfermería*
*Bogotá (2001)*

***SECUNDARIA – Bachiller Académico***
*UNIDAD BASICA MARCO FIDEL SUAREZ*
*Bogotá (1993)*

***REFERENCIAS LABORALES.***

| | |
|---|---|
| ***EMPRESA:*** | *SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E* |
| ***CARGO:*** | *ENFERMERA PROFESIONAL* |
| ***TELÉFONO:*** | *3012060491* |
| | *HOSPITAL ENGATIVA* |
| ***FECHA DE INGRESO*** | *10-07-2025 – Actualmente* |

| | |
|---|---|
| ***EMPRESA:*** | *SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E* |
| ***CARGO:*** | *ENFERMERA PROFESIONAL* |
| ***TELÉFONO:*** | *3126700462* |
| | ***HOSPITAL DE LA VICTORIA*** |
| | ***HOSPITAL SANTA CLARA*** |
| | ***CAPS DIANA TURBAY*** |
| ***FECHA DE INGRESO*** | *10-07-2014- 12-03-2025* |

| | |
|---|---|
| ***EMPRESA:*** | *SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E* |
| ***CARGO:*** | *ENFERMERA PROFESIONAL* |
| ***TELÉFONO:*** | *3118320187 FREDY MARROQUIN* |
| | *HOSPITAL TUNAL* |
| | *CAPS JERUSALEN* |

| | |
|---|---|
| ***FECHA DE INGRESO*** | *23-07-2010 – 15-05-2015* |
| ***EMPRESA:*** | *HOSPITAL ENGATIVA* |
| | *II Nivel E.S.E* |
| ***CARGO:*** | *ENFERMERA PROFESIONAL* |
| ***TELÉFO*** | *2913300* |
| ***FECHA DE INGRESO*** | *01-01-2010 - 31-10-2010* |

| | |
|---|---|
| ***EMPRESA:*** | *HOSPITAL ENGATIVA* |
| | *II Nivel E.S.E* |
| ***CARGO:*** | *Auxiliar de Enfermeira* |
| ***TELÉFONO:*** | *2913300* |
| ***FECHA DE INGRESO*** | *01-04-2006 - 15-10-2009* |

| | |
|---|---|
| ***EMPRESA:*** | *HOSPITAL VISTA HERMOSA* |
| | *I Nivel E.S.E* |
| ***CARGO:*** | *Auxiliar de Enfermeira* |
| ***TELÉFONO:*** | *7300000 EXT 1* |
| ***FECHA DE INGRESO*** | *19-06-2002 - 01-15-2006* |

***REFERENCIAS***

| | |
|---|---|
| ***NOMBRE:*** | *JENNIFER ROCIO HERNANDEZ PORTILLA* |
| ***OCUPACIÓN:*** | *ENFERMERA PROFESIONAL* |
| ***TEL:*** | *3204200423* |

| | |
|---|---|
| ***NOMBRE:*** | *HERBER MORA MOSCOSO* |
| ***OCUPACIÓN:*** | *Abogado* |
| ***TEL:*** | *3028366012* |

***REFERENCIAS FAMILIARES***

| | |
|---|---|
| ***OCUPACION:*** | *INDEPENDIENTE* |
| ***NOMBRE:*** | *Javier Hernandez* |
| ***TEL:*** | *3144897570* |
| ***OCUPACION:*** | *INGENIERA EN SISTEMAS* |
| ***NOMBRE:*** | *Rocio Bustos* |
| ***TEL:*** | *3123796214* |

***ZORAIDA HERNANDEZ CHAVEZ***
***C.C 52.132.256 DE BOGOTA***

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.132.256**

**HERNANDEZ CHAVEZ**

APELLIDOS

**ZORAIDA**

NOMBRES

Zoraida Hernandez Chavez

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **31-DIC-1971**

**LA PALMA**
**(CUNDINAMARCA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.58** ESTATURA

**A+** G.S. RH

**F** SEXO

**10-MAR-1993 BOGOTA D.C.**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00639273-F-0052132256-20141111 0040967701A 1 1343130372

PROCURADURÍA
GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO
## No. 298907975

PIB
12:32:05


Bogotá DC, 04 de julio del 2026

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) ZORAIDA HERNANDEZ CHAVEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52132256:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

**ADVERTENCIA:** La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

**NOTA:** El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

# LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy sábado 04 de julio de 2026, a las 12:32:31, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 52132256 |
| Código de Verificación | 52132256260704123231 |

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.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES LEY 2455 / 2025 "LEY ÁNGEL"

**Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales**

**La Policía Nacional de Colombia informa:**
Que siendo las 12:31:59 PM horas del 04/07/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **52132256**
Apellidos y Nombres: **HERNANDEZ CHAVEZ ZORAIDA**

**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.

DIJIN

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

Presidencia de la República | Ministerio de Defensa Nacional | Portal Único de Contratación | GOV.CO

Todos los derechos reservados.

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

# Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

## La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 05/07/2026 07:26:42 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadania Nº. **52132256** y Nombre: **ZORAIDA HERNANDEZ CHAVEZ.**

## NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **143336746** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

TIC

# MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

## CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 52132256 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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 aqui registrados.

Se expide en Bogotá el 06/07/2026 01:33 PM

Código Verificación: **8T47BCDSRJ**

Válida hasta: **04/10/2026**

---

**Dirección de Gobierno Digital**

**MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC**

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

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 19:06:34 horas del 05/02/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **52132256,**
Apellidos y Nombres: **HERNANDEZ CHAVEZ ZORAIDA**

**NO REGISTRA INHABILIDAD**

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **Hospital de Soacha**, con NIT **800000650-3** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 13/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilitados y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad vigente frente al tratamiento de datos.

https://inhabilidades.policia.gov.co:9080/consulta

# Certificación

El TRIBUNAL NACIONAL ÉTICO DE ENFERMERÍA, en su calidad de autoridad competente para ejercer el control disciplinario de la profesión de enfermería, CERTIFICA que, una vez realizada la verificación correspondiente en la base de datos institucional, ZORAIDA HERNANDEZ CHAVEZ, con CC No. 52132256, NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS por infracciones a la deontología consagrada en la Ley 911 de 2004, durante los cinco (5) años anteriores a la fecha de expedición de la presente constancia.

Esta certificación no acredita la calidad de profesional de enfermería ni la habilitación para el ejercicio de la profesión en Colombia, requisitos indispensables conforme a la normativa vigente.

Se expide a solicitud del interesado, en la ciudad de Bogotá, D.C., a 8 de julio de 2026.

Atentamente

**EMPERATRIZ EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ**
Abogada Secretaria

Nota: Para verificar la autenticidad del certificado escanee el código QR:

Bienvenid@ — Configuración Entidad Estatal/Proveedor

- 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

Editar datos resumen | Editar datos completos

## Información general

| | |
|---|---|
| Logo de la entidad | |
| Nombre de la entidad | Zoraida Hernandez Chavez |
| Nombre abreviado | Zoraida Hernandez Chavez |
| Fecha de creación | 10/11/2017 (DD/MM/AAAA) |
| País de origen | COLOMBIA |
| Tipo de documento | Cedula de Ciudadanía |
| Número de documento | 52132256 |
| Tipo Entidad Estatal / Proveedor | Persona Natural colombiana |
| Codigo UNSPSC | |
| Zona horaria | |
| Idioma | |
| Moneda por defecto | |
| País | COLOMBIA |
| Ciudad | Distrito Capital de Bogota |
| Municipio | |

## Información de contacto

| | |
|---|---|
| Dirección | cra 46 a 68 09 sur |
| Código postal | |
| Teléfono de oficina | 3138441246 |
| Fax de oficina | |
| Correo electrónico de la oficina | zoraidahernandezchavez@hotmail.com |
| Correo electrónico para notificaciones SECOP II | zoraidahernandezchavez@hotmail.com |

| Dirección | Estado | País | Teléfono |
|---|---|---|---|
| cra 46 a 68 09 sur | cundinamarca | CO | 3138441246 |

## Página web

| | |
|---|---|
| Página web | |
| Facebook | |
| URL linkedIn | |
| URL de youtube | |
| Twitter URL | |

## Contacto principal

| | |
|---|---|
| Título | Mr |
| Nombre | zoraida Hernandez Chavez |
| Cargo | |
| Teléfono | 3138441246 |
| Móvil | 3138441246 |
| Fax | |
| Correo electrónico | zoraidahernandezchavez@hotmail.com |

## Información financiera (No diligencie la tabla de información financiera si no está obligado a tener estados financieros.)

| Año fiscal | Ingresos | Ebitda | Número de empleado |
|---|---|---|---|
| *No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados* | | | |

Editar datos resumen | Editar datos completos

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141260646668

(415)7707212489984(8020) 000014126064666 8

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 5 2 1 3 2 2 5 6 | 4 | Impuestos de Bogotá 3 2 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 5 2 1 3 2 2 5 6 | |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Bogotá D.C. 1 1 | Bogotá, D.C. 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| HERNANDEZ | CHAVEZ | ZORAIDA | |

Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Bogotá D.C. 1 1 | Bogotá, D.C. 0 0 1 |

41. Dirección principal: CR 46 A 68 09 SUR

42. Correo electrónico: zoraidahernandezchavez@hotmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 5 0 8 1 5 1 8 5 5 | 3 1 3 8 4 4 1 2 4 6 |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8 6 9 9 | 2 0 2 6 0 7 0 8 | | | | | | |

### 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 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

### Usuarios aduaneros

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 54. Código | | | | | | | | | |

| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | |

### Exportadores

| 55. Forma | 56. Tipo | Servicio | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 57. Modo | | | |
| | | 58. CPC | | | |

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

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2026-07-10 / 11:29:42AM

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre HERNANDEZ CHAVEZ ZORAIDA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

DOCUMENTO SIN COSTO

| EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA | FORMATO SARLAFT | Codigo | TH_FTO_45 |
|---|---|---|---|
| | | Version | 0 |
| | | Vigencia | 6/07/2022 |

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

| FECHA: | 040726 | CIUDAD: | SOACHA | DEPARTAMENTO: | CUNDINAMARCA |
|---|---|---|---|---|---|

Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de carácter obligatorio para la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

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

| PROVEEDOR | | PARTICULAR | | CONTRATISTA OPS | X | SERVIDOR PUB | | OTRO | | CUAL: | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

### 1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO: | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| Hernandez | Chavez | Zoraida | |

| TIPO DE IDENTIFICACION | | | | No IDENTIFICACION | LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio) | FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C.C. X | C.E. | R.C. | NUIP | 52132256 | Bogota | 1993 03 10 |
| PASAPORTE | | OTRO | | | ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI X NO | |

| FECHA NACIMIENTO: | LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio) | PAIS NACIMIENTO | NACIONALIDAD: |
|---|---|---|---|
| 31 12 1978 | La palma Cundinamarca | Colombia | Colombiana |

| ESTADO CIVIL | | | | | | PERSONA A CARGO | NUMERO DE HIJOS | TELEFONO CELULAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SOLTERO(A) X | CASADO(A) | DIVORCIADO(A) | UNION LIBRE | VIUDO(A) | | | | 3138441296 |

| NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA | | | | | | | | | | PROFESION / OFICIO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MAGISTER | POSGRADO | UNIVERSITARIO | BACHILLER | PRIMARIA | TECNICO | TECNOLOGO | OTRO | CUAL: | | CONTRATISTA |
| | | X | | | | | | | | |

| DIRECCION RESIDENCIA: | CIUDAD RESIDENCIA | DEPARTAMENTO: | PAIS RESIDENCIA: | TELEFONO RESIDENCIA |
|---|---|---|---|---|
| CRA 46A # 68 09 sur | Bogota | Cundinamarca | Colombia | |

| CORREO ELECTRONICO: | PORTAL O PAGINA INTERNET | TIPO DE VIVIENDA | | |
|---|---|---|---|---|
| zoraidahernandez2355@gmail.com | N/A | PROPIA | FAMILIAR X | ARRENDADA |

| DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene) | CIUDAD: | DEPARTAMENTO: | PAIS: | TELEFONO/FAX |
|---|---|---|---|---|
| N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |

### 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: |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SOCIO | | CONTRATISTA | X | COMERCIANTE | | EMPLEADO PUBLICO | | |
| PROFESIONAL INDEPENDIENTE | | EMPLEADO SOCIO | | | | OTRA..... | | |

| INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE: | DECLARA RENTA | | IVA | | | CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SI | | IVA | SI | NO X | 8699 | |
| | NO | X | ICA | SI | NO X | PRINCIPAL: X | SECUNDARIA: |

| GRAN CONTRIBUYENTE | | | | AGENTE RETENEDOR | | AGENTE AUTORETENEDOR | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SI | | NO | X | | SI / NO X | | SI / NO X |

| FUNCIONARIO PUBLICO | | ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS | | NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA |
|---|---|---|---|---|
| SI | NO X | SI | NO X | ESE Región de Salud Soacha |

| ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA | | | | | | | | # NIT | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | GOBIERNO | | SERVICIOS | | SALUD X | | | | 800006850-3 |

| EXPORTACIONES | | AGRICOLA | | ENERGETICA | | FINANCIERA | | TRANSPORTE | | TECNOLOGIA | | ALIMENTOS | | MEDICAMENTOS | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

OTRA CUAL:

| | | | |
|---|---|---|---|
| EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA | **FORMATO SARLAFT** | Codigo | TH_FTO_45 |
| | | Version | 0 |
| | | Vigencia | 6/07/2022 |

| DIRECION DE LA EMPRESA | TELEFONO | CIUDAD/MUNICIPIO | DEPARTAMENTO | PAIS |
|---|---|---|---|---|
| Calle 13 No. 10 - 30 | 730 92 30 | SOACHA | CUNDINAMARCA | COLOMBIA |

| CARGO ACTUAL | Enfermera | FECHA VINCULACION | |
|---|---|---|---|

**4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO**

| NUMERO DE EMPLEADOS | VENTAS ANUALES | CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA | DESCRIPCION ACTIVIDAD | FECHA CONSTITUCION | TIPO SOCIEDAD |
|---|---|---|---|---|---|
| N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | |

**5. INFORMACIÓN FINANCIERA**

| INGRESOS MENSUALES | | EGRESOS MENSUALES | | ACTIVOS | | PASIVOS | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SALARIOS | | GASTOS FAMILIARES | 2'500.000 | AHORROS | | SALDO HIPOTECA | |
| HONORARIOS | 4'000.000 | ARRIENDOS | | INVERSIONES | | TARJETAS DE CREDITO | 500.000 |
| ARRIENDOS | | CUOTA VEHICULO | | VEHICULOS | | DEUDA VEHICULOS | |
| COMISIONES | | CUOTA VIVIENDA | | PROPIEDADES | | DEUDAS TERCEROS | |
| OTROS INGRESOS* | | OTROS EGRESOS* | 1'000.000 | OTROS ACTIVOS* | | OTROS PASIVOS* | |
| TOTAL INGRESOS | $ 0 | TOTAL EGRESOS | $ 0 | TOTAL ACTIVOS | $ 0 | TOTAL PASIVOS | $ 0 |

| DESCRIPCION OTROS INGRESOS | DESCRIPCION OTROS EGRESOS | DESCRIPCION OTROS ACTIVOS | DESCRIPCION OTROS PASIVOS |
|---|---|---|---|
| | | | |

**6. REFERENCIAS PERSONALES**
(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| Mayorga | Hernandez | Freddy | Aldemar |
| **DIRECCION** | **CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS** | **TIPO RELACION** | **TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR** |
| CRA 46A # 68-04 SUR | Bogota | Sobrino | 3118320187 |

**7. REFERENCIA FINANCIERA**

| NOMBRE ENTIDAD | TIPO DE PRODUCTO | NUMERO | SUCURSAL | TELEFONO |
|---|---|---|---|---|
| Davivienda | cuenta de ahorros | 057000487 | 0327899 - Soacha | |

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

| NOMBRE ENTIDAD | TIPO DE PRODUCTO | NUMERO | PAIS/CIUDAD | MONEDA | MONTO PROMEDIO |
|---|---|---|---|---|---|
| N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐ CUAL: N/A

**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 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":

1. Que los recursos que entregue y entregaré a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):

Enfermera.

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte del la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA se destinaran a actividades licitas.
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo al la ESE Región de Salud Soacha a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con el la ESE Región de Salud Soacha en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el evertual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo tanto al la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA 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 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

**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

| EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO RED DE SALUD SOACHA | FORMATO SARLAFT | Codigo | TH_FTO_45 |
|---|---|---|---|
| | | Version | 0 |
| | | Vigencia | 6/07/2022 |

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 Rit.
4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaración de Renta del ultimo periodo gravable declarado ( si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)

**APODERADO:** Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.

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

**10. AUTORIZACION REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO.- AUTORIZACION EXPRESA PARA REPORTAR, CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICIA, 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 Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su 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 trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

## AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, con Nit. 800006850-3, ubicada en la Calle 13 No. 9-97 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 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA 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 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA 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 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de 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/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 accederé a los servicios de salud del 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 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) Envió 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 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 INFORMACION: 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 derivados de los contratos celebrados con la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, 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 INFORMACION 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 capitulo XI del Titulo 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 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 ESE Región de Salud Soacha 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 a) del numeral 3 anterior, serán a) La ESE Región de Salud Soacha y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Calle 13 No. 9-97, Soacha, Teléfono (601) 730 92 30) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de 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 autorizamos, 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.

## IX. FIRMA Y HUELLA

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

Zoraida Hernandez Chavez

**Firma Cliente / Representante Legal**

**Huella Índice Derecho**

compensar | salud eps

**EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR**
**NIT 860.066.942-7**

**CERTIFICA QUE**

Que el(la) señor(a) ZORAIDA HERNANDEZ CHAVEZ identificado(a) con Cedula Ciudadania 52132256, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestaci??n según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

| Fecha Afiliación | Fecha Retiro |
|---|---|
| 20170301 | 0 |

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 5 días del mes de Julio de 2.026

**Observaciones:**

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: AppSalud

CER-AFI 32828041

Vigilado Supersalud

Vigilado Supersubsidio

Colpensiones

**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ZORAIDA HERNANDEZ CHAVEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **52132256,** se encuentra afiliado/a desde **01/07/2025** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 06 de julio de 2026.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**Rosa Mercedes Nino 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.

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) | NOMBRES |
|---|---|---|
| Hernandez | Chavez | Zoraida |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | GENERO | NACIONALIDAD | PAÍS |
|---|---|---|---|
| C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 52132256 | F ⊗ M ○ NB ○ | COL. ⊗ EXTRANJERO ○ | COLOMBIA |

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

**FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO**

FECHA DIA 31 MES 12 AÑO 1973

PAÍS COLOMBIA

DEPTO CUNDINAMARCA

MUNICIPIO LA PALMA

**DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA**

KR46A#6809

PAÍS COLOMBIA DEPTO BOGOTÁ. D.C.

MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.

TELÉFONO 3138441246 EMAIL zoraidahernandezchavez@hotmail.

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

***EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA***

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

| EDUCACIÓN BÁSICA | | | | | | | | | | | TÍTULO OBTENIDO | BASICA SECUNDARIA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO | | | |
| 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | 7° | 8° | 9° | 10° | 11° | MES | 07 | AÑO | 2009 |

***EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)***

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

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

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

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

## 3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

***EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO***

*DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:*

**INF** (EDUCACIÓN INFORMAL) **TR_DES** (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 4 IDIOMAS

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

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

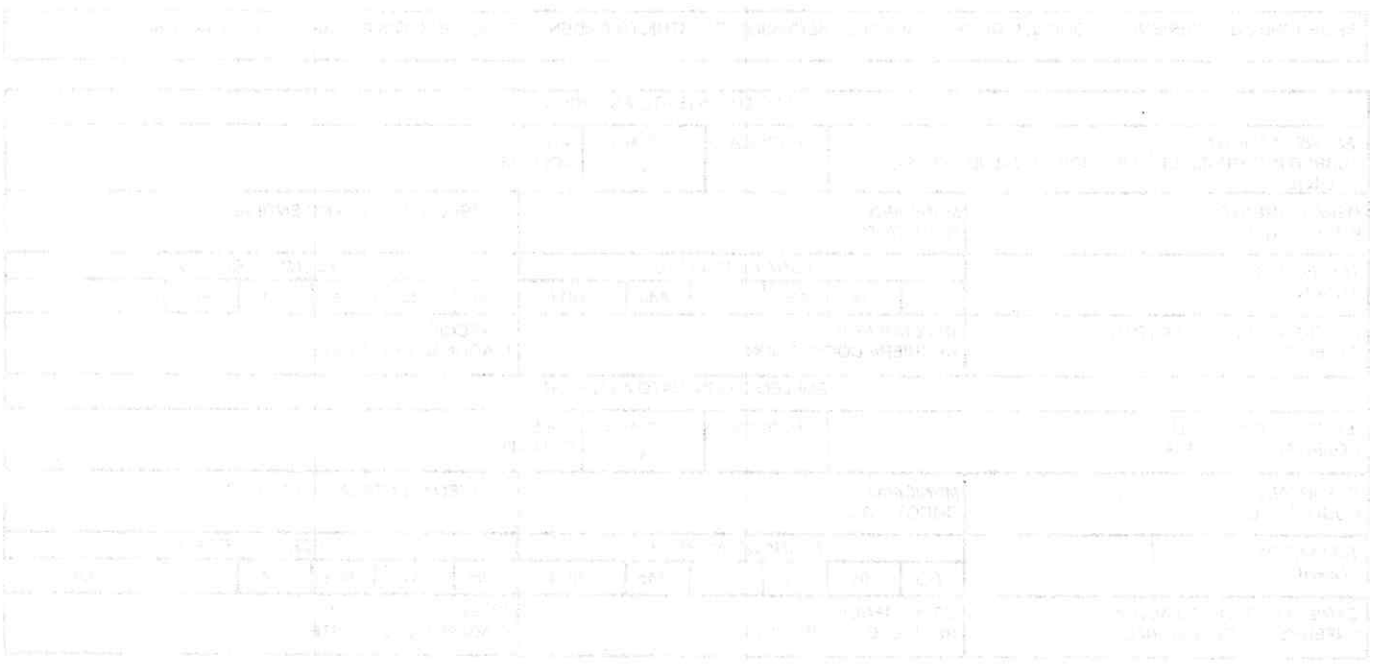
## 5 EXPERIENCIA LABORAL

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>BOGOTÁ. D.C. | *MUNICIPIO*<br>BOGOTÁ. D.C. | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3725610 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 18 | *Mes* | 07 | *Año* | 2017 | *Día* | 22 | *Mes* | 11 | *Año* | 2017 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>ENFERMERA | *DEPENDENCIA*<br>REQUIERE CORRECCION | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>DIAGONAL 39 3 20 ESTE | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOSPITAL LA VICTORIA | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>BOGOTÁ. D.C. | *MUNICIPIO*<br>BOGOTÁ. D.C. | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3725610 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 07 | *Año* | 2014 | *Día* | 17 | *Mes* | 04 | *Año* | 2017 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>ENFERMERA PROFESIONAL | *DEPENDENCIA*<br>REQUIERE CORRECCION | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>DIAGONAL 39 3 20 ESTE | | | | | |







FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

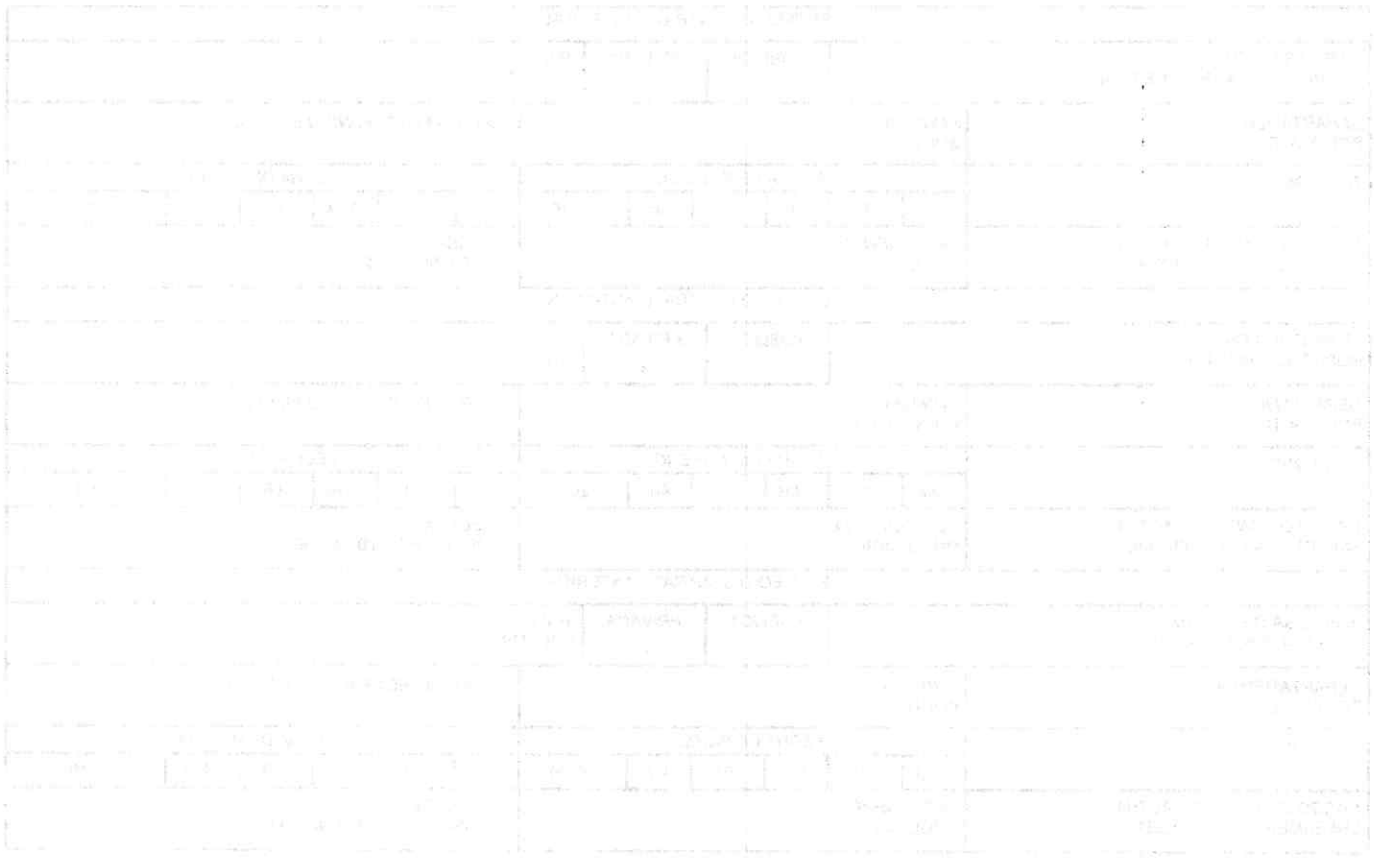
Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOSPITAL VISTA HERMOSA I NIVEL | | | *PÚBLICA* | | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>BOGOTÁ. D.C. | *MUNICIPIO*<br>BOGOTÁ. D.C. | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 23 | *Mes* | 07 | *Año* | 2010 | *Día* | 15 | *Mes* | 05 | *Año* | 2015 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>ENFERMERA PROFESIONAL | *DEPENDENCIA*<br>URGENCIAS | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 67A 18C 12 | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOSPITAL TUNAL III NIVEL | | | *PÚBLICA* | | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>BOGOTÁ. D.C. | *MUNICIPIO*<br>BOGOTÁ. D.C. | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 07 | *Año* | 2011 | *Día* | 11 | *Mes* | 05 | *Año* | 2012 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>ENFERMERA PROFESIONAL | *DEPENDENCIA*<br>ONCOLOGIA | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 20N 47B 35 SUR | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOSPITAL ENGATIVA II NIVEL | | | *PÚBLICA* | | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>BOGOTÁ. D.C. | *MUNICIPIO*<br>BOGOTÁ. D.C. | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 04 | *Mes* | 01 | *Año* | 2010 | *Día* | 31 | *Mes* | 10 | *Año* | 2010 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>ENFERMERA PROFESIONAL | *DEPENDENCIA*<br>URGENCIAS | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>TRANSVERSAL 100 A No. 80 50 | | | | | |

## 6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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



FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

## Persona Natural

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

### 7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

| OCUPACIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|---|---|---|
| | AÑOS | MESES |
| SERVIDOR PÚBLICO | 0 | 0 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 7 | 7 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 0 | 0 |
| EXPERIENCIA DOCENTE | 0 | 0 |

### 8 FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL 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 FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

*Ciudad y fecha de diligenciamiento* Bogota 10 07 2026

Jacido Hernandez Chavez

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

### 9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

*Ciudad y fecha*

*NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

Función Pública | sigepII

# FORMULARIO ÚNICO
# DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA
# PERSONA NATURAL
# (LEY 190 de 1995)

| ENTIDAD RECEPTORA |
|---|
| HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS -SOACHA |

**Período** 01/01/2025 - 31/12/2025

## 1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

### 1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, Zoraida Hernandez Chavez

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. No. 52132256 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

PAIS: COLOMBIA DEPARTAMENTO: BOGOTÁ. D.C. MUNICIPIO: BOGOTÁ. D.C.

DIRECCIÓN: CARRERA 46A 68 9 SUR TELÉFONO: 3138441246

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|---|---|---|
| GUSTAVO CHAVEZ | 462239 | HERMANO(A) |

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESIÓN** X **PARA RETIRARME** **PARA ACTUALIZACIÓN** **PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** ,QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

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

| CONCEPTO | VALOR |
|---|---|
| SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES | $48.000.000 |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS | $0 |
| TOTAL | $48.000.000 |

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

| ENTIDAD FINANCIERA | TIPO DE CUENTA | NÚMERO DE CUENTA | SEDE DE LA CUENTA | SALDO DE LA CUENTA |
|---|---|---|---|---|
| DAVIVIENDA | CUENTA DE AHORROS | 0570004870327899 | SOACHA | 0 |

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| TIPO DE BIEN | IDENTIFICACIÓN DEL BIEN | VALOR |
|---|---|---|

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

| ENTIDAD O PERSONA | CONCEPTO | VALOR |
|---|---|---|

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

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

| ENTIDAD O INSTITUCIÓN | CALIDAD DE MIEMBRO |
|---|---|

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

| CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN | CALIDAD DE SOCIO |
|---|---|

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN N°

C.C. C.E. T.I.

## 2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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

| DETALLE DE LAS ACTIVIDADES | FORMA DE PARTICIPACIÓN |
|---|---|

3. FIRMA

Zoraida Hernandez Chavez

FIRMA DEL EMPLEADO PUBLICO

10 07 2026.

CIUDAD Y FECHA

DAFP-DAP

**DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PUBLICA**
**LINEA GRATUITA DE ATENCION AL CLIENTE No. 018000-917770**

| EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA | FORMATO DE OFERTA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | |
|---|---|---|---|
| | PROCESO: Gerencia del talento humano | CÓDIGO | TH_FTO_13 |
| | | VERSIÓN | 00 |
| | | VIGENCIA | 05/07/2022 |

Soacha, 04 de Julio de 2026

## NOTIFICACION DE INFORMACION

Yo Zoraida Hernandez Ch identificado(a) con cedula No. 52132256 de Bogota interesado(a) en la oferta de prestación de servicios de: Enfermera manifiesto haber recibido la información correspondiente por parte del Coordinador del área para el desarrollo de las actividades publicadas en las páginas de empleo www.computrabajo.com.co y/o el www.empleo.com.

Por lo anterior si ( X ) no ( ) acepto la propuesta y condiciones ofrecidas.

***Si su respuesta es negativa agradecemos exponga brevemente su decisión:*** _____

_____

_____

_____

Atentamente,

Zoraida Hernandez Chavez

C.C. 52132256 Bogota.

| EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA | FORMATO DE INDEMNIDAD | | |
|---|---|---|---|
| | PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica | CÓDIGO | JUR_FTO_02 |
| | | VERSIÓN | 01 |
| | | VIGENCIA | 31/10/2023 |

**Soacha,** 04 **de** Julio **de 2026**

Señores,
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**
**E. S. M.**

Yo Zoraida Hernandez chavez identificado (a) con Cedula de ciudadanía No. 52132256, por medio del presente documento me permito manifestar que:

**PRIMERO:** Me comprometo a hacer la entrega completa de los documentos requeridos por la Entidad para la realización del contrato, los cuales estarán actualizados y vigentes. **SEGUNDO:** Me encuentro afiliado al sistema de seguridad social (Entidad Promotora de Salud y Fondo de Pensiones). **TERCERO:** Que conozco y acepto que la Entidad realizara la afiliación a la aseguradora de riesgos laborales (ARL), una vez el contrato esté perfeccionado y legalizado. **CUARTO:** Que me comprometo a cancelar mensualmente y de manera oportuna los aportes a Seguridad Social (Entidad Promotora de Salud, Fondo de Pensiones) y aseguradora de riesgos laborales (ARL), dentro de los plazos establecidos por la normatividad vigente, de acuerdo con la base y porcentajes de cotización vigentes. **QUINTO:** Que conozco que el contrato se perfecciona y legaliza cuando: **a)** La documentación completa se encuentre radicada en la oficina de contratación, con el respectivo visto bueno del área de recursos humanos, b) Este suscrito por las partes (gerente y Contratista), **c)** Se hayan allegado las pólizas a que hubiere lugar, **d)** Se encuentre expedido el registro presupuestal. **SEXTO:** Que me comprometo a no iniciar la ejecución del contrato, sin que éste se haya perfeccionado y legalizado. **SEPTIMO:** Que asumo el riesgo que se derive por haber prestado mis servicios sin que el contrato se encuentre debidamente perfeccionado y legalizado. **OCTAVO:** Que conozco y acepto que el Hospital no realizará pagos de sumas de dinero, que se causen con ocasión de la prestación del servicio sin respaldo contractual, y por lo tanto, renuncio expresamente a realizar el cobro de tales sumas de dinero.

Teniendo en cuenta lo anterior, desde este momento, renuncio expresamente a iniciar acciones judiciales en contra de la Entidad y, por ende, me hago responsable pecuniaria, judicial y disciplinariamente por los daños o perjuicios originados en reclamaciones de terceros, que se deriven de mis actuaciones u omisiones en la prestación de mis servicios sin respaldo contractual.

Cordialmente,

Zoraida Hernandez chavez
C.C. No. 52132256 Bogota

| EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA | FORMATO PARA REALIZAR LA AFILIACIÓN A LA ARL | | |
|---|---|---|---|
| | **PROCESO:** Gerencia del talento humano | CÓDIGO | SSO_FTO_01 |
| | | VERSIÓN | 01 |
| | | VIGENCIA | 12/03/2024 |

**ARL** Sura

**DATOS DEL CONTRATISTA:**

Nombre y apellido: Zoraida Hernandez chavez

N.° Documento: 52132256 Bogota

Fecha de Nacimiento: 31 12 1978

Dirección: CRA 46A # 68-09 Sur

Teléfono. Fijo – Celular: 313 844 1246

E-mail: ZoraidaHernandez3552@gmail.com

EPS: Compensar

AFP: Colpensiones

Firma Contratista: Zoraida Hernandez Chavez

**NOTA: En caso de estar afiliado a otra ARL favor allegar con este formato la copia de la afiliación y de igual forma es de carácter obligatorio el diligenciamiento del formato de solicitud de afiliación 2024 que se encuentra en el drive y fue compartido a cada uno de los responsables de su diligenciamiento.**

AXA COLPATRIA

## INGRESO INDEPENDIENTE

### DATOS DE LA EMPRESA

| | |
|---|---|
| **Tipo de Identificación:** | NIT |
| **Número de documento:** | 800006850 |
| **Número Afiliación:** | 215221 |
| **Razón social:** | HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS E S E |

### DATOS DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

| | |
|---|---|
| **Tipo de documento:** | C.C. |
| **Número de documento:** | 52132256 |
| **Nombre:** | ZORAIDA HERNANDEZ CHAVEZ |
| **Fecha Inicio contrato:** | 10/07/2026 |
| **Fecha Fin contrato:** | 31/08/2026 |
| **Fecha Inicio cobertura:** | 15/07/2026 |
| **Número contrato:** | 15537 |
| **Nit empresa en misión:** | 0 |
| **Código Sucursal** | SUCURSAL 14 |
| **Centro de trabajo** | CTRAB 003 |
| **Fecha hora transacción:** | 14/07/2026 01:34:21 p. m. |

| EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA | AUTORIZACIÓN CONSULTA TITULOS ACADEMICOS | | |
|---|---|---|---|
| | PROCESO: Gerencia del talento humano | CÓDIGO | TH_FTO_31 |
| | | VERSIÓN | 00 |
| | | VIGENCIA | 5/07/2022 |

Soacha 04 de Julio de 2026

Señores:

Fundacion Universitaria del Area Andina

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

REF: Autorización para consulta de títulos Académicos.

Yo Zoraida Hernandez chavez en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política de Colombia establece "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 Articulo 4 de la ley 1581 de 2012 y de conformidad con el Decreto 1377 de 2013, en el que se establecen los principios para el tratamiento de datos personales, en cuanto al principio de libertad "el tratamiento solo 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 cuanto a datos personales en mi calidad de egresado. Solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes emitir respuesta a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, sobre la idoneidad de mi título como: enfermera

Cordialmente;

Firma Zoraida Hernandez Chavez

N° Documento 52132256

Tarjeta Profesional N 23061

Dirección de contacto CRA 46A # 68-09 SUR

Teléfono 313 8441246

**COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: CONTRATISTAS DE LA ESE REGIÓN DE SALUD SOACHA**

Yo, JOSE DAHERNANDEZCHAVEZ, identificado (a) con cédula de ciudadanía número 5213225 6, expedida en BOGOTA, en mi condición de contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SPALUD SOACHA**, usuario (a) de los aplicativos y herramientas del sistema de información de la Entidad, entiendo y acepto las siguientes condiciones, compromisos, derechos y deberes relacionados: **CLÁUSULA PRIMERA:** Definición de información confidencial**.** La confidencialidad es uno de los principios que regula la actividad del tratamiento de datos personales, en virtud del cual, las personas que intervengan en la recolección, almacenamiento, uso, divulgación y control de estos datos están obligadas, en todo tiempo, a garantizar la reserva de la misma, incluso después de finalizar sus relaciones con el responsable del tratamiento, hállese esta en forma escrita, oral, visual, grabada en medios magnéticos o en cualquier otra forma tangible. **CLÁUSULA SEGUNDA:** Propiedad de la información: La información suministrada pertenece a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA** y a sus respectivos titulares, no pudiendo ser utilizada para fines distintos al cumplimiento de las actividades contractuales. **CLÁUSULA TERCERA:** Objeto de la confidencialidad**:** El presente compromiso de confidencialidad y no divulgación de la información, tiene por objeto señalar y especificarlas políticas de confidencialidad que debe cumplir el contratista, respecto del acceso, consulta y uso de la información confidencial que produce y administra la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA. CLÁUSULA CUARTA:** Obligaciones del contratista**.** Como contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**, me obligo a mantener estricta reserva de confidencialidad sobre la información que conozca o cause con ocasión del desarrollo de mis actividades contractuales y a no divulgar a terceras personas sin autorización del supervisor y/o directivas de la Entidad. También me comprometo a no usar la información suministrada para fines diferentes a los establecidos, a no revelar, divulgar, exhibir, mostrar, hacer circular, compilar, sustraer, ofrecer, vender, intercambiar, captar, interceptar, modificar, almacenar, replicar, complementar o crear bases de datos con la información confidencial. Igualmente, no utilizare la información confidencial de forma que pudiere causar perjuicio directo o indirecto a los titulares de la información o a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA. Parágrafo Primero.** Como contratista responderé frente al Hospital por la utilización indebida de la información y me someteré al régimen del ordenamiento jurídico colombiano en caso de incumplimiento de

los términos pactados. **CLÁUSULA QUINTA:** Protección de datos**.** La protección de los datos personales de los empleados y contratistas contenidos en los aplicativos y herramientas es mi principal compromiso, toda vez que son catalogados como datos sensibles con carácter reservado y confidencial, y, su tratamiento está sujeto a la ley y normatividad aplicable a la información pública reservada, igualmente reconozco que la historia clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva. **CLÁUSULA SEXTA:** Utilización de la información**:** Como contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA** me obligó a utilizar la información recibida, únicamente para el buen desarrollo de las actividades correspondientes e implementación de los aplicativos y herramientas relacionadas. **CLÁUSULA SEPTIMA:** Contraseña**:** La utilización de la contraseña para el acceso a los aplicativos y herramientas (ver cuadro anexo) se constituye como el primer compromiso de protección de la información y datos personales por estos tratados. La misma estará sujeta a una completa confidencialidad. En ningún caso la divulgaré o compartiré, en forma verbal o escrita, y procurare su custodia para que esta no pueda ser registrada o gravada. En este sentido, como usuario de los aplicativos y herramientas, me comprometo a garantizar la confidencialidad, reserva y seguridad de la información. **Parágrafo Primero:** Como titular del usuario asignado me haré responsable de todas las actividades realizadas a través de mi cuenta. **Parágrafo Segundo.** La contraseña será generada y comunicada al correo electrónico institucional oficial a la solicitud de respuesta de creación del usuario (según aplique). **Parágrafo Tercero:** Es mi compromiso como usuario de los aplicativos y herramientas (ver cuadro relacionado) cambiar la contraseña inicial cuando esto lo requiera al administrador por correo electrónico. La contraseña debe seguir estándares de seguridad como mínimo debe cumplir con: a) Una longitud mínima de siete (7) caracteres alfanuméricos. b) No contendrá nombres, números de teléfonos, palabras, números o letras consecutivas repetidas. **CLÁUSULA OCTAVA:** Traspaso de información**.** Solo podrá reproducirse dicha información confidencial si ello resulta necesario para cumplir con la función pública y solo podrá darse a conocer a aquellos servidores públicos y/o contratistas que tengan necesidad de conocerla para la mencionada finalidad, y cuando autoridad pública la solicite en ejercicio de sus funciones. En caso de que se les entregue información confidencial a aquellos, se les deberá enterar de los términos de este Acuerdo, los cuales deben aceptar y adherir antes de recibirla. **CLÁUSULA NOVENA**: Bloqueo**.** Como usuario de los aplicativos y herramientas (ver cuadro anexo) acepto que el Administrador del aplicativo proceda con el bloqueo de la cuenta cuando este último evidencie una falta de uso fuera de los límites permitidos de inactividad. **Parágrafo Primero.** Como usuario de los aplicativos y herramientas (ver cuadro anexo) informaré al Administrador del Sistema, a través de los canales establecidos para tal fin, cuando se presente algún bloqueo o incidencia en la cuenta de usuario de manera que se puedan adelantar las acciones pertinentes. **CLÁUSULA DECIMÁ:** Aplicación normativa. Para el caso del manejo de información que incluya datos personales, daré estricto cumplimiento a las disposiciones

Constitucionales y legales sobre la protección del derecho fundamental de habeas data, en particular lo dispuesto en el artículo 15 de la Constitución Política, la Ley 1581 de 2012 y su decreto reglamentario 1377 de 2013; ley 1712 de 2014 y Ley 1074 de 2015; Resolución 1995 de 1999; así como aquellas que regulan reserva y demás normas que las modifiquen, adicionen o deroguen. **CLÁUSULA DECIMÁ PRIMERA:** Verificación de la confidencialidad y uso de la información. La ESE se reserva el derecho a verificar en cualquier momento y sin previo aviso, el cumplimiento del acuerdo de confidencialidad y no divulgación de la información con respecto al tratamiento de la información. **CLÁUSULA DECIMÁ SEGUNDA:** Sanciones. La violación del COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD, será objeto de investigación sin perjuicio de las demás sanciones de ley que se pudieran suscitar. **CLÁUSULA DECIMÁ TERCERA:** Vigencia. El presente acuerdo individual tendrá una duración por la vigencia del contrato, pero, aquella información con carácter reservado de acuerdo con la ley, será continúa, permanente y no vencerá por la terminación del contrato.

**APLICATIVOS Y HERRAMIENTAS UTILIZADAS EN LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**

| ITEM | DESCRIPCION | MARCAR CON X |
|---|---|---|
| 1 | BASE DE DATOS PERSONALES DE USUARIOS, EMPRESAS, ENTIDADES DE SALUD, FUNCIONARIOS Y CONTRATISTAS | X |
| 2 | APLICATIVOS FUENTES DE INFORMACIÓN:<br>• DATADOC<br>• SIVIGILA<br>• SIVISALA<br>• MANGO<br>• PAI WEB<br>• DINAMICAGERENCIAL HOSPITALARIA<br>• PLATAFORMA INSTITUCIONAL DE CAPACITACIONES | X |
| 3 | FICHAS DE NOTIFICACIÓN EPIDEMIOLOGICAS | X |
| 4 | HISTORIAS CLÍNICAS | X |
| 5 | BASES DE DATOS SISBEN – REGIMEN SUBSIDIADO – REGIMEN CONTRIBUTIVO | X |
| 6 | INFORMACION PRIVILEGIADA Y RESERVADA – SECRETO PROFESIONAL | X |

Para constancia se firma en Soacha, a los 04 días de julio de 2026

Zoraida Hernandez Chavez



Firma y huella

3138441246

Celular No.

Zoraida Hernandez3552@gmail.com

Correo institucional

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible en el Portal Interno de la Empresa Social del Estado Región de Salud Soacha evite copias de este documento ya que puede ser una versión desactualizada.

Soacha 04 de Julio de 2026

Señores
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA**
Soacha (Cundinamarca)

Yo Zoraida Hernandez Chavez con C.C. 52132256 expedida en Bogota, declaro bajo la gravedad de Juramento que no me encuentro incurso, en causales de inhabilidades e incompatibilidades de conformidad con las normas vigentes que regulan el tema: articulo 8 y 9 Ley 80/93, Ley 1150/2007 y Decretos reglamentarios.

De igual manera declaro no encontrarme, en ninguna de las siguientes causales: Conflicto de Intereses, Ser servidor público, caducidad, destitución, responsabilidad fiscal, cesación de pagos, concurso de acreedores, embargos judiciales, liquidación y cualquier otra circunstancia que permita presumir incapacidad o imposibilidad jurídica, económica o técnica para cumplir con el objeto del contrato.

Atentamente,

Zoraida Hernandez Chavez
C.C. 52132256 Bogota.

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible en el Portal Interno de la Empresa Social del Estado Región de Salud Soacha evite copias de este documento ya que puede ser una versión desactualizada.

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

# PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

## PROFESIONALES DE LA SALUD

| CIUDAD DE EXPEDICION | SUCURSAL | TIPO DE MOVIMIENTO | POLIZA No. | ANEXO No. |
|---|---|---|---|---|
| BOGOTA, D.C. | CALLE 100 | EMISION ORIGINAL | 33-03-101040192 | 0 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| TOMADOR | ZORAIDA HERNANDEZ CHAVEZ | | | CC | 52.132.256 |
| DIRECCION | KR 46 A NRO. 68 - 09 SUR | CIUDAD | BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT | TELEFONO | 7171977 |
| ASEGURADO | ZORAIDA HERNANDEZ CHAVEZ | | | CC | 52.132.256 |
| DIRECCION | KR 46 A NRO. 68 - 09 SUR | CIUDAD | BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL | TELEFONO | 7171977 |
| BENEFICIARIO | TERCEROS AFECTADOS | | | NIT | 0-0 |

| FECHA DE EXPEDICION (d-m-a) | VIGENCIA SEGURO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) | VIGENCIA SEGURO HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) | VIGENCIA ANEXO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) | VIGENCIA ANEXO HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) |
|---|---|---|---|---|
| 10 / 07 / 2026 | 07 / 07 / 2026 | 07 / 07 / 2027 | 07 / 07 / 2026 | 07 / 07 / 2027 |

| INTERMEDIARIO | CLAVE | % PARTICIPACION |
|---|---|---|
| BRENDA BEATRIZ DELIMA BOLIVAR | 240854 | 100.00 |

| COASEGURO CEDIDO COMPAÑIA | % PARTICIPACION |
|---|---|

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: ENFERMERA JEFE / PROFESIONAL

| DESCRIPCION | AMPAROS | SUMA ASEGURADA | % INVAR | SUBLIMITE |
|---|---|---|---|---|
| PERJUICIO PATRIMONIAL | | $ 100,000,000.00 | | |
| | ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD | $ 100,000,000.00 | | |
| | GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD | | | $ 30,000,000.00 |

DEDUCIBLES: ° 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Minimo: 1.00 SMMLV en ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD ° 10.00 % DE LOS GASTOS INCURRIDOS en GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD

LÍMITES POR EVENTO: GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD - $ 10,000,000.0

OBJETO DE LA POLIZA:

SEGUROS DELIMA

mortimerdelima@hotmail.com
Cr 8 # 12-55 Soacha Parque
320 275 1933 - 311 5008478

| | | | |
|---|---|---|---|
| TOTAL SUMA ASEGURADA: | $ *******100,000,000.00 | PRIMA: | $ **********107,475.00 |
| PLAN DE PAGO: CONTADO | | IVA: | $ **********20,420.00 |
| | | TOTAL A PAGAR: | $ **********127,895.00 |

**TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1066 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGURESTADO,DENTRO DE LOS 45 DIAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.**

**TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.**

**PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CARRERA 45A NO. 102 A - 34, TELÉFONO 6108441 - BOGOTA, D.C.**

**HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 29.07.2022.1329.P.06.0000000E.RC.001A. D001, ADJUNTA.**

**USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM**

(415)7709998021167(8020)11006621149803(3900)000000127895(96)20260821

**REFERENCIA PAGO:**
**1100662114980-3**

33-03-101040192

FIRMA AUTORIZADA

GLORIAABELLO

CLIENTE

Zoraida Hernandez

TOMADOR

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Institución vacunadora: 110010954525

Fecha de generación del carné: martes, 13 de septiembre de 2022 11:41 a.m.

Datos del Vacunado

| | |
|---|---|
| Tipo de identificación: | Cédula de Ciudadanía |
| Número de identificación: | 52132256 |
| Nombres y Apellidos | ZORAIDA HERNADEZ CHAVEZ |
| Fecha de nacimiento: | 31/12/1976 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Neumo Polisacárido | Primera dosis | | | | |
| | Refuerzo | | | | |
| Neumococo | Primera dosis | | | | |
| | Refuerzo | | | | |
| Sarampión y Rubéola | Primera dosis | 16/08/2005 | Sarampión -Rubéola | | |
| Td | Primera dosis | 16/03/2001 | Toxoide Tetánico y diftérico | | |
| | Segunda dosis | 17/04/2001 | Toxoide Tetánico y diftérico | | |
| | Tercera dosis | 18/10/2001 | Toxoide Tetánico y diftérico | | |
| | Cuarta dosis | 20/11/2002 | Toxoide Tetánico y diftérico | | |
| | Quinta dosis | 25/11/2003 | Toxoide Tetánico y diftérico | | |
| | Refuerzo | 13/09/2022 | Toxoide Tetánico y diftérico | 2331L011C | HOSPITAL DE USME I NIVEL E.S.E. UPA MARICHUELA |
| Toxoide Tetánico | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |
| | Tercera dosis | | | | |
| | Cuarta dosis | | | | |
| | Quinta dosis | | | | |
| | Refuerzo | | | | |
| Toxoide Tetánico Diftérico | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |
| | Tercera dosis | | | | |
| | Cuarta dosis | | | | |
| | Quinta dosis | | | | |
| | Refuerzo | | | | |
| Triple viral | Primera dosis | 20/12/2004 | Triple Viral | | |
| | Refuerzo | 28/01/2005 | Triple Viral | | |
| | Primera dosis | | | | |
| Varicela | Primera dosis | 10/02/2012 | VARIVAX | | |
| | Segunda dosis | 30/06/2012 | VARIVAX | | |
| Varicela + Triple Viral | Única | | | | |
| VPH Bivalente | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |
| | Tercera dosis | | | | |
| VPH Nona Valente | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Fecha de generación del carné: martes, 13 de septiembre de 2022 11:41 a.m.

Datos del Vacunado

| | |
|---|---|
| Tipo de identificación: | Cédula de Ciudadanía |
| Número de identificación: | 52132256 |
| Nombres y Apellidos | ZORAIDA HERNADEZ CHAVEZ |
| Fecha de nacimiento: | 31/12/1976 |

| Vacuna | Dosis | Fecha | Nombre comercial | Lote | Institución vacunadora |
|---|---|---|---|---|---|
| Anti - Rábica | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |
| | Tercera dosis | | | | |
| | Cuarta dosis | | | | |
| | Quinta dosis | | | | |
| Antirrábica profiláctica | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |
| | Tercera dosis | | | | |
| BCG | Única | | | | |
| COVID - 19 | Primera dosis | 07/03/2021 | Pfizer | EN1195 | HOSPITAL LA VICTORIA |
| | Segunda dosis | 28/03/2021 | Pfizer | ER1742 | HOSPITAL LA VICTORIA |
| DPT | Única | | | | |
| DPT Acelular | Primera dosis | 02/05/2013 | Bostrix | C4187AF | CAMI JERUSALEN |
| Fiebre amarilla | Primera dosis | 20/09/2002 | Fiebre Amarilla | | |
| | Refuerzo | 01/06/2011 | Fiebre Amarilla | | |
| Fiebre tifoidea | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |
| Hepatitis A | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |
| Hepatitis A, Hepatitis B | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |
| | Tercera dosis | | | | |
| Hepatitis B | Primera dosis | 15/01/2018 | Hepavax Gene | 1434033.03 | UNIDAD DE SERVICIOS COMPENSAR AV 1 DE MAYO |
| | Segunda dosis | 16/02/2018 | Hepatitis B adulto | | |
| | Tercera dosis | 20/03/2018 | Hepatitis B adulto | | |
| | Refuerzo | 18/09/2019 | Hepatitis B adulto | | |
| Hepatitis B segundo esquema | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |
| | Tercera dosis | | | | |
| | Refuerzo | | | | |
| Influenza | Única | 08/08/2022 | GC FLU | | |
| Meningococo | Única | | | | |
| Meningococo Conjugado | Única | | | | |
| Meningococo Polisacárido | Primera dosis | | | | |
| Neumo Conjugado | Única | | | | |

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Institución vacunadora: 110010954525

Fecha de generación del carné: martes, 13 de septiembre de 2022 11:41 a.m.

Datos del Vacunado

| | |
|---|---|
| Tipo de identificación: | Cédula de Ciudadanía |
| Número de identificación: | 52132256 |
| Nombres y Apellidos | ZORAIDA HERNADEZ CHAVEZ |
| Fecha de nacimiento: | 31/12/1976 |

| | |
|---|---|
| VPH Nona Valente | Tercera dosis |
| VPH Tetravalente | Primera dosis |
| | Segunda dosis |
| | Tercera dosis |

Bienestar & Salud Laboral

MEDSTAR

# CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

Nit. 901175816-2
Licencia No. 64 del 10-01-2017
Calle 134 # 7-83 cons 233, Bogotá D.C.
www.bsl.com.co
c.talero@bsl.com.co

Código de Seguridad: 139137cd-e9e0-4d1d-818a-74c230e4d20b

**Tipo Examen: Ingreso**

VERIFICA VALIDEZ DEL CERTIFICADO

## DATOS PERSONALES



| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha de Atención** | 09 de julio de 2026 | **Ciudad** | Bogota | **Vigencia** | 3 años |
| **IPS/SEDE** | Sede norte DHSS0244914 | | | | |
| **Nombres y apellidos** | Zoraida Hernández Chavez | | | | |
| **Documento identidad** | 52132256 | **Empresa o entidad** | PARTICULAR | **Cargo** | Enfermera profesional |
| **Género** | FEMENINO | **Edad** | 47 | **Fecha nacimiento** | 31/12/1978 |
| **Estado civil** | Soltero | **Hijos** | 1 | **Profesión u Oficio** | Enfermera |
| **Email** | zoraidahernandez355@gmail.com | | | | |
| **Teléfono** | 3138441246 | | | | |
| **Tipo de examen** | Ingreso | **EPS** | Compensar | **ARL** | Sura |
| **Pensiones** | Col pensiones | **Nivel Educativo** | Postgrado | | |

** De conformidad con la Ley de Protección de Datos Personales, informamos que la información contenida en este certificado médico es confidencial y será utilizada exclusivamente para los fines relacionados con la evaluación de la aptitud laboral del trabajador. El tratamiento de los datos personales se llevará a cabo conforme a la normativa vigente, garantizando su integridad, confidencialidad y seguridad, y no serán compartidos con terceros sin el consentimiento expreso del titular, salvo por mandato legal o judicial.*

## EXÁMENES REALIZADOS

**EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR**
09 de julio de 2026

**AUDIOMETRÍA**
09 de julio de 2026

**OPTOMETRÍA**
09 de julio de 2026

## CONCEPTO DE EVALUACIÓN MÉDICA

### APTO

De acuerdo al examen ocupacional realizado a Zoraida Hernández Chavez con documento de identificación No 52132256 se considera que es APTO para desempeñar la ocupación del cargo descrito

## RESULTADOS GENERALES

### EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR

Basándonos en los resultados obtenidos de la evaluación osteomuscular, certificamos que el paciente presenta un sistema osteomuscular en condiciones óptimas de salud. Esta condición le permite llevar a cabo una variedad de actividades físicas y cotidianas sin restricciones notables y con un riesgo mínimo de lesiones osteomusculares.

### AUDIOMETRÍA

OD: Audición Normal. OI: Audición Normal. Ambos oídos presentan audición dentro de parámetros normales.

### OPTOMETRÍA

Presión intraocular (PIO): 15 mmHg en ambos ojos Reflejos pupilares: Respuesta pupilar normal a la luz en ambos ojos Campo visual: Normal en ambos ojos Visión de colores: Normal Fondo de ojo: Normal.

## RECOMENDACIONES MÉDICAS ADICIONALES

1. PAUSAS ACTIVAS
2. HIGIENE POSTURAL
3. MEDIDAS ERGONOMICAS
4. TÉCNICAS DE MANEJO DE ESTRÉS
5. EJERCICIO AEROBICO
6. MANTENER MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD PARA COVID.
7. ALIMENTACIÓN BALANCEADA

## FIRMAS

**FIRMA MÉDICO**



**JUAN JOSE REATIGA**
C.C.: 7.472.676 - REGISTRO MEDICO NO 14791
LICENCIA SALUD OCUPACIONAL 460
6 DE JULIO DE 2020

**FIRMA PACIENTE ATENDIDO**



**Zoraida Hernández Chavez**
52132256

## RESULTADOS DE OPTOMETRÍA

### Resultados Numéricos

Snellen: 0/6 (0%)
Landolt: 8/8 (100%)
Ishihara: 4/6 (67%)

### Evaluación General

Presión intraocular (PIO): 15 mmHg en ambos ojos
Reflejos pupilares: Respuesta pupilar normal a la luz en ambos ojos
Campo visual: Normal en ambos ojos
Visión de colores: Normal
Fondo de ojo: Normal.

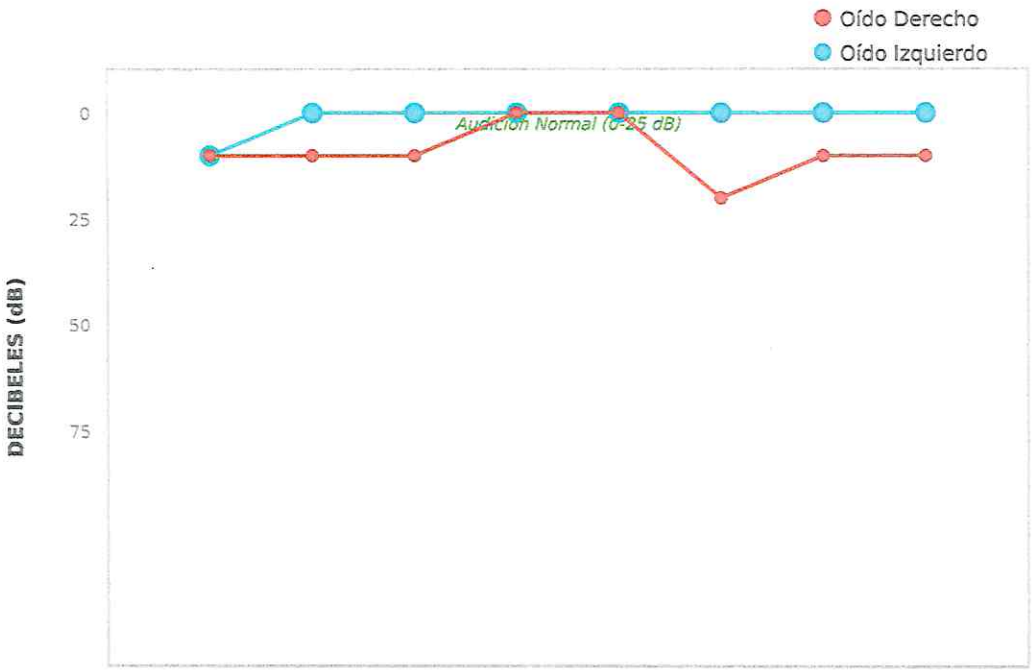


**Dr. Miguel Garzón Rincón**
C.C.: 79.569.881 - Optómetra Ocupacional Res. 6473 04/07/2017

Fecha: 09 de julio de 2026

## RESULTADOS DE AUDIOMETRÍA

### AUDIOGRAMA




### Diagnóstico

OD: Audición Normal. OI: Audición Normal. Ambos oídos presentan audición dentro de parámetros normales.

**JENNY MARCELA MARTINEZ HIGUERA**
TP Resolución 4502 Dic 2012 - C.C.: 1.024.479.059

Fecha: 09 de julio de 2026

República de Colombia

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA**

Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación Dic. 9/83

# LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

Debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional.

teniendo en cuenta que:

## Zoraida Hernández Chávez

C.C. No. 52.132.256 de Santafé de Bogotá D.C.

Aprobó los estudios programados por la Fundación y cumplió los requisitos exigidos por la Ley y los Reglamentos, le confiere el título de:

## Enfermera

En testimonio de lo expuesto se expide el presente diploma que así lo acredita.

Bogotá, D. C. 17 de julio de 2009

Rector

Secretario General

Director

Tomo 5 Folio 6 Registro 18022 Fecha: 17 de julio de 2009

# FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA
## ACTA DE GRADO 444

En Bogotá D.C., el 17 de julio de 2009 a las 15:00 horas, convocados por Resolución 069 del 13 de los citados mes y año, se reunieron el Rector, doctor Fernando Laverde Morales, la Decana del Programa de Enfermería, doctora María Liliana Buenahora Tobar y la Secretaria General de la Fundación, doctora María Jetzabel Herrán Duarte, para presidir la ceremonia de grado de **ZORAIDA HERNANDEZ CHAVEZ** con cédula de ciudadanía Número 52132256 de Santafé de Bogotá D.C., quien cursó y aprobó las materias comprendidas en el pensum del respectivo programa, cumpliendo con los requisitos exigidos por la ley y los reglamentos, haciéndose merecedora a recibir el título de **ENFERMERA**, el cual otorga la Fundación debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional y por el Consejo Superior, mediante Acuerdo No. 013 del 26 de julio de 1995. Previa entrega del diploma, se tomó el juramento de rigor al graduando, quien prometió cumplir fielmente sus deberes para con la Patria y la Fundación ejerciendo la carrera de acuerdo con las normas de la ética y moral profesional. Agotado el orden del día, la sesión se dio por terminada y se firmó el acta por quienes en esta intervinieron. Anotado en el libro de registro de títulos Tomo 5, Folio 6, número 18622.

FERNANDO LAVERDE MORALES, Rector
MARÍA LILIANA BUENAHORA TOBAR, Decana del Programa
MARÍA JETZABEL HERRÁN DUARTE, Secretaria General.

Dada en Bogotá D.C., el 17 de julio de 2009.

FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA SECRETARIA GENERAL

**MARIA JETZABEL HERRÁN DUARTE**
Secretaria General

REPUBLICA DE COLOMBIA
Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia
A.N.E.C
TARJETA PROFESIONAL DE ENFERMERA(O)



REGISTRADO

NOMBRE ZORAIDA HERNANDEZ CHAVEZ

C.C 52.132.256 BOGOTA

UNIVERSIDAD FUND. UNIV. DEL AREA ANDINA

RUN No. 23061
REGISTRO UNICO NACIONAL DE ENFERMERA(O)

EXPEDIDO 13/NOV/2009 FECHA DE ACTUALIZACION DATOS 13/NOV/2019

THOMAS GREG & SONS. 309.015.31/0809

No.

REGISTRADOR ANEC

Esta tarjeta es documento público, se expide de acuerdo a la Ley 266 de 1996 y es válida en todo el Territorio Nacional.

Si es encontrada por favor devolverla a ANEC

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría
Salud

# *Resolución No 10205 de 19/10/2009*

## *Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D,C*

Por la cual se concede una autorización para el ejercicio profesional.

**EL DIRECTOR DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD**

en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el Decreto 1352 de julio de 2000 del Ministerio de Salud y, Resolución No. 0833 de septiembre de 2000 expedida por el Secretario Distrital de Salud, y

*CONSIDERANDO*

Que el(la) señor(a) HERNANDEZ CHAVEZ ZORAIDA Identificado(a) con CC número 52132256 expedida en SANTAFE DE BTA ha solicitado autorización del ejercicio profesional como ENFERMERO(A), según título que le otorgó la LA FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA el día 17/07/2009, acta de grado Nro. 444, Diploma Nro. 18622 y registrado en el libro 5 Folio 6 año 2009.

Que de conformidad con la Ley 50 de 1981, Articulo 2, Parágrafo 3, Acuerdo No 002 de 30 de junio de 2009 del Consejo Nacional Coordinador del Servicio Social Obligatorio, delego en la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá D,C la realización del sorteo de plazas para el cumplimiento del Servicio Social Obligatorio, el cual se realizo el día 28/08/2009.

Que el(la) señor(a)HERNANDEZ CHAVEZ ZORAIDA ,no salió favorecido(a) con una plaza para el cumplimiento del Servicio Social Obligatorio y que de acuerdo a lo dispuesto en las normas anteriormente citadas, la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá D.C., debe autorizarle el ejercicio profesional como ENFERMERO(A).

Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes;

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

**RESUELVE:**

**ARTICULO PRIMERO:** Autorizar a HERNANDEZ CHAVEZ ZORAIDA identificado(a) con CC número 52132256 expedida en SANTAFE DE BTA para ejercer la profesión de ENFERMERO(A) en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D,C.

**ARTICULO SEGUNDO:** Para poder ejercer la profesión en zona geográfica diferente a donde se autorizo el título o certificado la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud del departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde

**COMUNÍQUESE Y CUMPLASE**
Dada en Bogotá, D.C. a los 19/10/2009

**HERMAN REDONDO GÓMEZ**
Director de Desarrollo de Servicios.

Elaboro : Victor Sánchez
Revisó : Yudy Rodriguez
Aprobó : Sandra Charry.

Bogotá, D.C 17 09 2009
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) Zoraida Hernandez.
CC. #. 52132256 Bogota
Firma Zoraida Hernandez

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) ZORAIDA HERNANDEZ CHAVEZ identificado(a) con CC 52132256 registra La siguiente información:

2026-07-06→11:18:16 AM

Información Académica

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación | Fecha inicio ejercer | Acto Administrativo / Acta Homologación | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|---|
| UNV | Local | Enfermería | 2009-11-13 | | ASOCIACION NACIONAL DE ENFERMERAS DE COLOMBIA - ANEC |
| UNV | Local | Enfermería | 2009-10-19 | 10205 | DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD |
| AUX | Local | Auxiliar de enfermería | 2002-02-14 | 1971 | DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD |

rmación 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 tinuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes solución 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 fesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

# CERTIMED-YA
## NIT: 901766812-1

## CERTIFICA QUE:

# ZORAIDA HERNANDEZ CHAVEZ

**Identificado(a) con cedula de ciudadania N°52132256**

**Asistió al curso de:**

*CURSO BÁSICO DE ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUÍMICOS (AQS)*

**Con una intensidad horaria de 45 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE BOGOTA EL 28/10/2024, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL, ESTA CERTIFICACIÓN TIENE VIGENCIA DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

Verifique Validez:

LORENA BONILLA
GERENTE
CC1.018.464.584

CERTIMED-YA

FREYNER LEÓN
FREYNER LEÓN
PROFESIONAL EN SALUD
CC 1.069.736.330

CamScanner

# CERTIMED-YA
## NIT: 901766812-1

## CERTIFICA QUE:

# ZORAIDA HERNANDEZ CHAVEZ

**Identificado(a) con cedula de ciudadania N°52132256**

**Asistió al curso de:**

*CURSO BÁSICO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD DE LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL CON ENFOQUE DIFERENCIAL*

**Con una intensidad horaria de 45 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE BOGOTA EL 28/10/2024, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL, ESTA CERTIFICACIÓN TIENE VIGENCIA DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

**Verifique Validez:**

**LORENA BONILLA**
**GERENTE**
**CC1.018.464.584**

CERTIMED-YA
CERTIFICACIONES MEDICAS

FREYNER LEÓN

**FREYNER LEÓN**
**PROFESIONAL EN SALUD**
**CC 1.069.736.330**

CamScanner

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTANDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

Approved
As Amended
Deferred
Withdrawn
Refused
Date Received

# CERTIMED-YA
## NIT: 901766812-1

## CERTIFICA QUE:

# ZORAIDA HERNANDEZ CHAVEZ

## Identificado(a) con cedula de ciudadania N°52132256

## Asistió al curso de:

CURSO BÁSICO GESTIÓN DEL DUELO (GD)

## Con una intensidad horaria de 45 horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE BOGOTA EL 28/10/2024, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL, ESTA CERTIFICACIÓN TIENE VIGENCIA DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

**Verifique Validez:**

**LORENA BONILLA**
**GERENTE**
**CC1.018.464.584**

CERTIMED-YA
CERTIFICACIONES MÉDICAS

FREYNER LEÓN
**FREYNER LEÓN**
**PROFESIONAL EN SALUD**
**CC 1.069.736.330**

CamScanner

AYUNTAMIENTO
ALCALDÍA
SUB ASESORÍA

# EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
# REGION DE SALUD SOACHA

## CERTIFICA QUE:

*Zoraida Hernández Chávez*

Realizó el curso de:

INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

**ROSANA ALEXANDRA SANTOS ANGEL**
CAPACITADOR

**DR, JORGE ENRIQUE PEDRAZA**
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO

Fecha de Emisión: julio 10, 2026

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGIÓN DE SALUD
SOACHA

Educación

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

# INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

*NIT. 901544869-6*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

## *Hace Constar que:*

# *Zoraida Hernández Chavez*

## *CC 52132256 de Bogotá D.C*

Realizó y aprobó el Curso Diagnóstico y Manejo Clínico de la Fiebre Amarilla con un total de 48 Horas.

**Verificación:**

Fecha de emisión: 2026-07-07
Fecha de vencimiento: 2028-07-07

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.com.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

FUNSE
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

**INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO**

*NIT. 901544869-6*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

# *Hace Constar que:*

# *Zoraida Hernández Chavez*

## *CC 52132256 de Bogotá D.C*

Realizó y aprobó el Curso Diagnóstico y Manejo Clínico del Dengue con un total de 60 Horas.

**Verificación:**

Fecha de emisión: 2026-07-09
Fecha de vencimiento: 2028-07-09

FUNDACIONNUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.com.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

TIC

# MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

## CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 52132256 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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.

Se expide en Bogotá el 06/07/2026 01:33 PM

Código Verificación: **8T47BCDSRJ**

Válida hasta: **06/10/2026**

---

**Dirección de Gobierno Digital**

**MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC**

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

# PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

## PROFESIONALES DE LA SALUD

| CIUDAD DE EXPEDICIÓN | SUCURSAL | TIPO DE MOVIMIENTO | POLIZA No. | ANEXO No. |
|---|---|---|---|---|
| BOGOTA, D.C. | CALLE 100 | EMISION ORIGINAL | 33-03-101040192 | 0 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| TOMADOR | ZORAIDA HERNANDEZ CHAVEZ | | | CC | 52.132.256 |
| DIRECCION | KR 46 A NRO. 68 - 09 SUR | CIUDAD | BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPIT | TELEFONO | 7171977 |
| ASEGURADO | ZORAIDA HERNANDEZ CHAVEZ | | | CC | 52.132.256 |
| DIRECCION | KR 46 A NRO. 68 - 09 SUR | CIUDAD | BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL | TELEFONO | 7171977 |
| BENEFICIARIO | TERCEROS AFECTADOS | | | NIT | 0-0 |

| FECHA DE EXPEDICION (d-m-a) | VIGENCIA SEGURO | | VIGENCIA ANEXO | |
|---|---|---|---|---|
| | DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) | HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) | DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) | HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) |
| 10 / 07 / 2026 | 07 / 07 / 2026 | 07 / 07 / 2027 | 07 / 07 / 2026 | 07 / 07 / 2027 |

| INTERMEDIARIO | CLAVE | % PARTICIPACION |
|---|---|---|
| BRENDA BEATRIZ DELIMA BOLIVAR | 240854 | 100.00 |

| COASEGURO CEDIDO | |
|---|---|
| COMPAÑIA | % PARTICIPACION |

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: ENFERMERA JEFE / PROFESIONAL

| DESCRIPCION | AMPAROS | SUMA ASEGURADA | % INVAR | SUBLIMITE |
|---|---|---|---|---|
| PERJUICIO PATRIMONIAL | | $ 100,000,000.00 | | |
| | ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD | $ 100,000,000.00 | | |
| | GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD | | | $ 30,000,000.00 |

DEDUCIBLES: ° 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Minimo: 1.00 SMMLV en ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD ° 10.00 % DE LOS GASTOS INCURRIDOS en GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD

LÍMITES POR EVENTO: GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD - $ 10,000,000.0

OBJETO DE LA POLIZA:

SEGUROS DELIMA
mortimerdelima@hotmail.com
Cr. 8 # 12-55 Soacha Parque
320 275 1933 - 311 5008478

| | | | |
|---|---|---|---|
| TOTAL SUMA ASEGURADA: | $ *******100,000,000.00 | PRIMA: | $ **********107,475.00 |
| PLAN DE PAGO: CONTADO | | IVA: | $ **********20,420.00 |
| | | TOTAL A PAGAR: | $ **********127,895.00 |

**TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1066 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGURESTADO,DENTRO DE LOS 45 DIAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.**

**TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.**

**PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CARRERA 45A NO. 102 A - 34, TELÉFONO 6108441 - BOGOTA, D.C.**

**HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 29.07.2022.1329.P.06.0000000E.RC.001A. D00I, ADJUNTA.**

**USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM**

(415)7709998021167(8020)1100662114980 3(3900)000000127895(96)20260821

**REFERENCIA PAGO:**

**1100662114980-3**

33-03-101040192

FIRMA AUTORIZADA

CLIENTE

TOMADOR

GLORIAABELLO

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

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

Fecha:05/07/2026

| CONTRIBUYENTE | C.C. 52132256 | ZORAIDA HERNANDEZ CHAVEZ |
|---|---|---|

## INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: KR 46A 68 09 SUR Teléfonos: 7171977

Dirección electrónica: zoraidahenanderchavez@hot Ciudad: BOGOTÁ DC Municipio: BOGOTÁ, D.C.

Fecha de Inscripción: 28/02/2018 Soporte Inscripción: -

## PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: PREFERENCIAL ICA Fecha desde: 14/05/2003

Matrícula Mercantil:NO Fecha inicio de Actividades: 14/05/2003 Fecha de cese de Actividades: NO No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 86921 - Actividades de apoyo terapéutico (excepto actividades de promoción y prevención que realicen las entidades e instituciones promotoras y prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública o privada, con recursos que provengan del Sistema General de Seguridad Social en

Actividad 2:

Actividad 3:

Actividad 4:

Actividad 5:

## ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

## REPRESENTANTES ACTIVOS

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

Kr 30 25 90 Dirección Distrital de Impuestos Bogota D.C. Colombia

Fuente: RIT-SHD