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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN TALENTO HUMANO
FORMATO LISTA DE CHEQUEO INGRESO PERSONAL OPS

CÓDIGO: AP-TH-FT-013
VERSIÓN: 05
FECHA: 2017-11-08

A. DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA

PROCESO SOLICITANTE:	CONTRATACION	**FECHA**	28/11/2017	**N° FOLIOS**	27
NOMBRE DEL CANDIDATO	NURY DEL CARMEN VANEGAS SUAREZ		**DOCUMENTO:**	32731605	
TELEFONO	3108736230		**ACTIVIDAD SOLICITADA:**	ENFERMERA	

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

TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS DEBEN SER PRESENTADOS EN FISICO

B. DOCUMENTOS DE LA ENTIDAD PARA SOLICITUD DEL CONTRATO

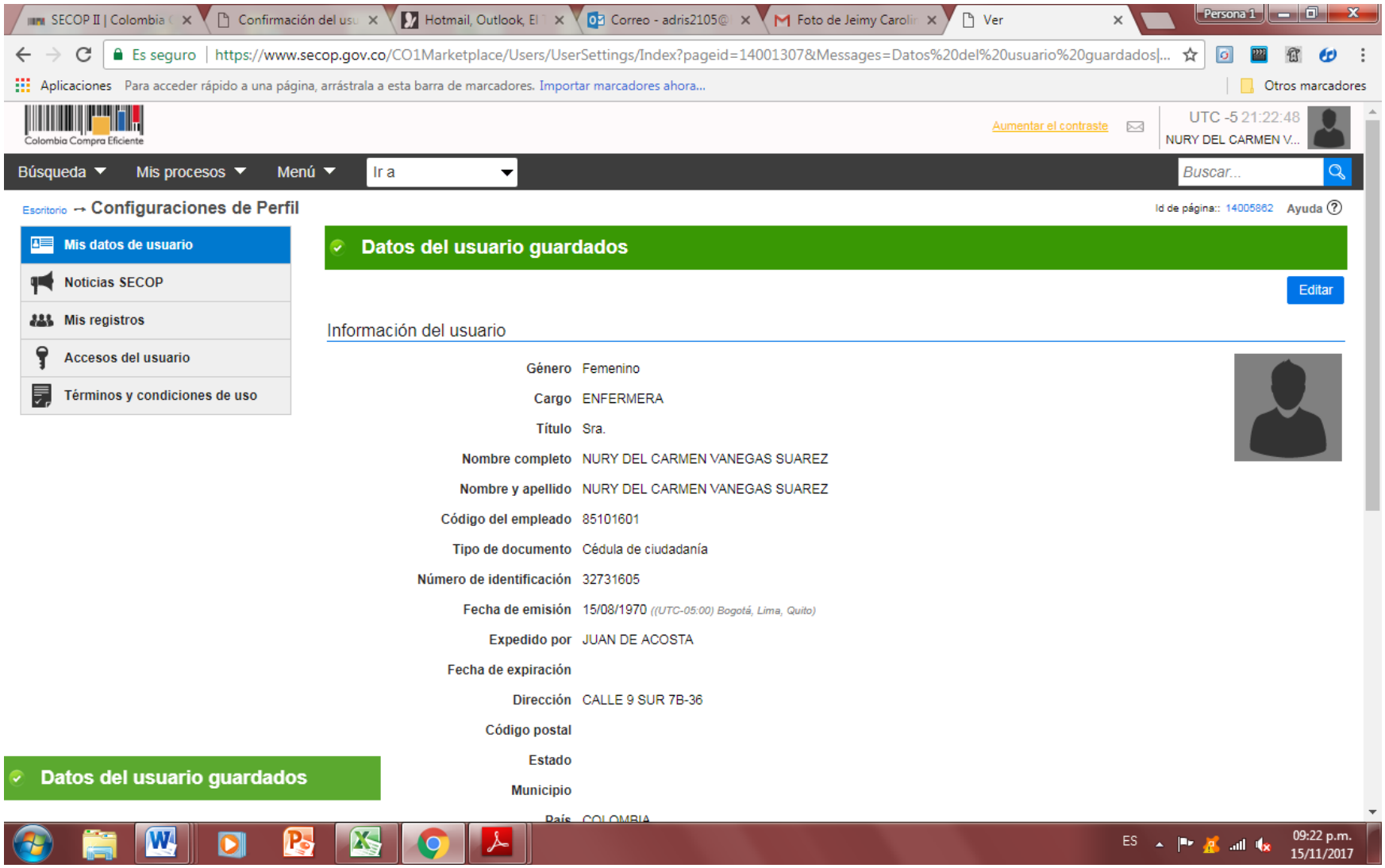
1	NECESIDAD DE PERSONAL OPS					
2	SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL					
3	CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	SI		NO		

C. DOCUMENTOS PERSONALES PARA ELABORACIÓN DEL CONTRATO

1	SOPORTE INSCRIPCIÓN SECOP II	SI	X			
2	FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)	SI	X			
3	DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)	SI	X			
4	DIPLOMAS ACADÉMICOS	SI	X	N/A		
5	ACTAS DE GRADO DE CADA TÍTULO ACADÉMICO	SI	X	N/A		
6	CERTIFICACIONES DE CURSOS FORMALES E INFORMALES	SI	X	NO		
7	SI ES TITULO DEL EXTRANJERO, RESOLUCIÓN DE CONVALIDACIÓN DE TITULO ANTE MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL / ICFES. (Res. 06950 del 15 de mayo de 2015)	SI		N/A	X	
8	FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA DE TITULOS ACADÉMICOS (Técnicos, Tecnólogos, Profesionales)	SI	X	N/A		
9	CERTIFICADOS LABORALES REGISTRADOS EN FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA	SI	X	N/A		
10	FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA AMPLIADA AL 150%	SI	X			
11	REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT: CÓDIGO CIIU 8922 FECHA 11-07/2014	SI	X			
12	REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT	SI	X			
13	LIBRETA MILITAR (Hombres)	SI		N/A	X	
14	TARJETA PROFESIONAL	SI	X	N/A		
15	RESOLUCION EXPEDIDA POR SECRETARIA DE SALUD (DISTRISTAL O DEPARTAMENTAL) - (Personal en Salud)	SI	X	N/A		
16	CERTIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN EN RETHUS (Personal de salud)	SI	X	N/A		
17	ANTECEDENTES ÉTICO PROFESIONALES DISCIPLINARIOS (Medicina, Enfermería, Odontología, Derecho, Ingenierías, Contaduría, Adminsitración)	SI	X	N/A		
18	CARNÉ DE VACUNAS DE HEPATITIS B (Personal Asistencial) - Mínimo tres dosis vigentes (0 / 1 mes/ 6 meses /1 año - 10 años de vigencia) Y/O O TITULACIÓN (reactiva)	SI	X	N/A		
19	EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO (Vigencia no mayor a 3 años - Dec. 723/2013)	SI	X			
20	CARNÉ DE RADIOPROTECCIÓN (Personal expuesto a Radiaciones Ionizantes) - Vigencia 4 años	SI		N/A	X	
21	CERTIFICADO SOPORTE VITAL BÁSICO (Enfermería, Auxiliar de Enfermeria, Auxiliar Ambulancias)	SI	X	N/A		
22	CERTIFICADO SOPORTE VITAL AVANZADO (Médicos Urgencias, atención ambulatoria SPA, salud mental y personal APH)	SI	X	N/A		
23	CERTIFICADO PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancia - Camilleros)	SI		N/A	X	
24	LICENCIA DE CONDUCCIÓN (Conductores)	SI		N/A	X	
25	ESTADO DE MULTAS (Conductores administrativos y ambulancia)	SI		N/A	X	
26	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL (SARLAF) - Completamente diligenciado	SI	X			
27	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A EPS - NOMBRE: SANITAS EPS	SI	X			
28	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A FONDO DE PENSIÓN - NOMBRE: COLPENSIONES	SI	X			
29	FORMULARIO DE AFILIACIÓN A ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES - NOMBRE: SURA ARL	SI	X			
30	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES - PROCURADURÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	X			
31	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES FISCALES - CONTRALORÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	X			
32	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PERSONERÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	X			
33	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	X			
34	CERTIFICACION BANCARIA (Debe contener nombre, N° de documento y N° de cuenta)	SI	X			

D. VERIFICACIÓN Y REGISTRO DE LA INFORMACIÓN

V°/B° Proceso Solicitante		**Fecha:**	
V°/B° Talento Humano:		**Fecha:**	
V°/B° Contratación:		**Fecha:**	


SECOP II | Colombia
Confirmación del usu
Hotmail, Outlook, El
Correo - adris2105@
Foto de Jeimy Carolir
Ver
Persona 1
Es seguro | https://www.secop.gov.co/CO1Marketplace/Users/UserSettings/Index?pageid=14001307&Messages=Datos%20del%20usuario%20guardados|...
Aplicaciones
Para acceder rápido a una página, arrástrala a esta barra de marcadores. Importar marcadores ahora...
Otros marcadores
Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
UTC -5 21:22:48
NURY DEL CARMEN V...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio → Configuraciones de Perfil
Id de página:: 14005862
Ayuda
Mis datos de usuario
Noticias SECOP
Mis registros
Accesos del usuario
Términos y condiciones de uso
Datos del usuario guardados
Editar
Información del usuario
Género Femenino
Cargo ENFERMERA
Título Sra.
Nombre completo NURY DEL CARMEN VANEGAS SUAREZ
Nombre y apellido NURY DEL CARMEN VANEGAS SUAREZ
Código del empleado 85101601
Tipo de documento Cédula de ciudadanía
Número de identificación 32731605
Fecha de emisión 15/08/1970 ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
Expedido por JUAN DE ACOSTA
Fecha de expiración
Dirección CALLE 9 SUR 7B-36
Código postal
Estado
Municipio
País COLOMBIA
Datos del usuario guardados
ES
09:22 p.m.
15/11/2017

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

SIDEAP

Última Actualización: 22-nov-2017

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
NURY DEL CARMEN	VANEGAS	SUAREZ

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 32731605

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 15 MES AGO AÑO 1970

PAÍS COLOMBIA

DEPTO Atlántico

MUNICIPIO BARRANQUILLA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 13 SUR Nº 8-35 APTO 101

PAÍS COLOMBIA DEPTO Bogotá D. C.

MUNICIPIO BOGOTA D. C.

TELEFONO 5662077

EMAIL ncvancgas@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											*TITULO* BACHILLER COMERCIAL
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES DIC AÑO 1987

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO*	*TEMINACIÓN MES*	*TEMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
UN	10	X		ENFERMERA (O)	2	1994	32731605

DOMINIO DE IDIOMAS

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

IDIOMA	*LO HABLA* R	B	MB	*LO LEE* R	B	MB	*LO ESCRIBE* R	B	MB
Ingles		X			X			X	

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

SIDEAP

Última Actualización: 22-nov-2017

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SANRAFAEL		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogotá D. C.	BOGOTA D. C.	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3282300	DIA 12 MES 3 AÑO 1996	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
ENFERMERA	HOSPITALARIA	KRA 8 No. 17 45 SU

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
PUBLICO	0	0
PRIVADO	22	8
PARTICULAR	0	0
TOTAL	22	8

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 6o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha del diligenciamiento

BOGOTA 01-12/2017



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

SIDEAP

Última Actualización: 04-dic-2017

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

SIDEAP

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, SUAREZ NURY DEL CARMEN VANEGAS
IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ C.E. ○ T.I. ○ **No.** 32731605 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**
País COLOMBIA **Departamento** Bogotá D. C. **Municipio** BOGOTA D. C.
Dirección CALLE 13 SUR Nº 8-35 APTO 101 **Teléfonos** 3108736230 5662077

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
ALFONSO ROLONG VANEGAS	98110604645	HIJO(A)
CAMILA ROLONG VANEGAS	1000968638	HIJO(A)

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

PARA TOMAR POSESION ⊗ PARA RETIRARME ○ PARA ACTUALIZACION ⊗

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ○

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 3.750.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BANCOLOMBIA	AHOROS	89566691737	BOGOTA	$ 1.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
NAYIBE OSORIO	ARIENDO APATAMENTO	$ 700.000,00
COLEGIO BIRGUEY	EDUCACION HIJO	$ 200.000,00
ANGEL ROSENDO VANEGAS	MANUTENCIÓN HIJOS	$ 700.000,00

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

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

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 ◯ N ⓧ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

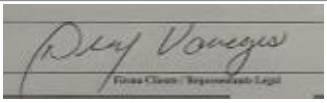
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE C.C◯ C.E◯ T.I.◯	No.
		0

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA



FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTA 28 DE NOVIEMBRE DE 2017

CIUDAD Y FECHA

EN NOMBRE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA
CON AUTORIZACION DEL MINISTERIO DE EDUCACION

LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA

DE BARRANQUILLA COLOMBIA

HABIENDO SIDO COMPLETADOS POR NUESTRO ALUMNO

NURY DEL CARMEN VANEGAS SUAREZ

C.C.No. 32 731 605 de Barranquilla

TODOS LOS ESTUDIOS Y PRACTICAS REQUERIDOS POR NUESTROS ESTATUTOS UNIVERSITARIOS LE OTORGA EL TITULO DE

ENFERMERA

EN CONSTANCIA DE ELLO SE FIRMA Y REFRENDA
CON EL SELLO MAYOR DE LA UNIVERSIDAD

VICE RECTOR

RECTOR

DIRECTOR DEL PROGRAMA

SECRETARIA DE EDUCACION DEPARTAMENTAL

25 de febrero 1994

REPUBLICA DE COLOMBIA DPTO DEL ATLANTICO
NOTARIA SEGUNDA DEL CIRCULO
NOTARIA
MARIA DEL S. DE ARTETA
BARRANQUILLA

UNIVERSIDAD METROPOLITANA

CIENCIAS DE LA SALUD

Acta de Grado : Programa ENFERMERIA Código : E-39-834-94

Otorgada a : VANEGAS SUAREZ NURY DEL CARMEN
C.C.No.32.731.605 de Barranquilla

En Barranquilla a los 25 días del mes de Febrero de 1.99 4 el Consejo Directivo, el Rector de la Universidad Metropolitana y su Vice-Rector, Décano de División, Directores de Programa de Medicina, Bacteriología, Fisioterapia, Enfermería, Psicología, Odontología, Trabajo Social, Nutrición y Dietética, Filosofía y Letras y Fonoaudiología en presencia de su cuerpo docente se reunen en el Salón de Actos de la Institución para, en uso de sus facultades estatutarias que le han sido conferidas por el Ministerio de Educación del Gobierno de Colombia, otorgar grado académico al alumno del programa de : ENFERMERIA.
Después de la toma de juramento el Señor Rector entregó el Diploma de: ENFERMERA.

Que dice así:

EN NOMBRE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA, CON AUTORTIZACION DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL, LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE BARRANQUILLA COLOMBIA HABIENDO SIDO COMPLEMENTADOS POR NUESTRO ALUMNO: VANEGAS SUAREZ NURY DEL CARMEN TODOS LOS ESTUDIOS Y PRACTICAS REQUERIDOS POR NUESTROS ESTATUTOS UNIVERSITARIOS

LE OTORGA EL TITULO DE:

ENFERMERA

EN CONSTANCIA DE ELLO SE FIRMA LA REFRENDA CON EL SELLO MAYOR DE LA UNIVERSIDAD METROPOLITANA.

Luego de felicitar a los graduados se dió por clausurado el Acto de Grado siendo las 7:00 p.m. del día 25 de Febrero de 1994.

Eduardo Acosta Bendiek
Rector

Jesús Saéz de Ibarra
Vice-Rector

Alba Ll. de Reyes
ALBA LLINAS DE REYES
Director del Programa de
ENFERMERIA

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario - 1653

FACULTAD DE EDUCACIÓN CONTINUADA
FACULTAD DE MEDICINA

Otorgan el presente

Diploma

A NURY DEL CARMEN VANEGAS SUAREZ

Por su asistencia y participación en el ***DIPLOMADO GERENCIA DEL CUIDADO EN ENFERMERÍA,*** *dirigido a funcionarios del Hospital San Rafael*, realizado del 3 de agosto al 16 de diciembre de dos mil cinco (2005), con una intensidad de ochenta (80) horas.

Para constancia se firma en la ciudad de Bogotá D.C., República de Colombia, a los dieciséis (16) días del mes de diciembre de dos mil cinco (2005).

Dra. Teresita Cardona García
Decana
Facultad de Educación Continuada

Dr. Leonardo Palacios Sánchez
Decano
Facultad de Medicina

Real Cédula del 31 de diciembre de 1651 - Resolución 58 del 16 de septiembre de 1895

HOSPITAL EL TUNAL
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

Vigilancia Epidemiológica

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

CERTIFICA QUE

VANEGAS SUAREZ NURY DEL CARMEN

I.D. : 32731605

Revisó y aprobó el tema:

TOMA DE HEMOCULTIVOS

29/May/2009

Imprimir

Para validar el certificado requiere el sello de Vigilancia Epidemiológica
Válido por un año.

HOSPITAL EL TUNAL
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

29PV05N

umento sin título

Archivar este documento

Página 1 de 1

HOSPITAL EL TUNAL
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

Vigilancia Epidemiológica

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

CERTIFICA QUE

VANEGAS SUAREZ NURY DEL CARMEN

I.D. : 32731605

Revisó y aprobó el tema:

VIRUS SINCITIAL RESPIRATORIO

29/May/2009

Para validar el certificado requiere el sello de Vigilancia Epidemiológica
Válido por un año.

Imprimir

HOSPITAL EL TUNAL
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

29PV05N

Archivar este documento

Mas allá de las palabras

Hospital Universitario Clínica San Rafael
Orden Hospitalaria de San Juan de Dios



Confiere el presente certificado a

Nury Vanegas Suarez

Quien asistió en calidad de

Asistente

A la VII Jornada de Actualización en Enfermería "Mas allá de las Palabras", realizada el 18 y 19 de septiembre de 2009 en el Hospital Universitario Clínica San Rafael. Bogotá, Colombia.

Dr. Edgar Sarmiento
Director Científico
Hospital Universitario Clínica San Rafael

Enf. Luz Marina Galindo Páez
Gestora Departamento de Enfermería
Hospital Universitario Clínica San Rafael

HOSPITAL EL TUNAL III NIVEL Empresa Social del Estado

Otorga el presente Diploma a:
Awards The Present Certify To:

NURY VANEGAS SUAREZ
C.C. 32.731.605 de Barranquilla (Atlantico)

Quien Aprobó el Curso de Capacitación en:
Who Approved The Capacitation Course in:

FUNDAMENTOS DE ISO 9000, DOCUMENTACION Y CERTIFICACION DE SISTEMAS DE CALIDAD

Fundaments of ISO 9000, Certification and Documentation of Quality Systems

Intensidad Horaria (Hour Intensity): 16 Horas (Hours)

LUIS FELIPE GIRALDO ROMERO
Capacitador

J. ALEJANDRO CARDENAS L
Jefe de Control Organizacional y de Calidad

CARLOS A. RODRIGUEZ S.
Gerente

Certificado No. TC-GC-001-793/09 de Marzo del 2.002 Cod. Formato GC07F08 s1

HOSPITAL
EL TUNAL
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

Vive
La Acreditación



Certifica a:

NURY VANEGAS

Por haber asistido como participante al
Curso "Cuidados de Enfermería en el Neonato".
Con una intensidad horaria de 42 horas.

Bogotá, 5 de Agosto de 2009

Gladys Myriam Sierra Pérez
Gerente

Leslie Ivonne Martínez de la Barrera
Coordinadora UCI Neonatos

HOSPITAL UNIVERSITARIO
CLINICA SAN RAFAEL

Hace constar que

Nury Vanegas

Participó como asistente en las IX Jornadas Pediátricas del Hospital Universitario Clínica San Rafael "Debates en cuidado intensivo...porque los niños no dan espera", los días 20 y 21 de agosto del 2009

Se expide en Santafé de Bogotá, a los 21 días del mes de agosto del 2009.

Dra Rida Bejarano Jefe Servicio Pediatría.

Dr José Manuel Nieto. Jefe de Residentes.

SOCIEDAD COLOMBIANA DE PEDIATRÍA

HOSPITAL
EL TUNAL
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

CERTIFICADO DE CAPACITACION

Certificamos que

NURY DEL CARMEN VANEGAS

ha finalizado satisfactoriamente el curso

Evaluación Historia Clínica y Consentimiento Informado

27 noviembre 2010

SISTEMA INTEGRADO DE COMUNICACION SICO HOSPITAL EL TUNAL

Historia Cl?ca y Consentimiento Informado Calificación: 90,00 %

0

L84ge6Jiad

Vive
La Acreditacion



ASOCIACION COLOMBIANA
DE NEONATOLOGIA

LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE NEONATOLOGÍA CERTIFICA QUE:

VANEGAS NURY DEL CARMEN

Asistió al

Taller de COLOCACION DE CATETERES CENTRALES, realizado dentro del marco del Primer Congreso Nacional en Enfermería y Terapia Respiratoria Neonatal. Intensidad 8 horas.

Bogotá, Junio 12 de 2.010.

INSTRUCTOR

INSTRUCTOR

HOSPITAL UNIVERSITARIO
CLÍNICA SAN RAFAEL

CERTIFICA QUE

Nury del Carmen Vanegas S.

Participó en el

X JORNADAS PEDIÁTRICAS - TÓPICOS EN PATOLOGÍA CARDIOPULMONAR

Dado en Bogotá D.C. a los 28 del mes de Octubre de 2011

Dra. Clemencia Mayorga
Gestora Departamento de Pediatría

Dr. Iván José Ardila
Jefe de Residentes Pediatría

Dr. Miguel Angel Murcia
Director Científico

Hospital Universitario
Clínica San Rafael

SCP

ORGANIZADAS
POR RESIDENTES DE PEDIATRÍA

ASOCIACION COLOMBIANA
DE NEONATOLOGIA

LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE NEONATOLOGÍA CERTIFICA QUE:

NURY DEL CARMEN VANEGAS SUAREZ

Asistió al

Segundo Simposio Nacional en Enfermería y Terapia Respiratoria Neonatal

Realizado en la ciudad de Bogotá, agosto 10 de 2012,
con una intensidad de 8 horas.
Bogotá, Colombia, Agosto 10 de 2012.

Dra. Clara E. Galvis Diaz
Presidente ASCON

Dra. Leslie Ivone Martinez de la Barrera
Presidente Regional Cundinamarca

ASOCIACION COLOMBIANA
DE NEONATOLOGIA

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE NEONATOLOGÍA

CERTIFICA QUE:

NURY DEL CARMEN VANEGAS SUAREZ

Asistió al:

DE CUIDADO AGUDO EN EL RECIEN NACIDO DE RIESGO

Intensidad de 8 horas Bogotá, 11 de Agosto de 2012

4720



XI JORNADAS PEDIÁTRICAS
HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICA SAN RAFAEL

EL HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL

CERTIFICA QUE:

NURY DEL CARMEN VANEGAS

PARTICIPÓ EN

XI JORNADAS PEDIÁTRICAS - URGENCIAS PEDIÁTRICAS
"10 TEMAS PARA NO OLVIDAR"
Realizado en la Ciudad de Bogotá, el 21 de septiembre de 2012
con una intensidad de 8 horas
Organizado por Residentes de Pediatría

Dra. Clemencia Mayorga
Gestora Departamento de
Pediatría y Neonatología

Dr. Miguel Angel Murcia
Director Científico

Aura L Rojas Chaparro

Dra Aura Lizeth Rojas
Jefe de Residentes
de Pediatría

SOCIEDAD COLOMBIANA DE PEDIATRIA
Regional Bogotá

LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SANITAS

Certifica que

NURY VANEGAS

Participó en el curso

REANIMACIÓN NEONATAL

Celebrado en la ciudad de Bogotá, el día 17 de noviembre de 2012, con una intensidad de 8 horas.

Mauricio Herrera
Director Extensión y Proyección Social
Fundación Universitaria Sanitas

Adriana Acuña
Social Hospital Based Instructor
American Academia of Pediatrics

Organiza AMAREY NOVA MEDICAL S.A.

13B057FC42393

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN

Este documento certifica que

Nury del Carmen Vanegas Suarez

realizó el curso de

Lactancia Materna - Curso 2

26 de febrero de 2015

La Secretaria Distrital de Salud de Bogotá D.C
Dirección de Provisión de Servicios de Salud
Coordinación Regional No.1
Red de Donación y Trasplantes

Certifica que:

NURY VANEGAS SUAREZ

CC: 32.731.605

Asistió al:

Seminario de Gestión Operativa de Donación de Órganos y Tejidos con fines de Trasplantes, con una intensidad horaria de seis (6) horas, realizado en el Hospital Universitario Clínica San Rafael el dia 20 de Octubre de 2016
Bogotá D. C.

CONSUELO PEÑA APONTE
Directora de Provisión de Servicios de Salud
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá

BETTY NARANJO ALCALDE
Profesional Especializada
Coordinación – Regional N°1 RDT
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá

COMPARTE EL DON DE LA VIDA

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN

Este documento certifica que

Nury del Carmen Vanegas Suarez

Asistio al Simposio

Prevención de Infecciones Asociado a la Atención en Salud 2016.

HOSPITAL La Victoria
Empresa Social del Estado



ORDEN HOSPITALARIA SAN JUAN DE DIOS
HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICA SAN RAFAEL

IX JORNADAS PEDIÁTRICAS
"Primero los niños, niñas y adolescentes"

certifican que

NURY VANEGAS

participó en la jornada de

ACTUALIZACIÓN EN INFECTOLOGÍA PEDIÁTRICA

Realizado en la Clínica San Rafael, el viernes 15 de octubre de 2010

Dra. Clemencia Mayorga
Gestora Estratégica
Pediatría y Neonatología

Dra. Janna arboleda
Jefe de Residentes de
Pediatría

Hospital Universitario
Clínica San Rafael
Orden Hospitalaria de San Juan de Dios

SCP

CERTIFICADO DE ASISTENCIA

OTORGADO A:

NURY DEL CARMEN VANEGAS SUAREZ
C.C. No. 32.731.605

Clínica San Rafael

Por participar en la capacitación "Toma de Muestras Sanguíneas".
Con duración de 1 hora
Bogotá D.C.
Julio 2016

María del Pilar Rodríguez Ariza
Especialista de Producto BD PAS

Claudia Patiño Cárdenas
Representante de Ventas BD PAS

Escuela para Auxiliares
de Enfermería San Rafael
BOGOTÁ

CERTIFICA QUE:

Nury Del Carmen Vanegas Suarez

Identificada(o) con C.C. Nº 32.731.605

PARTICIPO EN LA ACTUALIZACION DE ENFERMERIA

"CUIDADO BASICO Y CRITICO DEL PACIENTE PEDIATRICO"

INTENSIDAD 20 HORAS

OLGA JEANET CESPEDES CASTILLO
DIRECTORA ESCUELA

Abril de 2.016; Bogotá D.C.

Subred Integrada de Servicios de Salud

Centro Oriente E.S.E.

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

CERTIFICA QUE:

NURY VANEGAS SUAREZ

C.C.: 32731605

Asistió a la capacitación en:

Atención Integral en Salud de Victimas de Violencia Sexual

Con una intensidad horaria de 20 horas

Dada en Bogotá a los Treinta y ún (31) días del mes de Octubre de 2016

Martha Yolanda Ruiz Valdés
Gerente
Subred Integrada de
Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

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

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS



Hospital Universitario
Clínica San Rafael

En alianza con

El Departamento de Enfermería del
Hospital Universitario Clínica San Rafael,
certifica que:

Vanegas Suarez Nury Del Carmen

C.C 32731605

Asistió y participó en la sesión teorico-practica de expertos en terapia intravascular periferica segura

Intensidad: 4 Horas

Febrero 20 y 21 de 2017

Adriana Padilla Leal
Líder Técnico - C3SD
3M Colombia S.A

Carmenza González
Gestora Departamento de Enfermería
Hospital Universitario Clínica San Rafael

3M Ciencia. Aplicada a la vida.™

QUIRUMEDICAS LTDA

GOTHAPLAST
MEDICAL PRODUCTS & STERILIZATION

Hospital Universitario
Clínica San Rafael

En alianza con

CURSO
ACTUALIZACIÓN DE ENFERMERÍA
Cuidado de Enfermería al
Paciente Oncológico

El Hospital Universitario Clínica San Rafael
certifica que:

NURY VANEGAS

Identificado con C.C.

32.731.605

Asistió y cumplió con los requisitos académicos establecidos en el:
CURSO ACTUALIZACIÓN DE ENFERMERÍA "Cuidado de Enfermería al Paciente oncológico"
Que se realizó en Bogotá D.C. Colombia entre los días 2 al 27 de Febrero de 2017

Carmenza González
Gestor Departamento de Enfermería
HUCSR

Mónica Andrea Pedreros Mosquera
Enfermera Oncóloga
HUCSR

Hospital Universitario
Clínica San Rafael

En alianza con

El Departamento de Enfermería del
Hospital Universitario Clínica San Rafael,
certifica que:

Nury Vanegas

Sesión Teórico - Práctica de Líderes en Terapia Endovenosa Segura

Intensidad: 4 Horas
5 y 6 de Octubre de 2017

Karen Milena Sarmiento
Enfermera Accesos Intravasculares
Hospital Universitario Clínica San Rafael

Carmenza González
Gestora Departamento de Enfermería
Hospital Universitario Clínica San Rafael

3M Ciencia. Aplicada a la vida.™

GOTHA

5TO SIMPOSIO INTERNACIONAL

ENFERMERÍA NEONATAL
Y TERAPIA RESPIRATORIA

VIGILADO Supersalud

Certifica que:

NURY VANEGAS

Asistió en calidad de participante al 5to Simposio Internacional
ENFERMERÍA NEONATAL Y TERAPIA RESPIRATORIA,
los días 11 y 12 de Septiembre de 2009 en la ciudad de Medellín

Universidad Pontificia Bolivariana
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
FACULTAD DE ENFERMERÍA

León Denis Velosa
Decano Facultad de Enfermeria
Universidad Pontificia Bolivariana

Dr. Jaime Alberto Bermúdez Salazar
Director Médico
Clínica Las Vegas

Las Vegas Clínica

Bogotá D.C

Señores
UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE BARRANQUILLA

REF: autorización para consulta de títulos Académicos

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

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

ENFERMERA

Cordialmente,

Firma

No. de documento: 52731605

Tarjeta profesional No: 03475

Dirección de contacto: CALLE 13 SUR 8-35

Teléfono: 3108736230

Hospital Universitario
Clínica San Rafael

DTH-2069-17

EL DEPARTAMENTO DE TALENTO HUMANO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL

HACE CONSTAR

Que la señora **NURY DEL CARMEN VANEGAS SUAREZ**, identificada con cédula de ciudadanía Número 32731605, está vinculada a la institución desde la fecha 13 de marzo de 1996, actualmente en el cargo de **ENFERMERA (O)**, con un sueldo básico de UN MILLON SETECIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS PESOS MCTE ***** , (1,753,800.00).

Sueldo promedio Mensual: DOS MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS DOCE PESOS MCTE ***** (2,545,812.00)

La trabajadora recibe además por parte de la Clínica un auxilio extralegal no constitutivo de salario por valor de $315.100.

Tipo de Contrato: a término Fijo

Se expide el presente en Bogotá D.C., a los 17 días del mes de noviembre de 2017.

CARLOS ALBERTO TORRES ROMERO
Abogado Laboralista
NATIONAL CLINICS en Alianza con HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

32.731.605

NUMERO

VANEGAS SUAREZ

APELLIDOS

NURY DEL CARMEN

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 15-AGO-1970

JUAN DE ACOSTA
(ATLANTICO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.57 ESTATURA

AB+ G.S. RH

F SEXO

15-DIC-1988 BARRANQUILLA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500100-00001961-F-0032731805-20080328 0000050955A 1 8170006411

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA

001

3. Gestión: 1 | 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario: 14301040933

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 3273180 5 - 9

6. DV

7. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá

8. Buzón electrónico

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente: Persona natural o asimilada / Hurida | 2

25. Tipo de documento: Cédula de ciudadanía | 1 3

26. Número de identificación: 3 2 7 3 1 8 0 5

27. Fecha expedición: 1 9 8 8 1 2 1 5

Lugar de expedición: COLOMBIA

29. País: 1 5 9

30. Departamento: Atlántico | 0 8

31. Ciudad/Municipio: Barranquilla | 0 0 1

32. Primer apellido: VANEGAS

33. Segundo apellido: SUAREZ

34. Primer nombre: NURY

35. Otros nombres: DEL CARMEN

36. Razón social:

37. Nombre comercial:

38. Sigla:

UBICACIÓN

39. País: COLOMBIA | 1 5 9

40. Departamento: Bogotá D.C. | 1 1

41. Ciudad/Municipio: Bogotá D.C. | 0 0 1

42. Dirección principal: CL 13 SUR B 35 BL A AP 101 BRR CIUDAD BERNA

43. Correo electrónico: mvanegas@hotmail.com

44. Código postal

45. Teléfono 1: 3 3 7 2 1 5 2

46. Teléfono 2: 3 1 0 8 6 7 3 6 2 3 0

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
48. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2
8 6 9 2	2 0 1 3 0 6 1 5					

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05 Respo. renta y compl. régimen simple

Código aduaneros

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

Exportadores

56. Forma	58. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Nacu			
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 4 0 7 1 1

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exclusivamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.
Artículo 16 Decreto 2460 de Noviembre de 2010
Firma del declarante:

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

064. Nombre: MORENO RODRIGUEZ FLOR ALBA
065. Cargo: Gestor II

Fecha generación documento PDF: 21-11-2017 15:34:24

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

Fecha: 20-11-2015
Hora: 8:20:48 AM
Página 1 de 1

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

CONTRIBUYENTE NIT 32731805-9 NURY DEL CARMEN VANEGAS SUAREZ

Información General

Dirección CL 13 SUR 6 35 AP 101

Teléfonos 3108736230

Dirección electrónica novanegas@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 24/06/2009

Soporte Inscripción 13045420

Fecha Inicio Actividades 05/05/1997

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese a Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

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

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 15000257738

BOGOTÁ

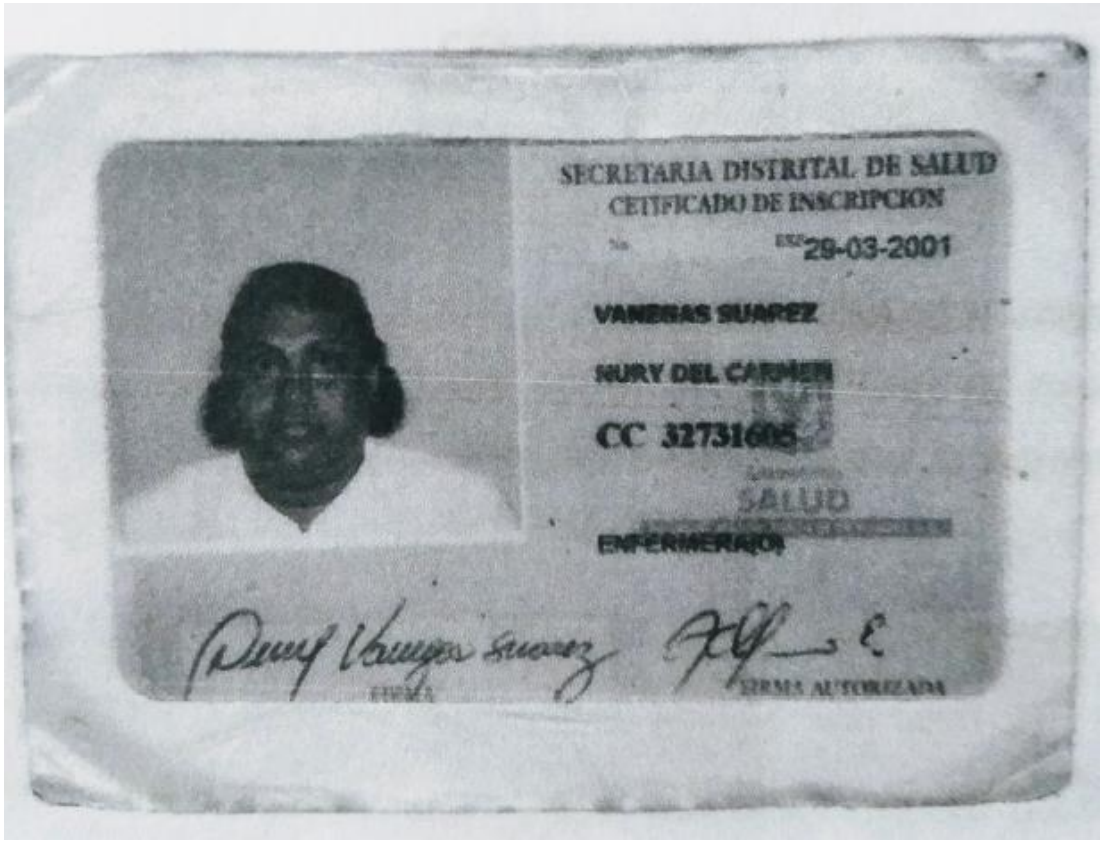
Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y registrada en la

Fuente ICA TE TOCA

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



REGISTRADO
NOMBRE NURY DEL CARMEN VANEGAS SUAREZ
C.C. 32.731.605 BARRANQUILLA
UNIVERSIDAD METROPOLITANA
RUN No. 03475
REGISTRO UNICO NACIONAL DE ENFERMERA(O)
EXPEDIDO 18/MAY/1999 FECHA DE ACTUALIZACION DATOS 18/MAY/2019



SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
CETIFICADO DE INSCRIPCION
No. 29-03-2001
VANEGAS SUAREZ
NURY DEL CARMEN
CC 32731605
SALUD
ENFERMERA(O)
FIRMA
FIRMA AUTORIZADA

ATLANTICO

SECRETARIA DE SALUD

EL SUSCRITO SECRETARIO DE SALUD DEL ATLANTICO

CERTIFICA

Que la profesional **NURYS DEL CARMEN VANEGAS SUAREZ,** identificado (a) con la cédula de Ciudadanía No 32.731.605 expedida en Barranquilla (Atlántico) fue nombrada (a) para cumplir su Servicio Social Obligatorio en Enfermeria en el **HOSPITAL PEDIATRICO DE BARRANQUILLA,** según resolución No 000675 del 12 de abril de 1994.

Que el nombrado (a) desempeño el cargo mencionado desde el día 14 de abril de 1.994 al 14 de abril de 1.995 durante este tiempo cumplió los Programas y Actividades que le fueron encomendados por el **HOSPITAL PEDIATRICO DE BARRANQUILLA.**

Que el cargo y localidad antes señalados eran válidos para la prestación del Servicio Social Obligatorio de enfermeria según formulario numero 0673, Orden 29-E del 2 de enero de 1.994.

Que en consecuencia, el profesional **NURYS DEL CARMEN VANEGAS SUAREZ** cumplió con su Servicio Social Obligatorio, al tenor de la ley 50 de 1981.

Esta certificación se expide por solicitud de la interesada.

Dada en Barranquilla a los 8 día del mes de julio del 2.005.

ALVARO VILLANUEVA CALDERON
Secretario de Salud del Atlántico

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación para proceder a consultar si la persona se encuentra registrado en el Registro Nacional del Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *

32731605

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

El Ciudadano de la identificación consultada, Se encuentra inscrito en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

HACE CONSTAR QUE:

La enfermera **NURY DEL CARMEN VANEGAS SUÁREZ** identificada con la cédula de ciudadanía número 32.731.605, no registra antecedentes de responsabilidad deontológica disciplinaria, de acuerdo con la ley 911 de 2004 "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones".

Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, a los veintidós (22) días del mes de noviembre del año dos mil diecisiete (2017).

Cordialmente,

EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS
Hospital Universitario Clínica San Rafael
BOGOTÁ | COLOMBIA

LABORATORIO CLINICO
Teléfono: +57 1 3282300 EXT 2360-2361
www. clinicasanrafael.com.co

Orden: *0000043881* **Consecutivo:** **Médico:**
Paciente: *1810690 - NURY DEL CARMEN VANEGAS SUAREZ* **Años:** *45* **Meses:** *11* **Días:** *13*
Identificación: *CC : 32731605* **Sexo:** *Femenino* **Teléfono:** *3372152*
Historia Clínica: **Vale:** **Autorización:**
Ubicación: *VENTA SERVICIOS*
Tipo Paciente: *CONSULTA EXTERNA* **Convenio:** *HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA*
Servicio: *LABORATORIO CLINICO* **Fecha/Hora de Entrada:** *28/07/2016 23:32* **Fecha/Hora Impresión:** *29/07/2016 04:58*

ESTUDIO	RESULTADO	UND	INTERVALO BIOLOGICO DE REFERENCIA

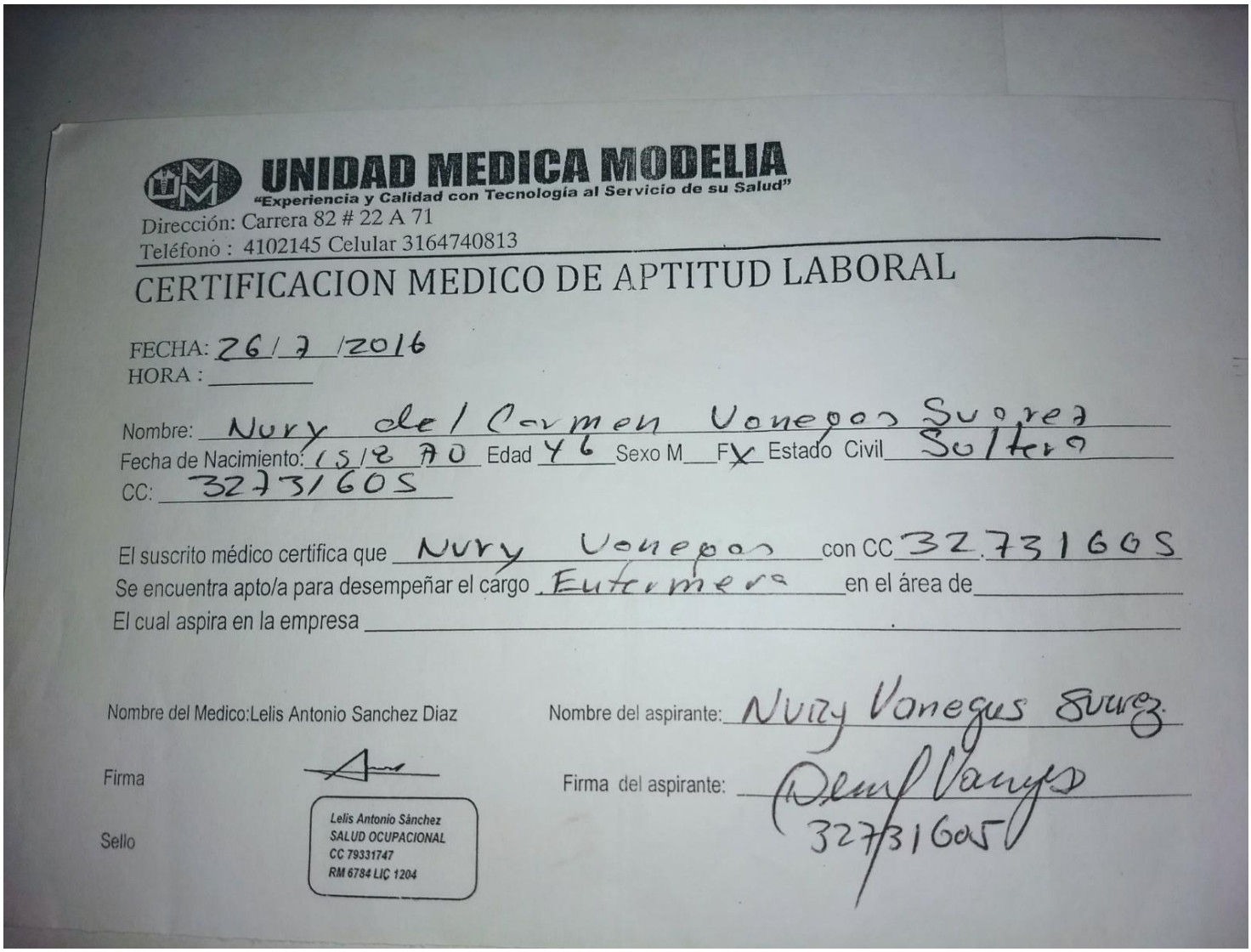
Sucursal: 06-06 CLINICA SAN RAFAEL / Orden: 0000043881 / Paciente: 1810690-NURY DEL CARMEN VANEGAS SUAREZ / Documento: CC -32731605

HEPATITIS B ANTICUERPOS Aq HBS: *(Técnica Quimioluminiscencia CMIA)*	425.58	mUI/mL	No Reactivo 0.0 a 10.0 Reactivo 10.1 a 1000

Fecha/Hora Validación:29/07/2016 0:41:26

Dra. Andrea Jovanna Gutierrez A
C.C. 52.729.471 Bact. U.C.M.C.

uestro Objetivo: La Excelencia **Nuestro Compromiso: Usted**



UNIDAD MEDICA MODELIA

"Experiencia y Calidad con Tecnología al Servicio de su Salud"

Dirección: Carrera 82 # 22 A 71

Teléfono : 4102145 Celular 3164740813

CERTIFICACION MEDICO DE APTITUD LABORAL

FECHA: 26/7/2016

HORA : _____

Nombre: Nury del Carmen Vanegas Suarez

Fecha de Nacimiento: 15/8/70 Edad 46 Sexo M__ F X Estado Civil Soltera

CC: 32731605

El suscrito médico certifica que Nury Vanegas con CC 32731605

Se encuentra apto/a para desempeñar el cargo Enfermera en el área de _____

El cual aspira en la empresa _____

Nombre del Medico: Lelis Antonio Sanchez Diaz

Firma

Sello

Lelis Antonio Sánchez
SALUD OCUPACIONAL
CC 79331747
RM 6784 LIC 1204

Nombre del aspirante: Nury Vanegas Suarez

Firma del aspirante: Nury Vanegas

32731605



República de Colombia

Escuela Odontomédica

Instituto de Educación para el Trabajo y Desarrollo Humano
Aprobación Oficial - Resolucion No 10-1270 de Enero 10 de 2017 y
10-1198 de Diciembre 13 de 2016 Secretaría de Educación
Concepto Favorable Mediante Acuerdos No 017, 150 y 416 de 2009
Comisión Intersectorial Para el Talento Humano en Salud
Ministerio de la Protección Social - Ministerio de Educación Nacional

Certifica la Asistencia de:

NURY DEL CARMEN VANEGAS SUAREZ

Identificado (a): con C.C. No. 32,731,605 de: BARRANQUILLA

Al curso

Soporte Vital Básico y Avanzado

Intensidad Horaria: 40 Horas

Dado en Bogotá. D.C.a los 24 días del mes de OCTUBRE de 2017

Directora

Secretaria

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

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

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

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

FECHA:	2017-11-23	CIUDAD:	BOGOTA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA

Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1. de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Politicas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.

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

PROVEEDOR		PARTICULAR		CONTRATISTA OPS	X	SERVIDOR PUBLICO		OTRO		CUAL:	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
VANEGAS	SUAREZ	NURY	DEL CARMEN		

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. X	C.E.	R.C.	NUIP	32731685	BARRANQUILLA	1988/12/15
PASAPORTE	OTRO			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI X		

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1970/11/08	JUAN DE ACOSTA ATLANTICO	COLOMBIA	COLOMBIANA

ESTADO CIVIL						PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS		TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) X / VIUDO(A)	CASADO		DIVORCIADO		UNION LIBRE	2	2		3108736230

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA								PROFESION / OFICIO
MAGISTER	POSGRADO	UNIVERSITARIO	TECNOLOGO X	BACHILLER	OTRO	PRIMARIA	TECNICO	CUAL: ENFERMERIA	ENFERMERA

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CALLE 13 SUR N0 8 – 35	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	3108736230

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
nevanegas34@gmail.com		PROPIA	FAMILIAR	ARRENDADA X

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

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

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO X	ESTUDIANTE	HOGAR	PENSIONADO	CUAL:	
SOCIO	CONTRATISTA	COMERCIANTE	EMPLEADO PUBLICO		
PROFESIONAL INDEPENDIENTE	EMPLEADO SOCIO		OTRA:		

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE	DECLARA RENTA		IVA		CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
	SI X		SI	NO	8692	
	NO		ICA	SI X NO	PRINCIPAL:	SECUNDARIA:

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

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

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

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

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SUBRED CENTRO ORIENTE

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA							
GOBIERNO ☐	SERVICIOS ☐	SALUD ☐	# NIT	9.009.590.517

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

DIRECCION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
DG 35 5-43	3444484	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA

CARGO ACTUAL	ENFERMERA	FECHA VINCULACION	2014-12-17

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	$ 2.901.600	GASTOS FAMILIARES	$ 2.000.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS		ARRIENDOS	$ 700.000	INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	$ 10.000.000
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*	$ 2.545.812	OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	$ 5.447.412	TOTAL EGRESOS	$ 2.700.000	TOTAL ACTIVOS	$ 0	TOTAL PASIVOS	$ 10.000.000

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS

6. REFERENCIAS PERSONALES

*No deben ser familiar en ningún caso del Usuario o Contraparte y debe ser localizado en Horario Laboral.

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
RIVERA	NAVARRO	ADRIANA	MILENA
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
CRA 82 LIF-51	BOGOTA	AMIGA	3108526125

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
BANCOLOMBIA	AHORROS	895-660917-37	RESTREPO	7429318

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☐

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	PAIS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS

IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐ CUAL:

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE** con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":

1. Que los recursos que entregue y entregaré a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE** provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):

ENFERMERA

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinaran a actividades lícitas.
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Camara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripcion en el Rit Distrital.
4. Fotocopia del documento de identificacion, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)
APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

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

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintedencia Nacional de Salud y los estandares internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del articulo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la proteccion de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilizacion no requerirá de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos tambien seran tratados para fines comerciala, razon por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

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

Declaro expresamente:
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestacion de servicios de salud.
B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:
1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por le ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Público, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinacion de tarifas y analisis y seleccion de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidacion y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestion integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacion de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realizacion de encuestas sobre satisfaccion en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finanlidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquir otra persona jurídica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevension y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboracion de estudios técnicos y estadísticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me hagan sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionalde Salud, exigen las mismas.
6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entregnen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud *(Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, telefono 344 44 84 , e-mail juridica@subredcentrooriente.gov.co)* y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude, *(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO)*
9. AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizan, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los terminos que nos fueron informados en el presente documento.
NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentrooriente.gov.co) en el Link " POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES".

IX. FIRMA Y HUELLA

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



Firma Cliente / Representante Legal

Huella Indice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

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

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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

DIAN

Declaración Anual de Impuesto Mínimo Alternativo Simple (IMAS) para Empleados

PRIVADA

230

1. Año: 2016

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 2303609145987

Datos del declarante

5. No. Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	7. Primer apellido	8. Segundo apellido	9. Primer nombre	10. Otros nombres	12.Cód. Dirección seccional
32731605	9	VANEGAS	DUAREZ	NURY	DEL CARMEN	32

24. Actividad económica: 8652

13 es una corrección indique: 26.Cód.: 26. No. Formulario anterior:

Patrimonio

Total patrimonio bruto	27	25,809,000
Deudas	28	574,000
Total patrimonio líquido	29	25,235,000

Determinación renta gravable alternativa (RGA) - IMAS

Ingresos brutos del empleado	30	69,160,000
Otros ingresos	31	1,000
Ingresos excluidos de la base (RGA) del IMAS	32	0
Total ingresos	33	69,161,000
Dividendos y participaciones no gravados	34	0
Indemnizaciones en dinero o en especie por seguro de daño	35	0
Aportes obligatorios al sistema general de seguridad social a cargo del empleado	36	5,920,000
Gastos de representación exentos	37	0
Pagos catastróficos en salud efectivamente certificados no cubiertos por el POS	38	0
Pérdidas por desastres o calamidades públicas	39	0
Aportes obligatorios a seguridad social de un empleado del servicio doméstico	40	0
Costo fiscal de los bienes enajenados	41	0
Indemnizaciones por seguro de vida, por accidente de trabajo o enfermedad	42	0
Licencia de maternidad y gastos funerarios	43	0
Exceso del salario básico de oficiales y suboficiales de las FF.MM y la Policía Nacional	44	0
Seguro por muerte y compensación por muerte de las FF.MM y la Policía Nacional	45	0
Rentas fondos de pensión de jubilación e invalidez, fondos de cesantías y cuentas AFC	46	245,000
Renta gravable alternativa - RGA	47	62,996,000

Ganancia ocasional gravable

Ingres	48	0
Costos	49	0
Ganan	50	0
Ganancia ocasional gravable	51	0

Firma Cliente / Representante Legal

BOGOTA 28 DE NOVIEMBRE DE 2017

Liquidación privada

Impuesto sobre la renta mínimo alternativo simple - IMAS	52	265,000
Descuentos tributarios	53	0
Impuesto neto de renta	54	265,000
Impuesto de ganancias ocasionales	55	0
Total impuesto a cargo	56	265,000
Anticipo renta por el año gravable anterior	57	0
Saldo a favor año gravable anterior sin solicitud de devolución o compensación	58	0
Total retenciones año gravable 2016	59	0
Anticipo renta por el año gravable siguiente	60	151,000
Saldo a pagar por impuesto	61	416,000
Sanciones	62	0
Total saldo a pagar	63	416,000
o Total saldo a favor	64	0

(415)7707213469984(8020)3265510000931273(8054)100(3900)000000000000(96)20171017

65. No. Identificación signatario: 66. DV:

901. Cód. Representación:

Firma del declarante o de quien lo representa:

907. Espacio exclusivo para el sello de la entidad recaudadora

908. Pago total $: 0

996. Espacio para el número interno de la DIAN / Adhesivo

E.P.S. Sanitas
Organización Sanitas Internacional

CE-006 - 0000000100 – 2017

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a EPS Sanitas S.A.:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 32731605
NOMBRES Y APELLIDOS	Vanegas Suarez,Nury Del Carmen
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Dependiente, Independiente Con Contrato
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/11/2003
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Vanegas Suarez,Nury Del Carmen, a los 16 días del mes de noviembre del año 2017.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Yisseth Johanna Corredor Ospina
Coordinadora de Gestión de la Afiliación.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **NURY DEL CARMEN VANEGAS SUAREZ** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **32731605,** se encuentra afiliado (a) desde **09/07/1996** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *ACTIVO COTIZANTE*.

INFORMACIÓN HISTÓRICA DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES				
Novedad	Código Entidad	Entidad Definitiva	Fecha	MultivinculaciónDecreto 3995/2008
Asignado por multivinculación por Decreto 3995/2008	3	PORVENIR S.A.	21/08/1996	Afiliado con mayor número de cotizaciones entre 20070701 al 20071231 en el RAI
Traslado Aprobado de un Fondo de Pensión a COLPENSIONES	23	COLPENSIONES	01/08/2009	No Aplica

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 23 de noviembre de 2017.

Rosa Mercedes Niño Amaya
Gerencia Nacional de Servicio al Ciudadano

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

ARL | sura

Medellín, 24 de noviembre de 2017

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

CERTIFICA:

Que NURY DEL CARMEN VANEGAS SUAREZ identificado(a) con cédula de ciudadanía 32731605 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 01/02/2017 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIE N900959051

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

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

CENTRO DE TRABAJO: 000000001 - TRABAJADORES INDEPENDIENTES

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

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

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

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

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3851101

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

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

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

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

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

Para información adicional, puede comunicarse con la Línea de atención ARL en el nivel nacional gratuitamente al 01 8000 51 14 14.

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación de trabajador a SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A. en cuyo caso su clasificación importante. La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la fecha de corte a: 24/11/2017 3:46 PM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

AFILIACION ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

32731605		3010	
Numero de Documento		ARL	
Nury	Del Carmen	Vanegas	Suarez
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
15-08/1970	Sandeacosta	C11 13 sur 8-35	3108736230
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Telefono Fijo
Sanitas	Colpensiones	$ 2808.000	
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios	
Enfermera		01-04/2016	
Objeto Contractual (Cargo)		Fecha Inicio del Contrato	
ncvanegas34@gmail.com		3108736230	
Correo Electrónico		Celular	

Nury Vanegas

Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

SUBRED DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE
Carrera 12d N° 26a - 92 Tel: 596 00 00 Ext. 1006 - 1018

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 102067658

WEB
22:12:03

Bogotá DC, 22 de noviembre del 2017

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) NURY DEL CARMEN VANEGAS SUAREZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 32731605:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 22 de noviembre de 2017, a las 22:16:55, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	C.C.
No. Identificación	32.731.605
Código de Verificación	548938162017

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado.

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

Soraya Vargas P.

SORAYA VARGAS PULIDO

Digitó y Revisó: Vía Web

JMMC

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 1909782

Bogotá D.C., 22 de Noviembre de 2017 - 22:24 pm

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **NURY DEL CARMEN VANEGAS SUAREZ**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **TREINTA Y DOS MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y UN MIL SEISCIENTOS CINCO** de BARRANQUILLA

32731605

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

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

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

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

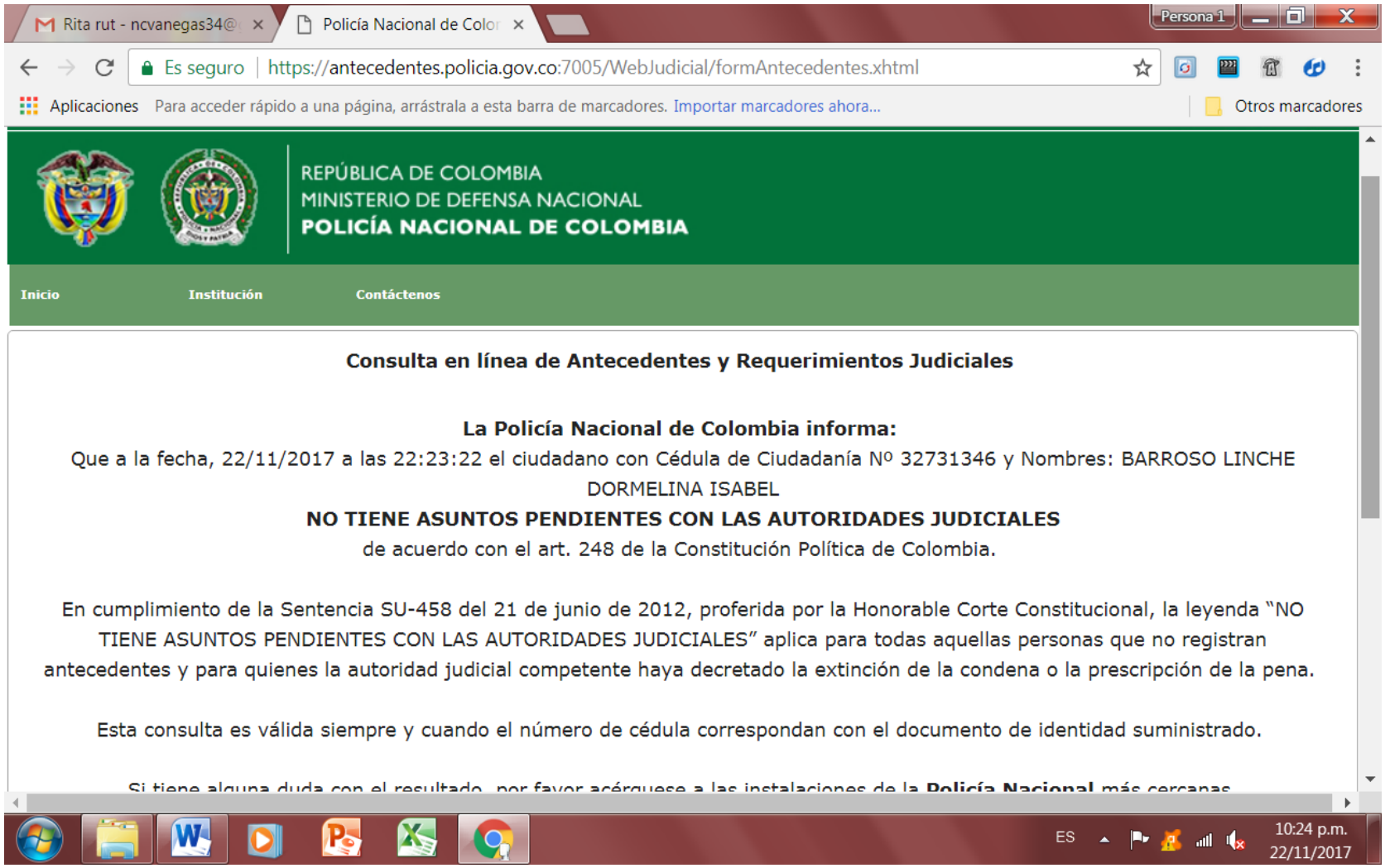
Certificado expedido sin costo alguno.

MANUEL DAGOBERTO CARO ROJAS
Jefe Oficina Asesora de Juridica

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

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 11_3XBCT_2322
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios


Rita rut - ncvanegas34@
Policía Nacional de Colo
Persona 1
Es seguro
https://antecedentes.policia.gov.co:7005/WebJudicial/formAntecedentes.xhtml
Aplicaciones
Para acceder rápido a una página, arrástrala a esta barra de marcadores. Importar marcadores ahora...
Otros marcadores
REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA
Inicio
Institución
Contáctenos
Consulta en línea de Antecedentes y Requerimientos Judiciales
La Policía Nacional de Colombia informa:
Que a la fecha, 22/11/2017 a las 22:23:22 el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº 32731346 y Nombres: BARROSO LINCHE DORMELINA ISABEL
NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de acuerdo con el art. 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 cédula correspondan con el documento de identidad suministrado.
ES
10:24 p.m.
22/11/2017

Referencia Bancaria

Miércoles, 29 de Noviembre de 2017

A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que NURY DEL CARMEN VANEGAS SUAREZ identificado(a) con CC 32731605, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Nombre Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	89566691737	2011/02/11	CXC PENDIENTES

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Paula Andrea Vélez Gómez

Gerente Estrategia Canal Telefónico

BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA VIGILADO

Bancolombia nunca le solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico.
En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com

PUERTA DE ORO DE COLOMBIA

ATLANTICO

SECRETARIA DE SALUD

EL SUSCRITO SECRETARIO DE SALUD DEL ATLANTICO

CERTIFICA

Que la profesional **NURYS DEL CARMEN VANEGAS SUAREZ,** identificado (a) con la cédula de Ciudadanía No 32.731.605 expedida en Barranquilla (Atlántico) fue nombrada (a) para cumplir su Servicio Social Obligatorio en Enfermería en el **HOSPITAL PEDIATRICO DE BARRANQUILLA,** según resolución No 000675 del 12 de abril de 1994.

Que el nombrado (a) desempeño el cargo mencionado desde el día 14 de abril de 1.994 al 14 de abril de 1.995 durante este tiempo cumplió los Programas y Actividades que le fueron encomendados por el **HOSPITAL PEDIATRICO DE BARRANQUILLA.**

Que el cargo y localidad antes señalados eran válidos para la prestación del Servicio Social Obligatorio de enfermería según formulario numero 0673, Orden 29-E del 2 de enero de 1.994.

Que en consecuencia, el profesional **NURYS DEL CARMEN VANEGAS SUAREZ** cumplió con su Servicio Social Obligatorio, al tenor de la ley 50 de 1981.

Esta certificación se expide por solicitud de la interesada.

Dada en Barranquilla a los 8 día del mes de julio del 2.005.

ALVARO VILLANUEVA CALDERON
Secretario de Salud del Atlántico