NATALY STEFANY MEDINA CASTRO



PERFIL

- Persona honesta, puntual, con ganas de salir adelante y de realizar las labores asignadas lo mejor posible.

- Soy una persona con buenas relaciones personales y con grandes capacidades para aprender y dar lo mejor de mí.

DATOS PERSONALES

NOMBRE	NATALY STEFANY MEDINA CASTRO
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.012.373.094 de Bogotá
FECHA DE NACIMIENTO	31 octubre 1990
EDAD	26 años
ESTADO CIVIL	Casada
DIRECCION	calle 74 sur #87c – 78 Bosa
TELEFONO	3024552623

ESTUDIOS

PRIMARIA: LICEO FRANZ LISZT (año 2000)

BACHILLERATO: INSTITUTO ACADEMICO BOSA (año 2007)

CURSO DE OFIMATICA: SENA (año 2009)

TÈCNICO: técnico laboral en auxiliar de enfermería (cefap de la caracas)

CURSOS: soporte vital básico y cuidados intensivos

EXPERIENCIA LABORAL

NURSE SERVICE

CARGO: ENFERMERA DOMICILIARIA
JEFE INMEDIATO: Fabian Bonilla
TELEFONO: 3008767841
TIEMPO LABORADO: Diciembre 2015 – Julio 2016

HOGAR SANTA CLARA

CARGO: AUXILIAR DE ENFERMERIA
JEFE INMEDIATO: Carlos Acero
TELEFONO: 3182142484
TIEMPO LABORADO: Agosto 2016 – 30 septiembre 2017

REFERENCIAS FAMILIARES

NOMBRE: Lucero Castro
Enfermera
TELEFONO: 3166155427

NOMBRE: Fabián Bonilla
Propietario Hogar Santa Clara
TELEFONO: 3182142484

REFERENCIAS PERSONALES

NOMBRE: Carlos Escudero
Comerciante
TELEFONO: 3183363860

NOMBRE: Daniela Medina
Estudiante
TELEFONO: 3223731197

Nataly Medina Castro
NATALY MEDINA CASTRO
C.C 1.012.373.094 de Bogotá



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.012.373.094
MEDINA CASTRO
APELLIDOS
NATALI STEFANY
NOMBRES

COLOMBIA



FECHA DE NACIMIENTO 31-OCT-1990
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.59 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
26-ENE-2009 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES
INDICE DERECHO

P-1500150-00154551-F-1012373094-20090418 0010776051A 1 28725246

República de Colombia

Centro de Capacitación

Cefap de la Caracas

Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Acuerdo No. 13 del 12 de Diciembre de 1995 del Ministerio de Salud
Registro Renovado No. 00354 de Noviembre 28 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social
Resolución No. 1460 del 22 de mayo de 1996, Registro Renovado No. 13077 del 23 de Junio de 2015
de la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C.

Otorga el Certificado de Aptitud Ocupacional

A:

Natali Stefany Medina Castro

Identificado(a) con C.C. No. 1.012.373.094 Expedida en: Bogotá D.C.

Quien cursó y aprobó el Programa de

Técnico Laboral por Competencias

Auxiliar en Enfermería

Con duración de 1800 horas

Dado en Bogotá, D.C. a 11 de Diciembre de 2016

Directora

Efigenia Molano de Guerrero

Secretaria

Doris Patricia Guerrero Molan

CENTRO DE CAPACITACIÓN CEFAP DE LA CARACAS

PROGRAMA DE FORMACIÓN DE AUXILIARES EN ENFERMERÍA
APROBACIÓN OFICIAL

Reconocimiento SENA

Acuerdo 013 de Diciembre 12 de 1995 Ministerio de salud- Registro Renovado
Acuerdo 00354 de Noviembre 28 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social.
Resolución 1460 de Mayo 22 de 1996 Secretaría de Educación – Registro Renovado
No 13077 de Junio 23 de 2015 de la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá

Resolución 01833/2013

ACTA INDIVIDUAL

Las suscritas Directora y Secretaria de **CEFAP DE LA CARACAS – EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO.**

CERTIFICAN:

Que en el libro de Actas No. 1 Folio No. 100 se halla Inscrita la presente **Acta No.** 042.

En la ciudad de Bogotá D.C., República de Colombia el día 11 del mes de Diciembre de 2.016 se celebró sesión solemne y pública bajo la Dirección de **Efigenia Molano de Guerrero** y actuando como Secretaria **Doris Patricia Guerrero Molano**, con el objeto de otorgar el certificado a los estudiantes aspirantes a ello.

Comprobado el cumplimiento de todos los requisitos legales y los establecidos en el Reglamento General del Centro, La Directora y Secretaria otorgaron el Certificado de:

TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS
AUXILIAR EN ENFERMERÍA
Con una Intensidad de 1800 Horas

A:

MEDINA CASTRO NATALI STEFANY C.C. No **1.012.373.094 DE BOGOTÁ D.C.**

Se tomó juramento y se comprometió a cumplir con los deberes propios del ejercicio como Auxiliar en Enfermería y a mantener irrestricta lealtad a Cefap de la Caracas.

Para constancia se expide y firma la presente Acta, válida para todos los efectos correspondientes.

Es fiel copia tomada a los 11 días del mes de Diciembre de 2.016 del Acta General de Grados No. 042 que comienza con el nombre Aquiar Hernández Daniela y termina con el nombre de Zuluaga Guerrero Mayra Alejandra.

CENTRO DE CAPACITACIÓN CEFAP DE LA CARACAS DIRECCIÓN AUXILIARES DE ENFERMERÍA

EFIGENIA MOLANO DE GUERRERO
Directora

CENTRO DE CAPACITACIÓN CEFAP DE LA CARACAS SECRETARIA AUXILIARES DE ENFERMERÍA

DORIS PATRICIA GUERRERO MOLANO
Secretaria

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

INSTITUTO ACADÉMICO BOSA
CALLE 60 No. 88 D – 41 SUR
TELÉFONOS 7750531 – 7778496
BOGOTÁ D.C.

Inscripción S.E. 2364 *Inscripción Dane* 31110200302

En la ciudad de Bogotá, D.C., a los siete (07) días del mes de Diciembre de 2007, se procedió a formalizar la graduación de los alumnos de último grado, la suscrita Rectora en la Rectoría del ***INSTITUTO ACADEMICO BOSA,*** *institución aprobada en el nivel de Educación Media Académica y autorizada por la Secretaria de Educación de Bogotá, D.C., según Resolución de Aprobación Oficial No. 001627 del 14 de junio de 1989, para otorgar el título de BACHILLER ACADEMICO CON ENFASIS EN INFORMATICA Y DIBUJO ARQUITECTONICO.*

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el Título de ***BACHILLER ACADEMICO CON ENFASIS EN INFORMATICA Y DIBUJO ARQUITECTONICO;*** *al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:*

Nataly Stefanny Medina Castro

T.I. 901031-61877 de Bogotá D.C

Es fiel copia tomada del Acta Original General No. 19 del 07 de Diciembre de 2007, consta de 65 alumnos; comienza con el nombre de ACHURY CALDAS FREDY RAMON y termina con el nombre de VEGA VASQUEZ JEFFERSON. Firmada por ***AURA EDITH ESCOBAR DE GONZÁLEZ*** *(Rectora).*

Dada en Bogotá D.C., a los siete (07) días del mes de Diciembre del 2007.

AURA EDITH ESCOBAR DE GONZÁLEZ
C.C 39.630.831 de Bosa
Rectora

No requiere Registro de la Secretaria de Educación según, Decretos 921 del 6 de Mayo de 1994 y 2150 del 5 de Diciembre de 1995; de la Presidencia de la República.

CEFAP
DE LA CARACAS

RECONOCIMIENTO
SENA
RES. 01833
15/05/2013

Acuerdos No. 013 del 12 de Diciembre de 1995 y 00354 de Noviembre 28 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social.
Resoluciones 1460 de Mayo 22 de 1996 Registro Renovado 13077 de Junio 23 de 2015 de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

CELAC Calidad en Educación ISO 9001 No. 10.029-1

LOS MEJORES

PROGRAMA DE AUXILIAR EN ENFERMERÍA

CERTIFICA QUE:

Natali Stefany Medina Castro

C.C. 1.012.373.094 de Bogotá D.C.

Asistió al Seminario de Capacitación en

SOPORTE VITAL BÁSICO

Con una intensidad de 20 horas

CENTRO DE CAPACITACION CEFAP DE LA CARACAS DIRECCION

EFIGENIA MOLANO DE GUERRERO
Directora General

CENTRO DE CAPACITACION CEFAP DE LA CARACAS SECRETARIA AUXILIAR DE ENFERMERIA

DORIS PATRICIA GUERRERO
Secretaria

Dado en Bogotá, D.C. a los 04 días del mes de Noviembre de 2016

DE LA CARACAS

RECONOCIMIENTO
SENA
RES. 01833
15/05/2013

Acuerdos No. 013 del 12 de Diciembre de 1995 y 00354 de Noviembre 28 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social.
Resoluciones 1460 de Mayo 22 de 1996 Registro Renovado 13077 de Junio 23 de 2015 de la Secretaría de Educación de Bogotá. D.C.

CELAC Calidad en Educación ISO 9001 No. 10.029-1

LOS MEJORES EN EDUCACIÓN SAT

PROGRAMA DE AUXILIAR EN ENFERMERÍA

CERTIFICA QUE:

Natali Stefany Medina Castro

C. C. 1.012.373.094 de Bogotá D. C.

Asistió al Seminario de Capacitación en

CUIDADOS INTENSIVOS

Con una intensidad de 40 horas

CENTRO DE CAPACITACION CEFAP DE LA CARACAS DIRECCION AUXILIARES DE ENFERMERIA

EFIGENIA MOLANO DE GUERRERO
Directora General

CENTRO DE CAPACITACION CEFAP DE LA CARACAS SECRETARIA AUXILIARES DE ENFERMERIA

DORIS PATRICIA GUERRERO
Secretaria

Dado en Bogotá, D.C. a los 31 días del mes de Octubre de 2016

NURSE SERVICE

CERTIFICACION LABORAL

Hago constar que la Sra. **NATALY STEFANNY MEDINA CASTRO**, identificada con cédula de ciudadanía No 1.012.373.094 de Bogotá, laboro con nuestra empresa desde el día 15 de Diciembre de 2015 hasta el día 15 de Julio de 2016. Desempeñando el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, realizando turnos domiciliarios, los cuales se pagaban a $45.000 por turno.

Dada en Bogotá a los (trece) 13 días del mes de febrero del 2018.

Cordialmente:

Fabián Bonilla
3008767841
Director Nurse Service

Hogar Santa Clara
Excelencia y calidad de vida

CERTIFICA QUE:

La señora **Nataly Stefanny Medina Castro** identificada con numero de cedula 1.012.373.094 de Bogotá laboro en nuestro HOGAR GERIATRICO SANTA CLARA, por un periodo comprendido entre el 01 de agosto del 2016 al 30 de septiembre del 2017, desempeñando el cargo de auxiliar de enfermería.

Devengando un salario de $ 1.340.000 por prestación de servicios, doy constancia de su responsabilidad y cumplimiento con sus labores asignadas.

La anterior se expide a solicitud del interesado a los 13 días del mes de febrero del 2018.

Atentamente:

Carlos Acero
3182142484
Recursos Humanos Hogar Santa Clara

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 19:03:46 horas del 10/07/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1012373094**

Apellidos y Nombres: **MEDINA CASTRO NATALI STEFANY**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

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

Presidencia de la República | Ministerio de Defensa Nacional | Portal Único de Contratación | Gobierno en Línea

Todos los derechos reservados.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 10 de julio de 2018, a las 19:07:56, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1012373094
Código de Verificación	1012373094180710190756

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.

NESTOR FABIAN CASTILLO PULIDO
CONTRALOR DELEGADO (E)

Digitó y Revisó: WEB

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 112122355

WEB
19:05:40

Bogotá DC, 10 de julio 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) NATALI STEFANY MEDINA CASTRO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1012373094:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2408927

Bogotá D.C., 28 de Agosto de 2018 - 11:51 am

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., la identificación CÉDULA DE CIUDADANÍA No: **UN MIL DOCE MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y TRES MIL NOVENTA Y CUATRO**

1012373094

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.



ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 8_H5P2M_5111
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

nataly medina

La Policía Nacional de Colombia hace constar

Que el número de expediente No. 1012373094 de consultado en la fecha y hora 29/08/2018 05:09:23 p. m., no se encuentra vinculado en el sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC de la Policía Nacional de Colombia como infractor de la Ley 1801 de 2016 Código Nacional de Policía y Convivencia. Registro Interno de Validación No. 3363724

Bogotá DC. 20 de Febrero de 2,018

SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 20/2/2018, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en www.compensar.com/subsidio. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com.

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificacion	CC 1012373094
Nombres y Apellidos	NATALI MEDINA CASTRO
Tipo y Número de Identificac ion del Empleador	NI 860020194
Razón Social Empleador	FUNDACION INSTITUTO TECNOLOGICO DEL SUR
Código Sucursal	1
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	16/2/2018
Fecha de Ingreso a Compensar	20/2/2018
Cargo	AUXILIAR ENFERMERIA
Horas Labor Mes	240
Sueldo básico	$ 782000

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a FUNDACION INSTITUTO TECNOLOGICO DEL SUR, este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario 3 077001.

ARL | sura

Medellín, 15 de Febrero de 2018

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A como trabajadores de FUNDACION INSTI TECNOLOGICO DEL SUR que se encuentra EN COBERTURA, en el centro de trabajo 0000000002 - CASA NOSTRA, clase de riesgo 1, porcentaje de cotización 0.522%.

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin vigencia	Código de transacción	Fecha de proceso
C1012373094	NATALI STEFANY MEDINA CASTRO	16/02/2018		241Yg146	15/02/2018 11:03:35

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por Arl Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación:C396447471804639826

Atentamente,

Nataly Medina Castro
1012373094

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes

Dirección IP: 200.91.214.74, 172.16.42.236

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

compensar eps salud

No. de Radicación | Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRÁMITE *(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)*

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación		3. Régimen	4. Tipo de afiliado: A. Cotizante / B. Cabeza de familia / C. Beneficiario	Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación	A. Individual	• Cotizante o cabeza de Familia	A. Contributivo		01
B. Reporte de Novedades		• Beneficiario o afiliado adicional	B. Subsidiado	5. Tipo de cotizante: A. Dependiente / B. Independiente / C. Pensionado	
		B. Colectiva / C. Institucional / D. De oficio			

A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

5. Apellidos y nombres			
MEDINA	CASTRO	NATALI	STEFANY

7. Tipo de documento de identidad	8. Número de documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1012373094	Femenino X / Masculino	31/10/1990

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad (Tipo / Condición)	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
				SURA	PORVENIR

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia			
$ 782.000	CRA 78 # 87C - 78 SUR			3024552627
natamigue2308@hotmail.com	BOGOTÁ	Zona Urbana X / Rural	BOSA	CUNDINAMARCA

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

19. Apellidos y nombres				

20. Tipo de documento de identidad	21. Número de documento de identidad	22. Sexo Femenino / Masculino	23. Fecha de nacimiento

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

	24. Apellidos y nombres				25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo	
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre			Femenino	Masculino
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad (Tipo F N M T P / Condición)	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona Urbana Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC adicional (a registrar por la EPS)
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
Col B		1016

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación
FUNDACION INSTITUTOTECNOLOGICO DEL SUR	NIT

37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
860020194-6	

39. Ubicación				
CRA 29 # 52 - 04 SUR	2046002	CONTABILIDAD3@TECNOLOGICODELSUR.EDU.CO	BOGOTA	CUNDINAMARCA

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad
1. Modificación datos básicos de identificación
2. Corrección datos básicos de identificación
3. Actualización documento de identidad
4. Actualización y corrección de datos complementarios
5. Terminación de la inscripción en la EPS — Código
6. Reinscripción en la EPS — P

7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar — X
10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas

13. Movilidad: A. Régimen Contributivo / B. Régimen Subsidiado
14. Traslado: A. Mismo Régimen / B. Diferente Régimen
15. Reporte por fallecimiento
16. Reporte del trámite de protección al cesante
17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado
18. Reporte de la calidad de Pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación			
MEDINA	CASTRO	NATALI	STEFANY

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
CC	1012373094	Femenino X / Masculino	31/10/1990	16/02/2018

43. EPS anterior — 44. Motivo de traslado (Código) — 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especiales o Excepción.
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios.
49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

Natali Medina Castro — Jose del Carmen Carillo

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN Cant. / RC Cant. / TI Cant. / CC Cant. / PA Cant. / CE Cant. / CD Cant. / SC Cant. / Total
57. Copia del diagnóstico de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
58. Copia del registro civil de nacimiento, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que decrete la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Entidad Promotora de Salud.
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial: Código del Municipio / Código del Departamento	67. Datos del SISBEN: Número de la ficha / Puntaje / Nivel	68. Fecha de r...	Fecha de validación

69. Datos del funcionario que realiza la validación

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES: aporte cuota

16 FEB 2018 B — Cod 641 Diana L. Rodriguez V — SUJETO A VERIFICACIÓN

GILADO Superintendencia Nacional de Salud — GILADO SuperSubsidio

CUESTIONARIO 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

compensar | eps
salud

	SI	NO
¿Previo diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	X	
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo la entrega de la carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	X	
¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	X	
¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	X	
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	X	

Firma del afiliado (cotizante): Nataly Medina Castro

No. Identificación: 1.012373.094

FIRMA A RUEGO (Diligenciar exclusivamente cuando el cotizante no pueda firmar)

A ruego de (la) señor (a) _____ con C.C. No. _____

lo hace en su nombre, el (la) señor(a) _____

con C.C. No. _____ mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que se está entregando, quien además actúa como testigo, certificando que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al (la) señor(a) _____

Firma a Ruego: _____

Nombres y apellidos: _____

Identificación: _____

Edad: _____

Dirección de domicilio: _____

Nombres y apellidos de quien no sabe firmar: _____

Identificación: _____

Huella

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo de manera voluntaria, explicita, previamente informada e inequívoca a todos los servicios de salud Compensar EPS, de acuerdo a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, Decreto 1377 de 2013 y el Decreto 886 de 2012, para tratar mi información personal, según lo establecido en su Manual de Protección de Datos Personales, disponible en:www.compensar.com / vinculo protección Datos Personales; información que será utilizada en el desarrollo de las funciones propias para:

- Dar cumplimiento a obligaciones contraidas conmigo y/o mis beneficiarios.
- Dar cumplimiento a requerimientos legales y de organismos de control.
- Proveer y/o evaluar la calidad de los productos y/o servicios requeridos por mi.
- La realización de estudios internos sobre fines estadísticos y analíticos de los datos, para mejoras de nuestros servicios o programas especializados de atención en salud; información sobre la cual podré, en cualquier momento, ejercer mis derechos de Habeas Data, para solicitar que no se me envíe información de los servicios en los casos que sea pertinente, y que no afecte el servicio de salud prestado por Compensar EPS.
- Transmitir mis datos personales a las administradoras encargadas de la seguridad social, con el fin de actualizar el estado de mi afiliación y/o traslado en el sistema.
- Compartir mis datos personales con la Caja de Compensación Familiar Compensar para efectos de la prestación de servicios de salud.

Cabe anotar, que la protección de los datos personales se efectúa a través de proveedores tecnológicos, con los cuales se tienen firmados contratos de transmisión de información, en aras de cumplir a cabalidad con los principios de acceso de la ley, así como de tomar las medidas técnicas y tecnológicas necesarias para el aseguramiento de los datos.

Como titular de la información personal sobre la que Compensar EPS ejerce el tratamiento, se me informa sobre los canales a través de los cuales puedo ejercer mis derechos a conocer, actualizar, rectificar, suprimir mis datos personales, entre ellos el correo electrónico protecciondedatos@compensar.com, y la central telefónica de la EPS.

La protección de datos personales efectuada por Compensar EPS, cumple con los principios de finalidad, necesidad, circulación restringida, confidencialidad y seguridad señalados en la Ley 1581 de 2012 y manifiesto expresamente que conozco dónde consultar la información sobre protección de datos personales, así como los efectos y alcance de la presente autorización y que estoy libre de todo vicio del consentimiento en el momento de otorgarla.

Firma del afiliado (cotizante): Nataly Medina Castro

No. Identificación: 1.012373.094

ADRES
ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1012373094
NOMBRES	NATALI STEFANY
APELLIDOS	MEDINA CASTRO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	COMPENSAR E.P.S.	CONTRIBUTIVO	10/03/2017	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	02/14/2018 13:18:02	Estación de origen:	181.49.73.193

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso, de las EPS, EOC y EPS-S. Artículo 6. Calidad de datos de afiliación reportada a la BDUA. Las entidades que administran las afiliaciones serán las responsables de la veracidad y calidad de la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA.

Adicionalmente, las entidades que administran las afiliaciones, serán las responsables de gestionar la plena identificación de los afiliados, de acuerdo con el documento de identificación previsto en la normativa legal vigente respecto a los ciudadanos colombianos y residentes extranjeros, y también de mantener actualizado el tipo de documento, número de identificación, la novedad de fallecimiento y la respectiva modificación para su correcto registro en la BDUA.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y EOC y de los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

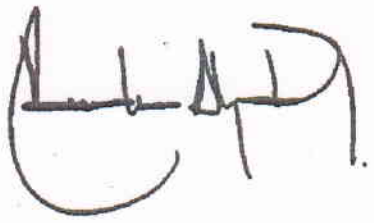
porvenir
sólo hay uno

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **NATALI STEFANY MEDINA CASTRO**, identificado(a) con Cédula ., de Ciudadania **1,012,373,094**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 14 días del mes de Febrero de 2018.



Gerente de Clientes

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Resolución No 376 de 16/01/2017

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

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

LA DIRECCION DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

En uso de sus facultades legales y en especiales conferidas por el Decreto 780 de 2016, Ley 1164 de 2007 y Resolución 3030 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social y,

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) MEDINA CASTRO NATALI STEFANY Identificado(a) con CC número 1012373094 expedida en BOGOTA D.C. solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su ocupación según CERTIFICADO de AUXILIAR EN ENFERMERIA otorgado por CENTRO DE CAPACITACIÓN CEFAP DE LA CARACAS el día 11/12/2016.
Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes;

En virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a MEDINA CASTRO NATALI STEFANY identificado(a) con CC número 1012373094 expedida en BOGOTA D.C. para desempeñarse como AUXILIAR EN ENFERMERIA en el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO: A partir de la expedición de la presente resolución, quedara inscrito en el registro Único Nacional del Talento Humano en salud (RETHUS).

COMUNIQUESE, Y CÚMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los 16/01/2017

Original Firmado Por
Rosmira Mosquera Padilla

ROSMIRA MOSQUERA PADILLA.
Directora de Calidad de Servicios de Salud.

Reviso Sebastián Quiroz L
Elaboro Víctor Sánchez

Bogotá, D.C 22 marzo 2017
A la fecha notifiqué personalmente al
señor (a) Nataly Medina C
CC. # 1012373094
Firma
Nataly Medina C

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: 364 9666

ISO 9001 icontec
NTCGP 1000 icontec

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

RICAURTE
Salud Ocupacional

CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL

EXAMEN OCUPACIONAL INGRESO



FECHA:	FEBRERO 12 DE 2018
NOMBRE:	MEDINA CASTRO NATALI STEFANNY
CC:	1.070.592.528 de GIRARDOT Edad: 31 años
Estado civil:	UNION LIBRE
Escolaridad:	TECNICOS
Oficio a desempeñar:	AUXILIAR DE ENFERMERIA
Empresa:	INSTITUTO TECNOLOGICO DEL SUR

EXAMENES REALIZADOS:
1.- MEDICO OCUPACIONAL INGRESO

CONCEPTO

XX APTO SIN PATOLOGIA CLINICA
XX OSTEOMUSCULARMENTE SANA

RECOMENDACIONES

CONTROL POR SU EPS
PAUSAS ACTIVAS EVITAR POSTURAS DEFECTUOSAS
USO DE EPP, CAPACITACION POSTURAS, SEGUIR NORMAS DE SEGURIDAD CONTROL OCUPACIONAL ANUAL

Especialista en Salud Ocupacional
Licencia 5683/2017

Natal, Medina

1012373094

CERTIFICAMOS: *La resolución 2346 de julio 11 de 2.007 Art 4 y Art 16, resolución 1918 de 2009, disponen la custodia de las Historias Clinicas a las IPS que originan el documento; por consiguiente, por normas legales vigentes, la IPS Centro Médico Ricaurte E U, garantiza la custodia de las Historias Clinicas Ocupacionales de los exámenes realizados por la Institución*