Confirmación de registro de la entidad

Para actualizar el registro concluya la sesión.

Felicitaciones NATALY SALAMANCA ZEA,

NATALY SALAMANCA ZEA con el NIT 1032412922 creada

Su usuario es el usuario administrador, usted puede administrar la información de su entidad y dar acceso a nuevos usuarios.

Haga clic aquí para continuar >

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

Ultima Actualización 13-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
SALAMANCA	ZEA	NATALY

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	*SEXO*	*NACIONALIDAD*
C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1032412922	F (X) M ( )	COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 6 MES ABR AÑO 1988

PAÍS Colombia

DEPTO Boyacá

CIUDAD Firavitoba

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 56 # 151-51 APTO 204 INTER 4 MAZUREN 21

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 6038699

EMAIL naty082014@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 TECNICO
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	12	X		MEDICO	1	2013	15437/14

DOMINIO DE IDIOMAS

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

IDIOMA	*LO HABLA*			*LO LEE*			*LO ESCRIBE*		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
Ingles		X			X			X	

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

Ultima Actualizacion 13-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: SUBRED INTEGRADA DE SALUD CENTRO ORIENTE USS SAMPER	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS: 3649666	*FECHA DE INGRESO*: DIA 3 MES 8 AÑO 2018	*FECHA DE RETIRO*: DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO: MEDICO GENERAL	*DEPENDENCIA*: URGENCIAS	*DIRECCIÓN*: DIG 34 N 5 43	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: SUB RED INTEGRADA SERVICIO DE SALUD SUR USS TUNAL	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS: 110611	*FECHA DE INGRESO*: DIA 7 MES 9 AÑO 2015	*FECHA DE RETIRO*: DIA 13 MES 12 AÑO 2018	
CARGO O CONTRATO: MEDICO GENERAL	*DEPENDENCIA*: URGENCIAS	*DIRECCIÓN*: CARRERA 20 #47B -35 SUR	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: SHEC SALUDCOOP	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS: 3187945334	*FECHA DE INGRESO*: DIA 27 MES 2 AÑO 2015	*FECHA DE RETIRO*: DIA 24 MES 12 AÑO 2015	
CARGO O CONTRATO: MEDICO GENERAL	*DEPENDENCIA*: ATENCION DOMICILIARIA	*DIRECCIÓN*: KRA 10 BIS 1-07 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

Ultima Actualización 13-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 LABORATORIO CLINICO		*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Boyacá	*MUNICIPIO* Sogamoso		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*	
TELÉFONOS 3138657555	*FECHA DE INGRESO* DIA 1 MES 12 AÑO 2014		*FECHA DE RETIRO* DIA 30 MES 1 AÑO 2015	
CARGO O CONTRATO MEDICO GENERAL	*DEPENDENCIA* CONSULTA EXTERNA		*DIRECCIÓN* CALLE 11 12-16 OF 209	

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	3
PRIVADO	0	11
PARTICULAR	0	0
TOTAL	4	2

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).

Ciudad y fecha del diligenciamiento

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 13-dic-2018

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

Última Actualización 13-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, NATALY SALAMANCA ZEA

IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 1032412922 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.

Dirección CARRERA 56 # 151-51 APTO 204 INTER 4 MAZUREN **Teléfonos** 3112144756 6038699

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
JOSE ROMULO SALAMANCA PATARROYO	4118544	PADRE
AURA MARIA ZEA ACOSTA	46353227	MADRE
ELIANA SALAMANCA ZEA	1019120139	HERMANO(A)
JUAN PABLO GOMEZ SALAMANCA	1054289270	HIJO(A)

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	$ 56.091.000,00
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	$ 56.091.000,00

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
BANCO DE BOGOTA	AHORROS	596143552	SOGAMOSO	$ 100.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
VEHICULO	UUK354 MAZDA 2 2016	$ 40.000.000,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

TARJETA CREDITO CMR	TARJETA DE CREDITO	$ 4.000.000,00
TARJETA EXITO	TARJETA DE CREDITO	$ 8.500.000,00
TARJETA CREDITO BANCO	TAREJTA DE CREDITO	$ 9.500.000,00

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

Natalia Ramirez

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 13-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

LA REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL
Y EN SU NOMBRE, LA

UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO

CON PERSONERIA JURIDICA 4571 DE 1977

UAN

CONFIERE EL TITULO DE

MEDICO

A

Nataly Salamanca Zea

C.C. No. 1.032.412.922 de Bogotá D.C.

QUIEN CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADEMICOS EXIGIDOS.
EN TESTIMONIO DE ELLO SE OTORGA EL PRESENTE

DIPLOMA

EN LA CIUDAD DE BOGOTA, D.C., A LOS 23 DIAS DEL MES I DE 2013

RECTOR

VICE RECTOR ACADEMICO

DECANO DE LA FACULTAD

SECRETARIO GENERAL

SECRETARIA DE SALUD DE BOYACA
Reconócese este Título para todos los efectos legales:
Resolución No. 437
Ciudad: 19 FEB 2014
FIRMA: Secretario

REGISTRADO AL FOLIO 2-33 DEL LIBRO DE DIPLOMAS 23

BOGOTA, D.C. 24 DE I DE 2013

No. 39802

ELABORO _____

UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO

Personería Jurídica No. 4571 de 1977 del Ministerio de Educación Nacional

ACTA DE GRADO NUMERO 39802

El Rector de la Universidad, el Decano de la Facultad y el Secretario General, teniendo en cuenta

Que el estudiante **NATALY SALAMANCA ZEA**

Con cédula de ciudadanía No. 1.032.412.922 de Bogotá D.C.

Ha culminado satisfactoriamente el plan de estudios y demás requisitos establecidos de acuerdo a las reglamentaciones académicas del Programa de **MEDICINA**

De conformidad con las disposiciones legales vigentes le otorga el Título de:

MEDICO

En testimonio de lo anterior, se firma la presente Acta de grado, en la Ciudad de Bogotá, a los 23 días del mes de ENERO de 2013

MARTHA ALICE LOSADA FALK
RECTOR

HÉCTOR GOMEZ TRIVIÑO
DECANO

MARTHA LUCIA CARVALHO Q.
SECRETARIA GENERAL

REGISTRADO AL FOLIO 2-33 DEL LIBRO DE DIPLOMAS 23

LA FEDERACIÓN COLOMBIANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
-FECOLSOG-

Certifica que:

NATALY SALAMANCA ZEA

Asistió al
I CONGRESO NACIONAL DE GINECOLOGÍA Y
OBSTETRICIA PARA MÉDICOS GENERALES

Realizado los días 5, 6 y 7 de mayo de 2011, en la ciudad de Bogotá, Colombia.
Hotel Crowne Plaza Tequendama
Intensidad horaria: 30 horas.

RAFAEL PADRÓN BURGOS
Presidente FECOLSOG

LUIS ALFONSO LÓPEZ JIMÉNEZ
Secretario General

JIMMY CASTAÑEDA CASTAÑEDA
Director de Educación

ISO 13485
icontec
C-CER110481

Universidad de La Sabana

Gobernación de Boyacá
Orgullo de América
SECRETARIA DE SALUD

Certifica que:

NATALY SALAMANCA ZEA
C.C. 1.032.412.922

Participó en el Seminario-Taller:
"Formación de profesionales de la salud, médicos generales y enfermeras, en prevención y atención integral a los menores de cinco años con enfermedad respiratoria aguda en el marco del proyecto de implementación y fortalecimiento de la iniciativa de Salas ERA con enfoque AIEPI en Boyacá"
Horas: 14.

FRANCISCO LAMUS LEMUS
Director Área Salud Pública
Facultad de Medicina
Universidad de La Sabana

ALEJANDRO RICO MENDOZA
Director Área de Salud Pública
Secretaría Departamental de Salud

Sogamoso, 21 y 22de Junio de 2013

0133

XIII CONGRESO BIENAL DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA DE LA ZONA ORIENTE
LA ASOCIACIÓN BOGOTANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA Y
LAS FILIALES DE LA ZONA ORIENTE DE FECOLSOG

Certifican que:

NATALY SALAMANCA ZEA

Asistió en calidad de: **PARTICIPANTE**
Los días 24, 25 y 26 de Marzo de 2011, en la ciudad de Bogotá, Colombia.
En el Hotel Crowne Plaza Tequendama
Intensidad horaria cumplida de 22 horas.

DR. LUÍS ALFONSO LÓPEZ JIMÉNEZ
Presidente Congreso

DR. RAFAEL PADRÓN BURGOS
Presidente FECOLSOG

FEDERACION COLOMBIANA DE ASOCIACIONES DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
ASOCIACION BOGOTANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
ASOCIACIÓN BOYACENSE DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
SOCIEDAD NORTE SANTANDEREANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
SOGIM ASOCIACIÓN DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL META
ASOCIACIÓN TOLIMENSE DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
ASOCIACION SANTANDEREANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA
CERTIFICA

Que: NATALY SALAMANCA ZEA

Asistió al

XXXVI CONGRESO NACIONAL AVANCES EN CIRUGÍA

Celebrado en el Centro de Convenciones Gonzalo Jiménez de Quesada,
los días 27, 28, 29 y 30 de Julio de 2010 con una intensidad de 40 horas

SAÚL RUGELES QUINTERO M.D.
Presidente ACC

Bogotá D.C

Señores:

UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO

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

REF. autorización para consulta de titulos Académicos

Yo. NATALY SALAMANCA ACA 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:

NEURO

(Nombre del Titulo Obtenido)

Cordialmente;

Firma Natally Salamanca.

No. de documento: 1032412922 de Bogotá

Tarjeta profesional No: 154371/14

Dirección de contacto: Kra 56 # 151-51 Int 4 Apto 204.

Teléfono: 3112447756.

SHEC
CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP

CERTIFICACIÓN

El grupo de servicio de hospitalización en casa SHEC SALUCOOP certifica que el(la) doctor(a) NATALY SALAMANCA ZEA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1032412922 de la cuidad de Bogotá DC trabajó como Médico General en PHD durante el periodo comprendido entre el 27 de Febrero al 24 de Diciembre de 2015. Demostrando su profesionalismo y compromiso en todas sus labores.

La presente se entrega el 28 de diciembre del 2018 en la cuidad de Bogotá DC.

Cordialmente,

Dra. DIANA MARIA MONTOYA

CC 24341500 de la Ciudad de Bogotá DC

DIRECTORA DE SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN EN CASA SHEC SALUCOOP

TELÉFONO: 3187945334 - 5960240 EXT 1220

Nuestros Valores: Responsabilidad, cumplimiento, calidez humana, y oportunidad

CERTIFICACION

La representante legal del LABORATORIO CLINICO certifica que **la Dra NATALY SALAMANCA ZE**A identificada con Cedula No. 1032412922 de Sogamoso presto sus servicios como Medico General en esta institución, durante los meses de Diciembre de 2014 y Enero de 2015 .

La Dra NATALY SALAMANCA se ha caracterizado por su cumplimiento y responsabilidad en el desempeño de sus labores.

La presente se expide a solicitud de la interesada a los 18 días del mes de Febrero de 2.015.

Atentamente,

LABORATORIO CLINICO
NIT. 46. 365. 226 - 1
CALLE 11 No 12-16
SOGAMOSO

YADIRA GUIO AYALA
C.C. 46.365.226 de Sogamoso
REPRESENTANTE LEGAL

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	CERTIFICACIÓN ORDEN O CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	ADM-CTT-FT-22 V1

LA DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN

CERTIFICA QUE:

Una vez revisado el archivo general de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E, NIT.900.958.564-9, se encuentra el registro de **NATALY SALAMANCA ZEA**, identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía No. **1032412922,** quien ha prestado sus servicios en esta Entidad a través de Orden o Contrato de Prestación de Servicios así:

ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS	PLAZO DE EJECUCION		OBJETO	VALOR TOTAL CONTRATO	UNIDAD SERVICIOS DE SALUD
	DESDE	HASTA			
1376	07/09/2015	31/12/2015	MEDICOGENERAL 1	$21'924.000	TUNAL
825	01/01/2016	31/07/2016	MEDICO	$46'064.760	TUNAL
1588	01/07/2016	31/07/2016	MEDICOGENERAL 1	$$6'639.840	TUNAL
001022	01/08/2016	31/08/2016	MEDICO	$6'762.800	TUNAL
004347	01/09/2016	07/01/2017	MEDICO	$30'524.820	TUNAL
002659	01/08/2017	31/01/2017	MEDICO	$7'065.600	TUNAL
004342	16/02/2017	31/08/2017	MEDICO	$60'128.000	TUNAL
007548	01/09/2017	31/12/2017	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ASISTENCIAL	$35'136.000	TUNAL
003731	01/01/2018	31/05/2018	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ASISTENCIAL	$48576000	TUNAL
008714	01/06/2018	31/07/2018	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ASISTENCIAL	$15'360.000	TUNAL

La presente certificación no reconoce derechos laborales, en virtud a que se trata de un Contrato por prestación de servicios para independientes regulado por el Manual de Contratación de la Subred Integrada de la Subred Integrada de Salud Sur E.S.E y demás normas concordantes.

Se advierte que la información contentiva de la presente certificación fue tomada de la base de datos y archivo en físico que reposa en la Entidad.

Para confirmar los datos que contiene esta certificación o solicitar información adicional favor comunicarse al Área de Contratación, línea telefónica 7428585 Ext. 1504. Código de Verificación: :S7FMAUJA.

La certificación se expide en Bogotá D.C., a solicitud del interesado (a), para ser presentada a QUIEN INTERESE a los Seis (06) días del mes de Julio del 2018 y tiene validez por Tres (03) meses a partir de su expedición.

SANDRA MILENA DUARTE ROA
DIRECTORA DE CONTRATACIÓN

FUNCIONARIO/ CONTRATISTA	NOMBRE	CARGO	SEDE	RED	FIRMA
Proyectado y Elaborado por:	Cecilia Pérez Bautista	Asistente Administrativo	Tunal	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur	
Aprobado por:	Mireya Díaz Beltrán	Líder OPS	Tunal	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur	

Las presentes actuaciones administrativas se ejecutan en cumplimiento con lo establecido en el artículo 2 del Acuerdo Distrital 641/2016 del Concejo de Bogotá con el cual se efectuó la reorganización del sector salud de Bogotá, con base en lo dispuesto en la Ley 489 de 1998 que regula la modificación de las entidades públicas mediante las figuras de reestructuración, fusión, supresión o liquidación; en el presente caso de fusión, no implica solución de continuidad para el ejercicio de la función o prestación del servicio.

En cumplimiento de los principios administrativos previstos en el Código Procesal Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, de responsabilidad y eficacia, se continuara operando de conformidad con lo dispuesto en la Ley 489 de 1998 hasta tanto se asegure la operación de la Subred Sur, a fin de evitar vacíos e inseguridad jurídica.

Declaramos que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales y por tanto lo presentamos para la respectiva firma.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.032.412.922

SALAMANCA ZEA
APELLIDOS

NATALY
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 06-ABR-1988

FIRAVITOBA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.75 ESTATURA | A+ G.S. RH | F SEXO

13-JUN-2006 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-0727700-34159541-F-1032412922-20080422 00004 08113G 01 231982730

DIAN
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

001

Espacio reservado para la DIAN

2. Concepto 02 Actualización

4. Número de formulario 14225544002

(415)7707212489984(8020) 000001422554400 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1032412922	1	Impuestos de Bogotá 32	

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 13	1032412922	2007 01 11

Lugar de expedición 28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 169	Boyacá 15	Sogamoso 759

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
SALAMANCA	ZEA	NATALY	

35. Razón social:

36. Nombre comercial:	37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 169	Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

41. Dirección
CR 56 151 51 IN 4 AP 204

42. Correo electrónico:	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
natasha6884@hotmail.com		6038699	

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
8621	2013 01 23							

Responsabilidades

53. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
	20																	

20- Obtención NIT

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 X NO

60. No. de Folios: 3

61. Fecha: 2013 01 25

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

Artículo 15 Decreto 2788 del 31 de Agosto de 2004.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre SANCHEZ MOLINA RUBIA ESTELA

985. Cargo: Analista II

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 25-01-2013 10:13:27AM

ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTA D.C.
SECRETARIA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 13-12-2017
Hora: 7:29:48 AM

CONTRIBUYENTE NIT 1032412922-1 NATALY SALAMANCA ZEA

Información General

Dirección CR 56 151 51 IN 4 AP 204

Teléfonos 6038699

Dirección electrónica natasha6884@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 25/05/2016

Soporte Inscripción 16668910

Fecha Inicio Actividades 23/01/2013

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 86211-ACTIVIDADES DE LA PRACTICA MEDICA, SIN INTERNACION (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION U 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 SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD).

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 17002494841

Fuente ICA TE TOCA

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

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARIA DE SALUD

CERTIFICADO DE INSCRIPCION

NATALY
SALAMANCA ZEA
C.C. 1032412922

MEDICO(A)

Expedicion 02/04/2014



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

PROSPERIDAD
PARA TODOS

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL
TALENTO HUMANO EN SALUD

Registro No.
15 437/2014

Profesión u Ocupación
MÉDICO

Nombres y Apellidos
NATALY SALAMANCA ZEA

C.C. o C.E.
1032412922

Institución de Educación
UN. ANT. NARIÑO

Ciudad
BOGOTÁ, D.C.

Código
82177/11

Fecha de Expedición
20/05/2014

GOBERNACIÓN DE BOYACÁ	FORMATO	VERSIÓN: 0 CÓDIGO: SS-P12-F01
	RESOLUCIÓN DE REGISTRO Y AUTORIZACIÓN	FECHA: 01/07/2009

RESOLUCIÓN NUMERO 437 **DE** 19 FEB 2014

Por la cual se registra un Titulo y se confiere una autorizaciòn.

El Secretario de Salud de Boyacà en uso de sus facultades constitucionales y legales, en especial las conferidas en el Decreto 1875 de 1994, Decreto 1352 de 2000, y

CONSIDERANDO:

Que NATALY SALAMANCA ZEA , identificada con Cèdula de Ciudadanìa Número 1.032.412.922 expedida en Bogotá D.C., ha solicitado el registro de su titulo como MEDICO que le otorgó LA UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO de la ciudad de Bogotá D.C. el dìa 23 de Enero de 2013 .

Que dicho título se encuentra registrado en LA UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO , Libro de Registro N°23 , Folio N°2-33 , Registro No xxxxx , Diploma N°39802 .

Que se aportaron los documentos exigidos dentro del Artículo 3 del Decreto No. 1875 de 1994 los cuales se encuentran conforme a la Ley por lo que es viable expedir el acto administrativo de registro y autorización para ejercer la profesión en el territorio Nacional.

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO: Registrar el Titulo y autorizar el ejercicio de la profesiòn de MEDICO a NATALY SALAMANCA ZEA con Cèdula de Ciudadanìa Número 1.032.412.922 expedida en Bogotá D.C. en el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO: Para laborar en zona geogràfica diferente al departamento de Boyacà el autorizado deberà inscribir su nombre en la Secretarìa de Salud correspondiente con el fin de ejercer el control y vigilancia conforme a la Ley.

ARTICULO TERCERO: Contra la presente Resolución proceden los recursos de reposición y apelación contemplados en el Decreto No.01 de 1984.

NOTIFIQUESE Y CÚMPLASE:

Dada en Tunja a los, 19 FEB 2014

GUILLERMO ORJUELA ROBAYO
Secretario

Diseño:: Erika G.Rosas S.
Elaboro: Rosa Maria Mesa

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 *: 1032412922

Primer Nombre *: NATALY

Primer Apellido *: SALAMANCA

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2018-12-05→4:24:46 PM

Tipo Identificación	*Nro. Identificación*	*Primer Nombre*	*Segundo Nombre*	*Primer Apellido*	*Segundo Apellido*	*Detalles*
CC	1032412922	NATALY		SALAMANCA	ZEA	Ver

Información Detallada [CC: 1032412922] NATALY SALAMANCA ZEA

2018-12-05→4:24:46 PM

Información Académica

Tipo Programa	*Origen Obtención Título*	*Profesión u Ocupación*	*Fecha desde que puede ejercer*	*Entidad Reportadora*
UNV	Local	Medicina	2014/2/19	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

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

Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23 / 81 - Artículo 63

C-003801

EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA MANIFIESTA:

Que revisados los Libros Radicadores del Tribunal Nacional de Etica Médica, así como los reportes presentados por algunos de los Tribunales Seccionales de Etica Médica, no se encontró que contra el(a) doctor(a) **NATALY SALAMANCA ZEA**, identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. 1.032.412.922 de Bogota T.P. o R.M. No. 15437/14 expedida por Ministerio de salud, curse o haya cursado proceso disciplinario ético profesional alguno.

Dada en Bogotá, D. C., a los Diecinueve (19) días del mes de Junio de dos mil dieciocho (2018) a solicitud del(a) interesado(a).

"EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICIÓN DE MÉDICO"

F. Henao G.

FRANCISCO JAVIER HENAO PEREZ MD
Presidente

TRIBUNAL NACIONAL DE ETICA MEDICA
PRESIDENTE

Calle 147 No 19-50 Oficina 32 Centro comercial Futuro Tels 6279983 y 6279975
Fax 6279587 Bogota D.C.
Email trnetmed@autlook.com - www.tribunalnacionaldeeticamedica.com

idime

02-E02-984223

Fecha ingreso : 28/06/2018 01:06:40 PM
Fecha impresion : 29/06/2018 06:23:52 AM

No. de Orden	: E02-984223	No. Interno	: E02-984223
Paciente	: SALAMANCA ZEA NATALY	Edad	: 30 a 2 m 23 d
Documento Id	: 1032412922	Teléfono	: 3112144756
Empresa	: PARTICULAR	E-Mail	: NATY082014@gmail.com
Sede	: NORTE	No. Autoriza:	

HBSAC** **RODJAC**

Examen	Resultado	Unidades	Valores de referencia

HORMONAS

HEPATITIS B AC HBS - ANTI HBS

HEPATITIS B AC HBS - ANTI HBS	1000	UI/L	0 - 0

Se sugiere correlacionar con historia clínica.
VALORES DE REFERENCIA:

No reactivo: Menor a 10
Reactivo: Mayor o igual a 10

CONTROL VACUNACION

Menor o igual a 10 Revacunación
10 - 100: Niveles de protección
Mayor de 100: Niveles de Inmunidad

Tecnica: ELECTROQUIMIOLUMINISCENCIA

Validó: Reg 1031142675 NATALIA GALINDO PATIÑO

FIRMA

Director Operativo Laboratorio . -

LUIS FERNANDO VASQUEZ VALENCIA REG 15959351

Nota: la empresa no se responsabiliza por enmendaduras realizadas a este reporte

Cendiatra
centro de diagnóstico y tratamiento



DATOS PACIENTE

Nombres:	NATALY SALAMANCA ZEA
Tipo de Documento:	CC **Documento** 1032412922
Sexo F **F. Nacimiento:**	06/04/1988 **Edad:** 30 Años
Entidad:	PARTICULAR/NORTE
Centro de Costo:	N/A
Cargo:	MEDICO
Fecha de Atencion:	2018-07-27
Fecha y Hora entrega resultados:	27/07/2018 12.13 PM

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

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

APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

Tipo de Restricciones ó Limitaciones:

NO TIENE

Recomendaciones:

NUTRICIONALES – CAMBIOS DE ESTILO DE VIDA DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE
VALORACION OPTOMETRICA. ANUAL- USO DE CORRECCION VISUAL

Se Sugiere Control en Programas de Vigilancia Epidemiológica

Exámenes Realizados:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

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

ANALISIS Y CONCEPTO: DR. (A): JOHANA ASTRID RODRIGUEZ CONDE RM: 861405-2004

Johana Rodriguez Conde M.D.
Especialista en Salud Ocupacional
Licencia No. 4342/2017

Firma y sello del Médico Evaluador

NATALY SALAMANCA ZEA
1032412922
C.C
Firma del trabajador Evaluado

ISO 9001:2008 BUREAU VERITAS Certification
CO15.80035

* BOGOTA SEDE PRINCIPAL
Calle 19 No. 3-50Edificio Barichara
Tel.:(+1) 281 4505 – 285 5893 – 286 5382

SEDE SUR
Autopista Sur (Transversal. 35) No. 42 Sur,
Villamayor Tel.:(+1) 458 5819 – 203 9694

SEDE CENTRO
Cra. 5 No. 19-08
Tels.:(+1) 282 6429 – 342 4934

SEDE OCCIDENTE
Av. Cra. 68 No. 17-82
Tels.:(+1) 447 0068 – 447 1401 – 414 6387

SEDE OCCIDENTE
Av. Cra. 68 No. 17-86
Tels.:(+1) 4146397 – 260 84

SEDE NORTE
Autopista Norte No. 83-29
Tels.:805 1875 – 610 57 71

SEDE NORTE 2
Autopista Norte No. 83-89
Tels.:(+1) 257 9325 – 256 2362

SEDE ZONA FRANCA
Carrera 106 No. 15 A – 25 Edificio Bussines Center
Interior 141 – Oficina 408

BUCARAMANGA
Calle 55 No 31 - 113, Barrio Antiguo Campestre,
Tels: (+7) 697 37 34 - 301 737 26 37

VILLAVICENCIO
Calle 34 No. 41 – 74 Barrio Barzal Alto
Tel.:(+8) 674 0916 – 674 0915

CARTAGENA DE INDIAS
Avenida Pedro de Heredia, Sector Lo Amador,
Calle 32 No 20B - 21 Piso 2 Tels: (+5) 644 69 71

SEDE BARRANQUILLA
Carrera 51B No. 94 - 334 Oficina 504 Centro Medico Vital

SANTA MARTA
Calle 22 No 14 - 70, Centro Medico
Perlas del Caribe, Tel.: (+5) 421 46 44 - 421 65

BUENAVENTURA
Calle 7 No. 3-11 Oficina 2001 Edificio Pacific
Trader Center Tel.:(+2) 240 4734 – 240 2055

MEDELLIN
Carrera 80 No. 44 B-91 Barrio la America
Tels.:(+4) 412 1145 – 416 7011

CALI
Calle 18 Norte No. 4 N – 47 Barrio Versalles
Tel.:(+2) 380 9856 – 382 7337

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
certifica que:

NATALY SALAMANCA ZEA

1.032.412.922

Recibió entrenamiento en Atención Integral a Victimas de Violencia Sexual, participando en jornadas de educación teórico prácticas.

Para constancia se firma
en febrero de 2018

Fabiola Bautista López
Directora de Gestión del Talento Humano
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Gloria Libia Polanía Aguillón
Gerente (e)
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Liliana Andrea Ortiz Valderrama
Referente de Salud Mental
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur E.S.E.

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

American Heart Association®

life is why™

CPRVerify

Certificate

NATALY SALAMANCA ZEA

has successfully completed

BLS

BLS for Healthcare Providers Course

This certificate does not replace the American Heart Association course completion card.

Corporacion Universitaria Adventista

Training Center

Fundación MEDITECH

Training Site

9be2a4406e02 Certificate Number	ZL20571 Training Center ID
30 Jun 2018 Date Completed	Medellin, COLOMBIA ITC City, Country
June 2020 Expiration Date	ALBERTO DIAZ Instructor Name

DS4858 R3/14 ©2014 American Heart Association

American Heart Association®

life is why™

CPRVerify

Certificate

NATALY SALAMANCA ZEA

has successfully completed

ACLS

Advanced Cardiovascular Life Support Course

This certificate does not replace the American Heart Association course completion card.

Corporacion Universitaria Adventista

Training Center

Fundación MEDITECH

Training Site

67f5a524ed60 Certificate Number	ZL20571 Training Center ID
1 Jul 2018 Date Completed	Medellin, COLOMBIA ITC City, Country
June 2020 Expiration Date	ALBERTO DIAZ Instructor Name

DS4858 R3/14 ©2014 American Heart Association

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:	13-12-18	CIUDAD:	Bogota	DEPARTAMENTO:	Cundinamarca

Distinguido 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
Salamanca	Zea	Nataly	

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C ☐	NUIP ☐	1032412922	Bogotá	2006-06-13
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐	NO ☐	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
06/04/88	Fravitoba (Boyaca)	Colombia	Colombiana

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐ VIUDO(A) ☐	1	1	3112444756

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA							PROFESION/ OFICIO
MAGISTER ☐	POSGRADO ☐	UNIVERSITARIO ☐	BACHILLER ☒	PRIMARIA ☐	CUAL:	OTRO	Medico
TECNICO ☐	TECNOLOGO ☐			OTRO ☐			

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Kra 56 #151-51 Int 4 Ap 204	Bogota	Cundinamarca	Colombia	6038699

CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
naty082014@gmail.com		PROPIA ☐	FAMILIAR ☒	ARRENDADA ☐

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☐	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐			
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL:			ES RESIDENTE EN COLOMBIA: S ☐ 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 CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA
		SI ☒	IVA	SI ☐	NO ☒	8621
		NO ☐	ICA	SI ☐	NO ☒	PRINCIPAL: ☐ SECUNDARIA: ☐

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

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	Sub Red Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE

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

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
Cq 34N S 43	3649666	Bogota	Cundinamarca	Colombia
CARGO ACTUAL	Medico General	**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	4.000.000	AHORROS	2000.000	SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS	9000.000	ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	16.000.000
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO	1200.000	VEHICULOS	40.000000	DEUDA VEHICULOS	20.000.000
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	15.000.000
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	2.000.000	OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	2.000.000
TOTAL INGRESOS	9000000	TOTAL EGRESOS	7200000	TOTAL ACTIVOS	42000000	TOTAL PASIVOS	53000000

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS
	Pago Tarjetas Credito		Ahorro Mensual

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
Carrasco	Marquez	Adriana	Marcela
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
Cll 64 #5-12	Bogotá	Amiga	3005564773

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Banco de Bogota	Cuenta de Ahorros	596143552	Sogamoso (Principal)	(8)7802734

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:
IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐ ☐ 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.):

Medico General

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades 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 Titulo 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



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							

NUEVA EPS S.A
Certifica

010 - 0

Que las personas relacionadas a continuación en cumplimiento de lo establecido en las normas legales vigentes han cotizado al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de esta Entidad Promotora de Salud las siguientes semanas de cotizacion:

Datos del COTIZANTE

CC 1032412922 NATALY SALAMANCA ZEA

Semanas Cotizadas NUEVA EPS S.A		**Estado**	ACTIVO
Fecha Afiliación	01/09/2017	**Causal**	
Fecha Ultimo Periodo Cotizado	01/11/2018		
Fecha Cancelación	00/00/0000		

La presente certificación se expide el día 5 de Diciembre de 2018 a solicitud del interesado.

Observaciones

CINDY MARCELA AGUILLON PARDO
INFORMACION CALL CENTER

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **SALAMANCA ZEA NATALY** identificado(a) con **CC** número **1.032.412.922** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 24 de noviembre de 2010 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 05 de diciembre de 2018.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Dirección servicios transaccionales para clientes
Protección S.A.

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com clientes@proteccion.com.co

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

1032412922	ARL SURA
Numero de Documento	ARL

NATALY		SALAMANCA	ZEA
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

06/09/1988	Tiquitobá (Boyacá)	Kra 56 #151-51 Int 4 Ap 204	6033694
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

Nueva EPS	Protección	$ 5 654 900
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

Medico	
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

natty092014@gmail.com	3112144756
Correo Electrónico	Celular

Nataly Salamanca.	
Firma del Afliado	Firma y Nombre Supervisor del Contrato
	C.C.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 118848677

WEB
15:12:52

Bogotá DC, 05 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 SALAMANCA ZEA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1032412922:

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 miércoles 05 de diciembre de 2018, a las 15:07:35, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1032412922
Código de Verificación	1032412922181205150735

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 P.

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2589517

Bogotá D.C., 5 de Diciembre de 2018 - 15:15 pm

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., la identificación CÉDULA DE CIUDADANÍA No: **UN MIL TREINTA Y DOS MILLONES CUATROCIENTOS DOCE MIL NOVECIENTOS VEINTIDOS**

1032412922

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_HK6R6_1515
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 16:35:30 horas del 05/12/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1032412922**
Apellidos y Nombres: **SALAMANCA ZEA 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.

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

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
Gobierno en Línea
Todos los derechos reservados.

Banco de Bogotá

NIT. 860 002 964-4

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que SALAMANCA ZEA NATALY identificado(a) con Cédula de Ciudadanía número 1032412922 está vinculado con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

	Cuenta Corriente No.	*- //
X	Cuenta de Ahorros No.	596143552 abierta desde el 26/03/97
	Créditos hasta por valor de	$0.00

CONCEPTO: CUENTA ACTIVA Y VIGENTE A LA FECHA

Se expide en BOGOTA el día 28 del mes de Junio del año 2018 con destino a SUB RED CENTRO ORIENTE

Banco de Bogotá
OF. CTRO CIAL MAZUREN

Firma Autorizada

208 C.C. MAZUREN

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO