

		EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO			
		"HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES"			
TIPO DE DOCUMENTO:		NOMBRE	ÁREA O PROCESO QUE LO GENERA:		
FORMATO		LISTA DE CHEQUEO HOJA DE VIDA Y VINCULACION - PERSONAL ADMINISTRATIVO	GESTION DE TALENTO HUMANO		
CÓDIGO		VERSIÓN	FECHA ELABORACION		
A-TH-F-002		2	02/01/2025		
DATOS DEL CONTRATISTA					
NOMBRE COMPLETO:		MARTINEZ MARCELO MARTINEZ TORRES D.J.			
CARPETA	NO.	DOCUMENTO	PERFIL O ÁREA	RESPONSABLE	VERIFICACION
			Facturador		SI N/A
CONTRATACION	1	CERTIFICADO DE INEXISTENCIA DE PERSONAL		HOSPITAL	
	2	CDP		HOSPITAL	
	3	ESTUDIOS PREVIOS		HOSPITAL	
	4	INVITACION POSIBLE CONTRATISTA		HOSPITAL	
	5	PROPUESTA DE OFERTA DE SERVICIOS		CONTRATISTA	
	6	FORMATO DE ENTREVISTA DEL SUPERVISOR		HOSPITAL	
	7	CERIFICADO DE APROBACION DE LA PROPUESTA		HOSPITAL	
HOJA DE VIDA	1	CONSENTIMIENTO INFORMADO HOJA DE VIDA		HOSPITAL	
	2	FORMATO UNICO HOJA DE VIDA - FUNCION PUBLICA		CONTRATISTA	
	3	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		CONTRATISTA	
	4	FORMULARIO DE BIENES Y RENTAS APLICATIVO POR LA INTEGRIDAD - CONFLICTO DE INTERES		CONTRATISTA	
	5	FORMULARIO SARLAFT		HOSPITAL Y CONTRATISTA	
	6	CERTIFICADO DE CAMARA DE COMERCIO (No mayor a un mes - persona juridica y natural con establecimiento)		CONTRATISTA	
	7	RUT (Actualizado)		CONTRATISTA	
	8	CERTIFICADO EXPERIENCIA (dos ultimos)		CONTRATISTA	
FORMACION ACADEMICA	1	TARJETA PROFESIONAL		CONTRATISTA	
	2	DIPLOMA POSGRADO, MAESTRIA, DOCTORADO		CONTRATISTA	
	3	ACTA DE GRADO POSGRADO, MAESTRIA, DOCTORADO		CONTRATISTA	
	4	DIPLOMA PREGRADO, TECNICO, TECNOLOGO O AUXILIAR		CONTRATISTA	
	5	ACTA DE GRADO PREGRADO, TECNICO, TECNOLOGO O AUXILIAR		CONTRATISTA	
	6	DIPLOMA DE BACHILLER		CONTRATISTA	
	7	ACTA DE GRADO DE BACHILLER		CONTRATISTA	
	8	FORMATO AUTORIZACION DE VERIFICACION DE TITULOS		HOSPITAL	
	9	VALIDACION DE TITULOS (Respuesta de la Institucion)		HOSPITAL	
	10	CONVALIDACION DE TITULOS EN EL EXTERIOR		HOSPITAL	
OTROS TITULOS (Res. 3100)	1	CURSOS, DIPLOMADOS, (Otros estudios anexos a su formación academica)		CONTRATISTA	
ANTECEDENTES (Actuales)	1	CER. ANTECEDENTES PROCURADURIA		CONTRATISTA	
	2	CER. ANTECEDENTES CONTRALORIA		CONTRATISTA	
	3	CER. MEDIDAS CORRECTIVAS (Policia)		CONTRATISTA	
	4	CER. ANTECEDENTES JUDICIALES (Policia)		CONTRATISTA	
	5	CER. ANTECEDENTES DELITOS DE VIOLENCIA SEXUAL		CONTRATISTA	
	6	CER. ANTECEDENTES REDAM (Registro de Deudores Alimentarios Morosos)		CONTRATISTAS	
	7	COPNIA (Ingenieros)		CONTRATISTAS	
VACUNAS, POLIZAS, AFILIACIONES, ENTRE OTROS	1	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO		CONTRATISTAS	
	2	EXAMEN MEDICO PERIODICO (Tercerizados cada 6 meses / personal OPS cada 2 años)		CONTRATISTA O EMPLEADOR	
	3	CARNE DE VACUNA SARS-COV-2		CONTRATISTA	
	4	CARNET DE VACUNACION (Hepatitis b, Toxoide tetanico, Influenza)		CONTRATISTA	
	5	CERTIFICADO AFILIACION A SALUD		CONTRATISTA	
	6	CERTIFICADO AFILIACION A PENSION		CONTRATISTA	
	7	CERTIFICADO AFILIACION ARL		HOSPITAL	
	8	CERTIFICADO BANCARIO (No mayor a 30 días)		CONTRATISTA	
	9	VERIFICACION INDUCCION - REINDUCCION		HOSPITAL	
CONTRATACION	1	CERTIFICADO DE IDONEIDAD - GERENTE		CONTRATISTA	
	2	MINUTA DE CONTRATO		HOSPITAL	
	3	REGISTRO PRESUPUESTAL		HOSPITAL	
	4	POLIZAS (Si aplica)		HOSPITAL	
	5	ACEPTACION DE LAS POLIZAS (si aplica)		HOSPITAL	
	6	ACTA DE INICIO		HOSPITAL	
	7	SOPORTE PAGOS		CONTRATISTA Y HOSPITAL	
	8	ACTA DE LIQUIDACION		HOSPITAL	
VERIFICACIÓN Y REGISTRO DE LA INFORMACIÓN					
Vb. Recibido Talento Humano:		1ras Correcciones en documentos:			
2das Correcciones en documentos:		3ras Correcciones en documentos:			
Vb. Afiliación ARL:		Vb. Recibido Contratación:			

Don't do it

Don't do it

Funza (Cundinamarca), Julio de 2026

Dra.

JULIA ISABEL MUELLE PLAZAS

Gerente

E.S.E. Hospital Nuestra Señora de las Mercedes

Funza Cundinamarca

Ref: Presentación propuesta de servicios de Apoyo a la gestión de la E.S.E.

Yo **JOHANNA MARCELA CHAVARRIA FORERO** con la cedula de ciudadanía No. **52.325.779** expedida en Bogotá, me permito presentar propuesta para prestar mis servicios, cuyos datos describo a continuación, manifestando que acepto las condiciones pactadas en el contrato a suscribir entre las dos partes como Contratista Independiente; así mismo manifiesto que las actividades a realizar las puedo ejecutar en el tiempo acordado con el Hospital.

OBJETO: Prestación de Servicios de Apoyo a la Gestión FACTURACION con destino a la E.S.E. Hospital Nuestra Señora de las Mercedes de Funza.

ACTIVIDADES A REALIZAR: DETALLAR LAS ACTIVIDADES ESPECIFICAS QUE VA A REALIZAR

- 1) Elaboración del censo diario del 100% de los servicios cotejando el censo arrojado por el sistema frente a la ubicación real del paciente, verificando pertinencia en pagador, proceso de autorizaciones, salidas o remisiones programadas verificando el cierre de historia clínica de los pacientes egresados.
- 2) Socializar los hallazgos detectados inmediatamente al área correspondiente, sea asistencial (enfermería, personal médico, subgerencia asistencial, etc.) con apoyo de la coordinación de facturación y en términos de cordialidad y respeto.
- 3) Verificar el correo registro en la bitácora de autorizaciones, colaborando con el proceso de autorizaciones al tiempo que registre las mismas en la bitácora establecida diariamente, cotejando contra la admisión que se encuentren registradas al 100% de autorizaciones acorde con el tiempo de estancia del paciente y el diagnostico efectuando la entrega de turno debidamente documentada
- 4) Colaborar como apoyo al facturador de urgencias, acorde con las necesidades del área de urgencias a facturar y generar el 100% de facturas designadas entregando las mismas debidamente soportadas según lo establecido en la resolución 3047 de 2008 a la oficina de facturación, una vez finalizado el turno o a más tardar al día siguiente del mismo arreglando de inmediato las inconsistencias que llegare a presentar, tanto en la liquidación como en los soportes administrativos y clínicos acorde con los lineamientos y directrices procedimentales.
- 5) Generación de facturas del 100% del servicio asignado acorde con las entidades pagadoras.

- 6) Solicitar la anulación de facturas acorde con los procedimientos y registros implementados por el Hospital.
- 7) Prevenir generación de glosas por evento al verificar y revisar que los soportes se encuentren completos
- 8) Solicitar al personal asistencial información relacionada con las actividades y procedimientos realizados que eviten la sub facturación de servicios.
- 9) Verificar los diferentes fallos de tutela para darle cumplimiento en la asignación de citas médicas
- 10) Asistir a las capacitaciones previstas para soporte técnico por parte de central de cuentas y/o por el Líder de facturación.
- 11) Generar y entregar a la coordinación el informe mensual de gestión que incluya avances en los procedimientos e inconsistencias presentadas en la admisión de los pacientes con el respectivo plan de mejora sugerido
- 12) Participar en la ejecución de las acciones que se establezcan en los planes de mejoramientos acordados y la implementación del sistema integrado de gestión de la empresa y planes de acreditación que correspondan.
- 13) Realizar refuerzo como Facturador ingresando al sistema de facturas pendientes
- 14)) Recaudo, custodia y entrega de copagos y cuotas moderadoras de acuerdo a lo contemplado en la norma.
- 15) Las demás que sean requeridas por el supervisor del contrato
- 16) Realizar de manera oportuna la publicación del informe de actividades con soportes en la plataforma secop 2

VALOR MENSUAL: El valor de la propuesta por la prestación de los servicios mensual determinado por la institución, (\$2.292.700)

TERMINO INICIAL DE EJECUCION: A determinación de la ESE.

SEGURIDAD SOCIAL: Me comprometo de acuerdo a la normatividad vigente a la obligación legal de todo Contratista Independiente, a realizar las afiliaciones al Sistema General de Seguridad Social en Pensión, Salud y Riesgo Laboral, a realizar los aportes por mi cuenta y acreditar tales afiliaciones y pagos ante la entidad contratante (E.S.E.), así como acreditar mi registro en el RUT como contratista independiente en la actividad para la cual voy a ser contratado (a).

En cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 18 de la Ley 1122 de 2007, los aportes como contratista independiente serán del 40% de los ingresos mensuales recibidos por el contratista, que en ningún caso podrá ser inferior a un salario mínimo legal vigente, ni superior a 25 salarios mínimos legales vigentes.

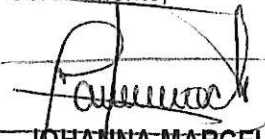
INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD: Declaro que no me hallo incurso (a) en ninguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidad establecidas en la Ley y que tampoco me encuentro incurso en ninguno de los eventos previstos como prohibiciones especiales para contratar.

DOCUMENTOS: Me comprometo a entregar a la E.S.E. la totalidad de los documentos solicitados para la suscripción del contrato, así como las pólizas y demás documentos a que haya lugar para la legalización y ejecución del contrato.

DIRECCION: Manifiesto que mi dirección de residencia Carrera 20 Bis # 9c – 31 Barrio Villa Diana del municipio de Funza, correo electrónico johannachavarriaforero@gmail.com, mi número de celular 3150728498.

Agradezco la oportunidad de prestar mis servicios a esa Entidad.

Cordialmente,



JOHANNA MARCELA CHAVARRIA FORERO
CC 52.325.779 de Bogotá D.C.



Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Chavama	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Florez	NOMBRES Johanna Marcela
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 52.325.779	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐ PAÍS Colombia
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 20 MES 08 AÑO 1977 PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca MUNICIPIO Bogotá		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA Cra. 20 85 N° 90-31 PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca MUNICIPIO Tunja TELÉFONO 3150728490 EMAIL johannachavama@protonmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO: Bachiller comercial	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO 2º	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	☒	MES 11 AÑO 1994	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA), TL (TECNOLÓGICA), TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), UN (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), MG (MAESTRÍA O MAGISTER), DOC (DOCTORADO O PHD),

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
TC	2	☒		Técnico contabilidad comercial y sistemas	11	1998	

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

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.			
EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Instituto de Recreación y Deporte IDRD	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Cundinamarca	MUNICIPIO Bogotá	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD servicio Ciudadania@idr.gov.co	
TELÉFONOS 6605400	FECHA DE INGRESO DÍA 24 MES 09 AÑO 2024	FECHA DE RETIRO DÍA 08 MES 03 AÑO 2025	
CARGO O CONTRATO Validades Territorial	DEPENDENCIA Subdirección técnica recreación	DIRECCIÓN Calle 63 N° 59A-06	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Corporación	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Cundinamarca	MUNICIPIO Bogotá	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD comercial@corporacion.com.co	
TELÉFONOS 4824934	FECHA DE INGRESO DÍA 01 MES 02 AÑO 2020	FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 05 AÑO 2023	
CARGO O CONTRATO Asistente administrativa	DEPENDENCIA Administrativa	DIRECCIÓN Cra. 81 D N° 25B-27	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Terminal de Transporte S.A.	PÚBLICA X	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Cundinamarca	MUNICIPIO Bogotá	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD terminalbogota@terminaldeltransporte.gov.co	
TELÉFONOS 4233600	FECHA DE INGRESO DÍA 18 MES 04 AÑO 2013	FECHA DE RETIRO DÍA 06 MES 11 AÑO 2019	
CARGO O CONTRATO Operaria	DEPENDENCIA Departamento Servicio Ciudadania	DIRECCIÓN Dpto. 23 N° 69-60	

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

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO		6
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	16	
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	1	
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	17	6

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR 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

Funza Cundinamarca - 23 Julio 2026



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Funza, Julio 2026

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **52.325.779**
CHAVARRIA FORERO

APELLIDOS
JOHANNA MARCELA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **20-AGO-1977**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.59

ESTATURA

O+

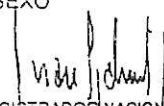
G.S. RH

F

SEXO

19-SEP-1995 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN


REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A-1506800-00873298-F-0052325779-20161223

0052803735A 4

1424164165

Tipo de declaración **INGRESO** Fecha de publicación **2026-07-26 18:00**

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
JOHANNA	MARCELA	CHAVARRÍA	FORERO

Documento de identificación

Tipo **CEDULA DE CIUDADANIA** Número **52325779**

Lugar de nacimiento

País **COLOMBIA** Departamento **CUNDINAMARCA** Municipio **BOGOTÁ**

Lugar de domicilio

País **COLOMBIA** Departamento **CUNDINAMARCA** Municipio **FUNZA**

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

E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES

Lugar de sede

País **COLOMBIA** Departamento **FUNZA** Municipio **CUNDINAMARCA**

Dirección **CALLE 11 N. 9 - 99**

Cargo o función que cumple **FACTURACION**

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019: Persona natural y jurídica, pública o privada, que presten función pública, que presten servicios públicos respecto de la información directamente relacionada con la prestación del servicio público.

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación, procedo a publicar y divulgar proactivamente mi declaración de bienes y rentas y manifiesto que los únicos bienes y rentas que poseo a la fecha, en forma personal o por interpuesta persona, son los que relaciono a continuación.

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	\$500.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	\$0
Gastos de representación	\$0
Arriendos	\$1.000.000,00
Honorarios	\$0,00
Otros ingresos y rentas	\$500.000,00
TOTAL	\$2.000.000,00

Las cuentas bancarias de las que soy titular en Colombia y en el exterior son:

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	\$0,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
0	COLOMBIA	CUNDINMARCA	FUNZA	\$0,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
0	\$0,00

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

Tengo participación en juntas, consejos o directivos:

Sí ☐ No ☒

En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas o Consejos Directivos:

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones:

Sí ☐ No ☒

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas:

Sí

☐

No

☒

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 participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente el registro de la información que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con los intereses de mi cónyuge o compañero(a) permanente, parientes y socios de hecho o de derecho.

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente:

Sí

☐

No

☒

Los intereses personales de mi cónyuge o compañero o compañera permanente son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño:

Sí

☐

No

☐

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento

Número

Descripción del potencial conflicto de interés con su cónyuge o compañero(a) permanente:

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con Intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño:

Sí

☐

No

☒

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño.

De acuerdo con la Ley 2003 de 2019, los congresistas deben registrar sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeñan.

Parentesco	Pariente	Tipo de documento de identidad	Documento de identidad	Descripción del potencial conflicto de interés

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual:

Sí ☐ No ☒

Dentro del año anterior tuve interés directo o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera), y a continuación describo cómo puede influir en las decisiones y acciones de mi cargo actual:

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior:

Sí ☐ No ☒

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior:

Sí ☐ No ☒

Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario y otras que tengo en Colombia y en el exterior son:

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones:

Sí ☐ No ☒

Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta del último año gravable son:

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés:

Sí ☐ No ☒

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:

- > Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
- > Establecimientos que posee.
- > Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
- > Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO "HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES"			
	TIPO DE DOCUMENTO	NOMBRE		ÁREA O PROCESO QUE LO GENERA
	FORMATO	FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO SARLAFT/PDAM		GESTIÓN DE CONTABILIDAD
	CÓDIGO	VERSIÓN	FECHA ELABORACION	PAGINA
	A-FIN-CON-F-001	1	09/03/2023	1 de 4

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	TIPO DE CLIENTE O CONTRAPARTE			TIPO DE SOLICITUD
	Contratista <u>X</u>	Proveedor <u> </u>	Personal Planta <u> </u>	Vinculación <u>X</u>
	Prestador IPS <u> </u>	Junta Directiva <u> </u>	Otro <u> </u>	Actualización <u> </u>

Departamento: Cundinamarca

Ciudad: Tunja

1. INFORMACIÓN GENERAL

PERSONA NATURAL

Primer Apellido: <u>Chavarria</u>	Segundo Apellido: <u>Forero</u>	Nombres: <u>Johanna Marcela</u>
Tipo De Documento <u>Cédula de ciudadanía</u>	No. De Identificación <u>52.325.779</u>	Fecha De Nacimiento <u>Ago 20 de 1977</u>
Lugar De Nacimiento <u>Bogotá</u>	Fecha De Expedición <u>19 Septiembre de 1995</u>	Lugar De Expedición <u>Bogotá</u>
Dirección: <u>Cra. 20 Bbs N° 9C-31</u>	Ciudad <u>Tunja</u>	Departamento <u>Cundinamarca</u>
Teléfono	Celular <u>3150728498</u>	Profesión/Ocupación <u>Técnico contabilidad comercial</u>

RESPONDA SI O NO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

¿Administra recursos públicos? No ¿Tiene reconocimiento público? No ¿Tiene grado de poder público? No
 ¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP? No

PERSONA JURÍDICA

Razón social:	Nit:	Correo electrónico
Tipo de contribuyente: <u> </u> Régimen simplificado <u> </u> Régimen común <u> </u> Grandes contribuyentes <u> </u> Otra <u> </u> ¿Cual? <u> </u>		
Tipo de Empresa: Privada <u> </u> Publica <u> </u> Mixta <u> </u> Sin ánimo de lucro <u> </u>		

Esta información es confidencial y será utilizada para dar cumplimiento a las Circulares externas 09 del 21 de Abril de 2016 y 05 de 17 de Septiembre de 2021, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud

"Tu Salud, Nuestro Compromiso"

Documento controlado. Una vez impreso o descargado este documento se considera copia.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO		
	"HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES"		
	TIPO DE DOCUMENTO	NOMBRE	
	FORMATO	FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO SARLAFT/PDAM	
	CÓDIGO	VERSIÓN	FECHA ELABORACION
A-FIN-CON-F-001	1	09/03/2023	ÁREA O PROCESO QUE LO GENERA GESTIÓN DE CONTABILIDAD PAGINA 2 de 4

ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL						
Salud ____	Farmacéutico ____	Industrial ____	Servicios <u>X</u>	Comercial ____	Otro ____	¿Cuál?

Descripción de la actividad económica: <u>Prestación de servicios como auditor de facturación</u>		
Dirección Oficina Principal <u>Ca. 20 Bs N° 9C-31</u>	Teléfono Oficina Principal <u>N/A</u>	Celular oficina principal <u>3150728498</u>
Departamento oficina principal <u>Cundinamarca</u>	Correo oficina principal <u>johannchavarria@pmf.com</u>	Ciudad oficina principal <u>Tunja</u>
Dirección sucursal o agencia <u>N/A</u>	Teléfono Sucursal O Agencia	Celular sucursal o agencia
Departamento Sucursal O Agencia	Correo Sucursal O Agencia	Ciudad Sucursal O Agencia

REPRESENTANTE LEGAL		
Primer Apellido: <u>Chavarria</u>	Segundo Apellido: <u>Forero</u>	Nombres: <u>Johanna Marcela</u>
Tipo De Documento <u>Cédula de ciudadanía</u>	No. De Identificación <u>52.325.719</u>	Fecha De Nacimiento <u>Ago 20 de 1977</u>
Lugar De Nacimiento <u>Bogotá</u>	Fecha De Expedición <u>19 Septiembre de 1995</u>	Lugar De Expedición <u>Bogotá</u>
Dirección: <u>Ca. 20 Bs N° 9C-31</u>	Ciudad <u>Tunja</u>	Departamento <u>Cundinamarca</u>
Teléfono	Celular <u>3150728498</u>	Profesión/Ocupación <u>Técnico contabilidad comercial</u>

RESPONDA SI O NO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS		
¿Administra recursos públicos? <u>No</u> ¿Tienen reconocimiento público? <u>No</u> ¿Tiene grado de poder público? <u>No</u> ¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP? <u>No</u>		

Esta información es confidencial y será utilizada para dar cumplimiento a las Circulares externas 09 del 21 de Abril de 2016 y 05 de 17 de Septiembre de 2021, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO "HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES"			
	TIPO DE DOCUMENTO	NOMBRE		ÁREA O PROCESO QUE LO GENERA
	FORMATO	FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO SARLAFT/PDAM		GESTIÓN DE CONTABILIDAD
	CÓDIGO	VERSIÓN	FECHA ELABORACION	PAGINA
	A-FIN-CON-F-001	1	09/03/2023	3 de 4

Relación de accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente más del 5% del capital social, aporte o participación.
(Adjuntar relación si los campos son insuficientes)

Razón Social O Nombres Y Apellidos <u>N/A</u>	Tipo De Documento	No. De Documento
Porcentaje De Participación	Dirección	Teléfono

RESPONDA SI O NO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

¿Administra recursos públicos?	<u>No</u>	¿Tienen reconocimiento público?	<u>No</u>	¿Tiene grado de poder público?	<u>No</u>
¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP?					

JUNTA DIRECTIVA (Adjuntar relación si los campos son insuficientes)

Nombres Y Apellidos <u>N/A</u>	Tipo De Documento	No. De Documento
Correo	Dirección	Teléfono

RESPONDA SI O NO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

¿Administra recursos públicos?	<u>No</u>	¿Tienen reconocimiento público?	<u>No</u>	¿Tiene grado de poder público?	<u>No</u>
¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP?					

PERSONAS PÚBLICAMENTE EXPUESTAS PEP

Nombres Y Apellidos <u>N/A</u>	Tipo De Documento	No. De Documento
Correo	Dirección	Teléfono

RESPONDA SI O NO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

¿Administra recursos públicos?	<u>No</u>	¿Tienen reconocimiento público?	<u>No</u>	¿Tiene grado de poder público?	<u>No</u>
¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP?					

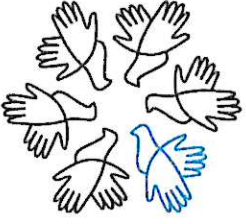
2. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Activos \$ 5.000.000	Total Pasivos \$ 0	Total Patrimonio \$ 5.000.000
Ingresos Mensuales \$ 2.000.000	Egresos Mensuales \$ 1.000.000	Otros Ingresos \$ 0
Corte De Información Financiera		

Esta información es confidencial y será utilizada para dar cumplimiento a las Circulares externas 09 del 21 de Abril de 2016 y 05 de 17 de Septiembre de 2021, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud

"Tu Salud, Nuestro Compromiso"

Documento controlado. Una vez impreso o descargado este documento se considera copia.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO "HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES"			
	TIPO DE DOCUMENTO	NOMBRE		ÁREA O PROCESO QUE LO GENERA
	FORMATO	FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO SARLAFT/PDAM		GESTIÓN DE CONTABILIDAD
	CÓDIGO	VERSIÓN	FECHA ELABORACION	PAGINA
	A-FIN-CON-F-001	1	09/03/2023	4 de 4

3. OPERACIONES INTERNACIONALES		
Realiza negocios en moneda extranjera	Tipo de transacciones	
	¿Cuál?	N/A

PRODUCTOS FINANCIEROS EN MONEDA EXTRANJERA						
Tipo De Producto	No. De Producto	Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda

4. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

DECLARO EXPRESAMENTE QUE:

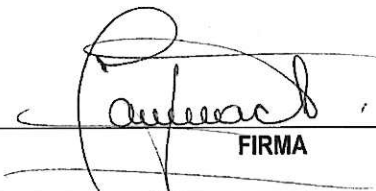
- Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes:
- Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal. Los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas contempladas en el código penal colombiano o cualquier norma que adicione o modifique.
- La información que he suministrado en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla en cada proceso contractual o anualmente
- De manera irrevocable autorizo a la E.S.E. Hospital Nuestra Señora de las Mercedes de Funza, para solicitar, consultar, procesar, suministrar y reportar o divulgar a cualquier entidad con la que mantenga una relación comercial vigente, o que se encuentre debidamente autorizada para manejar o administrar bases de datos, incluidas las entidades gubernamentales, la información contenida en este formulario
- Los recursos que se deriven del desarrollo de relaciones de este contrato, no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas ni a la proliferación de armas de destrucción masiva.
- Eximimos a la ESE Hospital Nuestra Señora de las Mercedes de Funza, su representante legal y administradores, de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que se hubiere proporcionado en este documento o de la violación del mismo.

5. DOCUMENTOS REQUERIDOS

- Fotocopia de documento de identidad personal natural o persona jurídica
- Fotocopia de documento de identidad personal del representante legal
- Certificado de existencia y representación legal con vigencia no superior a dos meses para personas jurídicas

6. FIRMA Y HUELLA

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el siguiente documento:


FIRMA



Esta información es confidencial y será utilizada para dar cumplimiento a las Circulares externas 09 del 21 de Abril de 2016 y 05 de 17 de Septiembre de 2021, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud

"Tu Salud, Nuestro Compromiso"

Documento controlado. Una vez impreso o descargado este documento se considera copia.

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario		001	
2. Concepto 0 1 Inscripción		4. Número de formulario 141063800836			
5. Número de identificación Tributaria (NIT) 5 2 3 2 5 7 7 9 3		6. DV 3		12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá 3 2	
14. Buzón electrónico					
IDENTIFICACIÓN					
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida 2		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3		26. Número de identificación 5 2 3 2 5 7 7 9	
Lugar de expedición 28. País COLOMBIA 1 6 9		29. Departamento Bogotá D.C. 1 1		30. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C. 0 0 1	
31. Primer apellido CHAVARRIA		32. Segundo apellido FORERO		33. Primer nombre JOHANNA	
				34. Otros nombres MARCELA	
35. Razón social					
36. Nombre comercial					
37. Sigla					
UBICACIÓN					
38. País COLOMBIA 1 6 9		39. Departamento Cundinamarca 2 5		40. Ciudad/Municipio Funza 2 8 6	
41. Dirección principal CL 13 # 17 A - 16 CA Segundo piso					
42. Correo electrónico johannachavarriaforero@gmail.com					
43. Código postal 2 5 0 0 2 0		44. Teléfono 1 3 1 3 2 7 7 6 5 6 6		45. Teléfono 2	
CLASIFICACIÓN					
Actividad económica		Ocupación		52. Número establecimientos	
Actividad principal 46. Código 8 2 1 1 47. Fecha inicio actividad 2 0 1 3 0 4 1 8		Actividad secundaria 48. Código 8 6 9 9 49. Fecha inicio actividad 2 0 2 4 0 1 1 1		50. Código 1 2	
Responsabilidades, Calidades y Atributos					
53. Código 5 2 2 4 9					
05- Impto. renta y compl. régimen ordinario					
22- Obligado a cumplir deberes formales a					
49 - No responsable de IVA					
Usuarios aduaneros					
Exportadores					
54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20					
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 X NO		60. No. de Folios: 3		61. Fecha 2024-07-18 / 04:02:44PM	
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.			Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.		
Firma del solicitante:			Firma autorizada:		
			984. Nombre CHAVARRIA FORERO JOHANNA MARCELA		
			985. Cargo Contribuyente		

Para los fines necesarios nos permitimos

CERTIFICAR

Que la señora **JOHANNA MARCELA CHAVARRIA FORERO**, identificada con cédula de ciudadanía No **52.325.779** de **Bogotá**, laboró en nuestra compañía desde el 01 de febrero de 2020 hasta el día 30 de mayo de 2023, en calidad de **ASISTENTE ADMINISTRATIVA**, con contrato a término indefinido y con un salario a la terminación de contrato de \$ 1.500.000 (Un Millón Quinientos Mil pesos mcte.), tiempo en el cual demostró ser una persona honesta, responsable y cumplidora de las funciones asignadas.

Esta certificación se expide el 30 de mayo de 2023.

Atentamente,



CARLOS IVAN GOMEZ M.
Gerente
Cel. 312 4457025



**LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN HUMANA DE
LA TERMINAL DE TRANSPORTE S.A.
NIT. 860.052.155-6**

CERTIFICA:

Que la señora **JOHANNA MARCELA CHAVARRIA FORERO**, identificada con la Cédula de Ciudadanía 52.325.779, trabajó para la Terminal de Transporte S.A., mediante contrato a Término indefinido en los siguientes términos:

Fecha de Ingreso: 18 de abril de 2013.
Fecha de Retiro: 06 de noviembre de 2019.
Último Cargo Desempeñado: Operario

Durante la vigencia del contrato y de acuerdo con los soportes que reposan en su hoja de vida, desempeñó el siguiente cargo con sus respectivas funciones:

OPERARIO DE LA DIRECCION DE SERVICIO AL CIUDADANO

- A. Atender, orientar y brindar información clara, veraz y oportuna a los usuarios, en el puesto de servicio asignado, de acuerdo con los procedimientos y lineamientos establecidos en el marco del Sistema de Gestión Integrado.
- B. Llevar las estadísticas de información y atención a los usuarios, en el puesto de servicio asignado, de acuerdo con los procesos y procedimientos establecidos.
- C. Realizar los controles de carácter operativo definidos para cada puesto de servicio y la programación establecida, en el marco de los procesos, procedimientos y lineamientos dados para tal efecto.
- D. Brindar atención prioritaria a las personas que lo requieran, durante su permanencia en las instalaciones de la Terminal de Transporte.
- E. Ejecutar las acciones establecidas en los diferentes planes de emergencias y contingencias, así las disposiciones en materia de seguridad industrial con el fin de propender por generar condiciones óptimas de seguridad y convivencia.



- F. Informar oportunamente a los responsables de la supervisión y operación y jefe inmediato las novedades que se presenten en el desarrollo de sus funciones.
- G. Recibir y dar el trámite, de acuerdo con los procesos y procedimientos establecidos a las peticiones, quejas y/o reclamos presentados por los usuarios.
- H. Realizar el recaudo de dinero en los puestos de trabajo que así lo requieran, siguiendo los procesos y procedimientos establecidos para tal fin.
- I. Atender los requerimientos establecidos por las diferentes áreas en cuanto a los trámites y servicios prestados por la empresa.
- J. Realizar las acciones requeridas para efectuar el control del "pregoneo" y "revo-
leo" y demás eventos que incumplan las normas definidas en la terminal de trans-
porte.
- K. Controlar la venta de tiquetes por fuera de las taquillas.
- L. Dar aplicación al Manual de Convivencia de la zona de taxis y demás disposiciones
legales internas y externas que regulan la prestación de servicios en la Terminal.
- M. Realizar las demás funciones que le sean asignadas de acuerdo con la naturaleza
del cargo.

La presente certificación se expide a los seis (06) días del mes de noviembre de 2019 a solicitud del interesado.

Atentamente,

HERÁCLITO LANDÍNEZ SUÁREZ
Director de Gestión Humana

Elaboró: Mónica Moreno Alarcón



Diagonal 23 No. 69 - 60 Of. 502
PBX: (+57) 423-3600/30
www.terminaldeltransporte.gov.co
Info: Línea 195
Cód. Postal: 110931



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

INSTITUTO
HEISENBERG

República de Colombia

Instituto Heisenberg

Ministerio de Educación Nacional
Educación No Formal

Con Licencia emanada de la Secretaría de Educación, según resoluciones N° 1308 del 29 de Mayo de 1.979
003086 del 20 de Junio de 1.986, 003001 del 2 de Septiembre 1.987. Inscripción N° 2819.
Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá D.C. Colombia

Confiere el Certificado de

Técnico

A

CHAVARRIA FORERO JOHANNA MARCELA

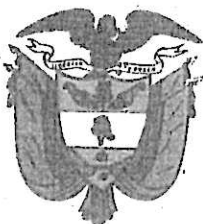
Identificado (a) con C.C. No 52.325.779 Santafé de Bogotá D.C.

Por haber cursado y aprobado satisfactoriamente los Estudios y Cumplir con los requisitos exigidos en este Instituto y en consecuencia le confiere el presente Certificado de Técnico que lo acredita en el desempeño de la Ocupación u Oficio en el Area de:

Contabilidad Comercial y Computación

Con una Intesidad de 1,200 Horas.

Dado en Santafé de Bogotá D.C. a los 10 de Diciembre 1998



INSTITUTO
HEISENBERG

RECTORIA

Dr. Gerardo Silva Dulcey
Director General

Martha Lucía Lora
Secretaria Académica
General

INSTITUTO
HEISENBERG

SECRETARIA

Registrado al Folio 420 del Libro de Certificados de 1998
Registro Notaria N° 28 de Santafé de Bogotá D.C.

ASUNTO: Respuesta solicitud Verificación Académica – COLEGIO DE EDUCACION BASICA Y MEDIA ACADEMICA "HEISENBERG".

Reciba un cordial saludo:

En atención a su solicitud, una vez revisadas las bases de datos, físicas y digitales, así como el archivo físico documental de las instituciones abiertas y cerradas que existen en la Dirección Local de Educación Chapinero – DLE 02, para su conocimiento y fines pertinentes informamos lo referente al COLEGIO DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA ACADÉMICA PARA ADULTOS "HEISENBERG".

Se encontró, que está en proceso de cierre definitivo y, a la fecha, no se ha expedido la respectiva resolución que autorice la custodia y administración del archivo académico, que garantice la expedición de los certificados de estudios y/o copias de diplomas o actas de grado.

Así mismo, esta Dirección Local de Educación de Chapinero, no cuenta con el historial académico de los estudiantes; por tal motivo, muy respetuosamente se sugiere presentar su solicitud y/o elevar consulta directamente con dicha institución educativa, a través de correo electrónico: colegio_heisenberg@hotmail.com y mijaneth.pinilla@gmail.com o telefónicamente: al celular 3219290123.

Adicionalmente, se aclara que; de conformidad con lo establecido en el artículo 16 del Decreto 310 de julio 29 de 2022, "las Direcciones Locales de Educación no son competentes para expedir certificaciones de estudios o de títulos otorgados por instituciones educativas, toda vez que son estas últimas quienes de conformidad con lo establecido en el decreto 1075 de 2015 "por medio del cual se expide el decreto único reglamentario del sector educación" deben expedir toda la documentación relacionada con la prestación de sus servicios"

Decreto 1075 de 2015 Obliga a instituciones educativas hacer entrega de archivos u actas en medio físico o magnético del registro de la información. Deberán informar con 6 meses de anticipación el cierre de la institución ante la secretaría de educación. Y finalmente se realiza un acto administrativo donde se legalice la entrega de documentación física o magnética. Sin embargo cabe aclarar que no entregan diplomas, solo actas de registros académicos, notas y actas de grado donde se evidencia el registro correspondiente.

Esperamos que esta información contribuya a una solución favorable a su solicitud quedamos atentos a cualquier otra colaboración que pueda requerir.



**UNIVERSIDAD DISTRITAL
FRANCISCO JOSÉ DE CALDAS**

**INSTITUTO DE EXTENSIÓN Y EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO
Y DESARROLLO HUMANO IDEXUD**

Conforme al Contrato Interadministrativo 066 de 2014, celebrado entre la Terminal de Transporte S.A y la Universidad Distrital Francisco José de Caldas y dando cumplimiento al objeto del mismo, desarrollo e implementación del plan de capacitación y formación para empleados de la Terminal de Transporte S.A

Certifican que:

JOHANNA MARCELA CHAVARRIA FORERO

C.C.52325779

Cursó y aprobó el curso:

TRABAJO EN EQUIPO Y LIDERAZGO

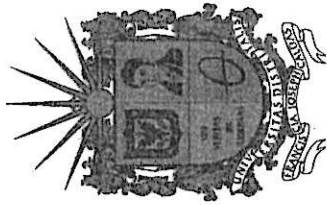
Intensidad 20 HORAS

Dado en Bogotá D.C. el 16 de Octubre de 2015

En constancia firman:


WILMAN MUÑOZ PRIETO
Director IDEXUD
Universidad Distrital "T.J.C."


JAIME ANTONIO BENITEZ FORERO
Supervisor Contrato
Interadministrativo 066 del 2014



**UNIVERSIDAD DISTRITAL
FRANCISCO JOSÉ DE CALDAS**

**INSTITUTO DE EXTENSIÓN Y EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO
Y DESARROLLO HUMANO IDEXUD**

Conforme al Contrato Interadministrativo 066 de 2014, celebrado entre la Terminal de Transporte S.A y la Universidad Distrital Francisco José de Caldas y dando cumplimiento al objeto del mismo, desarrollo e implementación del plan de capacitación y formación para empleados de la Terminal de Transporte S.A

Certifican que:

JOHANNA CHAVARRIA FORERO

C.C.52325779

Cursó y aprobó el curso:

ENTRENAMIENTO SOBRE USO Y MANTENIMIENTO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

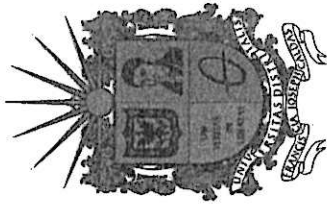
Intensidad 12 HORAS

Dado en Bogotá D.C. el 16 de Octubre de 2015

En constancia firman:


WILMAN MUÑOZ PRIETO
Director IDEXUD


JAIIME ANTONIO BENITEZ FORERO
Supervisor Contrato
Interadministrativo 066 del 2014



**UNIVERSIDAD DISTRITAL
FRANCISCO JOSÉ DE CALDAS**

**INSTITUTO DE EXTENSIÓN Y EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO
Y DESARROLLO HUMANO IDEXUD**

Conforme al Contrato Interadministrativo 066 de 2014, celebrado entre la Terminal de Transporte S.A y la Universidad Distrital Francisco José de Caldas y dando cumplimiento al objeto del mismo, desarrollo e implementación del plan de capacitación y formación para empleados de la Terminal de Transporte S.A

Certifican que:

JOHANNA MARCELA CHAVARRIA FORERO

C.C.52325779

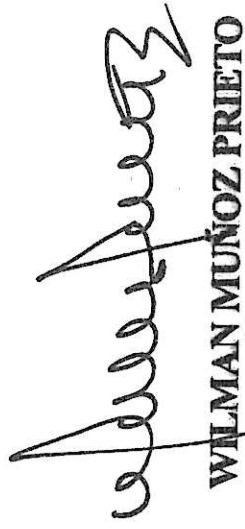
Cursó y aprobó el curso:

PROTOCOLO EMPRESARIAL Y FALLAS EN ATENCIÓN AL CLIENTE

Intensidad 20 HORAS

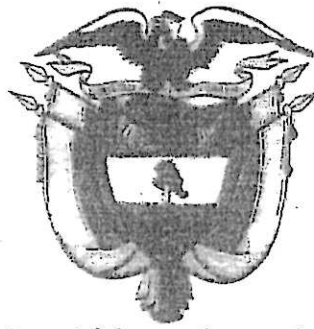
Dado en Bogotá D.C. el 16 de Octubre de 2015

En constancia firman:


WILMAN MUÑOZ PRIETO
Director IDEXUD

Universidad Distrital "F.J.C."


JAIME ANTONIO BENÍTEZ FORERO
Supervisor Contrato
Interadministrativo 066 del 2014



La República de Colombia
y en su nombre

El Gimnasio los Angeles

Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional, según
Resolución No. 5063 del 7 de Mayo de 1981

Confiere A:

Johanna Marcela Chavarria Torero

Identificado (a) con... No. 770320-09852-4 Fontación B.A., D.E.

Bachiller Comercial

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

[Firma]
Rector

[Firma]
Secretario

Dado en San José de Bogotá 27 de Noviembre de 1994

"No requiere registro" según Decreto 921 del 6 de Mayo de 1994

Fde

Acta de grado



**GIMNASIO LOS
ANGELES**

DANE. 311279-000451

CERTIFICADO No. 000119

En la ciudad de Bogotá a los veintisiete (27) días del mes de Noviembre de 1994, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes del ultimo grado, los suscritos Rectora y Secretaria en la rectoría del GIMNASIO LOS ANGELES, institución aprobada hasta Nueva Visita, en el nivel de Educación Media Vocacional y Autorizada por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el Título de Bachiller en la modalidad Académica, según Resolución N° 5069 del siete (7) de Mayo del año 1981.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar EL TÍTULO DE:

BACHILLER COMERCIAL

Al graduando cuyos apellidos, nombres y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

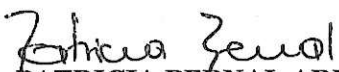
**CHAVARRIA FORERO JOHANNA MARCELA
T.I. 77082009852 Bogotá D.C**

Es fiel copia tomada del acta original general N°119 de fecha que consta de estudiantes, que comienza con el nombre de **ARDILA PEÑUELA NANCY ESPERANZA** y se cierra con el nombre de **VERGARA BOHORQUEZ MONICA PAOLA**.

Firmada y sellada por **PATRICIA BERNAL ARIAS** (Rectora) y **FRANCY LORENA GONZÁLEZ MORA** (secretaria académica)

Es fiel copia del acta que reposa en esta institución.

Se expide a solicitud del interesado a los cinco (5) días del mes de Septiembre del 2021.


PATRICIA BERNAL ARIAS
C.C. 52.561.651 Bogotá
Rectora.


FRANCY LORENA GONZALEZ MORA
C.C. 1.016.100.939 Bogotá
Secretaria Académica.

AUTENTICACION NOTARIA 55 FONTIBON



CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 299937796



PIB
16:26:49
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 23 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) JOHANNA MARCELA CHAVARRIA FORERO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52325779:

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 Política 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 Relacionamento 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.

División de Relacionamento con el Ciudadano.



www.procuraduria.gov.co



Carrera 5 No. 15 - 60 Piso 1; Pbx 5878750
ext. 13170; Bogotá D.C.



Línea gratuita 018000910315

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 miércoles 22 de julio de 2026, a las 18:25:26, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	52325779 ✓
Código de Verificación	52325779260722182526

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



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, 22/07/2026 06:28:40 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **52325779 JOHANNA MARCELA CHAVARRIA FORERO.** ✓

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. **144344305** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando <https://www.policia.gov.co>, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

 Nueva Búsqueda Imprimir

Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Cra. 59 Nº 26 - 21
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.
Línea de atención: 018000-910112





POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 04:29:25 PM horas del 23/07/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **52325779**

Apellidos y Nombres: **CHAVARRIA FORERO JOHANNA MARCELA**

/NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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



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

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 11:47:26 horas del 23/07/2024, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **52325779**, Apellidos y Nombres **CHAVARRIA FORERO JOHANNA MARCELA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **Idrd**, con NIT **860061099-1** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 "por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones" y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 "por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018", con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.



DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN
CRIMINAL E INTERPOL

© 2024

⌚ Horario: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
📍 Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
☎ Teléfonos: 515 97 00 ext. 30552 (Bogotá D.C.) | 01 8000 112 712 (resto del país)
✉ Correo: dijin-araic-atc@policia.gov.co
🌐 Web: www.policia.gov.co/dijin
@ Instagram: [dijinpolicia](https://www.instagram.com/dijinpolicia)
🐦 Twitter: [@DIJINPolicia](https://twitter.com/DIJINPolicia)



Presidencia de la República



Ministerio de Defensa Nacional



Colombia compra eficiente



GOV.CO



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 52325779 **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 23/07/2026 10:10 AM



Código Verificación: **MQLGRKU6ZF**

Válida hasta: **21/10/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS
COMUNICACIONES - MINTIC



ACCION Y GESTION AYG SALUD OCUPACIONAL SAS
NIT. 900589609-8

Certificado de Aptitud Laboral PRE INGRESO



Fecha: 24/Jul/2026, Hora: 11:40:26 a.m.

Apellido: CHAVARRIA FORERO

Tipo Doc: CC

Direccion: CRA 20 BIS # 9C- 31

Telefono: 3150728498

Estado Civil: Soltero

Estatura: 154 Cm

Cargo: AUXILIAR ADMINISTRATIVO

Nro Identidad: 52325779

Celular: 3150728498

EPS: FAMISANAR

Peso: 64 Kg

HC: # 90557

Nombre: JOHANNA MARCELA

Sexo: Femenino ♀

Correo: johannachavarriaforero@gmail.com

ARL: Sin Definir

IMC: 26.9

Ciudad: Cundinamarca - Funza

Edad: 48 años

Rh: O+

Nacim: 20/Ago/1977

AFP: PROTECCION

Empresa: Particular

CC:

Telefono:

IPS que Atendio: , Ciudad de Atención:

Direccion:

Celular:

Email: sistema@ipsintegral.com

Exámenes Realizados

☒ Examen Medico Ocupacional con énfasis osteomuscular

☒ Osteomuscular

Recomendaciones Empresa

Control Medico anual en Eps., 3- Dieta para controlar peso (baja en harinas, grasas y rica en verduras y frutas) alimentación por horarios, 1- Estilo De Vida Saludable, SVE Biomecánico, 2- Énfasis en Actividad Física regular, 1- Capacitación según Matriz de Riesgos y Peligros., 2- Dotación y uso de EPP. Seguir normas de SG/SST. Pausas activas e higiene postural como lo indique la empresa.

Recomendaciones Específicas

S.V.E.

Estilo de Vida Saludable

* SVE Biomecánico

* 3- Dieta para controlar peso (baja en harinas, grasas y rica en verduras y frutas) alimentación por horarios

* 1- Estilo De Vida Saludable

* 2- Énfasis en Actividad Física regular

Medicas

Laborales

* Control Medico anual en Eps.

* 1- Capacitación según Matriz de Riesgos y Peligros.

* 2- Dotación y uso de EPP. Seguir normas de SG/SST. Pausas activas e higiene postural como lo indique la empresa

Resumen Resultados

Examen

Osteomuscular

SIN ALTERACIONES

Resultado

Concepto

EXAMEN DE INGRESO APTO SIN RESTRICCION LABORAL

Sin patología ocupacional osteomuscular

Restricciones

Recomendaciones Personalizadas

PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES FÍSICAS, SIN ALTERACION OSTEOMIOARTICULAR APARENTE.

CAPACITACIÓN SEGÚN MATRIZ DE RIESGOS Y PELIGROS, HIGIENE POSTURAL, HIGIENE BIOMECÁNICA INTEGRAL, PAUSAS ACTIVAS LABORALES, USO DE EPP, CULTURA DEL AUTOCUIDADO.

Consentimiento Informado

Para dar cumplimiento a la resolución 1843-2025 emanada del ministerio de trabajo, el trabajador; cuyos datos firma y constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud laboral, conforme a los riesgos en su puesto de trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté a disposición del personal encargado de la vigilancia de salud de su empresa

Los hallazgos fueron consignados en historia clínica ocupacional que desarrolla los contenidos establecidos en la resolución 2346 de 2007

CALLE 15 # 16 77 FUNZA CUNDINAMARCA TEL 9223896 CEL .3202525622 EMAIL aygsaludocupacional@gmail.com

OSCAR JAIIR OSPINA ORTIZ

CC 11306568

MEDICO

Lic. de S.O #: 09/02/2021

Registro #: 6779



JOHANNA MARCELA CHAVARRIA FORERO

CC 52325779

THE HISTORY OF THE
CITY OF BOSTON



THE HISTORY OF THE
CITY OF BOSTON
FROM THE FIRST SETTLEMENT
TO THE PRESENT TIME
BY NATHANIEL BENTLEY

THE HISTORY OF THE
CITY OF BOSTON
FROM THE FIRST SETTLEMENT
TO THE PRESENT TIME
BY NATHANIEL BENTLEY

THE HISTORY OF THE
CITY OF BOSTON
FROM THE FIRST SETTLEMENT
TO THE PRESENT TIME
BY NATHANIEL BENTLEY

THE HISTORY OF THE
CITY OF BOSTON
FROM THE FIRST SETTLEMENT
TO THE PRESENT TIME
BY NATHANIEL BENTLEY

THE HISTORY OF THE
CITY OF BOSTON
FROM THE FIRST SETTLEMENT
TO THE PRESENT TIME
BY NATHANIEL BENTLEY

THE HISTORY OF THE
CITY OF BOSTON
FROM THE FIRST SETTLEMENT
TO THE PRESENT TIME
BY NATHANIEL BENTLEY

THE HISTORY OF THE
CITY OF BOSTON
FROM THE FIRST SETTLEMENT
TO THE PRESENT TIME
BY NATHANIEL BENTLEY



THE HISTORY OF THE
CITY OF BOSTON

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	15/07/21	Janssen	201721A	Ciudad de La	Ana Shirley Rincón L. Aux. de Enfermería C.C. 1090,675.259	
	2	20/01/22	Janssen	201621A	ESE H.N.S.M.F.	YESICA MARTINEZ R. CC. 1192794489 AUX. ENFERMERIA	
	3 Refuerzo	29/09/22	Moderna	066822-2A	ESE. H.N.S.M.F.	Cristian Gaitan Aux. Enfermería C.C. 1069944508	


MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co



La salud
es de todos

Minsalud

MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: **Johanna Marcela**
Apellidos: **Chavarría Forero**

Documento de identidad: C.C. ☒ T.I. ☐ Pasaporte ☐ PEP ☐ otro ☐ cuál:

No. **52.325.779**

Fecha de nacimiento: Día **20** Mes **08** Año **1977**

Este carné es válido en Colombia.
Podrá ser solicitado para entrar a zonas de riesgo.



Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados, los cuales podrá consultar en la página oficial de la Secretaría de Salud de su entidad territorial.



Salud

**Certificado de vacunación
del adulto**

Nombres: **Johanna Marcela**

Apellidos: **Chavarria Foreiro**

Documento de identidad: **CC.X CE P.A. C.D. S.C. P.E. P.P.T. D.E.**

Número de documento: **5 2 3 2 5 7 7 9**

Fecha de nacimiento: Día **20** Mes **08** Año **1977**

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única	24/07/26	0126N030	 Carolina Castellanos Aux. Enfermería CC. 1073156319
Fiebre Amarilla	Única	24/07/26	Smartbe 190	
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1	24/07/26	2334X	
	2			
	3			
	4			
Tdap acetular Una dosis por embarazo	1			
	2			
Virus Sincitial Respiratorio Una dosis por embarazo	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH	1			 Carolina Castellanos Aux. Enfermería CC. 1073156319
Dos dosis en personas inmunosuprimidas	2			
Influenza estacional	Anual	24/07/26	V5052600	
	Anual			
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Covid 19	1			
	2			
Otras				

9013010720
9013010720

No. de Radicación SAT
30826725

Fecha de Radicación
27 07 2026

1. DATOS DEL TRÁMITE

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de trámite A. Afiliación ☒ B. Reporte de Novedades ☐	2. Tipo de Afiliación A. Individual: - Cotizante o cabeza de familia ☒ - Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	3. Régimen A. Contributivo ☐ B. Subsidiado ☒	4. Contribución solidaria SI ☐ NO ☐	5. Tipo de afiliado A. Cotizante ☒ B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐	6. Tipo de cotizante A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐	7. Código (a registrar por la EPS)
---	---	---	---	--	---	------------------------------------

A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y nombres CHAVARRIA Primer Apellido	FORERO Segundo Apellido	JOHANNA Primer Nombre	MARCELA Segundo Nombre
9. Tipo de documento de identidad CC	10. Número del documento de identidad 52325779	11. Sexo biológico Femenino ☒ Masculino ☐	12. Sexo identificación Femenino ☐ Masculino ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual
13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento País Departamento Municipio	15. Fecha de nacimiento D 20 D 08 M 1977 A 1977	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad SI ☐ NO ☒	Categoría discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN SI ☐ NO ☐	20. Clasificación SISBÉN Nivel Grupo	21. Grupo de población especial
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL NINGUNA		23. Administradora de Pensiones		24. Ingreso base de cotización - IBC \$1.750.905	25. Tarifa contribución solidaria	
26. Residencia CARRERA 20 BIS 9 C-31 FUNZA		3132776566		Teléfono celular johannachavarria@gmail.com		
CUNDINAMARCA Departamento		FUNZA Municipio / Distrito		Localidad / Comuna Zona Cabeza Municipal ☐ Rural Disperso ☐ Centro Poblado ☐ Resto Rural ☐		

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante

27. Apellidos y nombres Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre				
28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☐	31. Sexo identificación Femenino ☐ Masculino ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	32. Nacionalidad
33. Lugar de nacimiento País Departamento Municipio	34. Fecha de nacimiento D D M M A A A A			

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

35. Apellidos y nombres Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre							
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							
36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico Femenino Masculino	40. Sexo identificación F M T NB Otro Cual	41. Lugar de nacimiento País Departamento Municipio	42. Fecha de nacimiento D D M M A A A A	
B1						D D M M A A A A	
B2						D D M M A A A A	
B3						D D M M A A A A	
B4						D D M M A A A A	
B5						D D M M A A A A	

Datos complementarios del beneficiario

43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN SI NO	48. Clasificación SISBÉN NIVEL GRUPO	49. Discapacidad SI NO CATEGORÍA DISCAPACIDAD	50. Incapacidad permanente SI NO
----------------	-----------	---------------	---------------------------------	------------------------------------	---	--	-------------------------------------

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)	
c CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO FUNZA		463	
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

55. Nombre o razón social CHAVARRIA FORERO JOHANNA		56. Tipo de documento de identificación CC	57. Número del documento de identificación 52325779	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
59. Ubicación REGISTRA	Dirección	NT Teléfono	Correo electrónico	FUNZA Municipio / Distrito
				CUNDINAMARCA Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad	1. Modificación de datos básicos de identificación ☐	2. Corrección de datos básicos de identificación ☐	3. Actualización del documento de identidad ☐
	4. Actualización y corrección de datos complementarios ☐	5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código	6. Reporte de pago a través de un tercero Código
	7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐	8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐	9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar ☒
	10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando ☐	11. Inscripción EPS retorno al país ☐	12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐
	13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐	14. Movilidad: A. Régimen Contributivo ☒ B. Régimen Subsidiado ☐	
	15. Traslado: A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen ☐	16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia ☐	17. Reporte del trámite de protección al cesante ☐
	18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado ☐	19. Reporte de la calidad de Pensionado ☐	20. Ingreso a Contribución Solidaria ☐
			21. Retiro de Contribución Solidaria ☐

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación							
Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☐	63. Sexo identificación Femenino ☐ Masculino ☐	64. Fecha de nacimiento D D M M A A A A			
65. EPS anterior FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO -CM		66. Fecha de novedad 27 07 2026		67. Motivo de traslado Código		68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

☒ 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.	☒ 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
☐ 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.	☒ 75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
☐ 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.	☒ 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
☐ 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.	☐ 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
☒ 73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.	☐ 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisben vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria			
Apellidos y nombres			
Primer Apellido		Segundo Apellido	
Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad	

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio
--	---

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	
Cantidad:									TOTAL ANEXOS
83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.									
84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.									
85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.									
86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.									
87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.									
88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.									
89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016.									

**CUESTIONARIO ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES
DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE EN EL
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO**

- | | SI | NO |
|--|-------------------------------------|--------------------------|
| ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente? | ☒ | ☐ |
| ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking? | ☒ | ☐ |
| ¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente? | ☒ | ☐ |
| ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS? | ☒ | ☐ |
| ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS? | ☒ | ☐ |
| ¿Autoriza a EPS FAMISANAR S.A.S. el envío de la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño al correo electrónico? | ☒ | ☐ |

Firma del Afiliado:

Nombres y Apellidos: JOHANNA MARCELA CHAVARRIA FORERO Identificación: CC 52325779

**AUTORIZACIÓN PREVIA PARA EL TRATAMIENTO
DE DATOS PERSONALES Y
DATOS PERSONALES SENSIBLES**

En mi calidad de cotizante, manifiesto de manera clara, expresa, libre, inequívoca y espontánea que le otorgo a la Entidad Promotora de Salud EPS FAMISANAR S.A.S. en su calidad de RESPONSABLE del tratamiento de mis datos personales, mi consentimiento previo para recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, reportar y en general para tratar los DATOS PERSONALES, DATOS PERSONALES SENSIBLES y demás información susceptible de tratamiento, registrada a mi nombre y/o de los beneficiarios de mi grupo familiar en sus Bases de Datos, con la finalidad de realizar las actividades propias del aseguramiento en salud y en los términos previstos en su POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN y AVISO DE PRIVACIDAD, disponibles en www.famisanar.com.co, todo lo cual conforme lo establecido en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y demás normas que la sustituyan, adicionen, reglamenten, complementen o modifiquen.

Así mismo manifiesto que mis derechos como titular de los datos son los consagrados en la Constitución Nacional y la Ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar, y, a suprimir mi información personal y revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales cuando ello fuera procedente (artículo 9° Decreto 1377 de 2013).

"Datos sensibles: se entiende por datos sensibles aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo uso indebido puede generar su discriminación, tales como aquellos que revelen el origen racial o étnico, la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, la pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales, de derechos humanos o que promueva intereses de cualquier partido político o que garanticen los derechos y garantías de partidos políticos de oposición, así como los datos relativos a la salud, a la vida sexual, y los datos biométricos." (Numeral 3° artículo 3° Decreto 1377 de 2013).

Autorizo a EPS FAMISANAR S.A.S. a contactarme por llamadas, mensajes de texto (SMS), correo electrónico, WhatsApp u otros medios de mensajería instantánea, conforme a la Ley 2300 de 2023 y la Ley 1581 de 2012. Entiendo que el tratamiento de mis datos se hará bajo dichas normas y que puedo revocar esta autorización y ejercer mis derechos como titular en cualquier momento.

AUTORIZACIÓN DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS – LEY 1805 DE 2016

De acuerdo con lo definido en el artículo 4 de la Ley 1805, manifiesto a continuación que mi voluntad de ser donante de órganos y tejidos es:

SI ☐ NO ☒

Firma del Afiliado:

Nombres y Apellidos: JOHANNA MARCELA CHAVARRIA FORERO Identificación: CC 52325779

Artículo 15. Los menores de edad podrán ser donantes de órganos y tejidos, siempre y cuando sus representantes legales expresen su consentimiento informando para la donación de órganos y/o tejidos dentro de las (8) ocho horas siguientes a la concurrencia de la muerte cerebral. El médico responsable deberá informarles sus derechos y los beneficios de la donación.

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor (a) _____ identificado (a) con el documento _____ No. _____ quien manifiesta no poder o no saber firmar, lo hace en su nombre el (la) señor (a) _____ quien es mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que está recibiendo.

Protección

Una empresa **SURA** 

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **CHAVARRIA FORERO JOHANNA MARCELA** identificado(a) con CC número **52.325.779** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de septiembre de 2000 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 23 de julio de 2026.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:

Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:

Bogotá (601) 482 33 64 – Medellín (604) 510 90 99 – Cali (602) 386 00 80 -

Barranquilla (605) 319 79 99 – Cartagena (605) 642 49 99 – WhatsApp +57 310 220 5575

o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a <https://customer0001.wolkvox.com/proteccion/index.php>

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que JOHANNA MARCELA CHAVARRIA FORERO, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 52.325.779 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

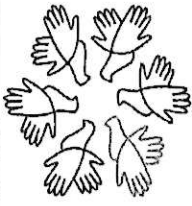
Cuenta de Ahorros Plan Cuenta Facil No. 011446325, abierta/o desde el 22/7/2026.

Se expide en Bogotá el día 23 del mes de Julio del año 2026



Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO

	E.S.E DEL ORDEN DEPARTAMENTAL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA				
	Tipo de Documento	Área o Proceso que lo Genera:		AREA O PROCESO QUE LO GENERA	
	FORMATO	CERTIFICADO DE IDONEIDAD		GESTION DEL TALENTO HUMANO	
	CODIGO	VERSION	FECHA DE ELABORACION	PAGINA	
	A – TH – F - 015	2	12/0/2025	1 DE 1	

LA PROFESIONAL DE TALENTO HUMANO DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO "HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES"

NIT. 900.750.333-1

CERTIFICA:

Que una vez verificada la Hoja de Vida del contratista **JOHANNA MARCELA CHAVARRIA FORERO** identificado (a) con cedula de ciudadanía No 52.325.779, se ha podido constatar que cumple con todos los documentos requeridos para el objeto y actividades a ejecutar.

Que la persona en mención demuestra la idoneidad y experiencia relacionada.

Para constancia de lo anterior se firma a los veintisiete (27) días del mes de Julio del Año dos mil veintiséis (2026).


MARICEL MUÑOZ CÁRDENAS
 Profesional de Talento Humano

Elaboró y Proyectó: Maricel Muñoz Cárdenas / Profesional de Talento Humano
 Revisó y Aprobó: Juan Sebastián Duarte Flores / Subgerente Administrativo y Financiero

Quienes proyectamos, revisamos aprobamos, declaramos que le presente documento lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes y por lo tanto bajo nuestra responsabilidad lo recomendamos para la firma de Gerencia de la E.S.E

Documento controlado. Una vez impreso o descargado este se considera

"Tu Salud, Nuestro Compromiso"

Sede Administrativa. Calle 11 N° 9-99, Piso 2 - Funza Cundinamarca - Correo: gerencia@hospitalfunza.gov.co