



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

ENTIDAD RECEPTORA

**1 DATOS PERSONALES**

|                                                                                                                                                 |                                                                    |                                                                                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PRIMER APELLIDO<br><b>Vargas</b>                                                                                                                | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)<br><b>Borráez</b>                   | NOMBRES<br><b>Zoraida Angelica</b>                                                                                                                                                                     |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. <b>39581064</b>   | SEXO<br>F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> | NACIONALIDAD<br>COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>                                                                                                                 |
| LIBRETA MILITAR<br>PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> NÚMERO _____ D.M. _____                              |                                                                    |                                                                                                                                                                                                        |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO<br>FECHA PAÍS DÍA <b>29</b> MES <b>08</b> AÑO <b>1982</b><br>DEPTO <b>Cundinamarca</b><br>MUNICIPIO <b>Anolaima</b> |                                                                    | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA<br><b>Calle 23 D#72B-20</b><br>PAÍS <b>Colombia</b> DEPTO <b>DC</b><br>MUNICIPIO <b>Bogotá D.C.</b><br>TELÉFONO <b>3227760292</b> EMAIL <b>Angelicaborraez@hotmail.es</b> |

**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: <b>Bachiller</b> |
|-----------------------|------------|-------|-----------------------------------|
| PRIMARIA              | SECUNDARIA | MEDIA | FECHA DE GRADO                    |
| X X X X X X X X X X X |            |       | MES <b>11</b> AÑO <b>1999</b>     |

**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  |                           |
| UN                  | 8                      |          | X  | Ingeniería Financiera                    |             |      |                           |
| TC                  | 2                      | X        |    | Asistente Administrativo                 | 06          | 2022 |                           |
|                     |                        |          |    |                                          |             |      |                           |
|                     |                        |          |    |                                          |             |      |                           |
|                     |                        |          |    |                                          |             |      |                           |

ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE HABLE, 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 150 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<br>DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> |                            | FECHA DE RETIRO<br>DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL                                                                                              | DEPENDENCIA                                                                                    | DIRECCIÓN                  |                                                                                               |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                                                           |                                                                                                |                            |                                                                                               |
| EMPRESA O ENTIDAD                                                                                                    | PÚBLICA                                                                                        | PRIVADA                    | PAÍS                                                                                          |
| Asamblea de Cundinamarca                                                                                             | X                                                                                              |                            | Colombia                                                                                      |
| DEPARTAMENTO                                                                                                         | MUNICIPIO                                                                                      | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |                                                                                               |
| D.C                                                                                                                  | Bogotá                                                                                         |                            |                                                                                               |
| TELÉFONOS                                                                                                            | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 29 MES 01 AÑO 2020                                                     |                            | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 30 MES 10 AÑO 2022                                                     |
| CARGO O CONTRATO                                                                                                     | DEPENDENCIA                                                                                    | DIRECCIÓN                  |                                                                                               |
| Prestación de servicios                                                                                              | Asamblea                                                                                       | Avenida el dorado #51-53   |                                                                                               |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                                                           |                                                                                                |                            |                                                                                               |
| EMPRESA O ENTIDAD                                                                                                    | PÚBLICA                                                                                        | PRIVADA                    | PAÍS                                                                                          |
| DEPARTAMENTO                                                                                                         | MUNICIPIO                                                                                      | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |                                                                                               |
| TELÉFONOS                                                                                                            | FECHA DE INGRESO<br>DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> |                            | FECHA DE RETIRO<br>DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> |
| CARGO O CONTRATO                                                                                                     | DEPENDENCIA                                                                                    | DIRECCIÓN                  |                                                                                               |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                                                           |                                                                                                |                            |                                                                                               |
| EMPRESA O ENTIDAD                                                                                                    | PÚBLICA                                                                                        | PRIVADA                    | PAÍS                                                                                          |
| DEPARTAMENTO                                                                                                         | MUNICIPIO                                                                                      | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |                                                                                               |
| TELÉFONOS                                                                                                            | FECHA DE INGRESO<br>DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> |                            | FECHA DE RETIRO<br>DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> |
| CARGO O CONTRATO                                                                                                     | DEPENDENCIA                                                                                    | DIRECCIÓN                  |                                                                                               |



# Institución Educativa Nuevo Horizonte

"Formando integralmente para brindar una Educación pertinente y de calidad"

DANE 125307000277 - TEL 0095207311  
Aprobación Oficial Decreto 286 de 22 de Diciembre de 2011  
GIRARDOT - CUNDINAMARCA



ALCALDÍA DE GIRARDOT

Certificado No. 245 DE 2021

LOS SUSCRITOS RECTOR Y SECRETARIA ACADEMICA DE LA INSTITUCION EDUCATIVA NUEVO HORIZONTE, DE GIRARDOT - CUNDINAMARCA, DE CARÁCTER OFICIAL APROBADA SEGÚN RESOLUCION No. 0255 de 2011 PARA LOS GRADOS DE NIVEL PREESCOLAR, BASICA PRIMARIA, GRADO SEXTO A NOVENO DE EDUCACION BASICA SECUNDARIA; DECIMO Y ONCE DE EDUCACION MEDIA ACADÉMICA.

## CERTIFICAN

QUE UNA VEZ REVISADOS LOS ARCHIVOS DEL COLEGIO SAN LUIS GONZAGA DE GIRARDOT CUNDINAMARCA, APROBADO OFICIALMENTE CON LAS RESOLUCIONES 18821 y 18829 DE OCTUBRE 18 DE 1983 y que fueron entregados a esta Institución Educativa mediante Resolución No. 0221 de la Secretaría de Educación de Girardot en marzo de 2019.

Se encontró que **VARGAS BORRAEZ ZORAIDA ANGELICA** Identificada con Cedula Número 39.581.064 expedida en Girardot, Cundinamarca CURSÓ y APROBÓ el Grado **UNDECIMO** de Educación Media Académica en la Jornada Nocturna en el año 1999, con las asignaturas, valoraciones e intensidad horaria, que a continuación se describe:

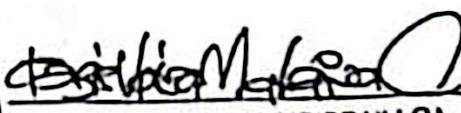
| AREAS                        | 1er | 2do | 3er | 4er | NOTA | ASPECTOS (Logros y Dificultades) |
|------------------------------|-----|-----|-----|-----|------|----------------------------------|
| LENGUA CASTELLANA            | B   | B   | B   | B   | BIEN | Alcanzo sus logros               |
| IDIOMA EXTRANJERO            | B   | B   | B   | B   | BIEN | Alcanzo sus logros               |
| MATEMATICAS                  | B   | B   | B   | B   | BIEN | Alcanzo sus logros               |
| CIENCIAS NATURALES (QUIMICA) | B   | B   | B   | B   | BIEN | Alcanzo sus logros               |
| CIENCIAS NATURALES (FISICA)  | B   | B   | B   | B   | BIEN | Alcanzo sus logros               |
| EDUCACION RELIGIOSA Y MORAL  | B   | B   | B   | B   | BIEN | Alcanzo sus logros               |
| FILOSOFIA                    | B   | B   | B   | B   | BIEN | Alcanzo sus logros               |
| SISTEMAS                     | B   | B   | B   | B   | BIEN | Alcanzo sus logros               |
| LUDICAS                      | B   | B   | B   | B   | BIEN | Alcanzo sus logros               |
| COMPORTAMIENTO GENERAL       | B   | B   | B   | B   | BIEN | Alcanzo sus logros               |

NOTA: Este certificado para su validez no necesita autenticación en notaria, según decreto No. 1024 de abril 15 de 1982

Se expide en la ciudad de Girardot, a los Veintiséis (26) días del mes de Noviembre de 2021

  
CARLOS JULIO MARTINEZ ALVARADO  
C.C No. 191.811  
Rector



  
DANIELA MARIA URIBE ULLOA  
C.C No. 1.095.921.666  
Secretaria Académica

Correo Electrónico: [secretariasademicanuevo@gmail.com](mailto:secretariasademicanuevo@gmail.com)

Celular Institucional: 3147333303

Sede Principal: Carrera 1 D No. 10-58 - B. Alto de las Rosas - Sede Antonia Santos: Calle 9 No. 2-47 - B. 10 de Mayo  
Sede Puerto Montero: Calle B Cra 4 y 5 - B. Puerto Montero - Sede Puerto Mongulí: Cra. 1 No. 14-85 - B. Puerto M.

CÓDIGO ICES 091900

NIT 830071053-5

CODIGO DANE: 325662000701

Creado de acuerdo con el Decreto 3011 del 19 de diciembre de 1997

Licencias de Funcionamiento y/o Reconocimiento Oficial:

Resolución No. 001483 del 16 de diciembre de 1999 Subsede San Juan de Rioseco (Cund.)

Resolución No. 134150 del 2 de julio de 2012 Educación No Formal

Resolución No. 0011032 del 01 de diciembre de 2015 por la cual se modifica la Resolución No. 001483 del 16 de Diciembre de 1999



Certificado SJ 2022

## LA SUSCRITA RECTORA DE LA CORPORACION CENTRO EDUCATIVO NACIONAL DE ADULTOS – CENAD

### CERTIFICA QUE:

Que la señora **ZORAIDA ANGELICA VARGAS BORRAEZ**, identificada con cedula ciudadanía No 39.581.064 de Girardot, curso y aprobó el Técnico en **ASISTENTE ADMINISTRATIVO**, que ofrece la Corporación en aras que los estudiantes tengan mayores facilidades para la oferta laboral, en el calendario A que corresponde a Junio 15 de 2022, en nuestra institución educativa **CORPORACION CENTRO EDUCATIVO NACIONAL DE ADULTOS-CENAD**, el estudiante en mención ya termino su proceso de formación académica, solo estaría pendiente para proceso de certificación en el mes de Agosto del año en curso.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 29 días del mes de Julio de 2022.

Atentamente,

  
**LISETH CAROLINA ARZUAGA**  
RECTORA

[www.cenad.edu.co](http://www.cenad.edu.co)

Sede Principal: Cra 6 No.3-48 Plaza Principal San Juan de Rioseco Tel: 8469651 - 3204140319

E-mail: [estudiaentumunicipio@gmail.com](mailto:estudiaentumunicipio@gmail.com), [cenadeduca@gmail.com](mailto:cenadeduca@gmail.com)

Sede administrativa: Cra16 No.39a-49, Bogotá D.C. B. Teusaquillo Tel: 6952179 Cel: 3204140319-3106831065

TRABAJAMOS POR UNA FORMACIÓN INTEGRAL MÁS HUMANA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA  
Y LA

**CORPORACIÓN CENAD**

Con la debida autorización de la Secretaría de Educación de Cundinamarca mediante  
Resolución No. 0011032 del 01 de diciembre de 2013, de conformidad con el Decreto 3011 de  
1997 y teniendo en cuenta que:

**CONFIERE A:**

*Zoraida Angelica Vargas Borraez*

D.I. N° 39.581.064 de Girardot.

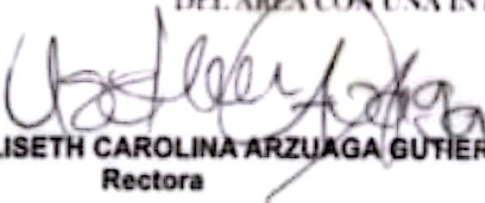
CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL

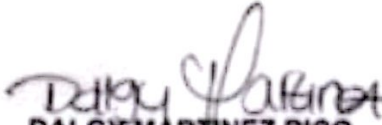
**TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS**

EN:

**Asistente Administrativo**

POR CUANTO CURSÓ Y APROBÓ SATISFACTORIAMENTE LAS ASIGNATURAS  
DEL ÁREA CON UNA INTENSIDAD DE 1.850 HORAS

  
**LIETH CAROLINA ARZUAGA GUTIERREZ**  
Rectora

  
**DALGY MARTINEZ RICO**  
Secretaria Académica

Expedido en: San Juan de Rioseco a los 13 días del mes de Agosto de 2022



# Asamblea Departamental de Cundinamarca

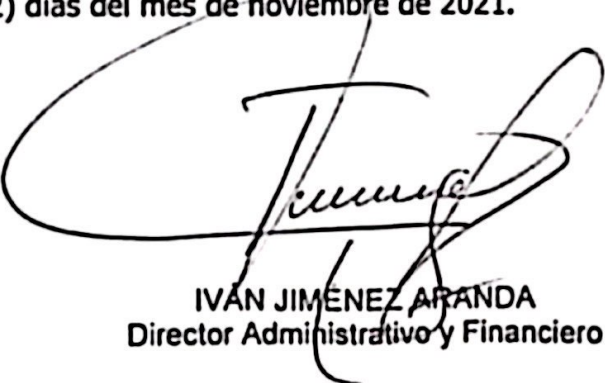
NIT 899 999 716 – 4

**EL SUSCRITO DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO DE LA ASAMBLEA  
DEPARTAMENTAL DE CUNDINAMARCA**

## **CERTIFICA**

Que, la señora, ZORAIDA ANGELICA VARGAS BORRAEZ identificada con cédula de ciudadanía No. 39.581.064 de Girardot trabaja para esta corporación bajo el contrato de prestación de servicios numero AD-055-2021, como asistente del diputado de la unidad No.11 de la Asamblea Departamental de Cundinamarca, desde el día dos (2) de febrero de 2021 al (30) de diciembre del mismo año.

La presente certificación se expide a solicitud de la interesada, dada en Bogotá D.C. a los veintidós (22) días del mes de noviembre de 2021.



**IVÁN JIMÉNEZ ARANDA**  
Director Administrativo y Financiero

Proyecto: Cuentas Vigentes - Oficina - Certificaciones  
Asesor: Iván Jiménez Aranda - Director Administrativo y Financiero



Asamblea de Cundinamarca

[www.asamblea-cundinamarca.gov.co](http://www.asamblea-cundinamarca.gov.co)  
[presidencia@asamblea-cundinamarca.gov.co](mailto:presidencia@asamblea-cundinamarca.gov.co)

Calle 26 N° 51-53 Bogotá – Colombia PBX: 749 10 70



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
BOGOTÁ

Secretaría de Hacienda

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

Fecha: 01/11/2021

CONTRIBUYENTE

C.C. 39581064

ZORAIDA ANGELICA VARGAS BORRAEZ

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: CL 83 95B 04      Teléfonos: -  
Dirección electrónica: angelicaborraez@hotmail.es      Ciudad: BOGOTÁ DC      Municipio: BOGOTÁ D.C.  
Fecha de inscripción: 26/02/2018      Soporte inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

Nacionalidad Jurídica: PERSONA NATURAL      Régimen tributario: NO REGISTRA      Fecha desde: NO  
Matrícula Mercantil: NO      Fecha inicio de Actividades: NO      Fecha de cese de Actividades: NO      No. Establecimientos: 0  
Actividad 1: 74901 - Otras actividades profesionales, científicas y técnicas n.e.p. como consultoría profesional (incluye actividades de peritos/as)  
Actividad 2:  
Actividad 3:  
Actividad 4:  
Actividad 5:

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

Señor Contradante: ZORAIDA ANGELICA VARGAS BORRAEZ, C.C. 39581064, con domicilio en Bogotá D.C., en la ciudad de Bogotá D.C., a los 01 de Noviembre de 2021, comparece ante mí, el/la Registrador/a de la Oficina de Registro de Información Tributaria, para declarar que:

Es titular de la información tributaria que se detalla a continuación:

Por lo tanto, se declara:





Formulario del Registro Único Tributario  
Hoja Principal

001

2 Concepto 012 Actualización

El contribuyente declara que la DIAN

4. Número de formulario

14497692237



5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

3 9 5 8 1 0 8 4

6. DV

5

12. Dirección actual

Impresos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión legítima

25. Tipo de documento

Cédula de ciudadanía

IDENTIFICACION

26. Número de identificación

1 3 3 9 5 8 1 0 8 4

27. Fecha expedición

2 0 0 1 0 1 1 7

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6

29. Departamento

Cundinamarca

30. Ciudad

2 5

31. Ciudad

3 0 7

32. Primer apellido

VARGAS

33. Segundo apellido

BORRAEZ

34. Primer nombre

ZORAIDA

35. Otros nombres

ANGELICA

36. Razón social

37. Nombre comercial

38. Tipo

UBICACION

39. País

COLOMBIA

40. Departamento

1 6

41. Ciudad

Bogotá D.C.

42. Puesto

1 1

43. Buzón electrónico

0 0 1

44. Dirección principal

CL 03 95 D 04 BL 6 AP 504

45. Correo electrónico

zoraiborraz@hotmail.com

46. Teléfono

3 2 1 2 7 4 3 0 6 6

47. Teléfono

7 4 9 1 0 6 4

CLASIFICACION

Actividad principal

Actividad secundaria

Otras actividades

Comercio

Nº número de identificación

48. Código 7 4 9 0

49. Fecha inicio actividad 2 0 1 9 0 1 2 3

50. Código 1

51. Código 2

52. Código 1

53. Código 2

54. Código 1

55. Código 2

Responsabilidades, Calidades y Atributos

56. Código 1 2

## 12- Ventas régimen simplificado

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

| Exportadores |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|--------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 21           | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 |
| 31           | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 |

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

57. Atributo SI NO X

58. No de Folios

0

59. Fecha 2 0 1 9 0 1 2 3

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia, quedará sujeta a verificación por la DIAN, cualquier inconsistencia o falsedad en los datos declarados será sancionada.

Avances 10 Octubre 2019 de noviembre de 2019

Fecha del formulario

En presencia de los funcionarios que la DIAN realice  
Firma del contribuyente

60. Nombre VARGAS BORRAEZ ZORAIDA ANGELICA

61. Cargo CONTRIBUYENTE

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **39.581.064**

**VARGAS BORRAEZ**  
APELLIDOS

**ZORAIDA ANGELICA**  
NOMBRES

*ZORAIDA V. BORRAEZ*



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **29-AGO-1982**  
**ANOLAIMA**  
(CUNDINAMARCA)  
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.65**

ESTATURA

**AB+**

G.S. RH

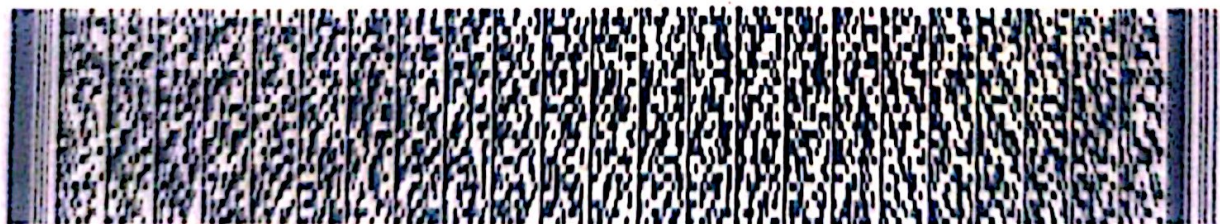
**F**

SEXO

**17-ENE-2001 GIRARDOT**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Almabeatriz Rengifo Lopez*  
REGISTRADORA NACIONAL  
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ



A-1500113-45134493-F-0039581064-20050816

0014505228N 02 168848142

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

**39.581.064**

NUMERO

**VARGAS BORRAEZ**

APELLIDOS

**ZORAIDA ANGELICA**

NOMBRES

*ZORAIDA V BORRAEZ*





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

29-AGO-1982

**ANOLAIMA**  
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.65**

ESTATURA

**AB+**

G.S. RH

**F**

SEXO

**17-ENE-2001 GIRARDOT**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL  
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ



A-1500113-45134493-F-0039581064-20050816

0014505228N 02 168848142

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

39.581.064

NÚMERO

VARGAS BORRAEZ

APELLIDOS

ZORAIDA ANGELICA

NOMBRE

701 ELISA V BORRAEZ





INOCÉ DEFENSO

FECHA DE NACIMIENTO 29-AGO-1982

ANOLAIMA  
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65

ESTATURA

AB+

G.3. RH

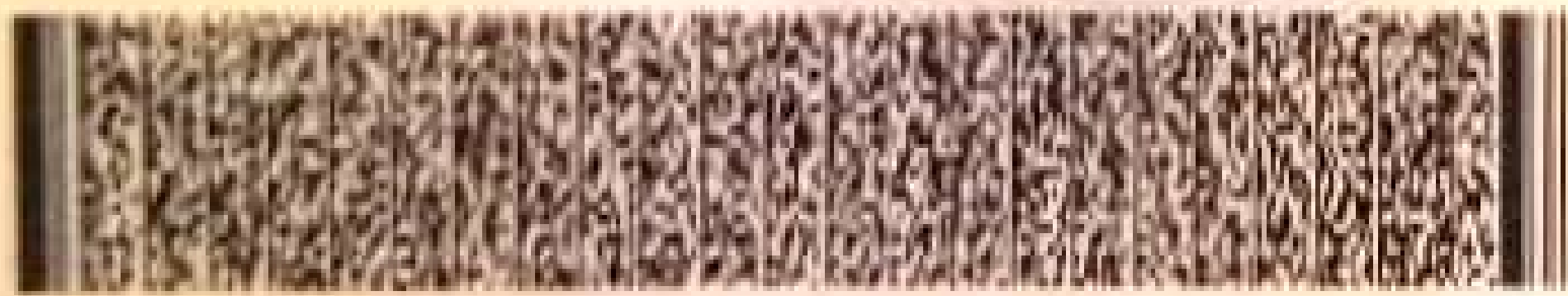
F

SEXO

17-ENE-2001 GIRARDOT

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL  
ALBAFLORE ALBA FLORES



A-1500112-45134403-F-0000581054-20050816

00145 05228N 02 100840 142

Creado de acuerdo con el Decreto 3011 del 19 de diciembre de 1997

Licencias de Funcionamiento y/o Reconocimiento Oficial:

Resolución No. 001483 del 16 de diciembre de 1999 Subsedé San Juan de Rioseco (Cund.)

Resolución No. 0011032 del 2 de julio de 2003 Educación No Formal

Resolución No. 0011032 del 01 de diciembre de 2015 por la cual se modifica la Resolución No. 001483 del 16 de Diciembre de 1999



Certificado SJ 2022

## LA SUSCRITA RECTORA DE LA CORPORACION CENTRO EDUCATIVO NACIONAL DE ADULTOS – CENAD

### CERTIFICA QUE:

Que la señora **ZORAIDA ANGELICA VARGAS BORRAEZ**, identificada con cedula ciudadanía No 39.581.064 de Girardot, curso y aprobó el Técnico en **ASISTENTE ADMINISTRATIVO**, que ofrece la Corporación en aras que los estudiantes tengan mayores facilidades para la oferta laboral, en el calendario A que corresponde a Junio 15 de 2022, en nuestra institución educativa **CORPORACION CENTRO EDUCATIVO NACIONAL DE ADULTOS-CENAD**, el estudiante en mención ya termino su proceso de formación académica, solo estaría pendiente para proceso de certificación en el mes de Agosto del año en curso.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 29 días del mes de Julio de 2022.

Atentamente,



**LIETH CAROLINA ARZUAGA**  
RECTORA



Gobernación de Cundinamarca

## Asamblea Departamental de Cundinamarca

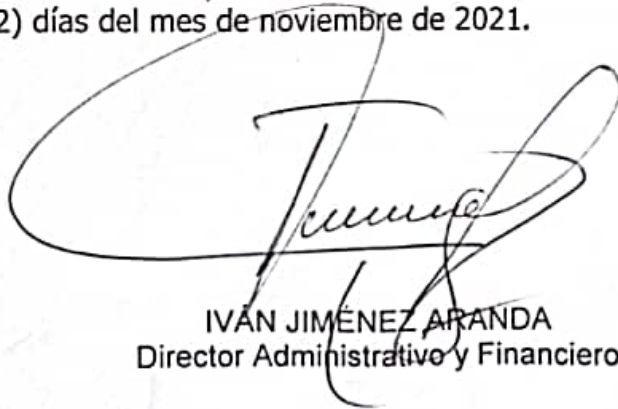
NIT 899 999 716 – 4

EL SUSCRITO DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO DE LA ASAMBLEA  
DEPARTAMENTAL DE CUNDINAMARCA

### CERTIFICA

Que, la señora, ZORAIDA ANGELICA VARGAS BORRAEZ identificada con cédula de ciudadanía No. 39.581.064 de Girardot trabaja para esta corporación bajo el contrato de prestación de servicios numero AD-055-2021, como asistente del diputado de la unidad No.11 de la Asamblea Departamental de Cundinamarca, desde el día dos (2) de febrero de 2021 al (30) de diciembre del mismo año.

La presente certificación se expide a solicitud de la interesada, dada en Bogotá D.C. a los veintidós (22) días del mes de noviembre de 2021.



IVÁN JIMÉNEZ ARANDA  
Director Administrativo y Financiero

Proyecto: Oscar Villarraga – Oficina – Certificaciones  
Aprobó: Iván Jiménez Aranda- Director Administrativo y Financiero



Asamblea de Cundinamarca

[www.asamblea-cundinamarca.gov.co](http://www.asamblea-cundinamarca.gov.co)  
[presidencia@asamblea-cundinamarca.gov.co](mailto:presidencia@asamblea-cundinamarca.gov.co)

Calle 26 N° 51-53 Bogotá – Colombia PBX: 749 10 70

Escaneado con C

## **CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS**

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado **EPS SANITAS**,

### **CERTIFICA**

Que **Zoraida Angelica Vargas Borraez** identificado(a) con **CEDULA DE CIUDADANIA** número **39581064**, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

|                                                                                   |                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN                                                   | CC 39581064                           |
| NOMBRES Y APELLIDOS                                                               | Zoraida Angelica Vargas Borraez       |
| TIPO DE AFILIADO                                                                  | Titular                               |
| PARENTESCO                                                                        | Titular                               |
| FECHA DE NACIMIENTO                                                               | 29/08/1982                            |
| ESTADO DE LA AFILIACIÓN                                                           | 0 Tiene Derecho A Cobertura Integral  |
| CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN                                                     | 10 - Cobertura Integral               |
| FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS                                                    | 12/05/2003                            |
| FECHA RETIRO LABORAL / EPS SANITAS                                                | Activo(a)                             |
| SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS                                                  | 392 semanas                           |
| SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS                                                     | Sin semanas reportadas en EPS SANITAS |
| SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO                                                   | 43 semanas                            |
| RÉGIMEN                                                                           | Contributivo                          |
| FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN                                                    | 12/04/2015                            |
| NIVEL SISBEN                                                                      | No aplica                             |
| EMPLEADOR(ES)*                                                                    |                                       |
| CEDULA DE CIUDADANIA 39581064 Trabajador Independiente Desde 01/01/2020 - Vigente |                                       |

\*Se reportan, a partir de la fecha de este certificado, los empleadores con los cuales ha estado afiliado en EPS SANITAS en los últimos 12 meses.

### **INFORMACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR**

**CERTIFICA**

|                                    |                                       |
|------------------------------------|---------------------------------------|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN    | RC 1123816587                         |
| NOMBRES Y APELLIDOS                | Luciana Lombana Vargas                |
| TIPO DE AFILIADO                   | Beneficiario                          |
| PARENTESCO                         | Hijo(A)                               |
| FECHA DE NACIMIENTO                | 18/10/2016                            |
| ESTADO DE LA AFILIACIÓN            | 0 Tiene Derecho A Cobertura Integral  |
| CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN      | 10 - Cobertura Integral               |
| FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS     | 08/11/2016                            |
| FECHA RETIRO LABORAL / EPS SANITAS | Activo(a)                             |
| SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS   | 102 semanas                           |
| SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS      | Sin semanas reportadas en EPS SANITAS |
| SEMANAS COTIZADAS EN ULTIMO AÑO    | 51 semanas                            |
| RÉGIMEN                            | Contributivo                          |
| FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN     | 08/11/2016                            |
| NIVEL SISBEN                       | No aplica                             |

|                                    |                                       |
|------------------------------------|---------------------------------------|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN    | CC 1003505211                         |
| NOMBRES Y APELLIDOS                | Juanita Vargas Borraez                |
| TIPO DE AFILIADO                   | Beneficiario                          |
| PARENTESCO                         | Hijo(A)                               |
| FECHA DE NACIMIENTO                | 18/06/2003                            |
| ESTADO DE LA AFILIACIÓN            | 0 Tiene Derecho A Cobertura Integral  |
| CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN      | 10 - Cobertura Integral               |
| FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS     | 08/08/2003                            |
| FECHA RETIRO LABORAL / EPS SANITAS | Activo(a)                             |
| SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS   | 287 semanas                           |
| SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS      | Sin semanas reportadas en EPS SANITAS |
| SEMANAS COTIZADAS EN ULTIMO AÑO    | 51 semanas                            |
| RÉGIMEN                            | Contributivo                          |
| FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN     | 12/04/2015                            |
| NIVEL SISBEN                       | No aplica                             |

**CERTIFICA**

|                                    |                                       |
|------------------------------------|---------------------------------------|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN    | TI 1033102203                         |
| NOMBRES Y APELLIDOS                | Manuela Lombana Vargas                |
| TIPO DE AFILIADO                   | Beneficiario                          |
| PARENTESCO                         | Hijo(A)                               |
| FECHA DE NACIMIENTO                | 07/12/2007                            |
| ESTADO DE LA AFILIACIÓN            | 0 Tiene Derecho A Cobertura Integral  |
| CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN      | 10 - Cobertura Integral               |
| FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS     | 10/12/2007                            |
| FECHA RETIRO LABORAL / EPS SANITAS | Activo(a)                             |
| SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS   | 287 semanas                           |
| SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS      | Sin semanas reportadas en EPS SANITAS |
| SEMANAS COTIZADAS EN ULTIMO AÑO    | 51 semanas                            |
| RÉGIMEN                            | Contributivo                          |
| FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN     | 12/04/2015                            |
| NIVEL SISBEN                       | No aplica                             |

|                                    |                                       |
|------------------------------------|---------------------------------------|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN    | CC 80777743                           |
| NOMBRES Y APELLIDOS                | Ivan Dario Lombana Avendaño           |
| TIPO DE AFILIADO                   | Beneficiario                          |
| PARENTESCO                         | Conyuge                               |
| FECHA DE NACIMIENTO                | 02/03/1983                            |
| ESTADO DE LA AFILIACIÓN            | 0 Tiene Derecho A Cobertura Integral  |
| CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN      | 10 - Cobertura Integral               |
| FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS     | 29/08/2001                            |
| FECHA RETIRO LABORAL / EPS SANITAS | Activo(a)                             |
| SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS   | 313 semanas                           |
| SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS      | Sin semanas reportadas en EPS SANITAS |
| SEMANAS COTIZADAS EN ULTIMO AÑO    | 51 semanas                            |
| RÉGIMEN                            | Contributivo                          |
| FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN     | 12/04/2015                            |
| NIVEL SISBEN                       | No aplica                             |

EMPLEADOR(ES)\*

N.I.T. 901245994 TOXCANA Desde 24/05/2019 Hasta 01/08/2021

\*Se reportan, a partir de la fecha de este certificado, los empleadores con los cuales ha estado afiliado en EPS SANITAS en los últimos 12 meses.



**1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)**

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

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

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

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

| ENTIDAD O INSTITUCION | CALIDAD DE MIEMBRO |
|-----------------------|--------------------|
|                       |                    |
|                       |                    |
|                       |                    |
|                       |                    |

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

| CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION | CALIDAD DE SOCIO |
|------------------------------------|------------------|
|                                    |                  |
|                                    |                  |
|                                    |                  |
|                                    |                  |

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

|                                 |                             |    |
|---------------------------------|-----------------------------|----|
| NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE | DOCUMENTO DE IDENTIFICACION | N° |
|                                 | C.C. C.E. T.I.              |    |

**2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA**

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

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

**3. FIRMA**

Angelica M. Boniquez.  
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

11/01/2021  
CIUDAD Y FECHA

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



Formulario del Registro Único Tributario  
Hoja Principal

Unidad de Registro, Servicio de Gestión Tributaria

001

2. Concepto: 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14497692237



4157707212489941(802010000014497692237

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

3 9 5 8 1 0 6 4

6. DV

5

12. Dirección seccional  
Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento:

Cédula de ciudadanía

25. Número de identificación:

3 9 5 8 1 0 6 4

27. Fecha expedición:

2 0 0 1 0 1 1 7

Lugar de expedición

28. País:

COLOMBIA

29. Departamento:

Cundinamarca

30. Ciudad/Municipio:

Girardot

31. Primer apellido

VARGAS

32. Segundo apellido

BORRAEZ

33. Primer nombre

ZORAIDA

34. Otros nombres

ANGELICA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:

COLOMBIA

39. Departamento:

Bogotá D.C.

40. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

41. Dirección principal

CL 83 95 D 04 BL 6 AP 504

42. Correo electrónico:

zoarivabo@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1:

3 2 1 2 7 4 3 0 6 6

45. Teléfono 2:

7 4 9 1 0 6 4

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal

46. Código:

7 4 9 0

47. Fecha inicio actividad:

2 0 1 9 0 1 2 3

Actividad secundaria

48. Código:

49. Fecha inicio actividad:

Otras actividades

50. Código:

1

2

Ocupación

51. Código:

52. Número establecimientos:

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 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 |
| 1 | 2 |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

## 12- Ventas régimen simplificado

Obligados aduaneros

64. Código:

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

Exportadores

55. Forma:

56. Tipo:

Servicio

1

2

3

57. Modo:

58. CPC:

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

59. Anexos:

SI

NO

X

60. No. de Folios:

0

61. Fecha:

2 0 1 9 0 1 2 3

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.  
Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013  
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.  
Firma autorizada:

984 Nombre VARGAS BORRAEZ ZORAIDA ANGELICA

985 Cargo CONTRIBUYENTE

REPÚBLICA DE COLOMBIA



EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA  
Y LA

## CORPORACIÓN CENAD

Con la debida autorización de la Secretaría de Educación de Cundinamarca mediante Resolución No. 0011032 del 01 de diciembre de 2015, de conformidad con el Decreto 3011 de 1997 y teniendo en cuenta que:

**CONFIERE A:**

*Zoraida Angelica Vargas Borraez*

D.I. N° 39.581.064 de Girardot.

CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL

### TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS

**EN:**

## Asistente Administrativo

POR CUANTO CURSÓ Y APROBÓ SATISFACTORIAMENTE LAS ASIGNATURAS  
DEL ÁREA CON UNA INTENSIDAD DE 1850 HORAS

*Liseth Carolina Arzuaga Gutiérrez*  
LISETH CAROLINA ARZUAGA GUTIÉRREZ  
Rectora

*Dalgy Martinez Rico*  
DALGY MARTINEZ RICO  
Secretaría Académica

Expedido en: San Juan de Rioseco a los 15 días del mes de Agosto de 2022