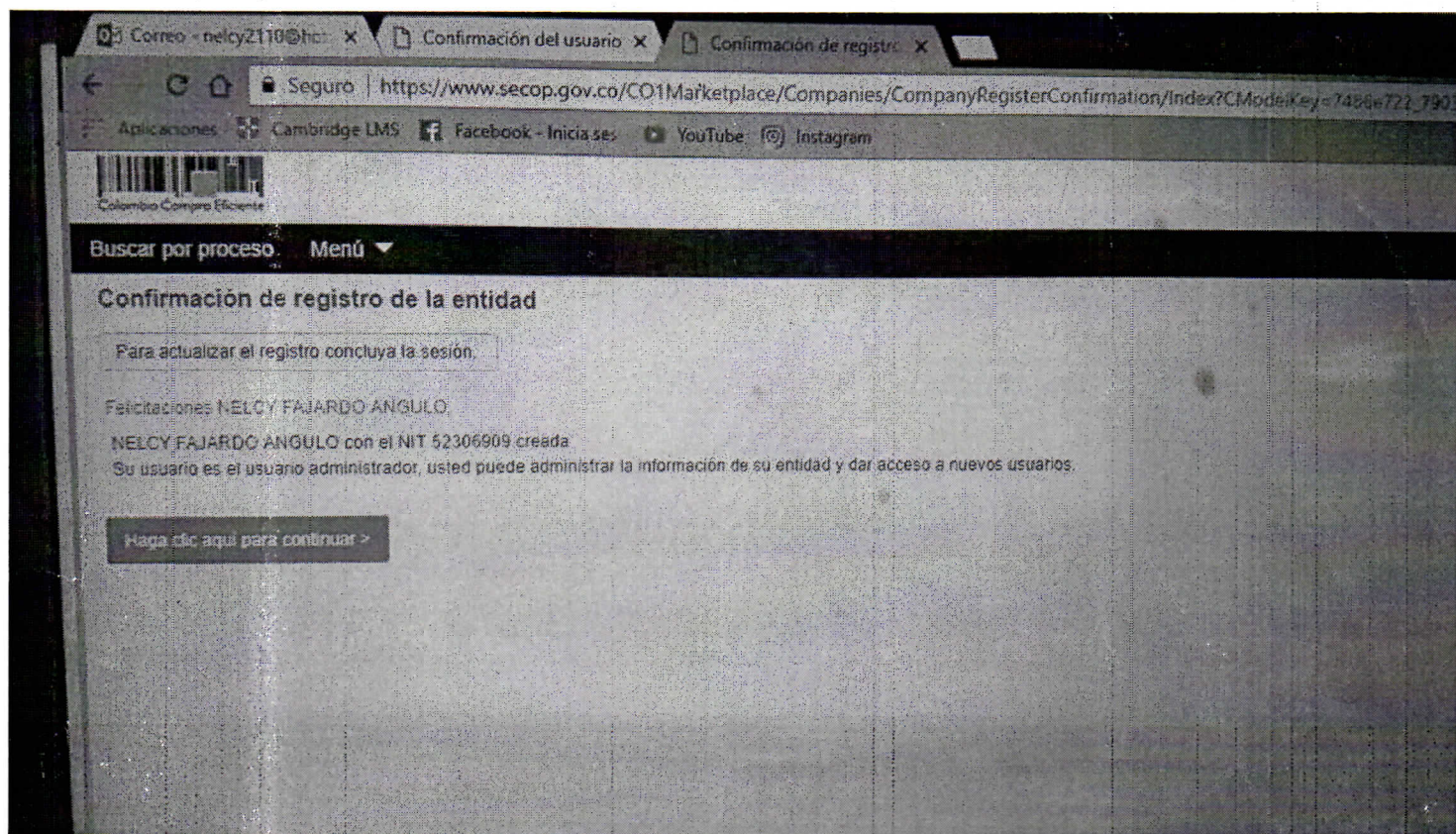






FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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



Última Actualización: 04-dic-2018

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO FAJARDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) ANGULO	NOMBRES NELCY
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C C ☒ C E ☐ PAS ☐ No. 52306909	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR		
PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO	D.M.	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		
FECHA DIA 8 MES SEP AÑO 1977	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CRA 7C N°3-98 PARQUE CAMPESTRE	
PAÍS Colombia	PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca	
DEPTO Boyacá	CIUDAD Soacha TELEFONO 3112793730	
CIUDAD Moniquirá	EMAIL nfajardo.ips.hco@gmail.com	

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 10° A 6° DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6° A 11° DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO	BACHILLER TÉCNICO
PRIMARIA					SECUNDARIA						FECHA DE GRADO	
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	AÑO
										X	DICIEMBRE	1999

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TEMINACIÓN MES AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
TC	4	X	AUXILIAR DE ENFERMERIA	6 2002	52306909



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-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	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
SUB RED DE SALUD CENTRO ORIENTE	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	www.esecentrooriente.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	
3444484	DÍA 1 MES 12 AÑO 2009	DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
AUXILIAR DE ENFERMERIA	ASISTENCIAL	CRA 4 A ESTE #5-26	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
COOP INTRASALUD CTA		X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	coop_intrasalud@hotmail.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	
524678	DÍA 5 MES 5 AÑO 2005	DÍA 30 MES 12 AÑO 2008	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
AUXILIAR DE ENFERMERIA	HOSPITAL CENTRO ORIENTE	HOSPITAL CENTRO ORIENTE BOGOTA	

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	7	6
PRIVADO	3	7
PARTICULAR	0	0
TOTAL	11	2

5

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).



FORMATO UNICO
HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 180 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

Sistema Integrado de la Oficina de Salud Humana Colombia

S.I.S.

SIDEAPO

Oficina Administrativa - 19 de Abril, 2018

Ciudad y fecha del diligenciamiento

BOGOTA 4 DE DICIEMBRE DE 2018

FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO O CONTRATISTA

6

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACION AGUÍ SUMINISTRADA HA SIDO COMPROBADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, NELCY FAJARDO ANGULO

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 52306909 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

País Colombia

Departamento Cundinamarca

Municipio Soacha

Dirección CRA 7C N°3-98 PARQUE CAMPESTRE

Teléfonos 3192191061 3112793730

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
BRENDA YISEL FAJARDO FAJARDO	1012370583	HIJO(A)
Segundo Argemiro Fajardo	17034627	PADRE
Lucila Angulo Mayorga	23778367	MADRE

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	\$ 18.295.200,00
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	\$ 18.295.200,00

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	0200066432	LAS AGUAS	\$ 0,00
Banco Caja Social	AHORROS	23008652299	Bosa	\$ 100.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
APARTAMENTO	CRA 7C N°3-98 PARQUE CAMPESTRE	\$ 70.000.000,00

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

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

BBVA	CREDITO HIPOTECARIO	\$ 365.000,00
CODENSA	SERVICIOS PUBLICOS	\$ 50.000,00
ACUEDUCTO	SERVICIOS PUBLICOS	\$ 90.000,00
GAS NATURAL	SERVICIOS PUBLICOS	\$ 25.000,00
ADMINISTRACION	SERVICIOS PUBLICOS	\$ 50.000,00
BBVA	CREDITO LIBRE INVERSIÓN	\$ 330.000,00
BBVA	TARJETA DE CREDITO	\$ 200.000,00
FAMISANAR	SEGURIDAD SOCIAL	\$ 245.000,00

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

NÚMERO DOCUMENTO

C.C. ☐

C.E. ☐

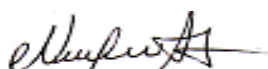
T.I. ☐

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

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

3. FIRMA



BOGOTÁ D.C. 04-dic-2018

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

CIUDAD Y FECHA



La República de Colombia
y en su nombre

El Colegio Distrital

Fernando Mazuera Villegas

Jornada Tarde

Aprobado por la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C.,
según Resolución No. 3057 del 30 de Septiembre de 1999

Confiere a:

Nelsy Fajardo Angulo

Identificado (a) con c.c. No. 52.306.909 De Santafé de Bogotá

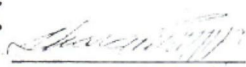
el Título de:

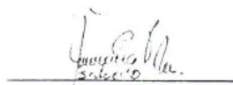
Bachiller Técnico

con énfasis en Comercio

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




Rector


Secretario

Anotado al Folio No. 104 Libro de Registro No. 104

Dado en Santafé de Bogotá D.C. a 02 de Diciembre de 1999

No requiere Registro "según Decreto 921 del 6 de Mayo de 1994"
y 2150 del 5 de Diciembre de 1995

fisc

República de Colombia

La Escuela de Auxiliares de Enfermería
C E M C A



Institución de Educación no Formal
Licencia de iniciación de labores según resolución No. 5624
del 26 de Diciembre de 1994

Confiere el presente Certificado de

Técnico Laboral

en

Auxiliar de Enfermería
Con énfasis en manejo de Software Hospitalario

A

Nelcy Fajardo Angulo

C.C. No. c.c. 52.306.909 de Bogotá

Por haber culminado satisfactoriamente el programa de Auxiliar de Enfermería, realizado
del 17 de Julio de 2000 al 14 de Junio de 2002 con una duración de 2.000 horas.

Rector ESCUELA DE AUXILIARES
DE ENFERMERIA

DIRECTORIA

Directora ESCUELA DE AUXILIARES
DE ENFERMERIA

DIRECCION

Dado en Bogotá, D.C. a los 15 días del mes de Junio de 2002



La República de Colombia
y en su nombre

El Colegio Distrital

Fernando Mazuera Villegas

Jornada Tarde

Aprobado por la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C.,
según Resolución No. 3057 del 30 de Septiembre de 1999

Confiere a:

Nelsy Fajardo Angulo

Identificado (a) con c.c. No. 52.306.909 De Santafé de Bogotá

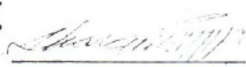
el Título de:

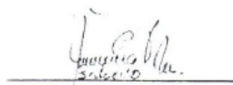
Bachiller Técnico

con énfasis en Comercio

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




Rector


Secretario

Anotado al Folio No. 104 Libro de Registro No. 104

Dado en Santafé de Bogotá D.C. a 02 de Diciembre de 1999

No requiere Registro "según Decreto 921 del 6 de Mayo de 1994"
y 2150 del 5 de Diciembre de 1995

fisc

República de Colombia

La Escuela de Auxiliares de Enfermería
C E M C A



Institución de Educación no Formal
Licencia de iniciación de labores según resolución No. 5624
del 26 de Diciembre de 1994

Confiere el presente Certificado de

Técnico Laboral

en

Auxiliar de Enfermería
Con énfasis en manejo de Software Hospitalario
A

Nelcy Fajardo Angulo

C.C. No. c.c. 52.306.909 de Bogotá

Por haber culminado satisfactoriamente el programa de Auxiliar de Enfermería, realizado
del 17 de Julio de 2000 al 14 de Junio de 2002 con una duración de 2.000 horas.

Rector ESCUELA DE AUXILIARES
DE ENFERMERIA

DIRECTORIA

Directora ESCUELA DE AUXILIARES
DE ENFERMERIA

DIRECCION

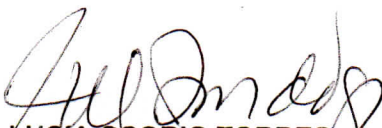
Dado en Bogotá, D.C. a los 15 días del mes de Junio de 2002

LA SUSCRITA LIDER DEL PROCESO DE GESTION SERVICIOS DE SALUD DE LA
COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO PARA LA SALUD
COOP. INTRASALUD C.T.A

CERTIFICA:

Que el Sr(a). FAJARDO ANGULO NELCY, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 52306909, estuvo afiliado(a) como asociado a COOP.INTRASALUD CTA, Como trabajador asociado desempeño el cargo de AUXILIAR DE ENFERMERIA, desde el 5 de Mayo de 2005 hasta el 30 de diciembre de 2008, bajo la modalidad de acto cooperativo, actividades que realizo en el HOSPITAL CENTRO ORIENTE - EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

La presente certificación se expide con destino al interesado, a los 6 días del mes de enero de 2008.


LUCIA OSORIO TORRES
LIDER DEL PROCESO DE GESTION
DE SERVICIOS DE SALUD

Elaboró ALVARO RODRIGUEZ

 **Coop.**
Intrasalud
las manos de la salud

Para su confirmación favor, comunicarse con la línea de atención y solicitud de certificaciones laborales: 524678

REPUBLICA DE COLOMBIA DE
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.306.909**
FAJARDO ANGULO

APELLIDOS
NELCY

NOMBRES

[Signature]

[Fingerprint]

REPUBLICA DE COLOMBIA

FECHA DE NACIMIENTO **08-SEP-1977**

MONQUIRA
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.50
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

22-ABR-1996 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

[Signature]
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

[Barcode]

A-1500150-00275959-F-0052306909-20110106 0025445870A 3 2191133216

GOBIERNO NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

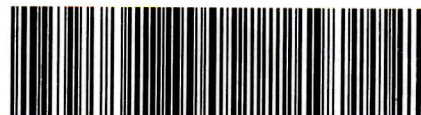
2. Concepto **0 2** Actualización

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14386742926



(415)7707212489984(8020) 000001438674292 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

5 2 3 0 6 9 0 9

6. DV

3

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

(3 2)

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento:

Cédula de ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación:

5 2 3 0 6 9 0 9

27. Fecha expedición:

1 9 9 6 0 4 2 2

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País:

1 6 9

29. Departamento:

Bogotá D.C.

30. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

FAJARDO

32. Segundo apellido

ANGULO

33. Primer nombre

NELCY

34. Otros nombres

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento:

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CR 7 C 03 96 AP 204 TO 10 CONJ PARQUE CAMPESTRE

42. Correo electrónico:

nelcy2110@hotmail.com

43. Apartado aéreo

44. Teléfono 1:

3 1 9 2 7 4 4 0 8 9

45. Teléfono 2:

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal

46. Código:

8 6 9 2

47. Fecha inicio actividad:

2 0 0 5 0 3 0 1

Actividad secundaria

48. Código:

49. Fecha inicio actividad:

Otras actividades

50. Código:

1 2

Ocupación

51. Código:

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
2	0																

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

Exportadores

54. Código:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

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:

2 0 1 6 0 8 2 5

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.

Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre FAJARDO ANGULO NELCY

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

CONTRIBUYENTE NIT 52306909-3 NELCY FAJRDO ANGULO

Información General

Dirección KR 7C 03 98 AP 204 TO 10 CONJ PARQUE
CAMPESTRE SOACHA

Teléfonos 3192744089

Dirección electrónica nelcy2110@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 10/06/2009

Soporte Inscripción 13035009

Fecha Inicio Actividades 10/06/2009

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

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: 16001099019

Fuente ICA TE TOCA

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



PDF
Complete

Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.

Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features





Secretaría
SALUD

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ, D.C.

Resolución No 5856 de 08/07/2002

Secretaría Distrital de Salud de Santa Fe de Bogotá

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

EL DIRECTOR DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el decreto 1875 de 1994 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) FAJARDO ANGULO NELCY Identificado(a) con CC número 52306909 expedida en SANTAFE DE BOGOTA D.C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según CERTIFICADO de AUXILIAR DE ENFERMERIA otorgado por LA ESCUELA DE AUXILIARES DE ENFERMERIA CEMCA el día 15/06/2002 y registrado en el libro XX Folio XX año XX

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 FAJARDO ANGULO NELCY identificado(a) con CC número 52306909 expedida en SANTAFE DE BOGOTA D.C para desempeñarse como AUXILIAR DE ENFERMERIA en el Territorio Nacional.

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

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

NOTIFIQUESE, Y CUMPLASE

Dada en Santa Fe de Bogotá, D.C. a los 08/07/2002

ORIGINAL FIRMADO POR:

JORGE HUMBERTO BLANCO RESTREPO

JORGE HUMBERTO BLANCO RESTREPO

Director de Desarrollo de Servicios

rs

Bogotá, D.C. 30-07-2002

A la fecha notifiqué personalmente al

señor (a) Nalcy Fajardo Angulo

CC. # 52306-909 Bogotá

Res # 5856 fecha: 08/07/2002

Firma

[Firma manuscrita]



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 *

52306909

Primer Nombre *

NELCY

Primer Apellido *

FAJARDO

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2018-12-13→1:14:45 AM -2018-12-13→1:15:37 AM -2018-12-13→1:16:37 AM
-2018-12-13→1:17:46 AM -2018-12-13→1:18:32 AM -2018-12-13→1:19:36 AM -2018-12-13→1:20:31 AM -2018-12-13→1:21:26 AM -2018-12-13→1:22:33 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Detalles
CC	52306909	NELCY		FAJARDO	ANGULO	Ver

Información Detallada [CC: 52306909] NELCY FAJARDO ANGULO

2018-12-13→1:22:33 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha desde que puede ejercer	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	2002/7/08	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).

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
1	ALMANZA ALARCON WENDY JANITHSE	1.023.900.664	24	F	> 2000
2	ALVAREZ JUAN CARLOS	92.530.569	37	M	13,8
3	BAQUERO GUTIERREZ JOHN EDISSON	9.737.361	32	M	56,9
4	BERNAL CAMPOS DIANA ROCIO	52.827.978	35	F	5,8
5	BRICENO JUDITH	41.777.200	55	F	50,2
6	CADENA GALINDO INDIRA LORENA	39.463.209	31	F	35,3
7	CASTRO CORONADO LUZ ARGENIS	1.045.673.258	27	F	177,0
8	ESTRADA GOMEZ MARTHA ELENA	39.688.645	52	F	64,4
9	FAJARDO ANGULO NELCY	52.306.909	37	F	> 2000
10	FAJARDO FRANCISCO	79.316.701	51	M	> 2000
11	FAJARDO MUNAR HOLLMAN MAURICIO	1.018.411.008	28	M	432,0
12	GAITAN BAQUERO LUZ NELLY	39.758.222	44	F	> 2000
13	GARCIA PORRAS NANCY	52.315.155	38	F	> 2000
14	GARZON MIRYAN ANDREA	52.231.538	39	F	94,2
15	GOMEZ MARTINEZ MAIRA ALEJANDRA	1.030.654.260	20	F	> 2000
16	GUERRERO RUEDA AURA VIVIANA	63.499.808	40	F	61,4
17	GUTIERREZ BERNAL JENNY GISELA	52.689.034	32	F	548,0
18	GUTIERREZ LEON JULIO CESAR	1.120.564.856	27	M	134,0
19	HOTOS RUIZ DAISY	52.882.640	34	F	4,6
20	LANDINEZ EDDYTH ROCIO	52.857.561	33	F	1058,0
21	LOPEZ MUÑOZ ASCENSION	52.063.690	42	F	1026,0
22	MAHECHA FAJARDO LUZ MIRIAM	20.698.997	52	F	856,0
23	MANTILLA GALVIS SANDRA	60.368.654	40	F	556,0
24	MELO QUNTERO FABIO	88.220.469	39	M	17,8
25	MERCADO PASCUALES LILIBETH	64.740.625	41	F	1954,0
26	MOCA HURTADO JULY ANDREA	1.026.556.015	27	F	247,0
27	MONCAYO CERON BIBIANA PATRICIA	1.014.186.003	28	F	74,1
28	MONTERO CAIZA ERLEY	1.013.581.568	24	M	> 2000
29	MOQUE RUIZ PAULA ANDREA	1.010.176.606	27	F	257,0
30	MORALES LAMOS DEISI XIOMARA	37.398.013	31	F	15,3
31	MORENO VARGAS YULY PAOLA	53.168.016	30	F	170,0
32	MUÑOZ MARIN YANETH	65.716.991	41	F	92,3
33	MUÑOZ TORRES BENJAMIN	19.315.871	58	M	219,0
34	NAVARRO MELO ALICIA	41.770.445	57	F	< 3,0
35	ORTIZ SANTOS MONICA YISET	1.013.644.298	21	F	> 2000
36	OSORIO RAMIREZ ANGELA YURIETH	1.023.918.327	22	F	7,7
37	PINTO GLORIA ANGELA	28.280.740	41	F	1142,0
38	PRECIADO MOTTA MARIBEL	51.779.238	52	F	483,0
39	REYES SALAZAR JAVIER	5.937.671	48	M	1576,0
40	RIOS CAMACHO GINA	51.937.139	46	F	> 2000
41	RIVERA CASTRO PAOLA MILENA	1.030.546.538	27	F	130,0
42	RODRIGUEZ PUERTO YESICA VIVIANA	1.010.203.949	22	F	> 2000

HEPATITIS B HEPAVAX GENE	DOSIS	FECHA APLICACION	FIRMA
	1a	05-19-00	
	2a	23-Jun/00	me
	3a	07-21-00	
	Ref.		

TETANOS DIFTERIA DIF-TET-ALL	DOSIS	FECHA APLICACION	FIRMA
	1a		
	2a		
	3a		
	Ref.		

INFLUENZA AGRIPPAL S1	DOSIS	FECHA APLICACION	FIRMA
	1		

VARICELA Varicela vaccine	DOSIS	FECHA APLICACION	FIRMA
	1		
	2		

TRIPLE VIRAL MORUPAR	DOSIS	FECHA APLICACION	FIRMA
	1		



BIOTOSCANA SA

SU ÁNGEL PROTECTOR EN SALUD

CHIRON | VACCINES



CARNET DE
VACUNACION

Nombre	NELCY FASARDO
Dirección	C-71 NO 89-38
Teléfono	72-60209

MEDICLINICO SANTA ANA IPS Y CIA S EN C.

Carrera 3 este No. 6 - 21

Tel 3 33 11 98 - 2 80 47 68

Certificado De Salud Ocupacional

Fecha	Documento	Nombre
2017-11-25	52306909	NELCY FAJARDO ANGULO
Sexo	Nacionalidad	Ciudad
Femenino	COLOMBIA	BOGOTA
Fecha nacimiento	Edad	Lugar nacimiento
1977-09-08	40 años, 2 meses y 17 días	MONQUIRA



Estado civil	Telefono	Direccion
Union libre	3192744089	CARRERA 7 C N. 3-98
Escolaridad	Profesion	Oficio
TECNICO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	AUX. DE ENFERMERIA

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

Empresa	Tiempo	Cargo	Factores de riesgo	Tipo de Riesgo	Epp
HOSPITAL GUAVIO	12 AÑOS	AUXILIAR DE ENFERMERIA	E,M,L	CARGA MENTAL	

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

APTITUD

☒ APTO CON PATOLOGIA (Que NO interfieren en su trabajo)	☐ APTO CON LIMITACIONES (Que interfieren en su trabajo)	☐ APTO CON LIMITACIONES (NO APTO para realizar la labor especifica)
☐ APTO SIN LIMITACIONES	☐ APTO PARA LABORAR EN ALTURAS	

Segun exámenes solicitados por la empresa remitente

☒ EXAMEN DE INGRESO	☐ EXAMEN PERIODICO	☐ EXAMEN DE EGRESO
---	---	---

☐ APLAZADO

IMPRESION DIAGNOSTICA

RAZON:

OBESIDAD GRADO II ENFERMEDAD VASCULAR PERIFERICA LEVE. USO DE MEDIAS ANTIVARICES.

☒ HIGIENE POSTURAL

☒ USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION

☐ USA LENTES PERMANENTE

☒ VALORACION POR S.O. ANUAL

☒ CAPACITACION EN SU AREA DE TRABAJO

☐ REMISION ESPECIALISTA

☒ REALIZA PAUSAS EN SU LABOR

☒ REALIZAR EXAMENES COMPLEMENTARIOS

☐ ESQUEMA VACUNACION ADULTO

☒ RECOMENDACION CREMAS HUMECTANTES PARA LA PIEL

☒ HABITOS NUTRICIONALES ADECUADOS, REALIZAR ACTIVIDAD FISICA, CONTROL DE PESO, CONTROL MEDICO PERIODICO

☐ CONTROL DE COMORBILIDAD EPS

☐ SEROLOGIA

YO Nelcy Fajardo Angulo identificado con cédula de ciudadanía 52306909

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.

Gloria Rincón Inguierdo
Med. Esp. Salud Ocupacional
R.M. 1938/2006
L.S.O. 7857/2013

Paciente: Nelcy Fajardo Angulo
Cédula: 52306909



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:

NELSY FAJARDO ANGULO

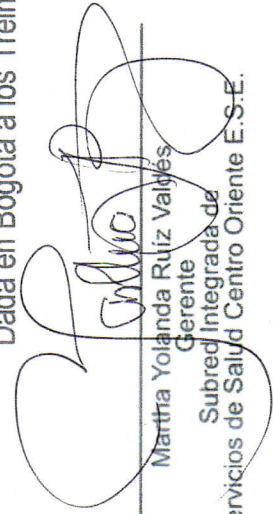
C.C.: 52306909

Asistió a la capacitación en:

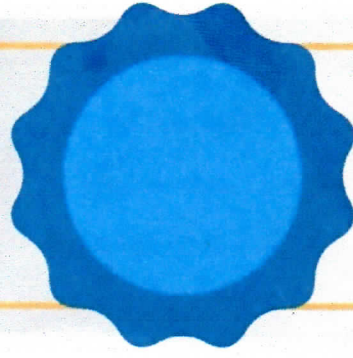
**Atención Integral en Salud
de Víctimas de Violencia Sexual**

Con una intensidad horaria de 20 horas

Dada en Bogotá a los Treinta (30) días del mes de Noviembre de 2016


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


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





ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA

REGIONAL BOGOTÁ D.C. - CUNDINAMARCA



Certifica que

NELCY FAJARDO ANGULO

C.C. 52.306.909

Participó en el curso de:

“SOPORTE VITAL BASICO”

Realizado en Bogotá Cundinamarca, del 01 al 10 de Diciembre del 2018

Con una intensidad teórica - práctica de 40 horas.

Válido por 2 años.

"De acuerdo a la resolución 2003 del 28 de Mayo de 2014"

JUAN ALEXANDER APATA

Coordinador Regional Bogotá Cundinamarca
Asociación Colombiana de Atención

BOGOTÁ CUNDINAMARCA
NIT. RAPEL E.U. 900209767-4



NIT. ACAPH 830136415-9

 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:	2018-12-10	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 5.2.2.2.1, 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:	OTRO				
1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL							
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
FAJARDO		ANGULO		NELCY			
TIPO DE IDENTIFICACION		No IDENTIFICACION		LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)		FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
C.C.	☒	C.E.	☐	R.C.	☐	NUIP	☐
		52.306.909		BOGOTA		1996-04-22	
PASAPORTE	☐	OTRO	☐	CUAL:			
				ES RESIDENTE EN COLOMBIA?		SI ☒ NO ☐	
FECHA NACIMIENTO:		LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)		PAIS NACIMIENTO		NACIONALIDAD:	
1985-05-23		MONQUIRA- BOYACA		COLOMBIA		COLOMBIANA	
ESTADO CIVIL				PERSONA A CARGO		NUMERO DE HIJOS	
SOLTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐				2		1	
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA						PROFESION/ OFICIO	
MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☐ BACHILLER ☐ PRIMARIA ☐				CUAL:		OTRO	
TECNICO ☐ TECNOLOGO ☒ OTRO ☐						AUXILIAR DE ENFERMERIA	
DIRECCION RESIDENCIA:		CIUDAD RESIDENCIA		DEPARTAMENTO:		PAIS RESIDENCIA:	
CRA 7C 3-98 APTO 204 TORRE 10		SOACHA		CUNDINAMARCA		COLOMBIA	
CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO:			PORTAL O PAGINA INTERNET			TIPO DE VIVIENDA	
nfajardo.ips.hco						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: colombiano	
3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:							
ASALARIADO ☐		ESTUDIANTE ☐		HOGAR ☐		PENSIONADO ☐	
SOCIO ☐		CONTRATISTA ☐		COMERCIANTE ☐		EMPLEADO PUBLICO ☐	
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐		EMPLEADO SOCIO ☐		OTRA..... ☐		CUAL:	
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:		DECLARA RENTA		IVA		CODIGOS C.I.U. ACTIVIDAD ECONOMICA	
		SI ☐ NO ☒		SI ☐ NO ☒		PRINCIPAL: ☐ SECUNDARIA: ☐	
GRAN CONTRIBUYENTE		SI ☐ NO ☒		AGENTE RETENEDOR		AGENTE AUTORETENEDOR	
				SI ☐ NO ☒		SI ☐ NO ☒	
FUNCIONARIO PUBLICO		ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA			
SI ☐ NO ☐		SI ☐ NO ☐		SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.			
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA				GOBIERNO ☐ COMERCIAL ☐ SERVICIOS ☒ SALUD ☐		NIT	
						9 009 59 0 5 1.7	

 <div>Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</div>	<div>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</div>	<div>CÓDIGO: ET-CA-FT- 011 VERSIÓN: 02 FECHA: 2017-08-22</div>							
EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ NANCIERA ☐ ANSPORTE ☐ NOLOGIA ☐ IENTOS ☐ MEIAMENTOS ☐									
OTRA ☐ CUAL: ☒									
DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS					
Dg. 34 #5-43	3444484	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA					
CARGO ACTUAL	AUXILIAR DE ENFERMERIA		FECHA VINCULACION(AAAA/MM/DD)	2004-03-01					
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	\$ 700.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA			
HONORARIOS	1.500.000	ARRIENDOS	\$ 500.000	INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO			
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS			
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS			
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	\$ 300.000	OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*			
TOTAL INGRESOS	1.500.000	TOTAL EGRESOS	1.500.000	TOTAL ACTIVOS	0	TOTAL PASIVOS	0		
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS			
6. REFERENCIAS PERSONALES (No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Cotraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)									
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE			
MARTINEZ		LOPEZ		NURY		JEANNETH			
DIRECCION		CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS		TIPO RELACION		TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR			
CALLE 52 F SUR # 27-38		BOGOTA/COLOMBIA		COMPAÑERA DE TRABAJO		3214507077			
7. REFERENCIA FINANCIERA									
NOMBRE ENTIDAD		TIPO DE PRODUCTO		NUMERO		SUCURSAL		TELEFONO	
BBVA		CUENTA DE AHORROS		1374292354		LAS AGUAS			
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:									CUAL:
IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ RA ☐									
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 destinarán 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.									

 <p>Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</p>	<p align="center">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</p>	<p>CÓDIGO: ET-CA-FT- 011 VERSIÓN: 02 FECHA: 2017-08-22</p>
<p align="center">9. DOCUMENTOS REQUERIDOS</p>		
<p>Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante. Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante. Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados financieros certificados + declaración de renta si es declarante Nota: Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible. Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los últimos tres meses + declaración de renta si es declarante</p>		
<p>1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.(Para Comerciantes) 2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT. 3. Fotocopia Inscripción en el Rit Distrital. 4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%. 5. Fotocopia Declaración de Renta del último período gravable declarado (si esta obligado a declarar) 6. Estados Financieros del último período disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad) APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público. NOTA: Todos los conceptos de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)</p>		
<p>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.</p>		
<p>1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo. 2. Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley. 3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratan observando las disposiciones legales vigentes. 4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:</p>		
<p align="center">AUTORIZACION</p>		
<p>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.</p>		
<p>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 prestación 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 la ESE y/o sus Unidades Prestadoras 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 determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para 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 satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) 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.</p>		
<p>3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivadas 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 celebración, ejecución, terminación y liquidación 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 celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos. 4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento. 5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas. 6. DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.</p>		

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 jurídica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.

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.

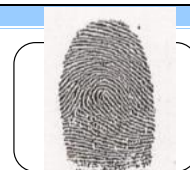
NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentrooriente.gov.co) en el Link " POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES".

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 EN CONSTANCIA FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO



Firma Cliente / Representante Legal



Huella Indice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) NELCY FAJARDO ANGULO identificado(a) con CC 52306909 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios: 01/04/2009

Estado de la Afiliación: ACTIVO

IPS: COLSUBSIDIO CENTRO MEDICO 1 DE MAYO A

Categoría:

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE** , a los 12 días del mes de diciembre del año 2018 .

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra Director
Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.



**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS
PORVENIR S.A.
NIT 800.144.331-3**

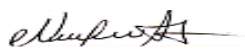
CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **NELCY FAJARDO ANGULO**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **52,306,909**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 09 días del mes de Diciembre de 2018.

Gerente de Clientes

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

52306909		SEGUROS BOLIVAR	
Numero de Documento		ARL	
NELCY		FAJARDO	ANGULO
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
08/09/1977	MONQUIRA	CRA 7C 3-98 APTO 204	
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo
FAMISANAR	PORVENIR	1.500.000	
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios	
AUXILIAR DE ENFERMERIA		10/01/2019	
Objeto Contractual (Cargo)		Fecha Inicio del Contrato	
nfajardo.ips.hco@gmail.com		3192744089	
Correo Electrónico		Celular	
			
Firma del Afiliado		CAROLINA TRUJILLO	
		Firma y Nombre Supervisor del Contrato	
		C.C. 39557974	



CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 118755833



WEB

23:17:08

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 03 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) NELCY FAJARDO ANGULO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52306909:

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.

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 lunes 03 de diciembre de 2018, a las 22:36:45, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	52306909
Código de Verificación	52306909181203223645

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 PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB





Bogotá D.C., 3 de Diciembre de 2018 - 22:56 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) **NELCY FAJARDO ANGULO**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CINCUENTA Y DOS MILLONES TRESCIENTOS SEIS MIL NOVECIENTOS NUEVE** de BOGOTÁ D.C.

52306909

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 figuren 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 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 comuníquese 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: **12_RSH4X_5522**

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 08:32:15 horas del 17/12/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **52306909**

Apellidos y Nombres: **FAJARDO ANGULO NELCY**

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.



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



Presidencia
de la República



Ministerio de
Defensa Nacional



Portal Único
de Contratación

Todos los derechos reservados.



Gobierno en
Línea



BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

Que nuestro(a) cliente **NELCY FAJARDO ANGULO**, identificado(a) con **cédula de ciudadanía n° 52.306.909** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 074066432** abierta el **10 de julio del 2009**, cuenta **activa** y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, a los **12** días del mes de **diciembre** del año **2018**.

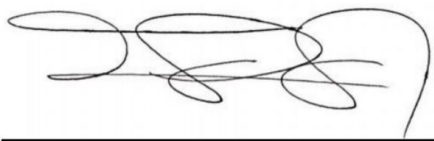
Para trámites de nómina, legales, internacionales y otros, también puedes usar las siguientes opciones de número de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos: **0074066432**

Cuenta de 16 dígitos: **0074000200066432**

Cuenta de 20 dígitos: **00130074000200066432**

Firma autográfica



Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

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



ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

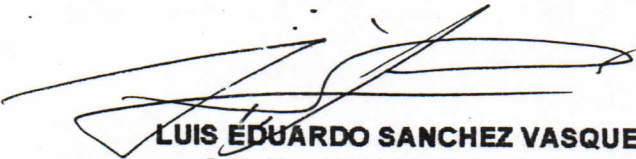
En la ciudad de Santa Fé de Bogotá, a los catorce (14) días del mes de junio de dos mil dos (2.002), se reunieron los suscritos Rector y Directora de la Escuela de AUXILIARES DE ENFERMERIA "CEMCA", con el fin de estudiar los resultados académicos y prácticos de los estudiantes de cuarto semestre, con el propósito de conferirles la certificación correspondiente como AUXILIARES DE ENFERMERIA.

Comprobada la situación académica y verificadas las diferentes actividades de prácticas de atención primaria y secundaria de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al último semestre de AUXILIARES DE ENFERMERIA, se procedió a otorgar el certificado al egresando cuyos apellidos, nombres y número del documento de identidad se relacionan a continuación:

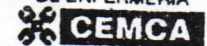
FAJARDO ANGULO NELCY
C. C. N° 52.306.909 de Bogotá

Es fiel copia tomada del Acta General de Grado No. 020 de fecha catorce (14) de junio de dos mil dos (2.002), que consta de 139 alumnos, que comienza con el nombre de ACOSTA RAMOS JENNY MARCELA y termina con el nombre de VERGARA SÁNCHEZ JOHANA MILENA, firmada y sellada por LUIS EDUARDO SANCHEZ VASQUEZ (Rector) y MARLEN ALVAREZ RICAURTE (Directora).

Dada en Bogotá D.C., a los quince (15) días del mes de junio de dos mil dos (2.002).


LUIS EDUARDO SANCHEZ VASQUEZ
C.C. No. 17'037.843 de Bogotá
Rector ESCUELA DE AUXILIARES
DE ENFERMERIA

RECTORIA


MARLEN ALVAREZ RICAURTE
C.C. No. 39.520.613 de Engativá
Directora ESCUELA DE AUXILIARES
DE ENFERMERIA

DIRECCION

Acta Individual de Grado

Inscripción S.E. _____

DANE _____

COLEGIO DISTRICTAL FERNANDO
MAZUERA VILLEGAS J. TARDE

En la ciudad de SANTAFE DE BOGOTA D.C. a los DOS (2) días del mes de DICIEMBRE del año 1.999

se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretario en la rectoría del COLEGIO DISTRICTAL FERNANDO MAZUERA VILLEGAS J. TARDE

Institución aprobada hasta NVA. VISITA en el nivel de Educación Media y autorizada por SECRET. DE EDUC. DE STAFE
DE BTA D.C. para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad TECNICA

según RESOLUCION No. 3057 del TREINTA (30) de SEPTIEMBRE de 1.999

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media, se procedió a otorgar el TITULO DE BACHILLER TECNICO CON ENFASIS EN COMERCIO

al graduado cuyos nombres, apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación:
FAJARDO ANGULO NELCY C.C. # 52.306.909 STAFE DE BTA DC

Es fiel copia tomada del Acta original general No. 21 de fecha 02/12/99 que consta de 181 alumnos que comienza con el nombre de ACUNA TRUJILLO PIERRE RICARDO
y se cierra con el nombre de ZEA CEDENO ANDREA
firmado y sellado por ALVARO GARZON PELAEZ (Rector)
y MARIA VICTORIA SALCEDO MOLANO (Secretario).

Dada en SANTAFE DE BOGOTA D.C. a los DOS días del mes de DICIEMBRE de 1.999

Firmado y Sellado

El Rector o Director

C.C. No. 3.012.693 DE FACATATIVA

Secretario (a)

C.C. No. 39.531.027 DE ENGATIVA-BTA

DIPLOMA No. _____

Bogotá D.C

Señores:

ESCUELA DE AUXILIARES DE ENFERMERIA CENCA

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, NEICY FAJARDO ANGULO 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...."

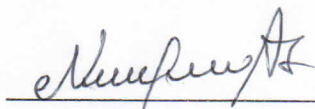
De igual manera, teniendo en cuenta que la información solicitada en cuenta a datos personales en mi calidad de egresado, solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes a emitir respuesta a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** sobre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

TECNICO LABORAL EN AUXILIAR DE ENFERMERIA

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma



No. de documento:

52306909

Tarjeta profesional No:

52306909

Dirección de contacto:

CRTEH 3-98 SOACHA

Teléfono:

3192191061