Correo - lorena_9280@h × | Confirmación de regist × | CUENTA DE COBRO SEP × |

Es seguro | https://www.secop.gov.co/CO1Marketplace/Companies/CompanyRegisterConfirmation/Index?CModelKey=03b82908_b92f_4f16_92af_[illegible]

Colombia Compra Eficiente

Buscar por proceso | Menú | Buscar

Confirmación de registro de la entidad

Ayuda

Para actualizar el registro concluya la sesión.

Felicitaciones Nazly Lorena Torres Baquero.

NAZLY LORENA TORRES BAQUERO con el NIT 20476981 creada

Su usuario es el usuario administrador, usted puede administrar la información de su entidad y dar acceso a nuevos usuarios.

Haga clic aquí para continuar >

Scanned by CamScanner

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 12-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
TORRES	BAQUERO	NAZLY LORENA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 20476981

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 23 MES JUN AÑO 1984

PAÍS Colombia

DEPTO Cundinamarca

CIUDAD Chipaque

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 5 # 7-41

PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca

CIUDAD Chipaque TELEFONO NO APLICA

EMAIL lore.torres.ips.hco@gmail.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 ACADÉMICO
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES DICIEMBRE AÑO 2000
										X	

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	8	X		INSTRUMENTADOR QUIRURGICO PROFESIONAL	8	2006	20476981

Scanned by CamScanner

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 12-dic-2018

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* liderjeg@subredcentrooriente.gov.co
TELÉFONOS 3444484 ext 2001	*FECHA DE INGRESO* DIA 1 MES 11 AÑO 2012		*FECHA DE RETIRO* DIA MES AÑO
CARGO O CONTRATO INSTRUMENTADORA QUIRURGICA	*DEPENDENCIA* SALAS DE CIRUGÍA		*DIRECCIÓN* Carrera 4a este # 5-20

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
PUBLICO	6	1
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	6	1

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 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Nazly Lorena Tores Baquero.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

Scanned by CamScanner

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

Última Actualización: 12-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, NAZLY LORENA TORRES BAQUERO

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 20476981 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

País Colombia **Departamento** Cundinamarca **Municipio** Chipaque

Dirección CARRERA 5 # 7-41 **Teléfonos** 3165049360 NO APLICA

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
EDUARDO ELIAS TORRES MORENO	218344	PADRE
ANA ROCIO BAQUERO MUÑOZ	20475870	MADRE
NEYSER EDUARDO TORRES BAQUERO	2997347	HERMANO(A)
MANUEL ALEJANDRO TORRES BAQUERO	1074158793	HERMANO(A)
ANYI DAYANA TORRES BAQUERO	1074159028	HERMANO(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	$ 24.000.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 24.000.000,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BBVA	AHORROS	074096108	LAS AGUAS	$ 8.100,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
VEHICULO	IJL983	$ 18.000.000,00

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

Scanned by CamScanner

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

Última Actualización: 12-dic-2018

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
BANCOLOMBIA	CREDITO VEHICULO	$ 8.000.000,00
AVVILLAS	CREDITO ESTUDIANTIL	$ 7.000.000,00

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO C.C◯ C.E◯ T.I.◯	NÚMERO DOCUMENTO

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

Nazly Jacqueline Tarazona Becerra

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 12-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

Scanned by CamScanner

República de Colombia

FUNDACION UNIVERSITARIA
DEL AREA ANDINA

Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación Dic. 9/83

LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

Debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional,

teniendo en cuenta que:

Nazly Lorena Torres Baquero

C.C. No. 20.476.981 de Chipaque

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

Profesional en Instrumentación Quirúrgica

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

Bogotá, D.C. Agosto 18 de 2006

Rector

Secretario General

Director

Libro 2 Folio 90 Registro 10357 Fecha Agosto 18 de 2006

Scanned by CamScanner

FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA

Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación Dic. 9-83

El suscrito Secretario de la FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA, CERTIFICA que en el libro de actas, se encuentra el Acta de Grado 298 que expresa: En Bogotá D.C., el 18 de agosto de 2006 a las 16:00 horas, convocados por resolución 145 del 14 de los citados mes y año, se reunieron el Rector, doctor Fernando Laverde Morales, el Director (e) de la Facultad de Instrumentación Quirúrgica, doctor Jesús Báez Aparicio y la Secretaria General, doctora María Jetzabel Herrán Duarte, para presidir la ceremonia de grado de **NAZLY LORENA TORRES BAQUERO** con cédula de ciudadanía Número 20476981 de Chipaque, quien cursó y aprobó las materias comprendidas en el pensum del respectivo programa cumpliendo con los requisitos exigidos por la Ley y los Reglamentos, haciéndose merecedor a recibir el título de **PROFESIONAL EN INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA,** el cual otorga la Fundación debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional y por el Consejo Superior mediante Acuerdo 054 del 17 de septiembre de 1993. Previa entrega de los diplomas se tomó el juramento de rigor al graduando, quien prometió cumplir fielmente sus deberes para con la Patria y la Fundación, ejerciendo la carrera de acuerdo con las normas de la ética y moral profesional. Agotado el orden del día, la sesión se dio por terminada y se firmó el acta por quienes en esta intervinieron. Anotado en el libro de registro de títulos Tomo 2, Folio 90, número 10354.

FERNANDO LAVERDE MORALES, Rector
JESUS BÁEZ APARICIO, Director (e) Facultad de Instrumentación Quirúrgica
MARÍA JETZABEL HERRÁN DUARTE, Secretaria General.

Es copia tomada de su original, el 18 de agosto de 2006.

CONSULADO NOTARIAL SEXTO (E) DEL CIRCULO DE BOGOTA D.C. HAGO CONSTAR QUE LA FOTOCOPIA COINCIDE CON EL ORIGINAL QUE HE TENIDO A LA VISTA
11 SET 2006
PABLO MENDEZ BARAJAS
NOTARIO (E)

MARÍA JETZABEL HERRÁN DUARTE
Secretaria General.

FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA
SECRETARIA GENERAL

SEDE ADMINISTRATIVA BOGOTÁ
Calle 71 N° 13-21 PBX: 346 6600 Fax: 313 1076

SEDE PRINCIPAL BOGOTÁ
Transv. 15 N° 69-35 PBX 212 6320 - 2172045

Líneas Nacionales: 019003310032 - 018000110032
A. A. 50814 Bogotá, D. C. Colombia
www.areandina.edu.co

SECCIONAL PEREIRA
Carrera 9 N° 23-22
PBX: 325 5992 / 93 / 94
Fax: 325 5995

SEDE IBAGUE
Calle 5 N° 3A -25/27 Barrio La Pola
Tels.: 262 3046 / 64 - 262 31 76
Fax: 262 3064

SEDE VALLEDUPAR
Calle 14 N° 8 - 16
Tels.: 574 4974 - 580 3333

Scanned by CamScanner

CLÍNICA
UNIVERSIDAD DE
LA SABANA

Certifica que:

NAZLY LORENA TORRES BAQUERO

Con cédula de ciudadanía No. 20476981

ASISTIO AL CURSO DE PROTECCION RADIOLOGICA

(30 HORAS)

Celebrado en la Sede de la Institución ubicada en la Autopista Norte kilómetro 21; para dar cumplimiento a las Resoluciones 9031 de 1990 y 1043 de 2006 del Ministerio de Salud.

Bogotá D.C. 6 de julio de 2012

Dr. Fabio Aníbal Gómez Rey
Director Científico

Ing. Eduardo Sánchez Becerra
Licencia Minsalud 0635 de 2000

Scanned by CamScanner

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:

NAZLA LORENA TORRES BAQUERO

C.C.: 20476981

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 (30) días del mes de Noviembre de 2016

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

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

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

Alcaldía Mayor de Bogotá D.C.
BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Scanned by CamScanner

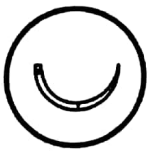
Johnson & Johnson

ETHICON
PART OF THE Johnson & Johnson FAMILY OF COMPANIES

Certifica que

Nazly Torres

Participó en la jornada educativa de actualización y entrenamiento del portafolio de productos de Johnson & Johnson enfocado en:


Suturas


Hemostáticos


Suturas Mecánicas


Mallas


Energía Avanzada

JUNIO 6 DE 2017

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

Scanned by CamScanner

Bogotá D.C 12 de diciembre de 2018

Señores:

FUNDACION UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

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

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

PROFESIONAL EN INSTRUMENTACION QUIRÚRGICA

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Nazly Lorena Torres Baquero
CC: 20.476.981.

No. de documento: 20476981

Tarjeta profesional No: 20476981

Dirección de contacto: Carrera 75 # 52ª-85 apto 203

Teléfono: 3165049360

Scanned by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

LA DIRECCION DE CONTRATACION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

HACE CONSTAR QUE:

De acuerdo con la información que se encuentra en la oficina de contratación OPS, de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, la señora **NAZLY LORENA TORRES BAQUERO**, identificada con CC. Nº 20.476.981, presta sus servicios de manera personal y autónoma en esta entidad, mediante contrato de prestación de servicios, según se relaciona a continuación

NO. DE ORDEN	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	VALOR CONTRATO
946-2012	19/11/2012	31/01/2013	$ 2.450.000
113-2013	01/02/2013	31/01/2014	$ 19.033.332
173-2014	01/02/2014	01/02/2015	$ 23.181.333
180-2015	01/02/2015	09/01/2017	$ 43.137.000
PS 2144 2017	10/01/2017	09/01/2018	$ 35.143.660
PS 1248 2018	10/01/2018	09/06/2018	$ 14.508.000

OBJETO CONTRACTUAL

PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN SU CALIDAD DE INSTRUMENTADOR QUIRURGICO, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES Y DEMÁS ASIGNADAS, EN LOS DIFERENTES SERVICIOS Y EN LAS UNIDADES QUE SE REQUIERA, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

OBLIGACIONES ESPECIFICAS

1. Realizar las actividades, procedimientos e intervenciones en sala de cirugía para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cada paciente. 2. Velar por la esterilización del instrumental y equipos utilizados en salas de cirugía. 3. Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes. 4. Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación. 5. Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. 6. Notificar los sucesos de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado, e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio. 7.Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente. 8. Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. 9. Diligenciar el consentimiento informado acorde con la atención brindada. 10. Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación. 11. Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención. 12. Emitir conceptos que se le requieran de conformidad con sus actividades profesionales13. Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la normatividad vigente. 14. Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas. 15. Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. 16. Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos, guías, manuales, protocolos y demás establecidos por la Entidad, además de apoyar la implementación de los mismos. 17. Apoyar a la Entidad en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales. 18. Participar en la elaboración y actualización de los manuales de normas procedimientos y protocolos asistenciales del área. 19. Instruir a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades propias de su especialidad. 20. Mantener la reserva de la información a la cual tiene acceso poen ocasion a sus actividades. 22. Informar al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones.23 Velar porque la atención sea humana, eficaz, cálida con todos y cada uno de los usuarios que requieran el servicio. 24. Desarrollar actividades de docencia de servicio en la revista médica u otro espacio dirigidas a los estudiantes y/o personal del servicio para el

Scanned by CamScanner

desarrollo y formación del recurso humano en salud si aplica. 25. Desarrollar las actividades de supervisión de los contratos cuando estas sean asignadas. 26. Solicitar a la central de esterilización el instrumental requerido para los procedimientos quirúrgicos que le sean asignados. 27. Verificar que las suturas despachadas por Farmacia correspondan a las necesarias para el procedimiento quirúrgico. En el caso de una urgencia, hacer la solicitud respectiva, la cual debe llevar la firma del jefe de turno. 28. Antes de empezar cada procedimiento revisar el contenido de cada equipo y el estado del mismo. En caso de encontrar algún faltante o elemento en mal estado informar inmediatamente a la central de esterilización, por medio del circulante de enfermería, conservando el rótulo proveniente de la central. 29. Durante el procedimiento informar del conteo de compresas o gasas, según el caso para su verificación al final del mismo. 30. Entregar el instrumental en la central de esterilización, junto con otros elementos utilizados durante el procedimiento, como lápices de electro bisturí, portalámparas, etc.31. Portar el carnet institucional de la SUBRED durante la ejecución de las actividades contractuales. 32. Cumplir la programación de turnos de servicios, realizar el cambio de turno cumpliendo con las directrices establecidas por la entidad, de acuerdo con el objeto del contrato. 33. Cumplir con todas las medidas de asepsia y antisepsia para el manejo de los dispositivos médicos y comportamiento dentro de las diferentes áreas del servicio. 34. Portar el carnet institucional de la SUBRED durante la ejecución de las actividades contractuales. 35. Acreditar el cumplimiento del pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscal durante la vigencia del contrato, requisito indispensable para generar cada pago a su favor, anexando la planilla de pago del personal vinculado para la ejecución del contrato los aportes al sistema integral de seguridad social en salud deberán comprender salud, pensión y ARL.

Se expide a solicitud de la interesada en Bogotá D.C el día 12 de febrero de 2018

Para mayor información favor comunicarse a la línea 3023399604 o dirigirse a la Av. Caracas No. 33 A-11, oficina de Contratación OPS.

Cordialmente,

BLANCA FLOREZ RODRIGUEZ
Directora Contratación
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Los abajo firmantes, certifican que hicieron revisión del asunto de este documento y que la respuesta brindada, ha sido suficientemente evaluada, revisada y aprobada y Aprobó: Daniela Rodríguez Goyes-Asesora Dirección Contratación
Proyecto: Isabel Jiménez – Técnico administrativo

Scanned by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **20.476.981**

TORRES BAQUERO

APELLIDOS

NAZLY LORENA

NOMBRES

Nazly Lorena Torres Baquero.

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-JUN-1984**

CHIPAQUE
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 **O+** **F**

ESTATURA G.S. RH SEXO

14-ENE-2003 CHIPAQUE

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00235982-F-0020476981-20100422 **0022**032976A 1 1140778950

Scanned by CamScanner

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA

001

2. Concepto: 02 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14382153442

(415)7707212489984(8020) 000001438215344 2

5. Numero de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
2047698 1	6	Impuestos de Bogotá 32	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión iliquida 2	Cédula de ciudadania 13	2047698 1	2003 01 14

Lugar de expedición	28. Pais	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	169	Cundinamarca 25	Chipaque 178

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
TORRES	BAQUERO	NAZLY	LORENA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACION

38. Pais	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Cundinamarca 25	Chipaque 178

41. Dirección principal: CR 5 7 41

42. Correo electrónico	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
lorena_9280@hotmail.com		3165049360	

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8692	20070220						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

Usuarios aduaneros

54. Código	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X]

60. No. de Folios: 0

61. Fecha: 2016 07 19

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 podra ser sancionada.

Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante

Nazly Lorena Torres Baquero

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada

984. Nombre: RUIZ SANTAFE CATERINE

985. Cargo:

Fecha generación documento PDF: 19-07-2016 08:27:[illegible] AM

Scanned by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 23-03-2017
Hora: 11:13:08 AM

CONTRIBUYENTE NIT 20476981-6 NAZLY LORENA TORRES BAQUERO

Información General

Dirección KR 5 7 41

Teléfonos 3165049360

Dirección electrónica lorena_9280@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 15/11/2012

Soporte Inscripción 14908890

Fecha Inicio Actividades 15/11/2012

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica 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: 17001855732

Scanned by CamScanner

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTA

CERTIFICADO DE INSCRIPCION



NAZLY LORENA

TORRES BAQUERO

C.C. o C.E. **20476981**

Secretaria

SALUD

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA

PROFESIONAL EN INSTRUMENTACION QUIRURGICA

FIRMA AUTORIZADA

Expedicion **17/11/2006**

Scanned by CamScanner

ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTA D.C.
Secretaría
Salud

Resolución No 8946 *de* 05/10/2006

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

Por la cual se autoriza el ejercicio de la profesión en el Territorio Nacional

LA DIRECTORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el decreto 875 de 1964 y resoluciones 02085 de Febrero 7 de 1989 y 449 de Febrero 8 de 1993 suscritas por el Ministerio de Salud y, Resolución No. 001390 del 10 de Marzo de 1997 y

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) TORRES BAQUERO NAZLY LORENA Identificado(a) con CC número 20476981 expedida en CHIPAQUE solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión segun TITULO de PROFESIONAL EN INSTRUMENTACION QUIRURGICA otorgado por LA FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA el día 18/08/2006 y registrado en el libro 2 Folio 90 año 2006

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

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: autorizar a TORRES BAQUERO NAZLY LORENA identificado(a) con CC número 20476981 expedida en CHIPAQUE para ejercer la profesión de PROFESIONAL EN INSTRUMENTACION QUIRURGICA en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D.C

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

ARTICULO TERCERO: Contra la presente resolución procede el recurso de oposicion ante la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud en los términos establecidos en el codigo contencioso administrativo

NOTIFIQUESE, Y CUMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los 05/10/2006

CLAUDIA HELENA PRIETO VANEGAS
Directora de Desarrollo de Servicios

Bogotá D.C. 12 de [illegible]
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) Nazly [illegible]
CC # 20 476 [illegible]

Firma Nazly [illegible]

Scanned by CamScanner

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *

20476981

Primer Nombre *

Nazly

Primer Apellido *

Torres

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2018-12-12→12:58:38 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Detalles
CC	20476981	NAZLY	LORENA	TORRES	BAQUERO	Ver

Información Detallada [CC: 20476981] NAZLY LORENA TORRES BAQUERO

2018-12-12→12:58:38 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha desde que puede ejercer	Entidad Reportadora
UNV	Local	Instrumentación quirúrgica	2006/10/05	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

Scanned by CamScanner

HOSPITAL CENTRO ORIENTE

SEDE JORGE ELIECER GAITAN

A.R.L. SURA

Bogotá, Septiembre 01 de 2015

ANALISIS REALIZADO :

HEPATITIS B, Anti - HBs

METODO : Quimioluminiscencia

Titulos Anticuerpos HBs			
Menor de		10	mUI/mL
10	-	100	mUI/mL
100	-	1000	mUI/mL
1000	-	10000	mUI/mL
Mayor de		10000	mUI/mL

Tiempo de Protección	
Es necesario vacunar o aplicar refuerzo	
6	meses
2	años
3 - 5	años
6	años

Después de 6 años aplicar dosis de refuerzo

CONS	NOMBRE	CEDULA	EDAD	SEXO	Anti-HBs mUI/mL
43	RODRIGUEZ QUEVEDO YOLANDA	35.455.838	58	F	11,4
44	ROJAS JIMENEZ CLAUDIA	52.744.469	32	F	53,5
45	ROMERO IGLESIAS MILENA JUDITH	22.571.206	30	F	241,0
46	ROMERO LOPEZ LILIANA	37.294.040	32	F	6,8
47	SALAMANCA PARRA EDWIN GIOVANNY	79.791.206	38	M	200,0
48	SALCEDO GUIO LUZ MARINA	52.208.149	40	F	> 2000
49	SANTEFE GIL MARIA ALEJANDRA	1.030.562.383	25	M	170,0
50	SUAREZ TORRES MARCELA	1.012.379.217	24	F	145,0
51	TORRES BAQUERO NAZLY	20.476.981	31	F	> 2000
52	TRUJILLO GRISALES NORMA TATIANA	53.007.707	32	F	> 2000
53	VELA GUERRERO CARMEN ROCIO	51.851.259	50	F	> 2000
54	VILLEGAS ISABEL CRISTINA	52.176.091	41	F	973,0

LABINTOX S.A.S.
Lic. S. Ocup. 12960
Jeannette Garcia Leon
TP.39562412

Scanned by CamScanner

MEDICLINICO SANTA ANA IPS Y CIA S EN C.

Carrera 3 este No. 5 - 23 / 25 Tel 3 33 11 98 - 2 80 47 68

Certificado De Salud Ocupacional

Fecha	Documento	Nombre
2016-12-26	20476981	NAZLY LORENA TORRES BAQUERO
Sexo	**Nacionalidad**	**Ciudad**
Femenino	COLOMBIA	BOGOTA
Fecha nacimiento	**Edad**	**Lugar nacimiento**
1984-06-23	32 años, 6 meses y 3 días	CHIPAQUE/CINDINAMARCA



Estado civil	Telefono	Direccion
Soltero	3165049360	CARRERA 75 N 52A-85 APT203
Escolaridad	**Profesion**	**Oficio**
PROFESIONAL	INSTRUMENTADORA QUIRURGICA	INSTRUMENTADORA QUIRURGICA

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

Empresa	Tiempo	Cargo	Factores de riesgo	Tipo de Riesgo	Epp
JORGE ELIECER GAITAN SUBRED CENTRO ORIENTE	4 AÑOS	INSTRUMENTADORA QUIRURGICA	F,Q,E,M,L	CARGA MENTAL, E,D	COMPLETOS

Factores de riesgo: F : Fisico Q : Quimico E : Ergonomico M : Mecanicos L : Locativos P : Psicolaborales O : Otros

APTITUD

- [ ] APTO CON LIMITACIONES (Que NO interfieren en su trabajo)
- [ ] APTO CON LIMITACIONES (Que interfieren en su trabajo)
- [ ] APTO CON LIMITACIONES (NO APTO para realizar la labor especifica)
- [X] APTO SIN LIMITACIONES
- [ ] APTO PARA LABORAR EN ALTURAS

Segun examenes solicitados por la empresa remitente

- [ ] EXAMEN DE INGRESO
- [X] EXAMEN PERIODICO
- [ ] EXAMEN DE EGRESO
- [ ] APLAZADO

RAZON:

IMPRESION DIAGNOSTICA VARICES GRADO I EN MIEMBROS INFERIORES, RECOMENDACIÀ"N USAR MEDIDAS ANTIVARICES

- [X] HIGIENE POSTURAL
- [X] USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION
- [X] USA LENTES PERMANENTE
- [X] VALORACION POR S.O. ANUAL
- [X] CAPACITACION EN SU AREA DE TRABAJO
- [ ] REMISION ESPECIALISTA
- [X] REALIZA PAUSAS EN SU LABOR
- [ ] REALIZAR EXAMENES COMPLEMENTARIOS
- [ ] ESQUEMA VACUNACION ADULTO
- [X] RECOMENDACION CREMAS HUMECTANTES PARA LA PIEL
- [X] HABITOS NUTRICIONALES ADECUADOS, REALIZAR ACTIVIDAD FISICA, CONTROL DE PESO, CONTROL MEDICO PERIODICO
- [ ] CONTROL DE COMORBILIDAD EPS
- [ ] SEROLOGIA

YO Nazly Lorena Torres Baquero identificado con cédula de ciudadania 20476981

Declaro que no he omitido ni alterado la informacion aportada por mi, la cual es veraz y se ajusta a mi condicion actual y real de la salud al ingreso de la empresa.

Dr. Gloria Rincon Izquierdo
Cédula: 52355057 Registro: 7857/2013

Nazly Lorena Torres Baquero

Paciente: Nazly Lorena Torres Baquero
Cédula: 20476981

Scanned by CamScanner

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:

NAZLA LORENA TORRES BAQUERO

C.C.: 20476981

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 (30) días del mes de Noviembre de 2016

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

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

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Scanned by CamScanner

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:	DIC 12 DE 2018	CIUDAD:	BOGOTA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA

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

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

PROVEEDOR	PARTICULAR	CONTRATISTA OPS	SERVIDOR PUBLICO	OTRO	CUAL:
☐	☐	☒	☐	☐	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
TORRES	BAQUERO	NAZLY	LORENA		

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	20476981	CHIPAQUE CUNDINAMARCA	2003/01/14
PASAPORTE	OTRO ☐	C		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒	N ☐	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD
1984-06-23	CHIPAQUE CUNDINAMARCA	COLOMBIA	COLOMBIANA

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ VIUDO(A) ☐ UNION LIBRE ☐	0	0	3165049360

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA								PROFESION / OFICIO
MAGISTER ☐	POSGRADO ☐	UNIVERSITARIO ☒	BACHILLER ☐	OTRO ☐	PRIMARIA ☐	TECNICO ☐	TECNOLOGO ☐	CUAL:	INSTRUMENTADORA QUIRÚRGICA PROFESIONAL

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CARRERA 75 # 52A-85 Apto 203	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
lore.torres.ips.hco@gmail.com		PROPIA ☐	FAMILIAR ☒	ARRENDADA ☐

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

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

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO ☐	ESTUDIANTE ☐	HOGAR ☐	PENSIONADO ☐	CUAL:
SOCIO ☐	CONTRATISTA ☐	COMERCIANTE ☐	EMPLEADO PUBLICO ☐	
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☒	EMPLEADO SOCIO ☐		OTRA .... ☐	

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA					CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
		SI ☐	IVA	SI ☐	NO ☐	86921	
		NO ☐	ICA	SI ☐	NO ☐	PRINCIPAL: ☒	SECUNDARIA: ☐

GRAN CONTRIBUYENTE	SI ☐	NO ☒	AGENTE RETENEDOR	SI ☐ NO ☐	AGENTE AUTORETENEDOR	SI ☐ NO ☐

Scanned by CamScanner

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

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

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

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☑	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA						# NIT	
	GOBIERNO ☐		SERVICIOS ☒	SALUD ☐		900959051-7	
EXPORTACIONES ☐	AGRICOLA ☐	ENERGETICA ☐	FINANCIERA ☐	TRANSPORTE ☐	TECNOLOGIA ☐	ALIMENTOS ☐	MEDICAMENTOS ☐
OTRA ☐	CUAL:	X					

DIRECCION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
CARRERA 4A ESTE # 5-20	3444484	BOGOTÁ	CUNDINAMARCA	COLOMBIA

CARGO ACTUAL	INSTRUMENTADORA QUIRUGICA	FECHA VINCULACION	2012-11-01

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		GASTOS FAMILIARES		AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS	$ 2.698.200	ARRIENDOS	$ 350.000	INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	$ 1.000.000
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO	$ 600.000	VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	$ 16.000.000
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	$ 600.000	OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	$ 2.698.200	TOTAL EGRESOS	$ 1.550.000	TOTAL ACTIVOS	$ 0	TOTAL PASIVOS	$ 17.000.000

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

6. REFERENCIAS PERSONALES

(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
NORMA	TATIANA	TRUJILLO	GRISALES
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
BARRIO SUBA	BOGOTÁ/CUNDINAMARCA/COLOMBIA	AMISTAD	3175766066

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
COOPCHIPAQUE	CRÉDITO LIBRE INVERSIÓN		CHIPAQUE CUNDINAMARCA	318484009

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 ☐ TRANSFERENCIA ☐ 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).

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 licitas.
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo 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.

Scanned by CamScanner

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalarindo:Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.
Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.
Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados **financieros certificados + declaración de renta si es declarante Nota:** Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.
Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los 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 protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilizacion no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos tambien seran tratados para fines comercials, 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 prestacón 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 Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la 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 accedere a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadisticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envio 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) Envio 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 peronas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadodas 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 medica, abogados internos y exteernos, 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 juridica 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, asi 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 haran 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 onsecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

Scanned by CamScanner

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, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud *(Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, telefono 344 44 84 , e-mail sarlaft@subredcentrooriente.gov.co)* y cualquier otra persona juridica 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 autorizao, 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

Nazly Lorena Torres Baquero.

NAZLY LORENA TORRES BAQUERO

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:		

Scanned by CamScanner

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **NAZLY LORENA TORRES BAQUERO** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **20476981** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 20476981
NOMBRES Y APELLIDOS	NAZLY LORENA TORRES BAQUERO
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	12-09-2008
FECHA RETIRO LABORAL EPS SURA	VIGENTE
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	502
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	0
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	47

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

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **12/12/2018**

ESTE DOCUMENTO SÓLO ES VÁLIDO PARA CERTIFICAR SEMANAS COTIZADAS EL SGSSS

Colpensiones

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **NAZLY LORENA TORRES BAQUERO** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **20476981,** se encuentra afiliado (a) desde **01/06/2017** 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
Traslado Aprobado de un Fondo de Pensión a COLPENSIONES	23	COLPENSIONES	01/06/2017	No Aplica

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 12 de diciembre de 2018.

Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

Scanned by CamScanner

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 DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO AFILIACIÓN ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

CÓDIGO: AP-IA-FT-024
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-08-04

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

20.476.981	Bolivar
Numero de Documento	ARL

Nasly	Lorena	Torres	Baquero
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

23/06/1984	Chipaque	Carrera 75 #52A-85	4084618
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

Sura	Colpensiones	$ 2.808.200
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

Instrumentadora Quirurgica Profesional	01/11/2012
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

lorena_9280@hotmail.com	3165049360
Correo Electrónico	Celular

Nasly Lorena Torres Baquero.
Firma del Afliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C. 79'655.788 Bta'.

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

Scanned by CamScanner

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 119097257

WEB
09:55:39

Bogotá DC, 12 de diciembre del 2018

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) NAZLY LORENA TORRES BAQUERO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 20476981:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 12 de diciembre de 2018, a las 10:01:22, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	20476981
Código de Verificación	204769811812121000122

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

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

Soraya Vargas P.

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2605276

Bogotá D.C., 12 de Diciembre de 2018 - 10:03 am

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **NAZLY LORENA TORRES BAQUERO**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **VEINTE MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y UN** de CHIPAQUE

20476981

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.

Rosalba Jazmin Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 12_A54TI_0310
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:07:22 horas del 12/12/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **20476981**

Apellidos y Nombres: **TORRES BAQUERO NAZLY LORENA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

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

Scanned by CamScanner

BBVA Creando Oportunidades

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

Que nuestro(a) cliente **NAZLY LORENA TORRES BAQUERO,** identificado(a) con **cÃ©dula de ciudadanÃ-a nÃºmero 20.476.981** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a travÃ©s de la **CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 074096108** aperturada el **26 de noviembre del 2012,** cuenta **activa** y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificaciÃ□n se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, a los **12** dÃ-as del mes de **diciembre** del aÃ±o **2018**.

Para trÃimites de nÃ□mina, legales, internacionales y otros, tambiÃ©n puedes usar las siguientes opciones de nÃºmero de cuenta:

Cuenta de 10 dÃ-gitos: **0074096108**
Cuenta de 16 dÃ-gitos: **0074000200096108**
Cuenta de 20 dÃ-gitos: **00130074000200096108**

Firma autográfica

Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.

Scanned by CamScanner