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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN TALENTO HUMANO
FORMATO LISTA DE CHEQUEO INGRESO PERSONAL OPS

CÓDIGO: AP-TH-FT-013
VERSIÓN: 06
FECHA: 2018-10-02

A. DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA					
PROCESO SOLICITANTE:		**FECHA**		**N° FOLIOS**	
NOMBRE DEL CANDIDATO			**DOCUMENTO:**		
TELEFONO			**ACTIVIDAD SOLICITADA:**		

NINGUNA PERSONA SE ENCUENTRA AUTORIZADA PARA INICIAR ACTIVIDADES SIN HABER SUSCRITO PREVIAMENTE EL CONTRATO (FIRMA DE LAS DOS PARTES).

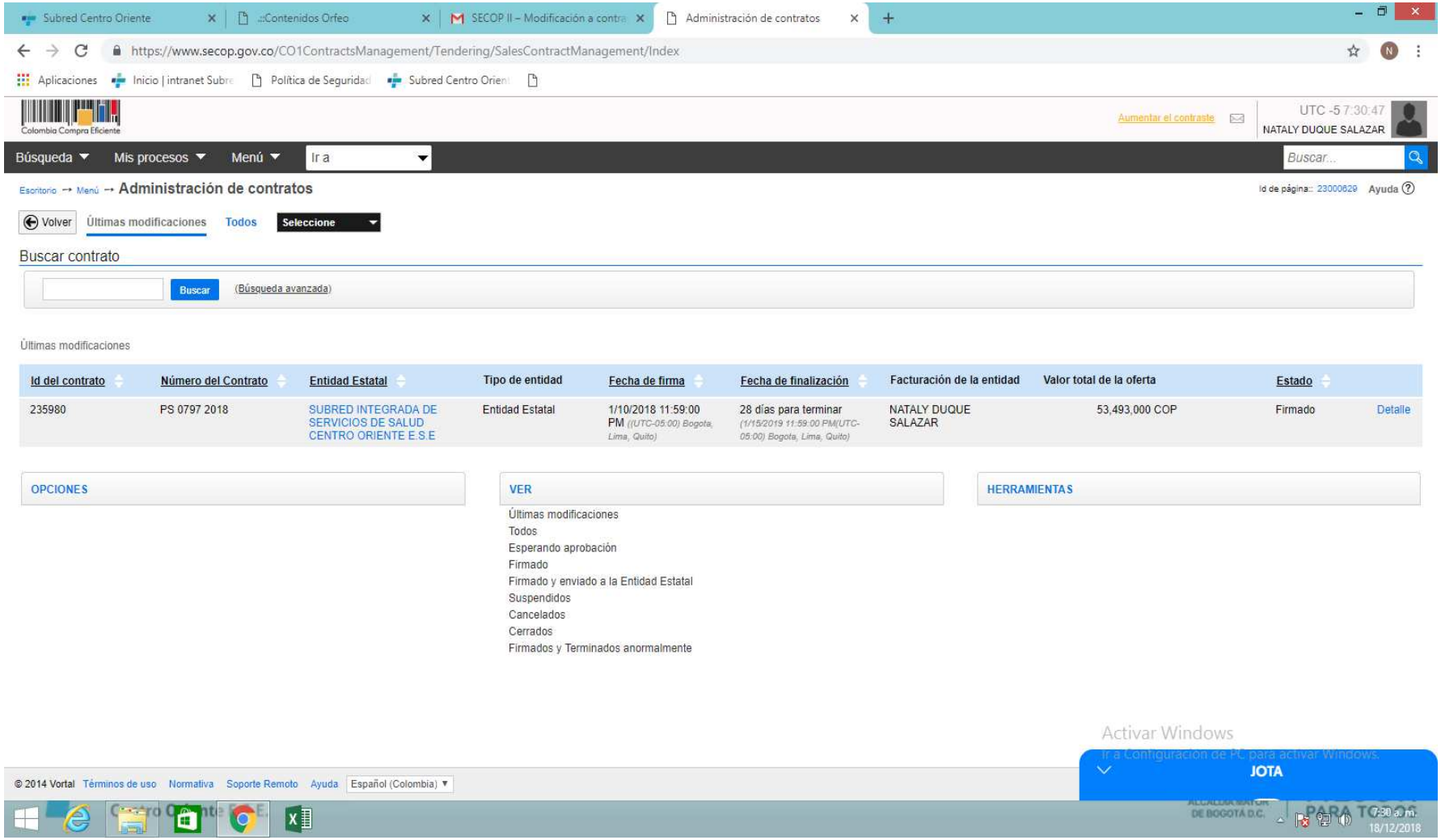
TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS DEBEN SER PRESENTADOS EN UN CD REGRAGABLE

B. DOCUMENTOS DE LA ENTIDAD PARA SOLICITUD DEL CONTRATO							
	NECESIDAD DE PERSONAL OPS						
	SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL						
	CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	SI	☐	NO	☐		

C. DOCUMENTOS PERSONALES PARA ELABORACIÓN DEL CONTRATO						
1	FOTO FONDO BLANCO, PARA CARNÉ, GUARDADA EN MEDIO MAGNÉTICO CON FORMATO .JPG	SI	☐			
2	SOPORTE INSCRIPCIÓN SECOP II (REQUERIDO EN CIRCULAR EXTERNA No 23 de 16/03/2017)	SI	☐			
3	FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA (SIDEAP) - (DILIGENCIADO - IMPRESO Y FIRMADO)	SI	☐			
4	DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTA (SIDEAP) - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)	SI	☐			
5	DIPLOMAS ACADÉMICOS	SI	☐	N/A	☐	
6	ACTAS DE GRADO DE CADA TÍTULO ACADÉMICO	SI	☐	N/A	☐	
7	CERTIFICACIONES DE CURSOS FORMALES E INFORMALES	SI	☐	NO	☐	
8	SI ES TITULO DEL EXTRANJERO, RESOLUCIÓN DE CONVALIDACIÓN DE TITULO ANTE MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL / ICFES. (Res. 06950 del 15 de mayo de 2015)	SI	☐	N/A	☐	
9	FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA DE TITULOS ACADÉMICOS DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE (Técnicos, Tecnólogos, Profesionales)	SI	☐	N/A	☐	
10	CERTIFICADOS LABORALES REGISTRADOS EN FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA (SIDEAP)	SI	☐	N/A	☐	
11	FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA AMPLIADA AL 150%	SI	☐			
12	REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT (COINCIDIR CON LA ACTIVIDAD DEL RIT): CÓDIGO CIIU _____	SI	☐			
13	REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT	SI	☐			
14	LIBRETA MILITAR (Hombres)	SI	☐	N/A	☐	
15	TARJETA PROFESIONAL	SI	☐	N/A	☐	
16	RESOLUCIÓN EXPEDIDA POR SECRETARIA DE SALUD (DISTRITAL O DEPARTAMENTAL) - (Personal en Salud)	SI	☐	N/A	☐	
17	CERTIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN EN RETHUS (Personal de salud)	SI	☐	N/A	☐	
18	ANTECEDENTES ÉTICO PROFESIONALES DISCIPLINARIOS (Medicina, Enfermería, Odontología, Derecho, Ingenierías, Contaduría, Administración)	SI	☐	N/A	☐	
19	CARNÉ DE VACUNAS DE HEPATITIS B (Personal Asistencial) - Mínimo tres dosis vigentes (- 10 años de vigencia) Y/O O TITULACIÓN (reactiva)	SI	☐	N/A	☐	
20	EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO (Vigencia no mayor a 3 años - Dec. 723/2013)	SI	☐			
21	CERTIFICADO ATENCION INTEGRAL EN SALUD A LAS VICTIMAS EN VIOLENCIA SEXUAL (RESOLUCION No 00002003 de 2014) (Personal Asistencial, Urgencias,Hospitalización y Consulta Externa)	SI	☐	N/A	☐	
22	CARNÉ DE RADIOPROTECCIÓN (Personal expuesto a Radiaciones Ionizantes) - Vigencia 4 años	SI	☐	N/A	☐	
23	CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN TOMA DE CITOLOGIA (Medico, Enfermera,Bacteriologo,Citoistotecnologo,Histocitotecnologo) Resolución 2003 de 2014	SI	☐	N/A	☐	
24	CERTIFICADO SOPORTE VITAL BÁSICO (Enfermería, Auxiliar de Enfermeria, Auxiliar Ambulancias)	SI	☐	N/A	☐	
25	CERTIFICADO SOPORTE VITAL AVANZADO (Médicos Urgencias, atención ambulatoria SPA, salud mental y personal APH)	SI	☐	N/A	☐	
26	CERTIFICADO PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancia - Camilleros)	SI	☐	N/A	☐	
27	LICENCIA DE CONDUCCIÓN (Conductores)	SI	☐	N/A	☐	
28	ESTADO DE MULTAS (Conductores administrativos y ambulancia)	SI	☐	N/A	☐	
29	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL (SARLAF) - Completamente diligenciado - Impreso y Firmado con Huella	SI	☐			
30	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A EPS - (COMO COTIZANTE) - NOMBRE: _____	SI	☐			
31	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A FONDO DE PENSIÓN - NOMBRE: _____	SI	☐			
32	FORMULARIO DE AFILIACIÓN A ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES (FORMATO DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE- NOMBRE: _____	SI	☐			
33	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES - PROCURADURÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	☐			
34	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES FISCALES - CONTRALORÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	☐			
35	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PERSONERÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	☐			
36	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	☐			
37	CERTIFICACION BANCARIA (Debe contener nombre y logotipo Bancario, N° de documento y N° de cuenta)	SI	☐			

D. VERIFICACIÓN Y REGISTRO DE LA INFORMACIÓN			
V°/B° Responsable Talento Humano		**Fecha:**	
V°/B° Dirección Talento Humano		**Fecha:**	




Subred Centro Oriente
...:Contenidos Orfeo
SECOP II – Modificación a contra
Administración de contratos
https://www.secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractManagement/Index
Aplicaciones
Inicio | intranet Subre
Política de Seguridad
Subred Centro Orient
Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
UTC -5 7:30:47
NATALY DUQUE SALAZAR
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio → Menú → Administración de contratos
Id de página:: 23000629
Ayuda
Volver
Últimas modificaciones
Todos
Seleccione
Buscar contrato
Buscar
(Búsqueda avanzada)
Últimas modificaciones
Id del contrato
Número del Contrato
Entidad Estatal
Tipo de entidad
Fecha de firma
Fecha de finalización
Facturación de la entidad
Valor total de la oferta
Estado
235980
PS 0797 2018
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
Entidad Estatal
1/10/2018 11:59:00 PM ((UTC-05:00) Bogota, Lima, Quito)
28 días para terminar (1/15/2019 11:59:00 PM(UTC-05:00) Bogota, Lima, Quito)
NATALY DUQUE SALAZAR
53,493,000 COP
Firmado
Detalle
OPCIONES
VER
Últimas modificaciones
Todos
Esperando aprobación
Firmado
Firmado y enviado a la Entidad Estatal
Suspendidos
Cancelados
Cerrados
Firmados y Terminados anormalmente
HERRAMIENTAS
Activar Windows
Ir a Configuración de PC para activar Windows.
JOTA
© 2014 Vortal
Términos de uso
Normativa
Soporte Remoto
Ayuda
Español (Colombia)
7:30 a. m.
18/12/2018

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 18-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
DUQUE	SALAZAR	NATALY

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 52750380

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 24 MES SEP AÑO 1984

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Cra 70c #1-86 Int 4 apto 511

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3164103274

EMAIL nataduque84@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											*TITULO* Bachiller Academico
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES DICIEMBRE AÑO 2004
										X	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

TC (TECNICA). **TL** (TECNOLÓGICA). **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA). **UN** (UNIVERSITARIA).

ES (ESPECIALIZACIÓN). **MG** (MAESTRIA O MAGISTER). **DC** (DOCTORADO O PHD).

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

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO*	*TEMINACIÓN MES*	*TEMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
UN	8	X		ENFERMERA(O)	12	2014	43524

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 18-dic-2018

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTROORIENTE	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	liderhospitalizsb2@subredcentrooriente.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3164103274	DIA 13 MES 11 AÑO 2018	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
COORDINADORA DE ENFERMERÍA	HOSPITALIZACION	Trv 5 Este # 19 - 50 sur

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTROORIENTE	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	nataduque84@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3164103274	DIA 1 MES 11 AÑO 2017	DIA 13 MES 11 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
COORDINADORA DE ENFERMERIA DE	COORDINACION DE ENFERMERIA	Cra. 14b #1-45 sur

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTROORIENTE	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.		

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3282828	DIA 10 MES 1 AÑO 2017	DIA 1 MES 11 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
ENFERMERA COORDINADORA DE	ENFERMERIA	cRA 14 No. 1 45 SUR

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 18-dic-2018

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SANTA CLARA	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* nduque@fucsalud.edu.co
TELÉFONOS 3164103274	*FECHA DE INGRESO* DIA 1 MES 8 AÑO 2016		*FECHA DE RETIRO* DIA 9 MES 1 AÑO 2017
CARGO O CONTRATO ENFERMERA COORDINADORA SALAS DE	*DEPENDENCIA* SALA DE CIRUGIA		*DIRECCIÓN* CRA 14B No. 1 45 SUR

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SANTA CLARA ESE	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* nataduque84@gmail.com
TELÉFONOS 3164103274	*FECHA DE INGRESO* DIA 11 MES 6 AÑO 2015		*FECHA DE RETIRO* DIA 1 MES 8 AÑO 2016
CARGO O CONTRATO ENFERMERA SALAS DE CIRUGIA	*DEPENDENCIA* COORDINACION DE ENFERMERIA		*DIRECCIÓN* Cra. 14b #1-45 sur

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
PUBLICO	3	6
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	3	6

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 18-dic-2018

Ciudad y fecha del diligenciamiento

18.12.2018

Nataly Roque.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 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

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 18-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, NATALY DUQUE SALAZAR
IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 52750380 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**
País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.
Dirección Cra 70c #1-86 Int 4 apto 511 **Teléfonos** 3164103274 3164103274

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
ANGELA PATRICIA DIAZ DUQUE	99071207753	HIJO(A)
JOSE JAIRO DUQUE	19495650	PADRE
IRENE SALAZAR RODRIGUEZ	0	MADRE

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,
PARA TOMAR POSESION ○ PARA RETIRARME ○ PARA ACTUALIZACION ⊗
PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ○
QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 36.000.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 36.000.000,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
DAVIVIENDA	AHORROS	004870272434	TUNAL	$ 10,00
BANCO DE BOGOTA	AHORROS	102660156	AV PRIMERA	$ 10,00
BANCO DE BOGOTA	CORRIENTE	102677556	AV PRIMERA	$ 500,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
APARTAMENTO	004502620100105011	$ 82.800.000,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

BANCO DE BOGOTA	PRÉSTAMO LIBRE INVERSION	$ 37.700.000,00
BANCO DAVIVIENDA	TARJETAS DE CREDITO	$ 6.000.000,00

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

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

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

Nataly Duque.

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 18-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

FUCS

República de Colombia

Ministerio de Educación Nacional y en su nombre la

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD - FUCS

Personería Jurídica 10917 del 1° de diciembre de 1976 del Ministerio de Educación Nacional

Facultad de Enfermería

En atención a que

Nataly Duque Salazar

C.C. 52.750.380 de Bogotá

Cumplió satisfactoriamente con todos los requisitos del plan de estudios, le confiere el título de

Enfermera

En Bogotá, D.C., Colombia el 11 de Diciembre de 2014

en testimonio de ello se firma y refrenda con los respectivos sellos.

Como Notaria Veinticinco del Círculo de Bogotá certifico que, previo el cotejo respectivo, la copia coincide exactamente con el original tenido a la vista.

16 DIC 2014

WILMA ZAFRA TURBAY

NOTARIA VEINTICINCO

Presidente Consejo Superior

Rector

Vicerrector

Secretario General

Decano

Secretario Académico

Número de Registro 2524 5127 Número de Folio 075 y 076

FUCS

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD - FUCS
Personería Jurídica 10917 del 1° de Diciembre de 1976 del Ministerio de Educación Nacional

Acta de Grado No. 149

En la ciudad de Bogotá, D.C., a los once (11) días del mes de diciembre de 2014, en el Auditorio Guillermo Fergusson del Hospital de San José, de conformidad con el Acuerdo No. 3132 del Consejo Superior de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Sesión Ordinaria No. 401 del veinticinco (25) de noviembre de 2014, se realizó acto solemne para otorgar el título de:

Enfermera

a

Nataly Duque Salazar

Identificada con cédula de ciudadanía No. 52.750.380 de Bogotá, como consta en el acta No. 149 folios 010 y 011 del libro de actas N° 3.

Se confiere este título en nombre del Ministerio de Educación Nacional de la República de Colombia, en reconocimiento que la mencionada estudiante cursó y aprobó todas las asignaturas del pensum reglamentario para el programa de Enfermería y cumplió con todos los requisitos exigidos para el efecto por la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.

En el diploma de grado aparecen la firmas de los doctores Jorge Gómez Cusnir, Presidente Consejo Superior, Sergio Augusto Parra Duarte, Rector, Edgar Alberto Muñoz Vargas, Vicerrector Académico, Enfermera Yolanda Muñoz Hernández, Decana, Enfermera María del Pilar Gutiérrez López, Secretaria Académica y para constancia de lo anterior, firma la presente acta, en Bogotá, D.C., a los once (11) días del mes de diciembre del año dos mil catorce (2014).

MANUEL ROBERTO PALACIOS PALACIOS
Secretario General

Código de Aprobación SNIES No. 1769

Como Notaria Veinticinco del Círculo de Bogotá, certifico que, previo el cotejo respectivo, la presente copia coincide exactamente con el original tenido a la vista.
16 DIC 2014
WILMA ZAFRA TURBAY
NOTARIA VEINTI

5025

8° Seminario Nacional Actualización en Enfermería

Prácticas Seguras en el Cuidado de Enfermería

El Hospital Universitario San Vicente de Paúl
Certifica que

NATALY DUQUE SALAZAR

Asistió al 8° SEMINARIO NACIONAL ACTUALIZACIÓN EN ENFERMERÍA realizado en el hotel Sheraton de la ciudad de Bogotá, los días 20 y 21 de mayo de 2010, con una intensidad de 16 horas.

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN VICENTE DE PAÚL
Medellín - Colombia

Juan Guillermo Maya Salinas
Director Médico

Yurley María Agudelo Agudelo
Jefe Departamento de Enfermería



8º SEMINARIO

URGENTE saber de URGENCIAS

Jueves 21 y Viernes 22 de Mayo de 2009

Medellín - Plaza Mayor

El Hospital Universitario San Vicente de Paúl
hace constar que:

NATALY DUQUE SALAZAR

Asistió al 8° Seminario URGENTE SABER DE URGENCIAS realizado en Plaza Mayor en la ciudad de Medellín, los días 21 y 22 de Mayo de 2009 con una intensidad de 16 horas.

Julio Ernesto Toro Restrepo
Director General

Juan Guillermo Maya Salinas
Director Médico

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN VICENTE DE PAÚL

9º SEMINARIO

URGENTE saber de URGENCIAS

El Hospital Universitario San Vicente de Paúl
hace constar que:

NATALY DUQUE SALAZAR

Asistió al 9° Seminario URGENTE SABER DE URGENCIAS
realizado en Plaza Mayor en la ciudad de Medellín, los días 24 y 25 de junio de 2010
con una intensidad de 16 horas.

Julio Ernesto Toro Restrepo
Director General

Juan Guillermo Maya Salinas
Director Médico

HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN VICENTE DE PAÚL
Medellín - Colombia

CAMBRIDGE ENGLISH
Language Assessment
Part of the University of Cambridge

Cambridge English Entry Level Certificate in ESOL International (Entry 2)*

This is to certify that

NATALY DUQUE SALAZAR

has achieved

Council of Europe Level A2

Date of Examination **SEPTEMBER (AM1) 2014**
Place of Entry **BOGOTA**
Reference Number **149CO0015006**
Accreditation Number **500/5472/7**

Saul Nassé
Chief Executive

*This level refers to the UK National Qualifications Framework

Regulated by Ofqual
For more information see http://register.ofqual.gov.uk

Llywodraeth Cymru
Welsh Government

cea Accreditation

Date of Issue 26/09/14
Certificate Number 0046492582

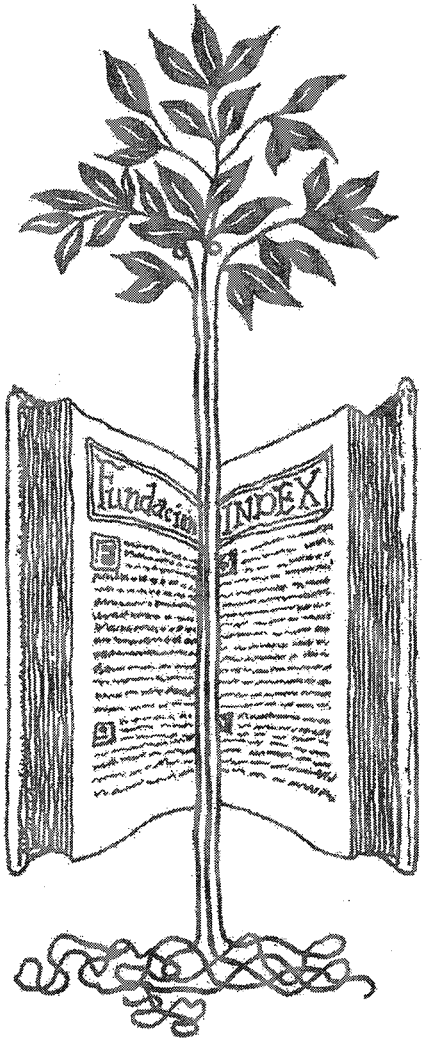
00999933

DP809

FUNDACION INDEX

PARA EL DESARROLLO DE LA INVESTIGACION EN CUIDADOS DE SALUD

Centro de Gestión del Conocimiento



MANUEL AMEZCUA MARTÍNEZ
Presidente de la Fundación Index

Certifica que:

NATALY DUQUE SALAZAR
CC: 52.750.380

ha asistido con aprovechamiento al curso:

Programa Minerva de Formación de Jóvenes Investigadores

Con una duración de:
- 100 horas
- 160 horas de trabajo tutorizado

Organizado por la Fundación Index , Granada (España) y Fundación Universitaria Ciencias de la Salud, Bogotá (Colombia) y celebrado en la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, de febrero de 2013 a junio de 2014

Granada, 2 de julio de 2014

REGISTRO DE TITULOS Y CERTIFICACIONES			
LIBRO	FOLIO	NUMERO	FECHA
1	86	7552	10-09-2014

XXI Congreso Colombiano de Medicina Interna

"Puntos cardinales en Medicina Interna"
un problema, cuatro enfoques:
URGENCIAS, AMBULATORIO, HOSPITALARIO E INVESTIGACIÓN

Certifican que

NATALY DUQUE SALAZAR

Asistió y participó en el **XXI CONGRESO COLOMBIANO DE MEDICINA INTERNA**
"Puntos cardinales en Medicina Interna"
un problema, cuatro enfoques:
URGENCIAS, AMBULATORIO, HOSPITALARIO E INVESTIGACIÓN

Realizado en el Centro del Convenciones Valle del Pacífico de la Ciudad de Cali - Valle del Cauca, del 14 al 17 de octubre de dos mil diez (2010)
En calidad de ***PARTICIPANTE*** este certificado otorga ***40*** puntos en el programa de excelencia en Medicina Interna

Para constancia se firma en la ciudad de Cali, a los diecisiete (17) días del mes de octubre de dos mil diez (2010)

ASOCIACIÓN PROCONGRESO DE MEDICINA INTERNA

DR. JUAN RAMÓN ABELLO
Presidente
Asociación Procongreso de Medicina Interna

DR. GREGORIO SÁNCHEZ
Presidente
Asociación Colombiana de Medicina Interna

acmi

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD
DIRECCIÓN CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS

CERTIFICA QUE

NATALY DUQUE SALAZAR

Asistió al **IV SIMPOSIO "SISTEMAS DE EMERGENCIAS MÉDICAS"** realizado en Bogotá, D.C.,
Los días 14, 15 y 16 de Noviembre de 2007
Con una intensidad horaria de 24 Horas

Dr. HECTOR ZAMBRANO RODRÍGUEZ
Secretario Distrital de Salud

Dr. GABRIEL DARÍO PAREDES ZAPATA
Director Centro Regulador de
Urgencias y Emergencias

Secretaría
SALUD
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ, D.C.

Bogotá sin indiferencia

El director de Transplant Procurement Management – TPM

CERTIFICA QUE:

NATALY DUQUE SALAZAR ha participado en el *Curso Intermedio en Coordinación de Trasplantes. Transplant Procurement Management (TPM)* celebrado en Bogotá (Colombia) los días 12 a 14 de septiembre de 2011, con una duración total de 16 horas.

TPM | Transplant Procurement Management

Martí Manyalich Vidal

Barcelona, 14 de septiembre de 2011

Parc Científic Barcelona

TPM-DTI Foundation
Parc Científic de Barcelona
Universitat de Barcelona

Torres R+D+I
Baldiri Reixac, 4-8. Torre I. Planta 8
08028 Barcelona (Spain)

Tel: +34 93 403 76 87
Fax: +34 93 198 60 76
www.tpm.org

LigaSida
www.ligasida.org.co

CHAMPION
NGO CODE OF GOOD PRACTICE

LA LIGA COLOMBIANA DE LUCHA CONTRA EL SIDA

CERTIFICA QUE

NATALY DUQUE SALAZAR
C.C. 52.750.380

PARTICIPÓ EN EL TALLER DE ASESORÍA PRE Y POST PRUEBA PARA VIH-SIDA
CON UNA DURACIÓN DE 40 HORAS.

Bogotá, D.C. 9 al 13 de FEBRERO de 2015

JORGE ALBERTO PACHECO CABRALES
DIRECTOR GENERAL

RICARDO JAVIER GARCIA GUTIERREZ
COORDINADOR DE PROYECTOS

XII Seminario Nacional de Enfermería

29 y 30 de mayo

Centro de eventos - Parque Comercial El Tesoro - Medellín

El Hospital Universitario de San vicente Fundacion hace constar que:

NATALY DUQUE SALAZAR

Asistió al XII Seminario Nacional de Enfermería Clinica y Cuidado Intensivo realizado el 29 y 30 de mayo de 2014 con una intensidad horaria de 14 horas académicas

Juan Guillermo Maya Salinas
Director Médico

Bogotá D.C

Señores:

Fundacion Universitaria de Ciencias de la Salud FUCS.
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

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

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

Enfermera
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Nataly Duque.

No. de documento: 52'750.380

Tarjeta profesional No: 43524.

Dirección de contacto: Cra 70c # 1-86 int 4 apto 511.

Teléfono: 316 4103214



Scanned by CamScanner



FECHA DE NACIMIENTO **24-SEP-1984**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65	B+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

03-OCT-2002 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00495921-F-0052750380-20131015 0035495075A 1 1102577450

Scanned by CamScanner

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14339806076

(415)7707212489984(8020) 000001433980607 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 5 2 7 5 0 3 8 0 – 0

6. DV

12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá 3 2

14. Buzón electrónico

IDENTIFICACION

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	5 2 7 5 0 3 8 0	2 0 0 2 1 0 0 3

Lugar de expedición	28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA	1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
DUQUE	SALAZAR	NATALY	

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CL 70 C SUR 1 86 IN 4 AP 511

42. Correo electrónico:	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
nadusa84@hotmail.com		3 1 6 4 1 0 3 2 7 4	

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	2 0 1 4 1 2 1 1						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:

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

Usuarios aduaneros

54. Código:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 5 0 5 2 6

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

Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante: Nataly Duque S.

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada: Eduard

984. Nombre: RODRIGUEZ MURCIA JAIME EDUARDO

985. Cargo: Punto de Contacto Presencial

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

CONTRIBUYENTE CC 52750380 NATALY DUQUE SALAZAR

Información

Dirección KR 70C 1 86 IN 4 AP 511

Teléfonos 3164103274

Dirección nadusa84@hotmail.com

Fax

Información de

Fecha Inscripción 22/08/2016

Soporte Inscripción 13545000

Fecha Inicio Actividades 17/05/2011

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 86921-ACTIVIDADES DE APOYO TERAPEUTICO (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PUBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y

REPUBLICA DE COLOMBIA

REGISTRO UNICO NACIONAL DE ENFERMERIA

Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia ANEC



NOMBRES NATALY

APELLIDOS DUQUE SALAZAR

C.C. 52.750.380 BOGOTA

UNIVERSIDAD FUND UNIV. CIENCIAS DE LA SALUD

RUN No. 43524

Fecha de Expedición 22/MAYO/2015

Scanned by CamScanner

"Por la cual se inscribe un título en el área de la salud".

EL DIRECTOR DE DESARROLLO DE SERVICIOS

En uso de la facultad concedida por los Decretos 3134 de diciembre 20 de 1956, Decreto 1875 de agosto 03 de 1994 modificado por Decreto 1352 de 2000, emanados del Ministerio de Salud y Resolución 5258 de 2011 expedida por la Secretaria Departamental de Salud y

CONSIDERANDO:

Que ***DUQUE SALAZAR NATALY ,*** identificado(a) con cédula de ciudadanía No. ***52750380 expedida en BOGOTA DC,*** ha solicitado inscripción para ejercer como ***ENFERMERA*** en el Departamento de Cundinamarca, de acuerdo a **título** que le otorgó ***LA FUNDACION UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD FUCS EN BOGOTA DC, según ACTA DE GRADO No. 149 DE FECHA 11 DE DICIEMBRE DE 2014.***

Que dicho **título** se encuentra debidamente registrado en ***LA FUNDACION UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD FUCS EN BOGOTA DC,*** **obrando** ***AL FOLIO 075 Y 076 REGISTRO 2524 DE FECHA 11 DE DICIEMBRE DE 2014.***

Que ***DUQUE SALAZAR NATALY ,*** se encuentra autorizado(a) para ejercer la profesión como ***ENFERMERA(O)*** en el Territorio Nacional, mediante Resolución No. ***926 DE FECHA 15 DE MAYO DE 2015, EXPEDIDA POR LA SECRETARIA DE SALUD DE LA GOBERNACION DEL TOLIMA.***

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- Inscríbase a ***DUQUE SALAZAR NATALY ,*** identificado(a) con cédula de ciudadanía No. ***52750380*** **expedida en** ***BOGOTA DC,*** para ejercer la profesión como ***ENFERMERA*** en el Departamento de Cundinamarca.

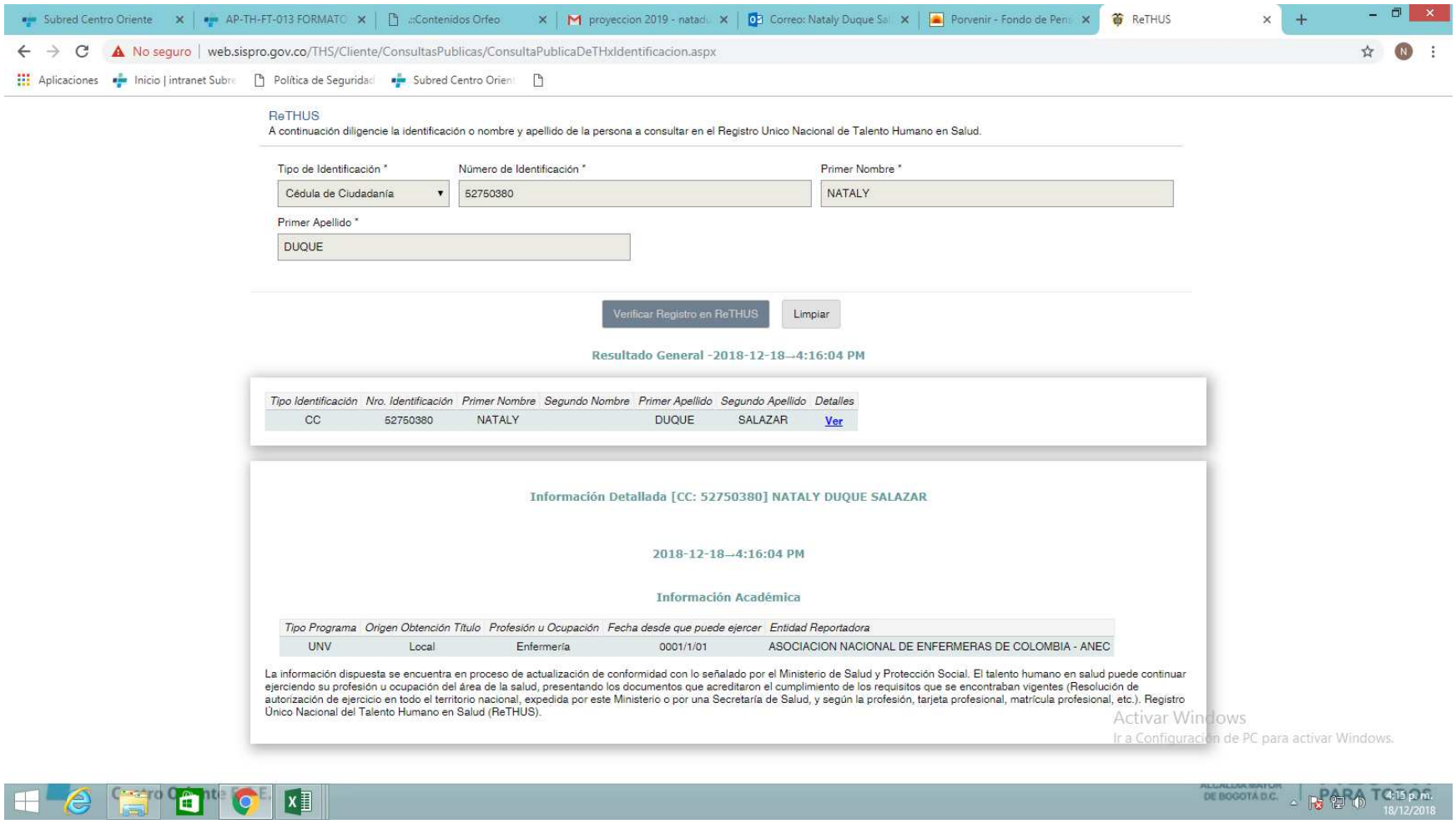
ARTÍCULO SEGUNDO.- Contra la presente Resolución procede el Recurso de Reposición, de conformidad con lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a ***27 DE MAYO DE 2015***

JUAN JOSE MUÑOZ ROBAYO
Director Desarrollo de Servicios

BOGOTA D.C. 10. 11. 2015
A la fecha fue notificado personalmente al
SEÑOR(A) Nataly Duque Salazar
CC No. 52750380
Firma Nataly Duque

Proyecto: Eliana Castellanos


Subred Centro Oriente
AP-TH-FT-013 FORMATO
::Contenidos Orfeo
proyeccion 2019 - natad
Correo: Nataly Duque Sal
Porvenir - Fondo de Pens
ReTHUS
No seguro | web.sispro.gov.co/THS/Cliente/ConsultasPublicas/ConsultaPublicaDeTHxIdentificacion.aspx
Aplicaciones
Inicio | intranet Subre
Política de Seguridad
Subred Centro Orien
ReTHUS
A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.
Tipo de Identificación *
Cédula de Ciudadanía
Número de Identificación *
52750380
Primer Nombre *
NATALY
Primer Apellido *
DUQUE
Verificar Registro en ReTHUS
Limpiar
Resultado General -2018-12-18--4:16:04 PM
Tipo Identificación
Nro. Identificación
Primer Nombre
Segundo Nombre
Primer Apellido
Segundo Apellido
Detalles
CC
52750380
NATALY
DUQUE
SALAZAR
Ver
Información Detallada [CC: 52750380] NATALY DUQUE SALAZAR
2018-12-18--4:16:04 PM
Información Académica
Tipo Programa
Origen Obtención Título
Profesión u Ocupación
Fecha desde que puede ejercer
Entidad Reportadora
UNV
Local
Enfermería
0001/1/01
ASOCIACION NACIONAL DE ENFERMERAS DE COLOMBIA - ANEC
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
Ir a Configuración de PC para activar Windows.
18/12/2018

HACE CONSTAR QUE:

La enfermera **NATALY DUQUE SALAZAR** identificada con la cédula de ciudadanía número 52.750.380, no registra antecedentes de responsabilidad deontológica disciplinaria, de acuerdo con la ley 911 de 2004 "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones".

Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, a los diecinueve (19) días del mes de diciembre del año dos mil dieciocho (2018).

Cordialmente,

EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
LABORATORIO CLINICO

8228291

Orden No:	**8228291**	Fecha de ingreso:	22-Aug-2018 9:11 am
Paciente:	**DUQUE SALAZAR NETALY**	Fecha de impresion:	29/09/2018
Documento Id:	CC 52750380	Edad:	33 Años 10 meses 29 dias Sexo M
E.P.S:	HOS-USAQUEN	Telefono:	3164103274
Sede:	USAQUEN	Cama:	
Servicio:	CONSULTA EXTERNA.	Procedencia:	

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
INFECCIOSAS			
Hepatitis b, anticuerpos s [anti-hbs]	ANEXO	mIU/mL	
VALORES DE REFERENCIA: NO REACTIVO: Menor a 10 mIU/mL REACTIVO: Mayor o Igual a 10 mIU/mL			

Firma Responsable

Fecha validación 9/14/2018 2:38:00PM

OMAIRA SAMUDIO P
RP 52219705
BACTERIOLOGA
LAB C VIH

Orden No:	**8228291**	Fecha de ingreso:	22-Aug-2018 9:11 am
Paciente:	**DUQUE SALAZAR NETALY**	Fecha de impresion:	29/09/2018
Documento Id:	CC 52750380	Edad:	33 Años 10 meses 29 dias Sexo M
E.P.S:	HOS-USAQUEN	Telefono:	3164103274
Sede:	USAQUEN	Cama:	
Servicio:	CONSULTA EXTERNA.	Procedencia:	

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia

ANEXOS

LABORATORIO CLINICO MEDICO COLCAN
ANDRADE MARVAEZ

90303106

Nombre.	**DUQUE SALAZAR NATALY**	Fecha de recepcion:	03-sep-2018 2:19 pm
Identificacion	CC 52750380 Tel.	Fecha de impresion:	14-sep-2018 9:51 am
Edad	33 Años 0 Meses 0 Dias Sexo F	Empresa	ANALISIS TECNICOS LTDA
Medico	MEDICOS VARIOS	Sede	REFERENCIA
No. Ordenamiento	8228291	Fecha Validacion	03-sep-2018 8:24:00p.m. Copia

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
HEPATITIS B: Ac. CONTRA Ag DE SUPERFICIE	28.6	mUI/ml	
Metodo: Quimioluminiscencia			

V. de Referencia:
No Reactivo: Menor de 9 mUI/ml
Indeterminado: De 9 a 11 mUI/ml
Reactivo: Mayor de 11 mUI/ml

DRA. ELIANA GISELA DIAZ IBAÑEZ
REG.2: 062 197
BACTERIOLOGA

CONSTANZA GALVIS MARTINEZ
Médico Especialista Salud Ocupacional
Licencia S.O. No. 12729 DE 2013

CERTIFICADO MEDICO LABORAL

CIUDAD Y FECHA: Diciembre 6 de 2018
EMPRESA Subred Centro Oriente OFICIO Enfermera jefe
NOMBRE:Nataly Duque Salazar CEDULA: 52750380 EDAD: 34 años

TIPO DE EXAMEN
* EXAMEN DE INGRESO ( )
* EXAMEN MEDICO PERIODICO (X)
* EXAMEN DE RETIRO ( )
* OTRO (ESPECIFICAR)

TIPO DE RESTRICCION O CAUSA DE APLAZAMIENTO
Ninguna restriccion ni aplazamiento .No presenta patologias que restrinjan el desempeño de su labor

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES: Exposiciòn a Riesgo Biològico que debe ser controlado con el uso de EPP , Seguimiento a esquemas de Vacunaciòn de hepatitis B , Uso de tècnicas de Bioseguridad y lavado de manos durante procedimientos con Riesgo Biològico
Control de Riesgo Biomecànico con posturas adecuadas y manejo de cargas no mayores a 12.5 kg con tècnicas de higiene postural adecuadas.
Participar en las actividades de promociòn y prevenciòn en salud de su empresa.
Presenta titulos de anticuerpos protectores para HB
Debe ser incluida en los PVE Biològico y Biomecànico de la empresa

CONCEPTO MEDICO: APTO PARA DESEMPEÑO DEL CARGO
CON RECOMENDACIONES (X)
CON RESTRICCIONES ( )

Certifico que la información suministrada al médico durante el examen es verídica y acepto las recomendciones y el concepto médico emitido de acuerdo a los resultados del presente examen.

Firma del paciente
Cedula:

Nombre - Firma del Médico
Licencia Salud Ocupacional: 12729/Res 21/10/13

DRA. CONSTANZA GALVIS MARTINEZ
Médico Salud Ocupacional
R.M. 0171398
Lic. Salud Ocupacional 12729/Res 21/10/13

N° 3244

FUMEFI SAS
APH Y GESTION DE RIESGO
900.806.660-6

FUMEFI SAS

Ley 115 de 1994 Modificada parcialmente por la Ley 1874 de 2017, por la cual se expide la LEY GENERAL DE EDUCACIÓN, decreto 114 de 1996, decreto 4909 de 2009 y decreto 1075 de 2015.

CERTIFICA A:

DUQUE SALAZAR NATALY
C.C. 52.750.380

Asistió y aprobó el curso de Codigo Blanco Violencia Sexual con una intensidad de 40 horas
Otorgado en Bogotá D.C. a los 13 días del mes de diciembre del 2018

Héctor M. Chala
Gerente

CORPORACIÓN TÉCNICA EMPRESARIAL PARA EL TRABAJO
Dirección General
Nit. 900.790.014-6

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ
HOSPITAL DE SAN JOSÉ

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
DE CIENCIAS DE LA SALUD - FUCS

FUCS

Certifica que:

Nataly Duque Salazar

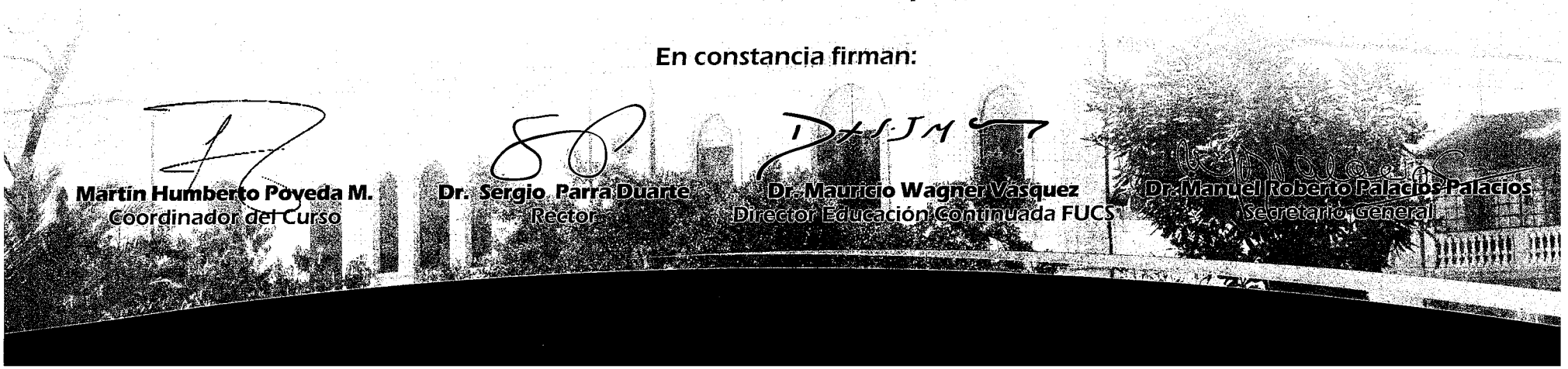
C.C. 52.750.380

Asistió en calidad de participante al

CURSO TEÓRICO – PRÁCTICO DE CERTIFICACIÓN DE TOMA DE CITOLOGÍA CÉRVICO UTERINA

Realizado en Bogotá, el 13 de julio de 2013,
con una intensidad de 12 horas presenciales.

En constancia firman:



Martín Humberto Poveda M.
Coordinador del Curso

Dr. Sergio Parra Duarte
Rector

Dr. Mauricio Wagner Vasquez
Director Educación Continuada FUCS

Dr. Manuel Roberto Palacios Palacios
Secretario General

Salamandra®

Centro Internacional de Entrenamiento
en Urgencias y Emergencias

CERTIFICA QUE

Nataly Duque Salazar

Identificado con cédula de ciudadanía N° 52750380

Completó satisfactoriamente los requerimientos de aprobación del curso

Soporte Vital Básico y Avanzado

El cual avala competencias en los componentes de:

SOPORTE VITAL BASICO Y AVANZADO EN COLAPSO CARDIO-RESPIRATORIO Y ABORDAJE INICIAL EN TRAUMA

Con una intensidad de 20 horas

Para constancia se firma en la ciudad de Bogotá
a los veinticuatro (24) días del mes de julio de 2016,
con una vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición

LAUREANO QUINTERO, MD.
Director Científico

Constancia registrada
con el No. C-SBV48420162022

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
DE CIENCIAS DE LA SALUD
FUCS

Bogotá D.C, 14 de diciembre de 2018

CERTIFICADO INSCRIPCIÓN CURSO

Por medio de la presente certifico que el Dra. **NATALY DUQUE SALAZAR,** identificada con C.C**. 52.750.380** de Bogotá, se encuentra inscrita para el **CURSO DE SOPORTE VITAL BASICO SVB/BLS** (Basic Life Support)– y **SOPORTE VITAL CARDIOVASCULAR AVANZADO SVCA/ACLS** (Advanced Cardiovascular Life Support) que se llevará a cabo los días 26 y 27 de enero de 2019.

En caso de aprobar las pruebas respectivas, obtendrá la Certificación Académica y la Credencial Internacional que lo acredita como **PROVEEDOR EN SOPORTE VITAL BASICO Y AVANZADO**, bajo los lineamientos de la Asociación Americana del Corazón (American Heart Association), con una intensidad de 50 horas.

Se expide a solicitud del interesado el día 14 de diciembre de 2018

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD
Laboratorio de Simulación y Habilidades Clínicas

GERMAN ALONSO BARRERA DÍAZ M.D.
Coordinador Laboratorio de Simulación Clínica
Coordinador Cursos BLS- ACLS - PALS
Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud
Hospital de San José Centro

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

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

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

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

FECHA:		CIUDAD:		DEPARTAMENTO:	

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

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
DUQUE	SALAZAR.	NATALY	

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	52750380	BOGOTA	03.10.2003
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐	NO ☐	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
24/09/1984	BOGOTÁ	COLOMBIA	COLOMBIANA.

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐ VIUDO(A) ☐	1	1.	

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA							PROFESION/ OFICIO
MAGISTER ☐	POSGRADO ☐	UNIVERSITARIO ☒	ACHILLER ☐	MARIA ☐	CUAL:	OTRO	
TECNICO ☐	TECNOLOGO ☐		OTRO ☐				

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Cra 70c # 1-86 int 4 apto 501	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA.	

CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
natalyque84@gmail.com.		PROPIA ☒	FAMILIAR ☐	ARRENDADA ☐

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

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

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA					CODIGOS C I I U ACTIVIDAD ECONOMICA
		SI ☒	IVA	SI ☐	NO ☒	8692
		NO ☐	ICA	SI ☐	NO ☒	PRINCIPAL: ☒ SECUNDARIA: ☐

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

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

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

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

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI ☐ NO ☑	SI ☐ NO ☑	

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO ☐ COMERCIAL ☐ SERVICIOS ☐ SALUD ☐	NIT	800215303-7

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐

OTRA ☐ CUAL: X

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS

CARGO ACTUAL		FECHA VINCULACION(AAAA/MM/DD)	

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	DESCRIPCION ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCION	TIPO SOCIEDAD

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES	3'100.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS	4'455.000	ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	12'000.000
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA	1'100.000	PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	4'455.000	TOTAL EGRESOS	4'200.000	TOTAL ACTIVOS	0	TOTAL PASIVOS	12'000.000

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

6. REFERENCIAS PERSONALES

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☐

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	PAIS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPORTACI ☐ EXPORTACIO ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ A ☐

CUAL:

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE** con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":

1. Que los recursos que entregue y entregaré a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE** provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinaran a actividades licitas.
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado:Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.
Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.
Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados **financieros certificados + declaración de renta si es declarante Nota:** Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.
Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los ultimos tres meses + declaración de renta si es declarante

1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Camara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripcion en el Rit Distrital.
4. Fotocopia del documento de identificacion, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)
APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

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

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintedencia Nacional de Salud y los estandares internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilizacion no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos tambien seran tratados para fines comercials, razon por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 4 3, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestacón de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestacion de servicios de salud.
B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:
1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por le ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinacion de tarifas y analisis y seleccion de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidacion y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestion integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para accedere a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadisticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacion de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realizacion de encuestas sobre satisfaccion en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envio de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finanlidades mencionadas a: a) Las peronas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadodas de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañias de asistencia medica, abogados internos y exteernos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquir otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevension y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboracion de estudios técnicos y estadísticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me haran sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionalde Salud, exigen las mismas.
6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En onsecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud *(Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, telefono 344 44 84 , e-mail sarlaft@subredcentrooriente.gov.co)* y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.

9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizao, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los terminos que nos fueron informados en el presente documento.

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

IX. FIRMA Y HUELLA

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

Nataly Duque.

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Indice Derecho

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

E.P.S. Sanitas
Organización Sanitas Internacional

CE-006 - 0000000100 – 2018

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a EPS Sanitas S.A.:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 52750380
NOMBRES Y APELLIDOS	Duque Salazar,Nataly
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/05/2018
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Duque Salazar,Nataly , a los 18 días del mes de diciembre del año 2018.

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



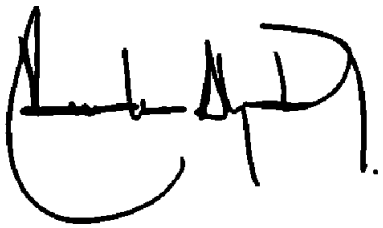
Yisseth Johanna Corredor Ospina
Coordinadora de Gestión de la Afiliación.

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **NATALY DUQUE SALAZAR**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **52,750,380**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 18 días del mes de Diciembre de 2018.



_____
Gerente de Clientes

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO AFILIACIÓN ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

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

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

52' 750.380	BOLIVAR.
Numero de Documento	ARL

NATALY		DUQUE	SALAZAR.
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

24/Sep/1984	BOGOTA	Cra. 70c #1-86 int 4 apto 511	
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

SANITAS	PORVENIR.	$
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

Lider Enfermería.	
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

nataduque84@gmail.com	316. 4103274
Correo Electrónico	Celular

Nataly Duque.	
Firma del Afliado	Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 119366403

WEB
09:37:54

Bogotá DC, 18 de diciembre del 2018

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) NATALY DUQUE SALAZAR identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52750380:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 18 de diciembre de 2018, a las 09:41:17, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	52750380
Código de Verificación	527503801812180941 17

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

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

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2620363

Bogotá D.C., 18 de Diciembre de 2018 - 9:39 am

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **NATALY DUQUE SALAZAR**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CINCUENTA Y DOS MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA MIL TRESCIENTOS OCHENTA** de BOGOTA D.C.

52750380

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

Rosalba Jazmin Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 12_ESH63_399
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios


Subred Centro Oriente
::Contenidos Orfeo
FORMATO ENTREVISTA - natad
Policía Nacional de Colombia
https://antecedentes.policia.gov.co:7005/WebJudicial/formAntecedentes.xhtml
Aplicaciones
Inicio | intranet Subre
Política de Seguridad
Subred Centro Orien
POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA
INICIO
INSTITUCIÓN
CONTÁCTENOS
PREGUNTAS FRECUENTES
Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales
La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 09:42:37 horas del 18/12/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº 52750380
Apellidos y Nombres: DUQUE SALAZAR NATALY
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.
Activar Windows
Ir a Configuración de PC para activar Windows.
CONTRALORIA.pdf
52750380.pdf
PERSONERIA.pdf
CAD_12_ESH63_399.pdf
PROCURADURIA.pdf
Mostrar todo
9:42 a. m.
18/12/2018

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA D.C., **18/12/2018**
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor NATALY DUQUE SALAZAR** con **Cédula de Ciudadanía** número **52750380**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	**0570004870272434**
Fecha de apertura	**07/03/2008**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA