E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez BARRENECHE

LISTA DE CHEQUEO PARA INGRESO PERSONA NATURAL ASISTENCIAL

CODIGO: GJC12F
VERSION: 06
FECHA DE ÚLTIMA REVISION: 7/09/2023

En cumplimiento de las disposiciones de la Ley 1581 de 2012 que desarrolla el derecho de habeas data, **YO**, Nathalie Alvarado Lopez, Identificado con Cédula No. 1083035997 y Profesión Medico general **AUTORIZO** que el **HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE ESE (HUJMB)** en calidad de *Responsable del Tratamiento de datos* pueda **VERIFICAR, ALMACENAR, ARCHIVAR, COPIAR, ANALIZAR, USAR y CONSULTAR** los datos que se señalan a continuación. Estos datos serán recolectados por el HUJMB con fines de contratación.

FIRMA: Nathalie A.

	LISTADO DOCUMENTOS PERSONAL ASISTENCIAL - OPS, ENTREGADOS EN EL SIGUIENTE ORDEN:	SI	N/A
1	Estudio de Necesidad y Oportunidad		
2	Cedula de Ciudadanía		
3	Registro Proveedores - Persona Natural – Disponible en: https://siji.hujmb.gov.co/proveedores/pnatural.php		
4	Formato Consentimiento Informado – Consulta Bases de Datos. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/		
5	Capture de Pantalla – Usuario SECOP II **(Pantallazo)**		
6	Propuesta de Servicios **(Mes Actual)**		
7	Libreta Militar (**Hombres menores de 50 años**)		
8	Licencia de Conducción- ACTIVA (**CONDUCTOR DE AMBULANCIA**)		
9	RUT - Registro Único Tributario **(Año 2023)**		
10	Hoja de Vida — Función pública (SIGEP II) **(Actualizada Mes Actual)**		
11	Copia de Soportes académicos de estudios y actas de grado (**Bachiller, Universitarios y Especializados**)		
12	Certificado de antecedentes **ÉTICO PROFESIONAL** - Médicos, Bacteriólogo, Psicólogo y Enfermera **(fecha vigente – Mes Actual**).		
13	Convalidación de Titulo (**Médicos Generales y Especialistas**) — **Certificado Emitido por el Ministerio de Educación Nacional.**		
14	Resolución departamental para ejercer profesión - (**Personal Asistencial**)		
15	Tarjeta Profesional		
16	RETHUS (**Personal Asistencial en general**)		
17	Póliza de responsabilidad civil de clínicas y hospitales desde **$250.000.000** millones de pesos. (**Médicos y Especialistas**)		
18	Curso Guía de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual, Ley 1146 de 2007 (**Personal Asistencial**).		
19	Certificado de curso **SOPORTE VITAL BASICO** - Auxiliares de enfermería, Auxiliar camillero, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
20	Certificado de curso **SOPORTE VITAL AVANZADO** Enfermeras y Médicos, **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
21	Curso Apoyo Vital Avanzado Pediátrico – **PALS** (Pediatras) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
22	Curso de Reanimación Cardiopulmonar Neonatal — **NALS** (Neonatólogo) **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
23	Certificado de Curso de **CUIDADOS INTENSIVOS** (Personal Asistencial del área de UCI, excepto Especialistas)		
24	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en el **MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS** - Médicos Generales y Especialistas del área de *UCI y Hospitalización*.		
25	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua para la **GESTIÓN DEL DUELO** (Personal asistencial del área de *Atención del Parto, UCI Adulto, Pediatría Y Neonatal*)		
26	Certificación vigente de aprobación de la evaluación de competencias Esenciales para el **CUIDADO DEL DONANTE** (Médicos Generales y Especialistas de las áreas de *Hospitalización, UCI, Urgencias y Cirugías.*		
27	Constancia de Asistencia en las acciones de formación continua en la atención a personas **VICTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUÍMICOS** (Personal Asistencial del área de ***Urgencias y Transporte Asistencial***).		
28	Curso de **PRIMEROS AUXILIOS** (Conductores de Ambulancia), **(Vigencia no Superior a DOS (02) años).**		
29	Examen Pre-Ocupacional (Decreto 0723 de 2013) Cap. 5, párrafo 2 — Exámenes médicos según Procedimiento de evaluaciones médicas ocupacionales. (**Vigencia no superior a TRES (03) años**)		
30	Soporte de experiencia laboral.		
31	Certificado - Registro de Deudores Alimentarios Morosos. REDAM Disponible en https://carpetaciudadana.and.gov.co/ ***previo registro en el sitio web.***		
32	Vacunas (**HEPATITIS B**) (todo el personal asistencial)		
33	Formato **DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTA Y REGISTRO DE CONFLICTO DE INTERÉS** — Diligenciar en la página web https://www3.funcionpublica.gov.co/fdci/login/auth?opcionDestino=LEY2013 (**Personal antiguo - formato diligenciado no mayor a UN (01) año**)		
34	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad Social en Salud (**INDEPENDIENTE – Mes Actual**)		
35	Certificación de afiliación al sistema de Seguridad en Pensión (**INDEPENDIENTE – Mes Actual**)		
36	Formato **SARLAFT** – Persona Natural. Disponible en: https://hujmb.gov.co/gestion-institucional/contratacion/proveedores/		

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACIÓN PERSONAL

CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.083.035.997**

ALVARADO LOPEZ

APELLIDOS

NATHALIE

NOMBRES

Nathalie Alvarado L.

FIRMA



Powered by CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-JUN-1998**

MOMPOS
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58
ESTATURA

B+
G.S. RH

F
SEXO

05-JUL-2016 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-2100100-00843345-F-1083035997-20160812 **00506**50785A 2 46673304

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Powered by CamScanner

Consulta - Registro de Proveedores - Persona Natural

Ingrese numero de identificación

Verificar Registro

Has buscado el número de identificación: **1083035997**

Resultados encontrados:

#	No. Documento	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha y Hora de Registro
1	1083035997	ALVARADO	LOPEZ	NATHALIE	..	2023-02-07, 4:10 pm

© Adaptado para el Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2023

Activar Windows
Ve a Configuración para activar Windows.

El (la) suscrito(a) Nathalie Alvarado Lopez identificado con C.C./C.E./P.P No. 1083035997 expedida en Santa Marta, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la **E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE**, a consultar mis datos personales en las siguientes bases de datos (**Certificado de Antecedentes Fiscales** – Contraloría General de la República, **Certificado de Antecedentes Disciplinarios** – Procuraduría General de la Nación, **Consulta de Antecedentes Judiciales** – Ministerio de Defensa (Policía Nacional) - **Consulta de Inhabilidades Delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años. Ley 1918 de 2018** – Ministerio de Defensa (Policía Nacional)), de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada tres (3) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en www.hujmb.gov.co, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de Santa Marta, el día _____ del mes de septiembre de 2023.

Firma
Nombre Nathalie Alvarado Lopez
Cédula 1083035997

COPIA CONTROLADA

Powered by CamScanner

- Mis datos de usuario
- Noticias SECOP
- Mis registros
- Accesos del usuario
- Términos y condiciones de uso

Editar

Información del usuario



Género	Mujer
Cargo	Medico
Título	Sra.
Nombre	Nathalie
Apellidos	Avarado Lopez
Fecha de Nacimiento	23/06/1998 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Nombre y apellido	Nathalie Avarado Lopez
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	1083035997
Dirección	CALLE 17#21A-21
Código postal	
Estrato	6
Ubicación	Santa Marta
País	COLOMBIA
Correo electrónico	natyalvarado23@hotmail.com
Teléfono	4355086
Celular	3007441405
Nivel Educativo	Universitaria completa (con título)

Configuración

Zona horaria	(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito
Idioma	Español (Colombia)

Activar Windows
Ve a Configuración para activar Windows.

Santa Marta, 13 de septiembre 2023

Doctor
GERMAN VARGAS MOSQUERA
GERENTE
E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

REF: PROPUESTA DE PRESTACION DE SERVICIOS

NATHALIE ALVARADO LOPEZ, identificada con cedula de ciudadanía 1.083.035.997 de Santa Marta, Magdalena, Medico egresada de la Universidad Cooperativa de Colombia de Santa Marta, muy respetuosamente me permito presentar a su consideración mi propuesta para la prestación de servicios como médico general de manera presencial o disponible según los horarios y tarifas establecidos y acordados en la institución y la comunidad a su cargo.

Agradezco de antemano su atención

Atentamente,
NATHALIE ALVARADO LOPEZ
CC 1083035997 de Santa Marta
Médico general

Powered by CamScanner

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario 14894129330

(415)7707212489984(8020) 000001489412933 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 8 3 0 3 5 9 9 7	1	Impuestos y Aduanas de Santa Marta 1 9	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 8 3 0 3 5 9 9 7	2 0 1 6 0 7 0 5

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Santa Marta 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ALVARADO	LOPEZ	NATHALIE	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Santa Marta 0 0 1

41. Dirección principal
CL 17 # 21 A - 21 BRR JARDIN

42. Correo electrónico natyalvarado23@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 0 7 4 4 1 4 0 5	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 2 1	2 0 2 3 0 1 2 7							

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 2 0																									

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 3 61. Fecha 2023 - 02 - 06 / 19 : 35: 29

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

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

984. Nombre ALVARADO LOPEZ NATHALIE
985. Cargo Contribuyente

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Alvarado	Lopez	Nathalie

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1083035997	F (X) M ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 23 MES 06 AÑO 1998	CALLE 17 - 21A 21			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	MAGDALENA
DEPTO	BOLÍVAR	MUNICIPIO	SANTA MARTA		
MUNICIPIO	SANTA CRUZ DE MOMPOX	TELÉFONO	4355086	EMAIL	natyalvarado23@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	2014
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA 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	12	X		MEDICINA	11	2022	

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION	
				MES	AÑO
VIRTUAL	QUIRON	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	ATENCIÓN INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE GENERO	02	2023
PRESENCIAL	ACESS	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	ATENCION A VICTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUIMICOS Y EXPOSICION A SUSTANCIAS OMATERIALES PELIGROSOS DE ACUERDO A LA NORMA NFPA 472	01	2023
PRESENCIAL	ACESS	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO	01	2023
PRESENCIAL	ACESS	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	GESTION DE DONANCION DE ORGANOS Y TEJIDOS	12	2022

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

MEDIO DE CAPACITACIÓN	*INSTITUCIÓN*	*MODALIDAD*	*CURSO*	*TERMINACION*	
				MES	*AÑO*
MIXTA	QUIRON	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	SOPORTE VITAL BASICO	12	2022
MIXTA	QUIRON	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	SOPORTE VITAL AVANZADO	12	2022

ESPECÍFIQUE 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*
INGLÉS		X			X			X	

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE											
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO MAGDALENA	*MUNICIPIO* SANTA MARTA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4346262	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	10	*Mes*	02	*Año*	2023	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO GENERAL	*DEPENDENCIA* ACCESO A SERVICIOS DE SALUD				*DIRECCIÓN*						

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA			*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*						
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*				*CORREO ELECTRÓNICO*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día:		*Mes:*		*Año:*		*Día:*		*Mes:*		*Año:*	
AREA DE CONOCIMIENTO	*NIVEL EDUCATIVO*				*DIRECCIÓN*						

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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	0	7
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	0	7

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 INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento _____

_____

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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*

La República de Colombia
y en su nombre, el

Colegio Franciscano de San Luis Beltrá

Santa Marta

Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional, con Licencia de Funcionamiento No. 0564
20 de junio de 2014, de la Secretaría de Educación Distrital.

Confiere a:

Nathalie Alvarado López

Identificada T.I. 98062352493 de Mompox-Bolívar

El Título de

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media, según planes y programas de estudios, Ley 115 de febrero 8 de 1994, Decreto 1290 de abril 16 de 200

Rector

Secretaria

Powered by CamScanner

Colegio Franciscano de San Luis Beltrán

Avenida Libertador Diagonal 30 Transversal 14 No. 22-69
Teléfono: 433 03 43 - 433 03 44
Santa Marta, Magdalena

DANE No. 347001000586 - ICFES No. 010397 - NIT No. 860020342-1

Acta Individual de Graduación

En la ciudad de Santa Marta, el día 22 del mes de noviembre de 2014, se llevó a cabo el acto de graduación, presidido por los suscritos Rector y Secretaria, en el cual el Colegio Franciscano de San Luis Beltrán confirió el título de:

BACHILLER ACADÉMICO

a:

Nathalie Alvarado López

Identificada T.I. 98062352493 de Mompox-Bolívar

quien cumplió con los requisitos académicos y las exigencias establecidas en los reglamentos y normas legales vigentes. Le fué otorgado el diploma que le acredita como tal.

Institución autorizada en el Nivel de Educación Media Vocacional por el Ministerio de Educación Nacional, para otorgar el Título de Bachiller Académico a los alumnos (as), que culminan satisfactoriamente. Licencia de funcionamiento No. 0564 del 20 de junio de 2014, de la Secretaría de Educación Distrital de Santa Marta.

Es fiel copia del Acta No. 62 en lo pertinente.

En Santa Marta, a los 22 días del mes de noviembre del año 2014.

Firmada y Sellada.

FRAY HERNANDO CONTRERAS NARVÁEZ
C.C. No. 79.507.280 de Bogotá
Rector

CARMEN SOFIA BARROS INSIGNARES
C.C. No. 36.534.643 de Santa Marta
Secretaria

NOTA: No requiere registro, según Decreto No. 921 del 6 de mayo de 1994, expedido por el M.E.N.

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería Jurídica, Resolución 24195 del 20 de Diciembre de 1983 del Ministerio de Educación Nacional.
Resolución No. 501 del 7 de Mayo de 1974 de la Superintendencia Nacional de Cooperativas.
Resolución No. 1850 del 31 de Julio de 2002,emanada del Ministerio de Educación Nacional.

En atención a que

NATHALIE ALVARADO LOPEZ

con Cédula de Ciudadanía No. 1.083.035.997 de Santa Marta
Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos
por la Universidad, le confiere el título de

MÉDICA

En testimonio de ello le expide el presente diploma y se firma en
Santa Marta el día 27 de enero de 2023

Libro de Registros No. 0060420221 Folio No. 091 Registro No. 0905
Refrendado en Santa Marta el día 26 de enero de 2023

Director (a) Sede

Rector (a)

Secretario (a) General

Este documento fue firmado digitalmente conforme a la legislación colombiana vigente.

Registros y Diplomas: Vanessa Llerena Betancour

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería Jurídica, Resolución 24195 del 20 de Diciembre de 1983 del Ministerio de Educación Nacional.
Resolución No. 501 del 7 de Mayo de 1974 de la Superintendencia Nacional de Cooperativas.
Resolución No. 1850 del 31 de Julio de 2002,emanada del Ministerio de Educación Nacional.

Acta Individual de Graduación No. 04-4215-2022

PROGRAMA:	MEDICINA
CODIGO SNIES:	3529
FECHA GRADO:	27 DE ENERO DE 2023
LUGAR:	UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA, CAMPUS SANTA MARTA

En atención a que NATHALIE ALVARADO LOPEZ
con Cédula de Ciudadanía No 1.083.035.997 de Santa Marta
cumplió todos los requisitos exigidos por las normas legales y estatutarias, le expide el título de: MÉDICA.

Lo anterior, atendiendo la aprobación del Consejo Académico del Campus Santa Marta, mediante acta No 019 en sesión del día 20 de diciembre de 2022.

Para constancia se citan en este título las autoridades competentes: Rector(a), Director(a) de Campus, Decano(a) facultad y Secretario(a) General de la Universidad, así:

Rector(a):	MARITZA RONDON RANGEL
Director(a) de Campus:	ADRIANA SANTARELLI FRANCO
Decano(a) facultad:	SALIN RAMON TOUCHIE MEZA
Secretario (a) General:	GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS

Se expide la presente Acta en la ciudad de Santa Marta el día 27 DE ENERO DE 2023

Gloria Patricia Rave I

GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS
Secretario (a) General

Este documento fue firmado digitalmente conforme a la legislación colombiana vigente.

VIGILADA MINEDUCACIÓN

Powered by CamScanner

Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23 / 81 - Artículo 63

C108303599700142675

EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

NACIONAL DE ETICA MEDICA

CERTIFICA

Que consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones del Tribunal Nacional de Ética Médica el(a) doctor(a) **NATHALIE ALVARADO LOPEZ**, identificado(a) con C.C. No. 1083035997 y T.P. o R.M. No. 1083035997 del(a) Colegio Médico Colombiano, no registra sanciones vigentes.

Nota: Esta certificación de antecedentes contiene 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 que se encuentren vigentes en dicho momento. Link de Verificación de certificado de antecedentes www.tribunalnacionaldeeticamedica.org/certificados/validar/

"EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICION DE MÉDICO"

Dada en Bogotá, D. C., el miércoles 13 septiembre 2023 a solicitud del(a) interesado(a).

BERNARDO ADOLFO ROBLEDO RIAGA
Presidente

TRIBUNAL NACIONAL DE ETICA MEDICA
PRESIDENTE

Calle 147 No. 19-50 Oficina 32 Centro Comercial Futuro Tels. (601)7440583-(601)6279975 Bogotá D. C.
E - Mail antecedentes@tribunalnacionaldeeticamedica.org, www.tribunalnacionaldeeticamedica.org
antecedentestribunal@outlook.com

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD DIGITAL





QR DIGITAL

COLEGIO MÉDICO COLOMBIANO CMC

WhatsApp | ReTHUS | web.sispro.gov.co/THS/Cliente/ConsultasPublicas/ConsultaPublicaDeTHxIdentificacion.aspx

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1083035997	NATHALIE		ALVARADO	LOPEZ	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) NATHALIE ALVARADO LOPEZ identificado(a) con CC 1083035997 registra La siguiente información:

2023-06-05→8:49:25 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	MEDICINA	2023-02-02	109778	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Programa Prestación	Entidad Reportadora
Exonerado del SSO	Local	COLOMBIA|NO APLICA|	1900-01-01	1900-01-01	Sin Modalidad	Medicina	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

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

Activar Windows
Ve a Configuración para activar Windows.

Buscar | 29°C Mayorm. nubla... | ESP | 8:50 p. m. 5/06/2023

Powered by CamScanner

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 860.524.654-6

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

Somos la Novena Mejor Empresa para Trabajar en Colombia — Great Place To Work. Los Mejores Lugares para Trabajar COLOMBIA 2022
Somos la Novena Mejor Empresa para Trabajar en América Latina — Great Place To Work. Los Mejores Lugares para Trabajar AMÉRICA LATINA 2021

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
3202155010

PÓLIZA No: 320 -89 - 994000003002 ANEXO:1

AGENCIA EXPEDIDORA: **CARRERA 47** COD. AGE: 320 RAMO: 89 PAP:

	DIA	MES	AÑO	HORAS		DIA	MES	AÑO	HORAS		DIA	MES	AÑO
FECHA DE EXPEDICIÓN	08	02	2023		VIGENCIA DE LA PÓLIZA	07	02	2023	23:59		07	02	2024
					VIGENCIA DESDE				A LAS				VIGENCIA HASTA

	HORAS		DIA	MES	AÑO
	23:59	365	08	02	2023
	A LAS	DIAS	FECHA DE IMPRESIÓN		

MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL** TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION

TIPO DE MOVIMIENTO MODIFICACION

VIGENCIA DEL ANEXO	DIA	MES	AÑO	HORAS		DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS
	07	02	2023	23:59		07	02	2024	23:59	365
	VIGENCIA DESDE			A LAS		VIGENCIA HASTA			A LAS	

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:: **NATHALIE ALVARADO LOPEZ** IDENTIFICACIÓN: CC **1083.035.997**

DIRECCIÓN: CRA 17 N 21A 21 CIUDAD: BARRANQUILLA, ATLANTICO TELÉFONO: 3007441405

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **NATHALIE ALVARADO LOPEZ** IDENTIFICACIÓN: CC **1083.035.997**

DIRECCIÓN: CRA 17 N 21A 21 CIUDAD: **BARRANQUILLA, ATLANTICO** TELÉFONO: 3007441405

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: MAGDALENA CIUDAD: SANTA MARTA

DIRECCION: CALLE 0 No. 0-0 LUGAR DONDE EL PROFESIONAL EJERZA SU PROFESION

ACTIVIDAD: MEDICO

DESCRIPCION AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL ACTO MEDICO	$ 250,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA	250,000,000.00	
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO	250,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS	250,000,000.00	0.00
SUSTITUCION PROVISIONAL	250,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA	25,000,000.00	0.00

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 2.00 SMMLV en RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS/SUSTITUCION PROVISIONAL

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

SE EMITE EL PRESENTE ANEXO PARA AJUSTAR VALOR ASEGURADO DE ACUERDO A FORMATO DILIGENCIADO.

DEMAS CONDICIONES SIN MODIFICACIÓN.

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
$ ****50,000,000.00	$ **********42,325	$********0.00	$ *******8,042	$ **********50,367

INTERMEDIARIO

NOMBRE	CLAVE	%PART
ADRIANA MARGARITA SILVA MAESTRE	10679	100.00

COASEGURO CEDIDO

NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)000000000007000320215501

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá

JOSPINO 0

CDDA207A0E0AF97F5F

CLIENTE

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

GRAN CONTRIBUYENTE RES.2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Quirón
ENTRENAMIENTO EN SALUD

CERTIFICA
LA PARTICIPACIÓN DE

Nathalie Alvarado López

CC: 1083035997

En el Curso de: **ATENCIÓN INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE GENERO**

Para: **Médico .**

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente del **Curso Teórico – Práctico.** ATENCIÓN INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE GENERO. **Quirón Entrenamiento en salud S.A.S.** Nit: 901237169-2 mátricula mercantil no. 722.315. Comunicados por ministerio de educación bajo el artículo 43 de la ley 115 de 1994 y el acuerdo con el artículo 2.6.6.8. del DURSE. El acuerdo 056 del ministerio de protección social para impartir programas de educación para el trabajo y desarrollo humano.

Basados en el marco del Decreto 1710 de 2020 y cumpliendo con la normatividad de la resolución 3100 del 2019. .

Realizado el **04** del mes de **Febrero** del **2023** con una intensidad de 80 horas.
Este certificado tiene una vigencia de dos (2 años) a partir de su expediciónn.

Instructor Internacional
Cesar Augusto Ropero Payares
Médico General
Coordinador Científico Quirón
Técnico en Urgencias Médicas
Instructor Internacional NAEMT

Representante Legal
Victor Hugo Estrada Pedrozo

Si desea validar la veracidad de este certificado, por favor comuníquese con nosotros o envíenos un email a gerencia@quironcolombia.com

Cra 46 No 79 - 72 Barranquilla · Tel: 339 84 88 · Cel: 322 721 1337
www.quironcolombia.com

Powered by CamScanner

Quirón
ENTRENAMIENTO EN SALUD

CERTIFICA
LA PARTICIPACIÓN DE

Nathalie Alvarado López

CC: 1083035997

En el Curso de: **SVB - SOPORTE VITAL BASICO** basado en los lineamientos establecidos por la Sociedad americana del corazón(A.H.A).

Para: **Médico .**

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente del **Curso Teórico – Práctico.** Con instructor titulado por la sociedad americana del corazón. **Quirón Entrenamiento en salud S.A.S.** Nit: 901237169-2 mátricula mercantil no. 722.315. Comunicados por ministerio de educación bajo el artículo 43 de la ley 115 de 1994 y el acuerdo con el artículo 2.6.6.8. del DURSE. El acuerdo 056 del ministerio de protección social para impartir programas de educación para el trabajo y desarrollo humano.

Según la normatividad de la resolución 3100 del 2019.

Realizado el **12** del mes de **Diciembre** del **2022** con una intensidad de 24 horas.
Este certificado tiene una vigencia de dos (2 años) a partir de su expedicióńn.

Instructor Internacional
Cesar Augusto Ropero Payares
Médico General
Coordinador Científico Quirón
Técnico en Urgencias Médicas
Instructor Internacional NAEMT

Representante Legal
Victor Hugo Estrada Pedrozo

Si desea validar la veracidad de este certificado, por favor comuníquese con nosotros o envíenos un email a gerencia@quironcolombia.com

Cra 46 No 79 - 72 Barranquilla · Tel: 339 84 88 · Cel: 322 721 1337
www.quironcolombia.com

Powered by CamScanner

Quirón
ENTRENAMIENTO EN SALUD

CERTIFICA
LA PARTICIPACIÓN DE

Nathalie Alvarado López

CC: 1083035997

En el Curso de: **ACLS - SOPORTE VITAL AVANZADO** basado en los lineamientos establecidos por la Sociedad americana del corazón(A.H.A).

Para: **Médico .**

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente del **Curso Teórico – Práctico.** Con instructor titulado por la sociedad americana del corazón. **Quirón Entrenamiento en salud S.A.S.** Nit: 901237169-2 mátricula mercantil no. 722.315. Comunicados por ministerio de educación bajo el artículo 43 de la ley 115 de 1994 y el acuerdo con el artículo 2.6.6.8. del DURSE. El acuerdo 056 del ministerio de protección social para impartir programas de educación para el trabajo y desarrollo humano.
Según la normatividad de la resolución 3100 del 2019.

Realizado el **12** del mes de **Diciembre** del **2022** con una intensidad de 24 horas.
Este certificado tiene una vigencia de dos (2 años) a partir de su expedicióńn.

Instructor Internacional
Cesar Augusto Ropero Payares
Médico General
Coordinador Científico Quirón
Técnico en Urgencias Médicas
Instructor Internacional NAEMT

Representante Legal
Victor Hugo Estrada Pedrozo

Si desea validar la veracidad de este certificado, por favor comuníquese con nosotros o envíenos un email a gerencia@quironcolombia.com

Cra 46 No 79 - 72 Barranquilla · Tel: 339 84 88 · Cel: 322 721 1337
www.quironcolombia.com

Powered by CamScanner

Quirón
ENTRENAMIENTO EN SALUD

CERTIFICA
LA PARTICIPACIÓN DE

Nathalie Alvarado López

CC: 1083035997

En el Curso de: **GESTIÓN DE DUELO**

Para: **Médico .**

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente del **Curso Teórico – Práctico.** GESTIÓN DE DUELO. **Quirón Entrenamiento en salud S.A.S.** Nit: 901237169-2 mátricula mercantil no. 722.315. Comunicados por ministerio de educación bajo el artículo 43 de la ley 115 de 1994 y el acuerdo con el artículo 2.6.6.8. del DURSE. El acuerdo 056 del ministerio de protección social para impartir programas de educación para el trabajo y desarrollo humano.
Según la normatividad de la resolución 3100 del 2019.

Realizado el **04** del mes de **Febrero** del **2023** con una intensidad de 60 horas.
Este certificado tiene una vigencia de dos (2 años) a partir de su expedicionn.

Instructor Internacional
Cesar Augusto Ropero Payares
Médico General
Coordinador Científico Quirón
Técnico en Urgencias Médicas
Instructor Internacional NAEMT

Representante Legal
Victor Hugo Estrada Pedrozo

Si desea validar la veracidad de este certificado, por favor comuníquese con nosotros o envíenos un email a gerencia@quironcolombia.com

Cra 46 No 79 - 72 Barranquilla · Tel: 339 84 88 · Cel: 322 721 1337
www.quironcolombia.com

ACESS

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMERGENCIA SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL

Otorga el presente certificado a

NATHALIE ALVARADO LÓPEZ

C.C. 1.083.035.997

Por haber asistido y aprobado el curso:

formación continua en

MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO

Realizado en modalidad virtual, **del día 6 al 8 de Enero de 2023.**
con una intensidad académica de **60 horas.**
El curso cumple con lo establecido en la Res. 3100 del 2019.
Aprobado Resolución 3228 del 2017 y bajo Decreto 1075 del 2015 art. 2.6.6.8

Javier Alfaro Roa
DIRECTOR ACESS SANTA MARTA

info@acess.com.co 318 5954676 / 420 8583

Powered by CamScanner

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMERGENCIA SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL

ACESS

Otorga el presente certificado a

NATHALIE ALVARADO LÓPEZ

C.C. 1.083.035.997

Por haber asistido y aprobado el curso:

GESTIÓN DE DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

CURSO ONLINE

Realizado **del dia 16 al 19 de Diciembre de 2022.**
con una intensidad académica de **60 horas**.

El curso cumple con lo exigido en la Res. 3100 de 2019
Aprobado Resolución 3228 del 2017 y bajo Decreto 1075 del 2015 Art. 2.6.6.8

Javier Alfaro Roa
DIRECTOR ACESS SANTA MARTA

info@acess.com.co 318 5954676 / 420 8583

Powered by CamScanner

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMERGENCIA SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL

ACESS

Otorga el presente certificado a

NATHALIE ALVARADO LÓPEZ

C.C. 1.083.035.997

Por haber asistido y aprobado el curso:

HAZMAT MEDICO

ATENCIÓN A VICTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUÍMICOS Y EXPOSICIÓN A SUSTANCIAS O MATERIALES PELIGROSOS DE ACUERDO A LA NORMA NFPA 472

Realizado del **20 al 22 de Enero del 2023.**
con una intensidad horaria de **40 horas**.

El curso cumple con lo exigido por la Res. 3100 del 2019, bajo estándares internacionales NFPA 472.
Aprobado Resolución 3228 del 2017 y bajo Decreto 1075 del 2015 Art. 2.6.6.8

Javier Alfaro Roa
DIRECTOR ACESS SANTA MARTA

info@acess.com.co 318 5954676 / 420 8583

Powered by CamScanner

Certificado de
Aptitud Laboral
Ingreso
Medico Especialista En Salud Ocupacional Y Medicina Laboral



Fecha: 07/Feb/2023, **Hora:** 09:16:56 a.m.
Apellido: Alvarado Lopez **Nombre:** Nathalie
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 1083035997
Empresa: Particular
Cargo: Medico
Direccion: Calle 17 N. 21a-21 Jardin
Telefono: **Celular:** 3007441405 **Email:** **Estado Civil:** Casado
Ciudad: .:: No Aplica ::.
Peso: 57 Kg **Estatura:** 155 Cm **IMC:** 23.7 **Escolaridad:** Universitario **Jornada Laboral:** Sin Definir
EPS: Sanitas **ARL:** Sin Definir **AFP:** Sin Definir

HC: # 76744
Edad: 24 años
Sexo: Femenino ♀
Nacim: 23/Jun/1998
Rh: B+

Examenes Realizados

Examen Con Enfasis Osteosmuscular

Concepto

Sin Restricciones Al Examen De Ingreso.

Recomendaciones

Higiene Postural
Ejercicio Regular
Induccion Al Sitio De Trabajo
Pausas Activas
Estilo De Vida Saludable
Utilizar Epp Para Labor Que Desempeña
Uso De Tapabocas Permanente
Cumplir Con Las Normal De Bioseguridad

.

Observaciones

Mirta Nuñez Gutierrez
Md. Especialista En Medicina Del Trabajo Y
Salud Ocupacional
Lic. de S.O #: 1725
Registro #: 386

Nathalie Alvarado Lopez
CC 1083035997

Huc
Dig

Powered by CamScanner

EL GERENTE DE LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO "JULIO MENDEZ BARRENECHE"
NIT. 891780185-2

CERTIFICA

Que de conformidad con los documentos que obran en los archivos de la entidad, se encontró que la Doctora **NATHALIE ALVARADO LOPEZ**, identificada con cedula de Ciudadanía **No. 1.083.035.997** expedida en Santa Marta (Magdalena), ha suscrito con **LA E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO "JULIO MÉNDEZ BARRENECHE",** los siguientes contratos de prestación de servicios:

1. No. **CD20231137** de fecha 09 de febrero de 2023, con un plazo de ejecución contado a partir del 10 de febrero al 31 de mayo 2023, por un valor de VEINTE MILLONES DE PESOS ($20.000.000).

2. **ADICION EN VALOR Y TIEMPO** de fecha 01 de junio de 2023, a la orden de prestación de servicio **No. CD20231137,** con un plazo de ejecución del 01 al 30 de junio de 2023, por un valor de CINCO MILLONES DE PESOS ($5.000.000).

OBJETO: PRESTAR LOS SERVICIOS DE SALUD COMO **MEDICO GENERAL** DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRECHE.

La presente Certificación se expide por solicitud de la interesada, a los nueve (09) días del mes de junio de 2023.

GERMAN GAVIRIA VARGAS MOSQUERA
GERENTE (E)

REVISO: JARID YESID THOMAS PADILLA.
ASESOR JURÍDICO EXTERNO OFICINA JURÍDICA.

ELABORÓ: RONALD A. GOMEZ CAMACHO.
APOYO ADMINISTRATIVO OFICINA JURIDICA.

VIGILADO Supersalud

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1083035997 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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.

Se expide en Bogotá el 13/09/2023 06:31 PM

_____

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1	09-02-17	015m4055	
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2	09-02-17	02272 Intal	
	3	28-12-18	221501316	
	4	14-05-21	23386024	
	5			
Contra Hepatitis B	1	09-02-17	UFX14005	
	2	28-12-18	UFX 14006	
	3	19-07-19	VFX14009	
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla		28-12-18	P3A11	
Contra Influenza	1	11-7-16	GRIFOLS	EDITH
		28-12-18	V5021100	
Virus de Papiloma Humano		19-07-19	T3D93	
		30-04-20	V5022000	
		12-07-21	V5022100	
H.A	1	9-02-17	L012038	
DPT		19-07-19	AC37326	

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubeola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)		14-05-21	23386024	
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico		Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B		1			
		2			
		3			
Antirrábica		1			
		2			
		3			
		4			
Influenza estacional		Anual	02-23	V5022201	
Otras	Neumoco		06/10/2021	ASFA0819AA	BELVIS M
	Meningoco	1	20/10/2021	U7079AC	

Powered by CamScanner

Este carné es válido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

Consérvelo

En caso de requerir el certificado Internacional de Vacunación o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: NATHALIE

Apellidos: ALVARADO LOPEZ

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No 1083035997

Fecha de Nacimiento: Día 23 Mes 06 Año 1998

Menactra®
Vacuna Antimeningocócica
Polisacárida (Serogrupos A, C, Y y W-135)
Conjugada con Toxoide Diftérico
1 dosis: 0,5 ml. Por vía intramuscular.
Solución inyectable. Conservar entre 2°C – 8°C.
Chile: Reg I.S.P. B-2221
Colombia: R.S. No. INVIMA 2016M-0011293-R1
Ecuador: R.S 30167-04-12 Perú: R.S. BE-00742
Sanofi Pasteur Inc. Swiftwater PA 18370 USA

7267

L U707PAC
E 08SEP22
M 24AUG20

en Colombia.
a zonas de riesgo.

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

La salud es de todos

La salud es de todos | Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: NATALY

Apellidos: ALVARADO LOPEZ

Documento de identidad: C.C. T.I. Pasaporte No 1083035997

Fecha de nacimiento: Día 23 Mes 06 Año 1998

Powered by CamScanner

FUNCIÓN PÚBLICA

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS
(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2023-02-07 16:28

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
NATHALIE		ALVARADO	LOPEZ

Documento de identificación

Tipo	Número
CEDULA DE CIUDADANIA	1083035997

Lugar de nacimiento

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	BOLIVAR	MOMPOS

Lugar de domicilio

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	SANTA MARTA

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MENDEZ BARRENECHE

Lugar de sede

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	MAGDALENA	SANTA MARTA

Dirección	["Carrera 14 No. 23-42 Alcazares"]
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019: Persona natural y jurídica, pública o privada, que presten función pública, que presten servicios públicos respecto de la información directamente relacionada con la prestación del servicio público.

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente mi declaración de bienes y rentas y manifiesto que los únicos bienes y rentas que poseo a la fecha, en forma personal o por interpuesta persona, son los que relaciono a continuación.

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$3.600.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$2.000.000,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$3.600.000,00
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$9.200.000,00

Las cuentas bancarias de las que soy titular en Colombia y en el exterior son:

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$100.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
CELULAR	COLOMBIA	MAGDALENA	SANTA MARTA	$4.000.000,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
CREDITOS	$1.000.000,00

1.2. PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y/O ASOCIACIONES

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí [ ] No [X]

En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas o Consejos Directivos:

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí [ ] No [X]

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 participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente el registro de la información que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con los intereses de mi cónyuge o compañero(a) permanente, parientes y socios de hecho o de derecho.

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [ ] No [X]

Los intereses personales de mi cónyuge o compañero o compañera permanente son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [ ]

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

Descripción del potencial conflicto de interés con su cónyuge o compañero(a) permanente:

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con Intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [X]

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño.

De acuerdo con la Ley 2003 de 2019, los congresistas deben registrar sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeñan.

Parentesco	Pariente	Tipo de documento de identidad	Documento de identidad	Descripción del potencial conflicto de interés

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual:

Sí [ ] No [X]

Dentro del año anterior tuve interés directo o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera), y a continuación describo cómo puede influir en las decisiones y acciones de mi cargo actual:

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Los fideicomisos y encargos fiduciarios de los cuales soy constituyente o beneficiario en Colombia y en el exterior son:

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario y otras que tengo en Colombia y en el exterior son:

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta del último año gravable son:

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí [ ] No [X]

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:
> Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
> Establecimientos que posee.
> Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
> Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

CE-006 - 0000000100 – 2023

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1083035997
NOMBRES Y APELLIDOS	Alvarado Lopez,Nathalie
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Voluntario Al Sistema De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	19/03/2023
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Alvarado Lopez,Nathalie , a los 13 días del mes de septiembre del año 2023.

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

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

NATHALIE ALVARADO LOPEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.083.035.997**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 13 de Septiembre del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

HOSPITAL UNIVERSITARIO Julio Méndez Barreneche E.S.E.	FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL	CODIGO: FINC4F VERSION: 002 FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad	Oficina	Fecha Vinculación
SANTA MARTA	COORDINADOR DE HOSPITALIZACION Y CUIDADO CRITICO	

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos NATHALIE ALVARADO				Sexo			
				M		F	X

Tipo de Documento									Número	Expedida en	Fecha de Expedición
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP		1083035997	SANTA MARTA	5/07/2016

Estado Civil (Seleccione)					Nivel educativo				No. Personas a cargo	Tipo de Vivienda			Zona Ubicación	
Soltero	Casado	Divorciado	U. libre	Viudo	Primaria	Bachiller	Técnico	Universidad		Propia	Arrendada	Familia	Rural	Urbano
X								X	1			X		X

Fecha nacimiento			Lugar de Nacimiento	Direccion Domicilio	Municipio / Ciudad	Departamento
23	6	1998	MOMPOS	CALLE 17 # 21A-21	SANTA MARTA	MAGDALENA

Correo Electrónico	No. Celular	Telefono
NATYALVARADO23@HOTMAIL.COM	3007441405	

Ocupación (Seleccione)											Actividad Principal CIIU			
Estudiante		Independiente	X	Empleado		Hogar		Jubilado			8	6	2	1

Detalle Actividad Económica	Descripción del CIIU
Actividades de la práctica médica, sin internación	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

Nombres y Apellidos del Representante Legal	Tipo de Documento					Número
	C.C.			P.P		

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio	Tipo de Empresa o Negocio							Cargo
HOSPITAL JULIO MENDEZ BARRENECHE	Publica	X	Privada		Mixta		Otra, cual?	MEDICO GENERAL

Dirección de empresa o negocio	Ciudad	Barrio	No. Teléfono
CRA 14 # 23-42	SANTA MARTA	LOS ALCAZARES	4365007

Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?	SI		NO	X

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales	$ 3.600.000	Total Egresos mensules	$ 2.000.000
Otros Ingresos Mensules	$ 0	Otros Egresos Mensuales	$ 0
Total Activos	$ 4.000.000	Total Pasivos	$ 1.000.000

Mes y año de corte de la información financiera suministrada	Mes	Año	Es declarante?	SI		NO	X

Es servidor Publico? Si es servidor publico declare si maneja recursos publicos y/u Ostenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico?

NO

Declaro que soy persona politicamente expuesta PEP? NO

Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de: PRESTAR MIS SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO

4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades lícitas las cuales relaciono a continuación: PRESTAR MIS SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.

Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche a o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de Acreedor para: 1) Verificar la información aquí suministrada a través de cualquier medio que considere conveniente. 2) Reportar, almacenar, actualizar, consultar, procesar, compilar, intercambiar, suministrar, grabar, solicitar y divulgar la información de carácter personal y/o financiera ante cualquier operador, Centrales de información del Sector Financiero, bases de información o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información derivada de cualquier tipo de operación que celebre con la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche, con fines estadísticos, de control, supervisión, pruebas de mercadeo, actualización o verificación de mi información de conformidad con lo preceptuado en la ley de habeas data y de protección de datos personales. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos en donde se consignan de manera completa todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al comportamiento de mis obligaciones.

Declaro que: 1) me comprometo a actualizar anualmente, y cuando me lo soliciten, la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2) me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche no utilizar o revocar mi información personal 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales. 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendez barreneche S.A. me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para conocer las obligaciones derivadas de las normas antes citadas. 5) Me obligo a actualizar los datos registrados y presentar los





5. FIRMA Y HUELLA

Certifico (amos) que la información aportada en el presente documento es veraz y habiendo leído y comprendido y aceptado lo anterior, en constancia firmo (amos):

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento

Powered by CamScanner
Powered by CamScanner