

Soacha, 01 de Octubre de 2022

Doctora.

ALEXANDRA GONZALEZ MORENO

Gerente

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

Calle 13 # 9-97

Teléfono: (601) 730 92 30

Ciudad

REFERENCIA: PROPUESTAS DE SERVICIOS

Nombre: Nathalie Zubieta Rico

Cargo: Técnico en Sistemas

Respetada Doctora Alexandra González Moreno, reciba un cordial saludo, por medio de la presente me permito confirmar mi intención de participar en la contratación que a bien tenga la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y cumplir a cabalidad cada una de las actividades que sean asignadas mediante contrato de prestación de servicios conforme los términos que se estipulen en la minuta contractual.

Cordialmente,

Nathalie Zubieta Rico

Nathalie Zubieta Rico

CC: 1.031.121.115

Dirección: KR 23 # 46 a 15 sur

Email: zubietanathalie@gmail.com

Teléfono/ Celular: 318 402 55 76

NATHALIE ZUBIETA RICO



PERFIL PROFESIONAL

Cuento con los conocimientos en manejo de redes eléctricas bajo estándares como la norma retie, de materiales y ambiente, gestión de la calidad, realización de estudios de tiempos y movimientos, manejo de software, hardware en computadores, impresoras láser y de punto, reparación de equipos celulares Tablet portátiles, manejo de equipos NVT sistemas de grabación, diseño enfocado en redes, control de acceso, sistemas de CCTV, y colocación de equipos.

Relacionado con programas informáticos como el paquete de office power point, Word, Excel, Access, vicio y Project en un nivel de manejo intermedio, así como en programas de ingeniería como, Visio, autodesk, sweet home programas de edición como Paint y google sketchup, Sivigila, Sisvan, PAI y alto de manejo de internet, y muy buena capacidad de aprendizaje para nuevos programas. Manejo básico de servidor.

Siendo una persona seria, dinámica, con ganas de construir un buen futuro. Excelente presencia personal, creativo y con capacidad de tomar decisiones bajo presión y gran capacidad de trabajo en grupo, integración, flexibilidad, dinamismo y habilidad para enfrentar situaciones de desafío y superación.

Una persona emprendedora, proactiva, a quien le gustan los retos ya fortalecen la forma en la que se afronta el día a día. Gusto por el estudio; atento a los detalles. Una persona muy sociable quien hace amigos fácilmente; buscando un mejor futuro y con muchas aspiraciones de crecimiento laboral, económico y personal.

DATOS PERSONALES

Nombre: Nathalie Zubieta Rico

Documento: C.C 1031121115 de Bogotá

Dirección: Kr. 23 # 46 a 15 sur torre 9 apto 117

Celular: 3184925576

E-mail: naritzu@hotmail.com

FORMACION ACADEMICA

UNIVERSITARIOS

- Universidad Minuto de Dios
Ingeniería Electrónica
2 semestres
2006-2007
- Escuela colombiana de Ingeniería
Ingeniería Eléctrica
5 semestre 2007-2009
- ISCOL
Tecnico de sistemas
2004-2006
Culminada
- ITC la salle
Ingeniería Mecatrónica
2021
4 semestre
Jornada Nocturna
Actualmente

SECUNDARIOS

- RAFAEL URIBE URIBE
Bachillerato Técnico Comercial
2003

PRIMARIOS

- Colegio de la Presentación Fátima
1992 – 1996

EXPERIENCIA LABORAL

Security and Service Center

Soporte de ingeniería

Desde 15 junio 2005 hasta 6 marzo 2013

Jefe: Martha Cortés

Teléfono: 304 662 7341

Funciones

- Estandarización de operaciones
- Búsqueda de soluciones para problemas de programación y de producción
- Toma de tiempos y movimientos de las operaciones para desarrollar una mejora en la organización y métodos de la empresa
- Elaboración de propuestas de mejora continua
- instalación y manejo de redes de datos tanto cobre como fibra.
- Diseño e implementación de equipos de seguridad
- Canalización e entubación eléctrica
- Redes eléctricas con norma ntc y retie.
- Manejo de software de sistemas de seguridad
- Mantenimiento de computadores tanto hardware y software
- Arreglo de equipos de seguridad
- manejo de programas de ofimática.
- arreglo preventivo de equipos y soporte técnico remoto a los clientes de diferentes tipos de software.
- conocimiento y manejo de redes.
- Instalación de sistemas operativos en servidores
- Manejo de directorios activos.

AERODELICIAS

Auxiliar del departamento de sistemas

Desde 04 enero 2014 hasta 15 de junio 2014

Jefedirecto: Ricardo Castro

Teléfonos: 30000460 - 30000462

Funciones

- manejo de programa asterix
- arreglo de hardware y software de equipos de computo
- instalación y solución de problemas en redes. *manejo de compra de equipos para la empresa
- instalación de programa contable siigo.
- reparación de impresoras

SERVIOLA

Técnico soporte

Desde 01 diciembre 2015 Hasta 01 abril 2017

Jefe directo: Duvan Reina

Teléfonos: 5940500

Funciones

- Reparación de equipos celulares, Tablet, impresoras, portátiles.
- Instalación de software de los equipos.
- Atención al cliente.

SUBRED SUR OCCIDENTE

Técnico en sistemas

Desde 15 octubre 2017 hasta el 04 mayo 2019

Jefe directo: Marisol Calixto

Telefono:3134836012

Referente Subsistema Sivim

Funciones

- Manejo aplicativo sivigila en proceso de salud mental.
- Geo codificación
- Manejo aplicativo Sisvan
- Manejo aplicativo Pai y realización de asistencias técnicas de este mismo proceso.
- Consolidación y unificación de bases de datos.

HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS

- Manejo de bases de datos
- Consolidación de información
- Garantizar backup de la información
- Creación de formatos y plantillas según lineamientos

Referencias personales

- CARLOS CARDENAS
Ingeniero industrial
3102243439
- MELISSA GANTIVA
Comunicadora Grafica

Nathalie Zubieta Rico
Nathalie Zubieta Rico
C.C 1031121115

COLOMBIA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

REPUBLICA DE COLOMBIA

NUMERO **1.031.121.115**

ZUBIETA RICO

APELLIDOS

NATHALIE

NOMBRES

Nathalie Zubieta Rico

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **20-MAR-1986**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.50

ESTATURA

O+

G.S. RH

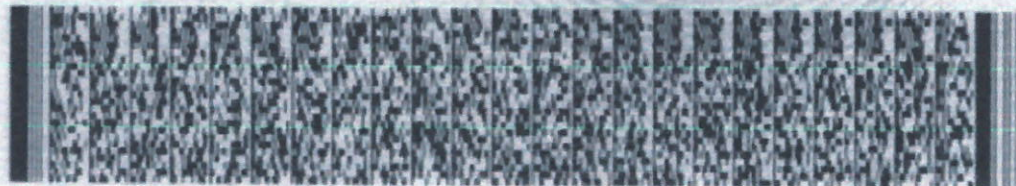
F

SEXO

12-ABR-2004 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500150-00183345-F-1031121115-20091005

0016892644A 1

33238357

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 206362341



WEB
19:30:19
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 02 de octubre del 2022

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) NATHALIE ZUBIETA RICO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1031121115:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 238 Ley 1952 de 2019)

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la 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>



OLGA LUCIA TIBOCHA CORTES
Jefe División de Relacionamento Con El Ciudadano (E)

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 JURISDICCION COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy domingo 02 de octubre de 2022, a las 19:31:47, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1031121115
Código de Verificación	1031121115221002193147

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.



YEZID LOZANO PUENTES
Contralor Delegado



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia Informa:

Que siendo las 07:35:24 PM horas del 02/10/2022, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 1031121115

Apellidos y Nombres: ZUBIETA RICO NATHALIE

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las [preguntas frecuentes](#) o acérquese a las [instalaciones de la Policía Nacional](#) más cercanas.



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



Presidencia de
la República



Ministerio de
Defensa Nacional



Portal Único de
Contratación



GOV.CO

Todos los derechos reservados.

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

 Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 02/10/2022 08:37:32 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1031121115** y Nombre: **NATHALIE ZUBIETA RICO.**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **43156612**. La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando <https://www.policia.gov.co>, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

 Nueva Búsqueda

 Imprimir

Información 5159000

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

www.policia.gov.co





FORMATO SARLAFT

Codigo TH_FTO_45
Version 0
Vigencia 6/07/2022

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

FECHA: 2022-10-02 CIUDAD: BOGOTÁ DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA

Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá 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 realización de este proceso es de carácter obligatorio para la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

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

PROVEEDOR [] PARTICULAR [] CONTRATISTA OPS [X] SERVIDOR PUB [] OTRO [] CUAL: []

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

Form containing personal data: PRIMER APELLIDO (ZUBIETA), SEGUNDO APELLIDO (RICO), PRIMER NOMBRE (NATHALIE), SEGUNDO NOMBRE, TIPO DE IDENTIFICACION (C.C. [X]), No IDENTIFICACION (1.031.121.115), LUGAR EXPEDICION (BOGOTÁ), FECHA EXPEDICION (2004-04-12), PASAPORTE [], OTRO [], ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI [] NO [], FECHA NACIMIENTO (1986-03-28), LUGAR NACIMIENTO (BOGOTÁ / CUNDINAMARCA), PAIS NACIMIENTO (COLOMBIA), NACIONALIDAD (COLOMBIANA), ESTADO CIVIL (SOLTERO(A) [X]), PERSONA A CARGO (0), NUMERO DE HIJOS (0), TELEFONO CELULAR (3184925576), NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA (TECNOLOGO [X]), PROFESION / OFICIO (CONTRATISTA).

Form containing address and contact info: DIRECCION RESIDENCIA (KR 23 46 A 15 SUR TO 9 AP 117), CIUDAD RESIDENCIA (BOGOTÁ), DEPARTAMENTO (CUNDINAMARCA), PAIS RESIDENCIA (COLOMBIA), TELEFONO RESIDENCIA (6915398), CORREO ELECTRONICO (zubistanathalie@gmail.com), PORTAL O PAGINA INTERNET, TIPO DE VIVIENDA (ARRENDADA [X]), DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (SI tiene), CIUDAD, DEPARTAMENTO, PAIS, TELEFONO/FAX.

2. DATOS DEL CONYUGE

Form containing spouse data: PRIMER APELLIDO, SEGUNDO APELLIDO, PRIMER NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE, TIPO DE IDENTIFICACION, NUMERO IDENTIFICACION, LUGAR EXPEDICION, FECHA EXPEDICION, PASAPORTE, OTRO, ES RESIDENTE EN COLOMBIA, NACIONALIDAD.

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

Form containing economic activity data: ASALARIADO [], ESTUDIANTE [], BOGAR [], PENSIONADO [], SOCIO [], CONTRATISTA [X], COMERCIANTE [], EMPLEADO PUBLICO [], OTRA [], PROFESIONAL INDEPENDIENTE [], EMPLEADO SOCIO [], CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA (8299), INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE (DECLARA RENTA SI [] NO [X]), IVA (SI [] NO [X]), ICA (SI [] NO [X]), GRAN CONTRIBUYENTE (SI [] NO [X]), AGENTE RETENEDOR (SI [] NO [X]), AGENTE AUTORETENEDOR (SI [] NO [X]), FUNCIONARIO PUBLICO (SI [] NO [X]), ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS [], NO [X], NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA (ESE Región de Salud Soacha), ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA (GOBIERNO [], SERVICIOS [], SALUD [X]), EXPORTACIONES [], AGRICOLA [], ENERGETICA [], FINANCIERA [], TRANSPORTE [], TECNOLOGIA [], ALIMENTOS [], MEDICAMENTOS [], OTRA [], CUAL [].



FORMATO SARLAFT

Código: TH_FTO_45
Versión: 0
Vigencia: 6/07/2022

Table with 5 columns: DIRECCION DE LA EMPRESA, TELEFONO, CIUDAD/MUNICIPIO, DEPARTAMENTO, PAIS. Includes fields for CARGO ACTUAL and FECHA VINCULACION.

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

Table with 6 columns: NUMERO DE EMPLEADOS, VENTAS ANUALES, CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA, DESCRIPCION ACTIVIDAD, FECHA CONSTITUCION, TIPO SOCIEDAD.

5. INFORMACION FINANCIERA

Financial summary table with columns for INGRESOS MENSUALES, EGRESOS MENSUALES, ACTIVOS, and PASIVOS. Includes sub-totals for TOTAL INGRESOS, TOTAL EGRESOS, TOTAL ACTIVOS, and TOTAL PASIVOS.

Table for DESCRIPCION OTROS INGRESOS, DESCRIPCION OTROS EGRESOS, DESCRIPCION OTROS ACTIVOS, and DESCRIPCION OTROS PASIVOS.

6. REFERENCIAS PERSONALES

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

Table with 4 columns: PRIMER APELLIDO, SEGUNDO APELLIDO, PRIMER NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE. Includes fields for DIRECCION, CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS, TIPO RELACION, and TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR.

7. REFERENCIA FINANCIERA

Table with 5 columns: NOMBRE ENTIDAD, TIPO DE PRODUCTO, NUMERO, SUCURSAL, TELEFONO. Includes fields for AV VILLAS, CUENTA DE AHORROS, and CHAPINERO.

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI NO

Table with 6 columns: NOMBRE ENTIDAD, TIPO DE PRODUCTO, NUMERO, PAIS/CIUDAD, MONEDA, MONTO PROMEDIO.

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS:

IMPORTACION EXPORTACION TRANSFERENCIAS PRISTAMOS PAGO SERVICIOS OTRA

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 aqui consignado es cierto, realiza la siguiente declaracion de fuentes de fondos a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA...

1. Que los recursos que entregue y entregaré a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):

Tecnico en sistemas, OPS.

- 2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano...
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre...
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA se destinarán a actividades lícitas.
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración...
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo al la ESE Región de Salud Soacha a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con el la ESE Región de Salud Soacha...
7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nóminas de los tres últimos meses...
Profesional Independiente/Contratista por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario...
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



FORMATO SARLAFT

Código	TH_FTO_45
Versión	0
Vigencia	6/07/2022

- Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio (Para Comerciantes)
 - Fotocopia del Registro Único Tributario RUT
 - Fotocopia Inscripción en el Rst.
 - Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%
 - Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
 - Estados Financieros del último periodo 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 concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, renta activos, herencias, legados, donaciones, etc)

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

CONSIDERACIONES

- 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.
- Que conforme a los 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
- Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratan observando las disposiciones legales vigentes
- Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, emánndose por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, con N°. 800006850-3, ubicada en la Calle 13 No. 9-97 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:

- Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministraré mis datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.
- Que la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:
 - FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA 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 modifican 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.
 - El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesario.
- USUARIOS DE LA INFORMACION. Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA 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 compra-venta de bienes y servicios. d) Las personas con las cuales la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelanta gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolida, 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 estadísticas
- 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.
- 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.
- 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 he sido obligado a responderlas
- DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION. Que como titular de la información, no asienta 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 mí.
- RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION. Que los responsables del tratamiento de la información son la ESE Región de Salud Soacha 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 ESE Región de Salud Soacha y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Calle 13 No. 9-97, Soacha, Teléfono (601) 730 92 30) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.(INDICAR DIRECCION, CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO)
- AUTORIZACION: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizamos, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento

IX. FIRMA Y HUELLA

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

Nathalie Zubieta Rico

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho



Nº 1 820 803 564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSES

Nº de Bodega de SAT

Fecha de Radicación

2 9 0 9 | 2 0 | 2 2

DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de trámite: A. Afiliación [X], B. Novedad de novedad [X]
2. Tipo de Afiliación: A. Independiente, B. Colaborativa [X], C. Colaborativa, D. Colaborativa
3. Afiliación: A. Colaborativa [X], B. Colaborativa
4. Tipo de afiliado: A. Colaborativo [X], B. Colaborativo
5. Tipo de contrato: A. Indefinido [X], B. Indefinido, C. Indefinido

A. AFILIACIÓN 1. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del afiliado o cabeza de familia)

4. Apellidos y nombres: Zubieta Rico Nathalie
7. Tipo de documento de identidad: CC, Número del documento de identidad: 1 031 121 115
9. Sexo: Femenino [X], Masculino
10. Fecha de nacimiento: 2 0 0 3 | 1 9 | 8 6

B. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia: Colpatria
12. Discapacidad: No
13. Puntaje SISBEN: Protección
14. Grupo de afiliación social:
15. Aducción o zona de riesgo laboral - ARL:
16. Aducción o zona de riesgo laboral - ARL:
17. Ingresos básicos calculados - RUC: 1 000 000
18. Ingresos: Kr. 23 # 46a 15 sur To. 9 Ap. 117, 691 5398, 318 492 55 76
19. Correo electrónico: naritzu@hotmail.com
20. Ciudad: Bogotá, Tunjuelito, Cundinamarca

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

19. Apellidos y nombres
20. Tipo de documento de identidad
21. Número del documento de identidad
22. Sexo
23. Fecha de nacimiento

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

Table with 4 columns: Apellidos y nombres, Tipo de documento de identidad, Número del documento de identidad, Sexo

Datos complementarios

Table with 4 columns: Tipo de documento de identidad, Número del documento de identidad, Sexo, Fecha de nacimiento

Datos de residencia

Table with 4 columns: Tipo de documento de identidad, Número del documento de identidad, Sexo, Fecha de nacimiento

Datos de afiliación

Table with 4 columns: Tipo de documento de identidad, Número del documento de identidad, Sexo, Fecha de nacimiento

Datos de afiliación

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS: Cafam
35. Tipo de documento de identidad: CC, Número del documento de identidad: 1 031 121 115
36. Tipo de afiliación o pago de pensiones al registro de IPS:
37. Tipo de documento de identidad: CC, Número del documento de identidad: 1 031 121 115
38. Tipo de afiliación o pago de pensiones al registro de IPS:

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

39. Nombre o razón social: Nathalie Zubieta Rico
40. Tipo de documento de identidad: CC, Número del documento de identidad: 1 031 121 115
41. Tipo de afiliación o pago de pensiones al registro de IPS:
42. Tipo de documento de identidad: CC, Número del documento de identidad: 1 031 121 115
43. Tipo de afiliación o pago de pensiones al registro de IPS:

B. REPORTE DE NOVEDADES

44. Tipo de Novedad
45. Fecha de novedad: 2 1 6 | 1 1 | 2 0 | 2 1 3

VI. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de la veracidad de los datos suministrados
47. Declaración de la veracidad de los datos suministrados
48. Declaración de la veracidad de los datos suministrados
49. Declaración de la veracidad de los datos suministrados
50. Declaración de la veracidad de los datos suministrados
51. Declaración de la veracidad de los datos suministrados
52. Declaración de la veracidad de los datos suministrados
53. Declaración de la veracidad de los datos suministrados
54. Declaración de la veracidad de los datos suministrados
55. Declaración de la veracidad de los datos suministrados
56. Declaración de la veracidad de los datos suministrados

VII. FIRMAS

57. Firma del afiliado: Nathalie Zubieta Z-co

VIII. ANEXOS

58. Anexo de copia de documentos de identidad
59. Anexo de copia de documentos de identidad
60. Anexo de copia de documentos de identidad
61. Anexo de copia de documentos de identidad
62. Anexo de copia de documentos de identidad
63. Anexo de copia de documentos de identidad
64. Anexo de copia de documentos de identidad
65. Anexo de copia de documentos de identidad

IX. DATOS A SER JUZGADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad territorial:
67. Datos de SISBEN:
68. Fecha de expedición:
69. Fecha de radicación:

OBSERVACIONES

70. Observaciones: INDEPENDIENTE CUENTA PROPIA CODIGO 4603

Observaciones del trámite de inscripción al SGCSSS

71. Firma del funcionario:
72. Fecha de radicación:

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

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

¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?

SI NO

¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su perfil en el ranking?

¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?

¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?

¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?

En mi calidad de cotizante, manifiesto de manera clara, expresa, libre, inequívoca y espontánea que le otorgo a la EPS FAMISANAR SAS en su calidad de RESPONSABLE de tratamiento de mis datos personales, mi consentimiento previo para recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, reportar y en general para tratar los DATOS PERSONALES, DATOS PERSONALES SENSIBLES y demás información susceptible de tratamiento, registrada a mi nombre y/o de los beneficiarios de mi grupo familiar en sus Bases de Datos, con la finalidad de realizar las actividades propias del aseguramiento en salud y en los términos previstos en su POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN y AVISO DE PRIVACIDAD disponibles en www.famisanar.com.co, todo lo cual conforme lo establecido en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y demás no más que la suslituyan, adicionen, reglamenten, complementen o modifiquen.

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

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

Firma del Afiliado:

Nathalie Zubietta Rico

Nombres y Apellidos: Nathalie Zubietta Rico

Identificación: 1.031.121.115

FIRMA A RUEGO

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

Como testigo, da fe de todo lo anterior y certifica que la huella aquí impuesta pertenece al señor (a) _____

Firmante a Ruego :

Nombres y Apellidos: _____
Identificación: _____
Edad: _____
Dirección de Domicilio: _____

Nombres y Apellidos de quien no sabe o no puede firmar: _____



Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección


NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **ZUBIETA RICO NATHALIE** identificado(a) con **CC** número **1.031.121.115** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a **PROTECCIÓN**, desde el día 01 de noviembre de 2010 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 02 de octubre de 2022.

Cordialmente,


Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

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

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

Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**

Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**

www.proteccion.com

202210021030



FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Zubieta		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Rico		NOMBRES Nathalie	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1031121115			SEXO F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/>	NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>	PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/>		NÚMERO		D.M.	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA		
FECHA DÍA 20 MES 03 AÑO 1986			CARRERA 23 46 A 15 sur Torre 9 Apt 117 Tunal		
PAÍS COLOMBIA		PAÍS COLOMBIA	DEPTO BOGOTA		
DEPTO BOGOTA		MUNICIPIO BOGOTA	TELÉFONO 6915398	EMAIL naritzu@hotmail.com	
MUNICIPIO BOGOTA					

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO		BÁSICA SECUNDARIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2003
										<input checked="" type="checkbox"/>				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA) TL (TECNOLÓGICA) TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA) UN (UNIVERSITARIA)

ES (ESPECIALIZACIÓN) MG (MAESTRÍA O MAGISTER) DOC (DOCTORADO O PHD)

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	5	X		TECNOLOGIA EN INGENIERIA DE SISTEMAS	12	2013	
PREGRADO	4	X			07	2006	N/A

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

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR																	
EMPRESA O ENTIDAD SUBRED CENTRO ORIENTE				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA									
DEPARTAMENTO BOGOTA			MUNICIPIO BOGOTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD									
TELÉFONOS 3444484			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO									
			Día	18	Mes	06	Año		2020		Día	31	Mes	10	Año		2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA SALUD PUBLICA					DIRECCIÓN CALLE 34 5 43									
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR																	
EMPRESA O ENTIDAD SUBRED SUR OCCIDENTE				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA									
DEPARTAMENTO BOGOTA			MUNICIPIO BOGOTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD									
TELÉFONOS 3184925576			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO									
			Día	17	Mes	10	Año		2017		Día	14	Mes	09	Año		2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO			DEPENDENCIA SALUD PUBLICA					DIRECCIÓN CARRERA 104 21 20									
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR																	
EMPRESA O ENTIDAD ASOMER				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA									
DEPARTAMENTO BOGOTA			MUNICIPIO BOGOTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD									
TELÉFONOS 3000460			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO									
			Día	04	Mes	01	Año		2014		Día	15	Mes	06	Año		2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE SISTEMAS			DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA					DIRECCIÓN CARRERA 21 166 81									
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR																	
EMPRESA O ENTIDAD BMW SECURITY AND SERVICE CENTER				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA									
DEPARTAMENTO BOGOTA			MUNICIPIO BOGOTA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD									
TELÉFONOS 3115465878			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO									
			Día	02	Mes	08	Año		2004		Día	13	Mes	12	Año		2013
CARGO O CONTRATO ACTUAL JEFE DEPARTAMENTO TECNICO			DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA					DIRECCIÓN tv 25 44a 48 sur									

4

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE														
INSTITUCIÓN EDUCATIVA				PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ			MUNICIPIO BOGOTÁ				CORREO ELECTRÓNICO							
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO							
			Día:	26	Mes:	07	Año:	2004	Día:	09	Mes:	07	Año:	2008
ÁREA DE CONOCIMIENTO			NIVEL EDUCATIVO PREGRADO				DIRECCIÓN							

5

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	2	10
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	9	9
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	4
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	13	0

6

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento

Bogotá 1 de octubre 2022

Nathalie Zubietta Rico

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN AL CLIENTE No. 018000517770 PÁGINA WEB: www.funcionpublica.gov.co

**FORMULARIO ÚNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES
Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 de 1995)**

ENTIDAD RECEPTORA
HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS -SOACHA

Periodo Declarado: 01/01/2021 - 31/12/2021

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, **Nathalie Zubieta Rico**

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. No. **1031121115** CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:
 PAIS: COLOMBIA DEPARTAMENTO: BOGOTA MUNICIPIO: BOGOTA
 DIRECCIÓN: CARRERA 23 46 A 15 sur Torre 9 Apt 117 Tunal TELÉFONO: null null

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
---------------------	------------------------	------------

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 POSESIÓN PARA RETIRARME PARA ACTUALIZACIÓN X PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE**, QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS 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	\$1.980.000
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$0
TOTAL	\$1.980.000

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
av villas	CUENTA DE AHORROS	759870533	chapinero	34

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR
--------------	-------------------------	-------

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
davivienda	tarjeta de credito	450.000

1.2. DE PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

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

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO
-----------------------	--------------------

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO
------------------------------------	------------------

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN N°
 C.C. C.E. T.I.

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN
----------------------------	------------------------


3. FIRMA

Nathalie Zubreda RICO
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Bogotá 1 octubre 2022
CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAF

**DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA
LINEA GRATUITA DE ATENCIÓN AL CLIENTE No. 018000-917770**

 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	FORMATO DE OFERTA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
	PROCESO: Gerencia del talento humano	<table border="1"> <tr> <td>CÓDIGO</td> <td>TH_FTO_13</td> </tr> <tr> <td>VERSIÓN</td> <td>00</td> </tr> <tr> <td>VIGENCIA</td> <td>05/07/2022</td> </tr> </table>	CÓDIGO	TH_FTO_13	VERSIÓN	00	VIGENCIA	05/07/2022
	CÓDIGO	TH_FTO_13						
VERSIÓN	00							
VIGENCIA	05/07/2022							

Soacha, 01 de Octubre de 2022

NOTIFICACION DE INFORMACION

Yo Nathalie Zubieta Rico, identificado(a) con cedula No. 1.031.121.115 de Bogotá, interesado(a) en la oferta de prestación de servicios de: Técnico en sistemas, manifiesto haber recibido la información correspondiente por parte del Coordinador del área para el desarrollo de las actividades publicadas en las páginas de empleo www.computrabajo.com.co y/o el www.empleo.com.

Por lo anterior si () no () acepto la propuesta y condiciones ofrecidas.


Si su respuesta es negativa agradecemos exponga brevemente su decisión:

Atentamente,

Nathalie Zubieta Rico

C.C. 1.031.121.115

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA. PBX 6017309230 ext 109
 Email: www.hmgv.com.co Calle 13 No 9-85. Calle 13 No 10-48.
 Soacha -Cundinamarca-Colombia.

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA</p>	FORMATO DE INDEMNIDAD		
	PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica	CÓDIGO	JUR FTO 02
		VERSIÓN	00
	VIGENCIA	05/07/2022	

Soacha, 01 de octubre de 2022

Señores,
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA
E. S. M.

Yo Nathalie Zubieta Rico, identificado (a) con Cedula de ciudadanía No. 1.031.121.115 de Bogotá, por medio del presente documento me permito manifestar que:

PRIMERO: Me comprometo a hacer la entrega completa de los documentos requeridos por la Entidad para la realización del contrato, los cuales estarán actualizados y vigentes. **SEGUNDO:** Me encuentro afiliado al sistema de seguridad social (Entidad Promotora de Salud y Fondo de Pensiones). **TERCERO:** Que conozco y acepto que la Entidad realizara la afiliación a la aseguradora de riesgos laborales (ARL), una vez el contrato esté perfeccionado y legalizado. **CUARTO:** Que me comprometo a cancelar mensualmente y de manera oportuna los aportes a Seguridad Social (Entidad Promotora de Salud, Fondo de Pensiones) y aseguradora de riesgos laborales (ARL), dentro de los plazos establecidos por la normatividad vigente, de acuerdo con la base y porcentajes de cotización vigentes. **QUINTO:** Que conozco que el contrato se perfecciona y legaliza cuando: a) La documentación completa se encuentre radicada en la oficina de contratación, con el respectivo visto bueno del área de recursos humanos, b) Este suscrito por las partes (gerente y Contratista), c) Se hayan allegado las pólizas a que hubiere lugar, d) Se encuentre expedido el registro presupuestal. **SEXTO:** Que me comprometo a no iniciar la ejecución del contrato, sin que éste se haya perfeccionado y legalizado. **SEPTIMO:** Que asumo el riesgo que se derive por haber prestado mis servicios sin que el contrato se encuentre debidamente perfeccionado y legalizado. **OCTAVO:** Que conozco y acepto que el Hospital no realizará pagos de sumas de dinero, que se causen con ocasión de la prestación del servicio sin respaldo contractual, y por lo tanto, renuncio expresamente a realizar el cobro de tales sumas de dinero.


Teniendo en cuenta lo anterior, desde este momento, renuncio expresamente a iniciar acciones judiciales en contra de la Entidad y, por ende, me hago responsable pecuniaria, judicial y disciplinariamente por los daños o perjuicios originados en reclamaciones de terceros, que se deriven de mis actuaciones u omisiones en la prestación de mis servicios sin respaldo contractual.

Cordialmente,

Nathalie Zubieta Rico

C.C. No. 1.031.121.115 de Bogotá

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible en el Portal Interno de la Empresa Social del Estado Región de Salud Soacha. Evite copias de este documento ya que puede ser una versión desactualizada.

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA</p>	FORMATO PARA REALIZAR LA AFILIACIÓN A LA ARL		
	PROCESO: Gerencia del talento humano	CÓDIGO	SSO_FTO_01
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	05/07/2022

ARL SURA

DATOS DEL CONTRATISTA:

Nombre y apellido: Nathalie Zubieta Rico

Nº Documento: 1.031.121.115

Fecha de Nacimiento: 2 0 / 0 3 / 1 9 8 6

Dirección: KR 23 # 46 A 15 SUR TO 9 AP 117

Teléfono. Fijo – Celular: 6 9 1 5 3 9 8 – 3 1 8 4 9 2 5 5 7 6

E-mail: zubietanathalie@gmail.com

EPS: Famisanar

AFP: Protección

Firma Contratista: Nathalie Zubieta Rico

DATOS INSTITUCIONALES

DATOS DEL CONTRATO:

Fecha Inicio: _____

Fecha Finalización: _____

Valor mensual: _____

Valor Total: _____

VoBo Área Contratación: _____

DATOS AFILIACION:

Fecha: _____ Hora: _____

Firma responsable Afiliación: _____

NOTA: En caso de estar afiliado a otra ARL favor allegar con este formato la copia de la afiliación.

Medellín, 11 de noviembre de 2022

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

CERTIFICA:

Que NATHALIE ZUBIETA RICO identificado(a) con cédula de ciudadanía 1031121115 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 12/11/2022 Fecha fin cobertura: 31/12/2022

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS N800006850

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

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

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

CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - TRABAJADORES INDEPENDIENTES

CLASE: 3 **PORCENTAJE:** 2,436% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:

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

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

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

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3851101

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

Su pago lo debe realizar con riesgo null (null %), teniendo en cuenta lo siguiente:

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

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

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

null

Atentamente,




Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el:

11/11/2022 6:56 AM




 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA</p>	COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: CONTRATISTAS	
	PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica	CÓDIGO
		JUR FTO_20
		00
	VIGENCIA	5/07/2022

**COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN:
CONTRATISTAS DE LA ESE REGIÓN DE SALUD SOACHA**

Yo, Nathalie Zubieta Rico, identificado (a) con cédula de ciudadanía número 1.031.121.115, expedida en Bogotá, en mi condición de contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**, usuario (a) de los aplicativos y herramientas del sistema de información de la Entidad, entiendo y acepto las siguientes condiciones, compromisos, derechos y deberes relacionados: **CLÁUSULA PRIMERA: Definición de información confidencial.** La confidencialidad es uno de los principios que regula la actividad del tratamiento de datos personales, en virtud del cual, las personas que intervengan en la recolección, almacenamiento, uso, divulgación y control de estos datos están obligadas, en todo tiempo, a garantizar la reserva de la misma, incluso después de finalizar sus relaciones con el responsable del tratamiento, hállese esta en forma escrita, oral, visual, grabada en medios magnéticos o en cualquier otra forma tangible. **CLÁUSULA SEGUNDA: Propiedad de la información:** La información suministrada pertenece a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA** y a sus respectivos titulares, no pudiendo ser utilizada para fines distintos al cumplimiento de las actividades contractuales. **CLÁUSULA TERCERA: Objeto de la confidencialidad:** El presente compromiso de confidencialidad y no divulgación de la información, tiene por objeto señalar y especificar las políticas de confidencialidad que debe cumplir el contratista, respecto del acceso, consulta y uso de la información confidencial que produce y administra la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**. **CLÁUSULA CUARTA: Obligaciones del contratista.** Como contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**, me obligo a mantener estricta reserva de confidencialidad sobre la información que conozca o cause con ocasión del desarrollo de mis actividades contractuales y a no divulgar a terceras personas sin autorización del supervisor y/o directivas de la Entidad. También me comprometo a no usar la información suministrada para fines diferentes a los establecidos, a no revelar, divulgar, exhibir, mostrar, hacer circular, compilar, sustraer, ofrecer, vender, intercambiar, captar, interceptar, modificar, almacenar, replicar, complementar o crear bases de datos con la información confidencial. Igualmente, no utilizare la información confidencial de forma que pudiere causar perjuicio directo o indirecto a los titulares de la información o a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**. **Parágrafo Primero.** Como contratista responderé frente al Hospital por la utilización indebida de la información y me someteré al régimen del ordenamiento jurídico colombiano en caso de incumplimiento de

	COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: CONTRATISTAS		
	PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica	CÓDIGO	JUR_FTO_20
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	5/07/2022

los términos pactados. **CLÁUSULA QUINTA: Protección de datos.** La protección de los datos personales de los empleados y contratistas contenidos en los aplicativos y herramientas es mi principal compromiso, toda vez que son catalogados como datos sensibles con carácter reservado y confidencial, y, su tratamiento está sujeto a la ley y normatividad aplicable a la información pública reservada, igualmente reconozco que la historia clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva. **CLÁUSULA SEXTA: Utilización de la información:** Como contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA** me obligó a utilizar la información recibida, únicamente para el buen desarrollo de las actividades correspondientes e implementación de los aplicativos y herramientas relacionadas. **CLÁUSULA SEPTIMA: Contraseña:** La utilización de la contraseña para el acceso a los aplicativos y herramientas (ver cuadro anexo) se constituye como el primer compromiso de protección de la información y datos personales por estos tratados. La misma estará sujeta a una completa confidencialidad. En ningún caso la divulgaré o compartiré, en forma verbal o escrita, y procurare su custodia para que esta no pueda ser registrada o gravada. En este sentido, como usuario de los aplicativos y herramientas, me comprometo a garantizar la confidencialidad, reserva y seguridad de la información. **Parágrafo Primero:** Como titular del usuario asignado me haré responsable de todas las actividades realizadas a través de mi cuenta. **Parágrafo Segundo.** La contraseña será generada y comunicada al correo electrónico institucional oficial a la solicitud de respuesta de creación del usuario (según aplique). **Parágrafo Tercero:** Es mi compromiso como usuario de los aplicativos y herramientas (ver cuadro relacionado) cambiar la contraseña inicial cuando esto lo requiera al administrador por correo electrónico. La contraseña debe seguir estándares de seguridad como mínimo debe cumplir con: a) Una longitud mínima de siete (7) caracteres alfanuméricos. b) No contendrá nombres, números de teléfonos, palabras, números o letras consecutivas repetidas. **CLÁUSULA OCTAVA: Traspaso de información.** Solo podrá reproducirse dicha información confidencial si ello resulta necesario para cumplir con la función pública y solo podrá darse a conocer a aquellos servidores públicos y/o contratistas que tengan necesidad de conocerla para la mencionada finalidad, y cuando autoridad pública la solicite en ejercicio de sus funciones. En caso de que se les entregue información confidencial a aquellos, se les deberá enterar de los términos de este Acuerdo, los cuales deben aceptar y adherir antes de recibirla. **CLÁUSULA NOVENA: Bloqueo.** Como usuario de los aplicativos y herramientas (ver cuadro anexo) acepto que el Administrador del aplicativo proceda con el bloqueo de la cuenta cuando este último evidencie una falta de uso fuera de los límites permitidos de inactividad. **Parágrafo Primero.** Como usuario de los aplicativos y herramientas (ver cuadro anexo) informaré al Administrador del Sistema, a través de los canales establecidos para tal fin, cuando se presente algún bloqueo o incidencia en la cuenta de usuario de manera que se puedan adelantar las acciones pertinentes. **CLÁUSULA DECIMÁ: Aplicación normativa.** Para el caso del manejo de información que incluya datos personales, daré estricto cumplimiento a las disposiciones

	COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: CONTRATISTAS		
	PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica	CÓDIGO	JUR_FTO_20
		VERSION	00
		VIGENCIA	5/07/2022

Constitucionales y legales sobre la protección del derecho fundamental de habeas data, en particular lo dispuesto en el artículo 15 de la Constitución Política, la Ley 1581 de 2012 y su decreto reglamentario 1377 de 2013; ley 1712 de 2014 y Ley 1074 de 2015; Resolución 1995 de 1999; así como aquellas que regulan reserva y demás normas que las modifiquen, adicionen o deroguen. **CLÁUSULA DECIMÁ PRIMERA: Verificación de la confidencialidad y uso de la información.** La ESE se reserva el derecho a verificar en cualquier momento y sin previo aviso, el cumplimiento del acuerdo de confidencialidad y no divulgación de la información con respecto al tratamiento de la información. **CLÁUSULA DECIMÁ SEGUNDA: Sanciones.** La violación del COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD, será objeto de investigación sin perjuicio de las demás sanciones de ley que se pudieran suscitar. **CLÁUSULA DECIMÁ TERCERA: Vigencia.** El presente acuerdo individual tendrá una duración por la vigencia del contrato, pero, aquella información con carácter reservado de acuerdo con la ley, será continúa, permanente y no vencerá por la terminación del contrato.

APLICATIVOS Y HERRAMIENTAS UTILIZADAS EN LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

ITEM	DESCRIPCION	MARCAR CON X
1	BASE DE DATOS PERSONALES DE USUARIOS, EMPRESAS, ENTIDADES DE SALUD, FUNCIONARIOS Y CONTRATISTAS	X
2	APLICATIVOS FUENTES DE INFORMACIÓN: <ul style="list-style-type: none"> • DATADOC • SIVIGILA • SIVISALA • MANGO • PAI WEB • DINAMICAGERENCIAL HOSPITALARIA • PLATAFORMA INSTITUCIONAL DE CAPACITACIONES 	X
3	FICHAS DE NOTIFICACIÓN EPIDEMIOLOGICAS	X
4	HISTORIAS CLÍNICAS	X
5	BASES DE DATOS SISBEN – REGIMEN SUBSIDIADO – REGIMEN CONTRIBUTIVO	X
6	INFORMACIÓN PRIVILEGIADA Y RESERVADA – SECRETO PROFESIONAL	X

MEMORANDUM FOR THE DIRECTOR
FROM THE ASSISTANT ATTORNEY GENERAL

RE: [Illegible text]

DATE: [Illegible text]

[Illegible body text]

[Illegible text]

[Illegible body text]

	COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: CONTRATISTAS	
	PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica	CÓDIGO
		JUR FTO 20
		00
	VIGENCIA	5/07/2022

Para constancia se firma en Soacha, a los 01 días del mes de octubre de 2022

Nathalie Zubieta Rico

Firma y huella



318 492 55 76

Celular No.

Zubietanathalie@gmail.com

Correo institucional


MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co



La salud
es de todos

Minsalud


MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres:

Nathalse

Apellidos:

Zubieta Rico

Documento
de identidad:

C.C. T.I. Pasaporte PEP otro cédul

No. 1-031. 121. 775

Fecha de
nacimiento:

Día 20 Mes 03 Año 1986

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID 19	1	03 JUN 2021	PFIZER	ASB3	PROYECTOR SALUD S.A.S.	Prng Castro Ledy Mazaritis	11220007
	2	26 JUN 2021	PFIZER	E1 0505	PROYECTOR SALUD S.A.S.	Prng Robinson Pauli	11220007
		27 JUN 2021	Moderna	0131 21A19.A 22	Cayetano	Maryury V. Godillo	CC.1030535812 Aux Enfermería

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	1031121115
Nombres y Apellidos	NATHALIE ZUBIETA RICO		
Fecha de nacimiento:	20/03/1986		

Vacuna	Dosis	Fecha	Nombre comercial	Lote	Institución vacunadora
Anti - Rábica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
Antirrábica profiláctica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
BCG	Única				
DPT	Única				
DPT Acelular	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
	Única				
Fiebre amarilla	Primera dosis				
	Refuerzo				
Fiebre tifoidea	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A, Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
Hepatitis B	Primera dosis	17/06/2020	Engerix B Adultos	AHBVC828AB	CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO QUIROGA
Influenza	Única	17/06/2020	GC FLU	V50220001	CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO QUIROGA
Meningococo	Única				
Meningococo Conjugado	Única				
Meningococo Polisacárido	Primera dosis				
Neumo Conjugado	Única				
Neumo Polisacárido	Primera dosis	20/02/2019	pneumovax 23	N036112	UPA 91 CLASS
Neumococo	Primera dosis				
	Refuerzo				
Sarampión y Rubéola	Primera dosis	29/12/1986	Sarampión -Rubéola		

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	1031121115
Nombres y Apellidos	NATHALIE ZUBIETA RICO		
Fecha de nacimiento:	20/03/1988		

Td	Primera dosis	21/09/2017	Toxoide Tetánico y diftérico	D2299 - SEPTIEMBRE2018	HOSPITAL PABLO VI BOSA I NIVEL ESE - CAMI PABLO VI BOSA
	Segunda dosis	18/10/2018	Toxoide Tetánico y diftérico	221502016B	UPA 26 ALCALA MUZU
	Tercera dosis	17/06/2020	Toxoide Tetánico y diftérico	2338X004AE	CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO QUIROGA
Toxoide Tetánico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Toxoide Tetánico Diftérico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Triple viral	Primera dosis				
	Refuerzo				
	Primera dosis				
Varicela	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Refuerzo				
Varicela + Triple Viral	Única				
VPH Bivalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
VPH Tetravalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				



DATOS PACIENTE

Nombres: NATHALIE ZUBIETA RICO	
Tipo de Documento: CC Documento	1031121115
Sexo: F F. Nacimiento: 20/03/1986	Edad: 33 Años
Entidad: PARTICULAR/SUR	
Centro de Costo: N/A	
Cargo: TECNOLOGO EN SISTEMAS	
Fecha de Atención: 2021-09-04	
Fecha y Hora entrega resultados: 04/09/2021 10:19 AM	

CERTIFICADO MEDICO DE CONDICIONES GENERALES DE SALUD
Resolución No. 2346 de 2007 y Resolución No. 1918 de 2009

Realizado la valoración Médico Ocupacional de PRE INGRESO, el suscrito médico certifica que el aspirante al cargo es

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

Tipo de Restricciones ó Limitaciones:

NO TIENE

Recomendaciones:

Se Sugiere Control en Programas de Vigilancia Epidemiológica

Exámenes Realizados:

ENFASIS OSTEOMUSCULAR
VISIOMETRIA

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

ANALISIS Y CONCEPTO: DR (A): JULIE PAULINE ZAPATA RM 501010

Julie Pauline Zapata
Médico Ocupacional
C.C. 1031121115

Firma y sello del Médico Evaluador

Nathalie Zubieta
NATHALIE ZUBIETA RICO
C.C. 1031121115
Firma de Trabajador Evaluado



BOGOTÁ SEDE GENERAL
Calle 12 No. 3500-3944 - Bogotá
Tel: (57) 271 4701 - 271 5500 - 271 7115

SEDE SUR
Avenida Sur Transversal 11 No. 41-110
Bogotá - Tel: (57) 458 4100 - 458 4101

SEDE CENTRO
Calle 14 No. 19-28
Tel: (57) 272 4111 - 272 4334

SEDE OCCIDENTE
Avenida 54 No. 11-60
Tel: (57) 447 0913 - 447 1471 - 447 0357

SEDE NOROCCIDENTE
Calle 12 No. 3500-3944 - Bogotá
Tel: (57) 271 4701 - 271 5500 - 271 7115

SEDE NORORIENTE
Calle 12 No. 3500-3944 - Bogotá
Tel: (57) 271 4701 - 271 5500 - 271 7115

SEDE SURESTE
Calle 12 No. 3500-3944 - Bogotá
Tel: (57) 271 4701 - 271 5500 - 271 7115

SEDE SUDOCCIDENTE
Calle 12 No. 3500-3944 - Bogotá
Tel: (57) 271 4701 - 271 5500 - 271 7115

SEDE SURESTE
Calle 12 No. 3500-3944 - Bogotá
Tel: (57) 271 4701 - 271 5500 - 271 7115

SEDE SUDOCCIDENTE
Calle 12 No. 3500-3944 - Bogotá
Tel: (57) 271 4701 - 271 5500 - 271 7115

SEDE OCCIDENTE
Calle 12 No. 3500-3944 - Bogotá
Tel: (57) 271 4701 - 271 5500 - 271 7115

SEDE NOROCCIDENTE
Calle 12 No. 3500-3944 - Bogotá
Tel: (57) 271 4701 - 271 5500 - 271 7115

SEDE NORORIENTE
Calle 12 No. 3500-3944 - Bogotá
Tel: (57) 271 4701 - 271 5500 - 271 7115

SEDE SURESTE
Calle 12 No. 3500-3944 - Bogotá
Tel: (57) 271 4701 - 271 5500 - 271 7115

SEDE SUDOCCIDENTE
Calle 12 No. 3500-3944 - Bogotá
Tel: (57) 271 4701 - 271 5500 - 271 7115

SEDE OCCIDENTE
Calle 12 No. 3500-3944 - Bogotá
Tel: (57) 271 4701 - 271 5500 - 271 7115

Acta de Grado



Institución Educativa Distrital
"Rafael Uribe Uribe"

Cra. 25 No. 47-00 Sur - Tel. 713 03 08

Inscripción &E : 7983

Dane: 11100112274

En la ciudad de Bogotá, D.C., a los 12 días del mes de diciembre de 2003 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría de la Institución Educativa Distrital "Rafael Uribe Uribe", Institución aprobada hasta Nueva Orden en el nivel de Educación Media Técnica y Autorizada por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C., para otorgar el Título de Bachiller en la modalidad Técnico Comercial según Resolución No. 2372 del 14 de Agosto de 2002.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Técnica se procedió a otorgar el Título de Bachiller Técnico Comercial al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

NATHALIE ZUBIETA RIGO

T.I. 86032032917 Santafé de Bogotá

Es fiel copia tomada del Acta original general No. 037 de fecha diciembre 12 de 2003 que consta de 107 alumnos graduados

comienza con el nombre de **ACERO GUEPENDO YEIMY VIVIANA**

y se cierra con el nombre de **ZUBIETA RIGO NATHALIE**

Firmada y sellada por Carlos Arturo Ribero Rey (Rector) y María Doris Acuña Ramírez (Secretaria)

Dada en Bogotá D.C., a los 12 días del mes de diciembre de 2003

La constancia se firmó en presencia por quince intervisores en cumplimiento a lo ordenado en el Artículo 7o. del Decreto 180 de 1981.

No Requiere ser Registrado en la Secretaría de Educación según Decreto No. 921 del 6 de Mayo de 1994

Rector

Carlos Arturo Ribero Rey

Secretaria

María Doris Acuña Ramírez



La República de Colombia
El Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre la

Institución Educativa Distrital
"Rafael Uribe Uribe"

Autorizado por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.,
según Resolución No. 2372 del 14 de Agosto de 2002

Confiere a:

Nathalie Zubieta Rico

C. J. No. 860320-32917 de Santafé de Bogotá

El Título de

Bachiller Técnico Comercial

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel
de Educación Media Comercial, (Art. 29 Ley 115 de 1994);
según los planes y programas vigentes.

Rector

Secretaria



[Handwritten signatures of the Rector and Secretary]

Dado en Bogotá, D.C., a 12 de diciembre de 2003

Anotado al Libro No. 4 Folio No. 13 del Colegio

Este Diploma no requiere ser registrado en la Secretaría de Educación
de conformidad con el Decreto No. 921 del 6 de Mayo de 1994

Dado en Bogotá, D. C., a 12 de diciembre

de 2003



La República de Colombia

ISCOL Instituto Social de Capacitación Colombia

Resolución No. 119 del Decreto No. 114 del Ministerio de Educación Nacional del 15 de Enero de 1998
Aprobada por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C. Resolución No. 3332 del 10 de Noviembre de 1999

Confiere a

Nathalie Zubieta Rico

c.c. 1.031.121.115 de Bogotá

el Certificado de Técnico Laboral en
Sistemas

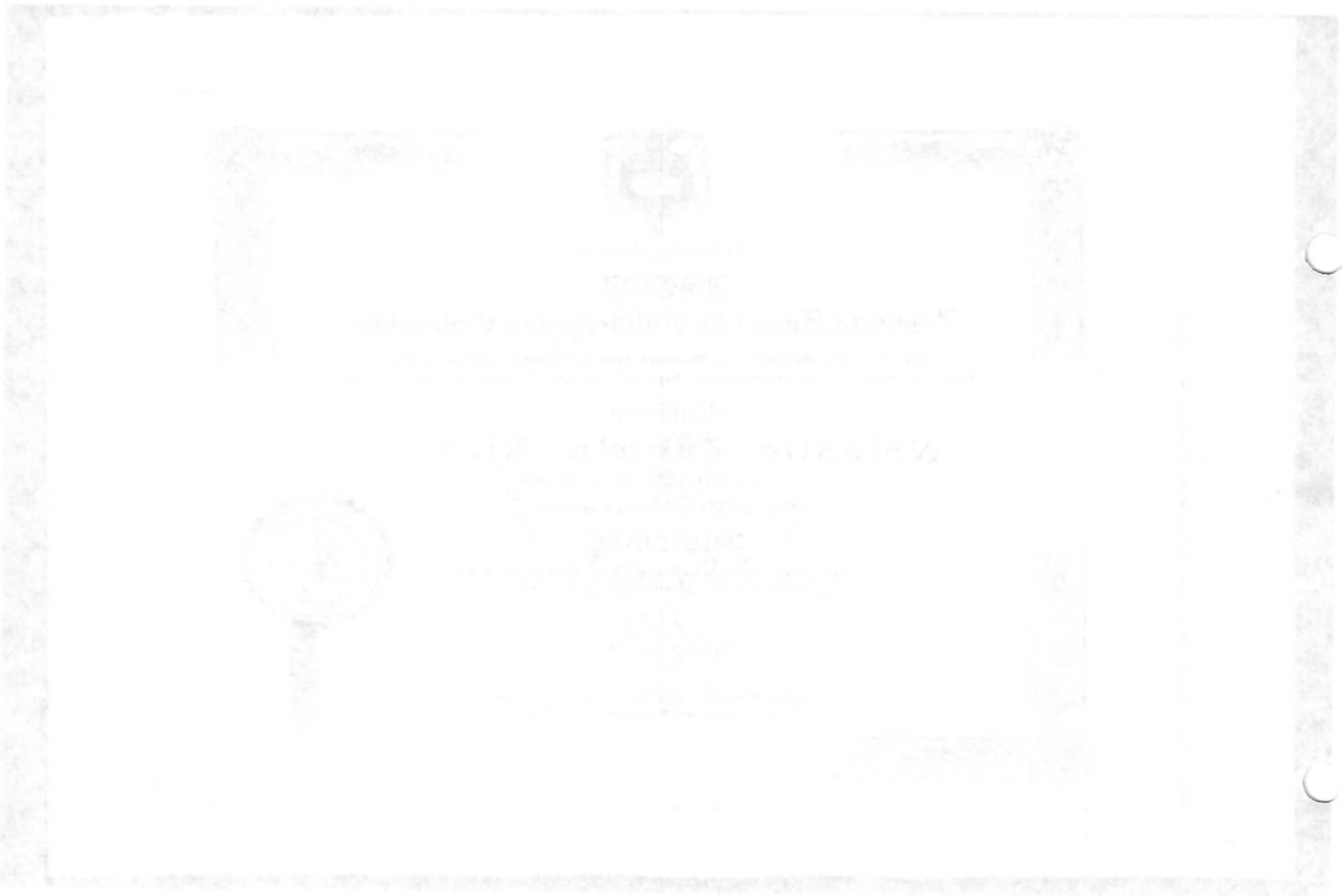
Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes y cumplir los requisitos exigidos por las autoridades técnicas competentes

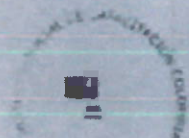
[Firma]
Rogelio Zubieta Rico
Director

Dado en Bogotá, D.C. a los 10 días del mes de Julio de 2004

No requiere Registro según Decreto 811 del 6 de Mayo de 1994
y 2110 del 6 de Diciembre de 1995







ISCOL
NIT 830.082.107-1
C.C.B. 00917148

ISCOL
INSTITUTO SOCIAL DE CAPACITACIÓN COLOMBIA
RESOLUCION N° 3552/10 NOV/99
SECRETARIA DE EDUCACION D.C.
CONTABILIDAD - INGLES - SISTEMAS -
MANTENIMIENTO Y ENSAMBLE DE COMPUTADORES

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO
ISCOL

INSTITUTO SOCIAL DE CAPACITACIÓN COLOMBIA

En la ciudad de Bogotá a los nueve días (09) del mes de Julio del año 2006 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del tercer semestre de Técnico Laboral en Sistemas los suscritos Director y Secretaria en la Dirección del ISCOL- INSTITUTO SOCIAL DE CAPACITACIÓN COLOMBIA.

Comprobada la situación legal y académica del alumno(a) que cursó y aprobó los estudios correspondientes al programa de Técnico Laboral en Sistemas se procedió a otorgar el certificado de Técnico Laboral en Sistemas, al graduando(a) cuyo nombre, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

NATHALIE ZUBIETA RICO
CC No 1.031.121.115 de Bogotá

Firmado y sellado por el Padre Leonardo Fabio Soto Bracamonte (Director) y Claudia Patricia Rodriguez Ramirez (Secretaria).


Dado en Bogotá D.C. a los 09 días del mes de julio de 2006.

Padre **LEONARDO F. SOTO**
DIRECTOR

CLAUDIA PATRICIA RODRIGUEZ RAMIREZ
SECRETARIA

Carrera 5 No 10-87 Segundo Piso
Teléfono 2 91 08 18
Bogotá, D.C.

e-mail: ISCOL1999@yahoo.com

	AUTORIZACIÓN CONSULTA TITULOS ACADEMICOS		
	PROCESO: Gerencia del talento humano	CÓDIGO	TH_FTO_31
		VERSIÓN	00
	VIGENCIA	5/07/2022	

Soacha 01 de octubre de 2022

Señores:

IED RAFAEL URIBE URIBE

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

REF: Autorización para consulta de títulos Académicos.

Yo Nathalie Zubieta Rico en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política de Colombia establece “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 y de conformidad con el Decreto 1377 de 2013, en el que se establecen los principios para el tratamiento de datos personales, en cuanto al principio de libertad “el tratamiento solo puede ejercerse con el consentimiento ,previo, expreso e informado del titular. Los datos personales no podrán ser obtenidos o divulgados sin previa autorización, o en ausencia de mandato legal o judicial que releve el consentimiento”.

De igual manera, teniendo en cuenta que la información solicitada en cuanto a datos personales en mi calidad de egresado. Solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes emitir respuesta a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, sobre la idoneidad de mi título como:

Bachiller Técnico Comercial

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Nathalie Zubieta Rico

Nº Documento 1.031.121.115

Tarjeta Profesional Nº _____

Dirección de contacto KR 23 # 46 a 15 sur

Teléfono 3 1 8 4 9 2 5 5 7 6

ALPHABETICALLY LISTED

1910

1911

1912

1913

1914

1915

1916

1917

1918

1919


1920

1921

1922

1923

1924

 <p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA</p>	AUTORIZACIÓN CONSULTA TITULOS ACADEMICOS		
	PROCESO: Gerencia del talento humano	CÓDIGO	TH_FTO_31
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	5/07/2022

Soacha 01 de octubre de 2022

Señores:

ISCOL

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

REF: Autorización para consulta de títulos Académicos.

Yo Nathalie Zubieta Rico en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política de Colombia establece “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 y de conformidad con el Decreto 1377 de 2013, en el que se establecen los principios para el tratamiento de datos personales, en cuanto al principio de libertad “el tratamiento solo puede ejercerse con el consentimiento ,previo, expreso e informado del titular. Los datos personales no podrán ser obtenidos o divulgados sin previa autorización, o en ausencia de mandato legal o judicial que releve el consentimiento”.

De igual manera, teniendo en cuenta que la información solicitada en cuanto a datos personales en mi calidad de egresado. Solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes emitir respuesta a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, sobre la idoneidad de mi título como:

Técnico Laboral En Sistemas

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

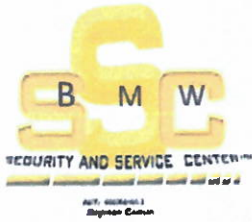
Firma Nathalie Zubieta Rico

Nº Documento 1.031.121.115

Tarjeta Profesional Nº _____

Dirección de contacto KR 23 # 46 a 15 sur

Teléfono 3 1 8 4 9 2 5 5 7 6



SEGURIDAD ELECTRONICA, CCTV CON GRABACIÓN DIGITAL - BIOMETRÍA Y CONTROLES DE ACCESO,
ALARMAS AUTO MONITOREADAS PARA LOCALES CENTROS COMERCIALES, BODEGAS, RESIDENCIAL,
REDES DE VOZ, DATOS, CABLEADO ESTRUCTURADO, CABLEADOS ELÉCTRICOS, ANALÍTICA DE VIDEO

Bogotá 21 de noviembre del 2016.

CERTIFICACION LABORAL

Certificamos que al señor NATHALIE ZUBIETA RICO, identificada con cedula de ciudadanía No. 1031121115 de Bogota.

Se desempeño como Directora de nuestro departamento técnico desde el 1 de Agosto del 2004, hasta el 15 de diciembre del 2013 demostrando cumplimiento, honestidad en todas las labores asignadas a su cargo.

Se expide a solicitud de la Interesada el día 21 de noviembre del 2016.

CORDIALMENTE:

MARTHA CECILIA CORTEZ

GERENTE

3115465878

asomer

Servicios temporales y Recursos Humanos

Cons-2015-06049

ASESORES DE MERCADEO ASOMER LTDA
NIT. 860.079.512-1

El suscrito Jefe de Recursos Humanos de ASOMER LTDA.

HACE CONSTAR

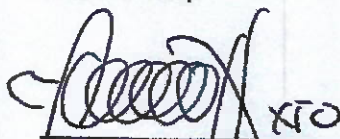
Que la señora, ZUBIETA RICO NATHALIE, identificada con cedula de ciudadanía No 1.031.121.115 de BOGOTA, estuvo vinculada a esta empresa en misión mediante contrato por **Obra o Labor**, desempeñando el cargo de **AUXILIAR DE SISTEMAS**.

Histórico de vinculación laboral.

Del 04 de Enero de 2014	Hasta	El 15 de Junio de 2014
-------------------------	-------	------------------------

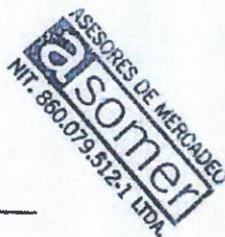
Se expide a solicitud del INTERESADO, en Bogotá D.C., a los Uno (01) días del mes de Diciembre de Dos Mil Quince (2015).

Cordialmente,



Luis Fernando Villanizar
Jefe de Recursos Humanos.

ASOMER LTDA



Carrera 21 No.166 – 81 Toberín /Tel.3000460-3000462
Certificacionlaboral.asomer@gmail.com
Bogotá, D.C – Colombia

Assoer

ASSOCIATION DE MARCHANDS ASSOCIÉS
N° 888 888 888

Il s'agit de la réunion d'un certain nombre de...

LA FÉDÉRATION

On a essayé de faire un peu de choses, mais on n'a rien fait. On a essayé de faire un peu de choses, mais on n'a rien fait. On a essayé de faire un peu de choses, mais on n'a rien fait.

Le 15/05/2012

Le 15/05/2012

Le 15/05/2012



Le 15/05/2012

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

CERTIFICA:

Que mediante acuerdo 641 de 06 de abril de 2016, fueron fusionados los antes Hospitales BOSA, PABLO VI, KENNEDY, DEL SUR Y FONTIBON en la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., Que una vez revisadas las bases de datos que se encuentran en la Dirección de Contratación, se constata que la señor (a) NATHALIE ZUBIETA RICO; con documento de identidad No, 1031121115 celebró Contrato (s) de Prestación de Servicio como se relaciona a continuación:

#	Año	Contrato	Perfil	Fecha Inicial	Fecha Final	Valor	Unidad
1	2018	946	TECNICO EN SISTEMAS	01/02/2018	31/01/2019	\$1613395	sin dato
2	2019	324-2019	TECNICO EN SISTEMAS	01/02/2019	28/02/2019	\$1613395	sin dato
3	2019	4461-2019	TECNICO EN SISTEMAS	05/03/2019	04/05/2019	\$1710199	sin dato

OBLIGACIONES CONTRACTUALES

TECNICO EN SISTEMAS

Los contratos relacionados anteriormente no generaron relación jurídica laboral entre la entidad y el Contratista, solo la ejecución y pago de los productos contratados.

Se expide la presente constancia a solicitud del contratista conforme a la información que reposa en base de datos de la Institución a los cinco(5) días del mes de Julio de 2019, la cual no tiene fecha de expiración

Atentamente,



MONICA ETELMIRA GONZALEZ MONTES
DIRECTORA DE CONTRATACION
OFICINA JURIDICA-CONTRATACION

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

SE PERMITE INFORMAR QUE:

El (la) señor(a) NATHALIE ZUBIETA RICO , identificado(a) con CC. No. 1031121115, presta sus servicios de manera personal y autónoma en la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E mediante contrato de prestación de servicios, según se relaciona a continuación:

No. CONTRATO	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	VALOR CTO.
PS 4620 2020	18/06/2020	31/10/2020	\$9.666.734

OBJETO CONTRACTUAL ÚLTIMO CONTRATO

Contrato PS 4620 2020: PRESTAR SERVICIOS DE ACUERDO A SU PERFIL ACADEMICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Contrato PS 4620 2020:

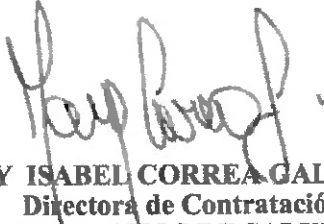
Objeto Contrato: PRESTAR SERVICIOS DE ACUERDO A SU PERFIL ACADEMICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE.
2. Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que corresponde al objeto y/o actividades contractuales y de acuerdo a los anexos y lineamientos contenidos en el Contrato suscrito con el Fondo Financiero Distrital.
3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.
4. Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud.
5. Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacios de vida o componente transversal.
6. Realizar las demas obligaciones asignadas por el supervisor del contrato

Se expide a solicitud del interesado(a) en Bogotá D.C, el día 28 de Octubre de 2020.

Para mayor información favor comunicarse a la línea 3045952563 o dirigirse a la Av. Caracas No. 33 A-11, oficina de Contratación OPS

Cordialmente,



MARY ISABEL CORREA GALLARDO
Directora de Contratación
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Los abajo firmantes, certifican que hicieron revisión de este documento y que la información ha sido suficientemente evaluada, revisada y aprobada.

Responsables: Isabel Jiménez – Técnico administrativo
Nubia Sánchez Valencia – Secretaria
Revisó: Paola Carolina Zabala - Referente OPS

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

CERTIFICA:

Que mediante acuerdo 641 de 06 de abril de 2016, fueron fusionados los antes Hospitales BOSA, PABLO VI, KENNEDY, DEL SUR Y FONTIBON en la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., Que una vez revisadas las bases de datos que se encuentran en la Dirección de Contratación, se constata que la señor (a) NATHALIE ZUBIETA RICO; con documento de identidad No, 1031121115 celebró Contrato (s) de Prestación de Servicio como se relaciona a continuación:

#	Año	Contrato	Perfil	Fecha Inicial	Fecha Final	Valor	Unidad
1	2018	946	TECNICO EN SISTEMAS	01/02/2018	31/01/2019	\$1613395	sin dato
2	2019	324-2019	TECNICO EN SISTEMAS	01/02/2019	28/02/2019	\$1613395	sin dato
3	2019	4461-2019	TECNICO EN SISTEMAS	05/03/2019	04/05/2019	\$1710199	sin dato

OBLIGACIONES CONTRACTUALES

TECNICO EN SISTEMAS

Los contratos relacionados anteriormente no generaron relación jurídica laboral entre la entidad y el Contratista, solo la ejecución y pago de los productos contratados.

Se expide la presente constancia a solicitud del contratista conforme a la información que reposa en base de datos de la Institución a los cinco(5) días del mes de Julio de 2019, la cual no tiene fecha de expiración

Atentamente,



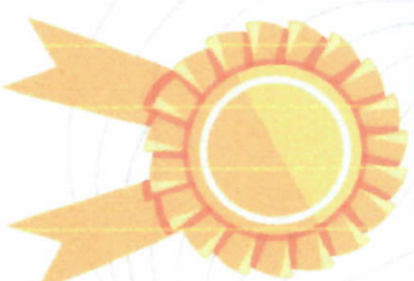
MONICA ETELMIRA GONZALEZ MONTES

**DIRECTORA DE CONTRATACION
OFICINA JURIDICA-CONTRATACION**



E.S.E HOSPITAL
Mario Gaitán Yanguas
de Soacha

LA E.S.E HOSPITAL MARIO GAITÁN YANGUAS DE SOACHA



CERTIFICA QUE:

Nathalie Zubieta Rico

Realizó el curso de:

INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

Calificación: 9,64

QUELY YURIDIA GARCIA SANABRIA
REFERENTE TALENTO HUMANO

DRA, ALEXANDRA GONZALEZ MORENO
GERENTE

Fecha de Emisión: octubre 3, 2022



CUNDINAMARCA
1ª EDICIÓN
Que Progresa!
EN COMUNICACIÓN



MAHARAJA GURU JIYAN JATIYASOHNATH
YANGGUS DE BOGOMI



MAHARAJA GURU JIYAN JATIYASOHNATH
YANGGUS DE BOGOMI

MAHARAJA GURU JIYAN JATIYASOHNATH
YANGGUS DE BOGOMI

MAHARAJA GURU JIYAN JATIYASOHNATH
YANGGUS DE BOGOMI

MAHARAJA GURU JIYAN JATIYASOHNATH
YANGGUS DE BOGOMI

MAHARAJA GURU JIYAN JATIYASOHNATH
YANGGUS DE BOGOMI

MAHARAJA GURU JIYAN JATIYASOHNATH
YANGGUS DE BOGOMI



)

)

