| ESE HOSPITAL ORITO | GESTIÓN DE TALENTO HUMANO | CÓDIGO: FT-GTH-TH |
|---|---|---|
| | FORMATO PARA LISTA DE CHEQUEO REQUISITOS HOJA DE VIDA DEL PERSONAL ASISTENCIAL | VERSIÓN: 05 |
| | | FECHA:12/06/2026 |

NOMBRE(S) Y APELLIDO(S) DEL TRABAJADOR (A): Nathalie stephanie Rosero Buchelly
CÉDULA DE CIUDADANÍA N°.: 1.004.131.800
DENOMINACIÓN DEL CARGO: Médico
SERVICIOS/ÁREA QUE APLICA: EBS
FECHA INICIACIÓN VINCULACIÓN: 17/09/26

| ÍTEM | REQUISITO | | | | OBSERVACIÓN |
|---|---|---|---|---|---|
| | REQUISITOS GENERALES | SI | NO | NA | |
| 1 | Hoja de vida SIGEP II completa | ✓ | | | |
| 2 | Documento de identificación | ✓ | | | |
| 3 | Libreta militar (Hombre menores de 50 años) | | | ✓ | |
| 4 | Título de Bachiller y acta de grado | ✓ | | | |
| 5 | Título deTécnico, Técnologo o profesional y acta de grado | ✓ | | | |
| 6 | Título de especialista/maestría/doctorado y acta de grado | ✓ | | | |
| 7 | Tarjeta profesional y/o resolución para ejercer | ✓ | | | |
| 8 | Registro unico de talento humano en salud RETHUS | ✓ | | | |
| 9 | Resolución de convalidación del título si es en el extranjero (no es valido la certificación que está en trámite) - Concepto DAFP | | | ✓ | |
| 10 | Declaración juramentada de Bienes y Rentas (Circular 002 de 2014 del DAFP, para empleados públicos) | ✓ | | | |
| 11 | Examén médico ocupacional | ✓ | | | |
| 12 | Certificado de afiliación de salud | ✓ | | | |
| 13 | Certificado de afiliación Pensión | ✓ | | | |
| 14 | Certificado de antecedentes judiciales | ✓ | | | |
| 15 | Certificado de antecedentes Fiscales | ✓ | | | |
| 16 | Certificado de antecedentes Disciplinarios | ✓ | | | |
| 17 | Certificado de Medidas correctivas (RNMC) | ✓ | | | |
| 18 | Certificado del REDAM (Registro de deudores morosos | ✓ | | | |
| 19 | Certificado de Inhabilidad por delitos sexuales | ✓ | | | |
| 20 | Registro unico Tributario - RUT | ✓ | | | |
| 21 | Carnet de vacunas (Influenza, Fiebre Amarilla, Covid, toxoide tetánico adultos, hepatitis B, sarampión rubeola) | ✓ | | | |
| 22 | Certificado de humanización de los servicios de salud | ✓ | | | |
| 23 | Certificado de Seguridad del Paciente (Todo el personal asistencial) | ✓ | | | |
| 24 | Curso Soporte Vital Básico (Resolución 3100-2019) Todo el personal asistencial | ✓ | | | |
| 25 | Curso de soporte Vital Avanzado (ACLS)- personal Médico | ✓ | | | |
| 26 | Certificación vigente de aprobación de la evaluación de competencias esenciales para el cuidado de la donante expedida por una institucion avalada por el Instituto nacional de salid INS (Res. 3100/2019), Personal médico servicios de hospitalización, urgencias. | | | ✓ | |
| 27 | Certificado de la OPS del curso de Diagnóstico y manejo clínico del dengue (Todo el personal médico, enfermeros jefes, auxiliares de los servicios de urgencias, hospitalizacion y consulta externa y Bacteriólogos de laboratorio clinico) | ✓ | | | |
| 28 | Certificado para la Gestión del Duelo (Res. 3100-2019). Para personal de Urgencias y Sala de Partos. | | | ✓ | |
| 29 | Certificado del curso en Atención a Víctimas de Violencia Sexual (Res. 3100-2019), personal de Consulta Externa, Urgencias y Hospitalización, Farmacia, Laboratorio. | ✓ | | | |
| 30 | Certificado del curso en Atención a Víctimas de Ataques con Agentes Químicos (Res. 3100-2019), personal de urgencias y transporte asistencial | ✓ | | | |
| 31 | Certificado del curso en Atención a Víctimas del Conflicto Armado (Decreto 4800-2011) urgencias, hospitalización, Consulta externa (persona médica y de enfermera) y profesionales de la Psicología | ✓ | | | |
| 32 | Certificado del curso actulizacion Toma de Citologías- Enfermeras de P y M | | | ✓ | |
| 33 | Certificación en Toma de Muestras de Laboratorio – Personal de auxiliares de laboratorio y personal auxiliar de enfermería de los servicios de urgencias y hospitalizacion | | | ✓ | |
| 34 | Certificado del curso para el diagnóstico y control de Enfermedades Transmitidas por Vectores – Bacteriólogos, médicos y Enfermero profesional de los servicios de urgencias y hospitalización, Auxiliares de Laboratorio y Toma de Muestra. | ✓ | | | |
| 35 | Certificado del curso en Inserción de Implante Subdérmico- enfermeras de P y M | | | ✓ | |
| 36 | Curso de formación continua en sedación, para personal médico de urgencias y hospitalización. | | | ✓ | |
| 37 | Certificado de la OPS del curso en manejo de la guía de intervención MhGAP para trastornos mentales neurológicos, y por consumo de *sustancias, para todo el personal médico de urgencias*, consulta externa y psicología | | | ✓ | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 38 | Certificado de curso de manejo integrado de DNT Aguda en niños menores de 5 años, personal médico general de todos los servicios. | | | | |
| 39 | Certificado del curso de Atención a Personas con Discapacidad (Resolución - 113-2020) para el proceso de certificacion. | | | | |
| 40 | Certificado de soporte vital avanzado pediatrico (PALS) expedido por una institución avalada por la American Heart Asociación (AHA),personal médico y enfermería de PyM, Consulta Externa y Urgencias. | | | | |
| 41 | Certificado de Triage, personal Medico, enfermeros y auxiliares de enfermeria de los servicios de urgencia y hospitalización | | | | |
| 42 | Certificado del curso en las Rutas Integrales de Atención - RIAS priorizadas Res. 3280 por el MSPS o instituciones afines (preferiblemente por el MSPS), personal médico y enfermería de PyM, Consulta Externa y Urgencias. | | | | |
| 43 | Certificado del curso de protección radiológica, personal expuesto a radiaciones. | | | | |
| 44 | Certificado del Curso de IVE (Interrupción Voluntaria del Embarazo),Personal médico de todos los servicios | | | | |
| 45 | Certificado del Curso de Manejo de Dolor y Cuidado Paliativo, Personal Médico de los servicios de Urgencias y Hospitalización | | | | |
| 46 | Certificado del Curso HEARTS en las Americas: Paquete Tecnico - OPS/OMS- PAHO, Personal Médico de los servicios de Urgencias y Hospitalización | | | | |
| 47 | Certificado de Curso de pruebas en el punto de atención del paciente - (Point Of Care Testing-POCT), Personal de Enfermería, Auxiliar de Enfermería de los servicios de Urgencias y Hospitalizacion, personal auxiliar de laboratorio y Toma de Muestras | | | | |
| 48 | Curso de implementacion de recomendaciones en deteccion temprana de cancer para personal Medico, Enfermera, Auxiliar de Enfermeria del area de PYM | | | | |
| 49 | Certificado de Curso Deteccion Temprana de Cancer de mama para personal Medico, Enfermera, Auxiliar de Enfermeria del area de PYM | | | | |
| 50 | Certificado de Curso Deteccion Temprana de Cancer de prostata para personal Medico, Enfermera, Auxiliar de Enfermeria del area de PYM | | | | |
| 51 | Certificado de Curso Deteccion Temprana de Cancer de Pulmon para personal Medico, Enfermera, Auxiliar de Enfermeria del area de PYM | | | | |
| 52 | Certificado de Curso Deteccion Temprana de Cancer de mama para medicos, personal Medico del area de PYM | | | | |
| 53 | Certificado de Curso Deteccion Temprana de Cancer de mama para Enfermeros personal de Enfermeria del area de PYM | | | | |
| 54 | Certificado de Curso de Virus de Papiloma Humano personal Medico, Enfermera, Auxiliar de Enfermeria del area de PYM | | | | |
| 55 | Certificado de Curso de Tecnicas de Inspeccion via Vili,personal Medico, Enfermera, Auxiliar de Enfermeria del area de PYM | | | | |
| 56 | Certificado de Curso Deteccion temprana de Cancer Infantil, personal Medico, Enfermera, Auxiliar de Enfermeria del area de PYM | | | | |
| 57 | Certificado de Curso Prevencio y Deteccion de Cancer de Piel, personal Medico, Enfermera, Auxiliar de Enfermeria del area de PYM | | | | |
| 58 | Certificado de Curso Deteccion temprana de Cancer de Cavidad Oral y Oro Faringe, personal Medico, Enfermera, Auxiliar de Enfermeria del area de PYM | | | | |
| 59 | Certificado de Curso de Seguridad de la vacuna contra el cancer de cuello Uterino ( VPH), personal Medico, Enfermera, Auxiliar de Enfermeria del area de PYM | | | | |
| 60 | Certificado de Curso Regional Prevencion y Deteccion Temprana de Cance, personal Medico, Enfermera, Auxiliar de Enfermeria del area de PYM | | | | |
| 61 | Certificado de Curso Deteccion Temprana de Cancer Gastrico, personal Medico, Enfermera, Auxiliar de Enfermeria del area de PYM | | | | |
| 62 | Certificado de Curso para HTA, DIABETES Y EPOC, personal Medico, Enfermera, Auxiliar de Enfermeria del area de PYM | | | | |
| 63 | Certificado de la **OPS** del curso Correcto Llenado del Certificado de Defunción (Circular SSD No. 0118 del 18 febrero 2025), solo personal médico. | | | | |
| 64 | Curso VigiFlow, para personal regente de farmacia | | | | |
| 65 | Curso Virtual de la OPS Vigilancia en salud publica de maternidad segura de urgencias y hospitalizacion. | | | | |
| 66 | Certificación de los cursos y/diplomados | | | | |
| 67 | Certificación de las constancias laborales | | | | |
| 68 | Certificacion bancaria | | | | |
| 69 | Poliza de responsabilidad civil medica | | | | |
| | | | | | |

**Observación:** Los requisitos deberán mantenerse actualizados según lo solicite la ESE Hospital Orito, garantizando así la actualización de conocimientos y el cumplimiento de la normatividad vigente, con el objetivo de preservar la seguridad, calidad y humanización en todos los servicios de salud.

FIRMA DE QUIEN REALIZA LA VERIFICACION

FIRMA DE QUIEN REALIZA LA VERIFICACION

FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) | NOMBRES |
|---|---|---|
| ROSERO | BUCHELLY | NATHALIE STEPHANIE |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | GENERO | NACIONALIDAD | PAÍS |
|---|---|---|---|
| C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1004131800 | F ⊗ M ○ NB ○ | COL. ⊗ EXTRANJERO ○ | COLOMBIA |

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO D.M.

**FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO**

FECHA DIA 01 MES 08 AÑO 1993

PAÍS COLOMBIA

DEPTO NARIÑO

MUNICIPIO PASTO

**DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA**

CALLE 8 8 27 Casa de familia

PAÍS COLOMBIA DEPTO PUTUMAYO

MUNICIPIO ORITO

TELÉFONO 3172259695 EMAIL sol0108nia@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 BÁSICA | | | | | | | | | | | TÍTULO OBTENIDO | BASICA SECUNDARIA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO | | | |
| 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | 7° | 8° | 9° | 10° | 11° | MES | 12 | AÑO | 2007 |
| | | | | | | | | | | X | | | | |

***EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)***

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

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

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

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

| MODALIDAD ACADÉMICA | No. SEMESTRES APROBADOS | GRADUADO | | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN | | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SI | NO | | MES | AÑO | |
| POSTGRADO | 2 | X | | ESPECIALIZACION EN TERAPIAS ALTERNATIVAS | 07 | 2023 | 1004131800 |
| POSTGRADO | 2 | X | | ESPECIALIZACION EN DERECHO | 11 | 2021 | |
| PREGRADO | 12 | X | | MEDICINA | 11 | 2015 | 1004131800 |

## 3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

***EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO***

*DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:*

**INF** (EDUCACIÓN INFORMAL) **TR_DES** (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

## Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOSPITAL DE ORITO - ORITO | | | *PÚBLICA*<br>X | | *PRIVADA* | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>PUTUMAYO | *MUNICIPIO*<br>ORITO | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3152484464 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 14 | *Mes* | 11 | *Año* | 2024 | *Día* | 31 | *Mes* | 12 | *Año* | 2024 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>MEDICO APS | *DEPENDENCIA*<br>SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 9 3 50 BARRIO EL VERGEL | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE | | | *PÚBLICA*<br>X | | *PRIVADA* | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>BOGOTÁ. D.C. | *MUNICIPIO*<br>BOGOTÁ. D.C. | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>601379518 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 05 | *Mes* | 10 | *Año* | 2022 | *Día* | 12 | *Mes* | 08 | *Año* | 2024 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>85121600 - MEDICO | *DEPENDENCIA*<br>AREA SALUD MENTAL | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 9 39 46 Bogotá Dc | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD* | | | *PÚBLICA*<br>X | | *PRIVADA* | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>PUTUMAYO | *MUNICIPIO*<br>ORITO | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>4292010 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 08 | *Año* | 2021 | *Día* | 30 | *Mes* | 10 | *Año* | 2021 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA | *DEPENDENCIA*<br>SECRETARIA DE SALUD | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 8 · 12 -38 | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD* | | | *PÚBLICA*<br>X | | *PRIVADA* | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>PUTUMAYO | *MUNICIPIO*<br>ORITO | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>4292010 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 03 | *Mes* | 05 | *Año* | 2021 | *Día* | 31 | *Mes* | 07 | *Año* | 2021 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA | *DEPENDENCIA*<br>SECRETARIA DE SALUD | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 8 · 12 -38 | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD* | | | *PÚBLICA*<br>X | | *PRIVADA* | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>PUTUMAYO | *MUNICIPIO*<br>ORITO | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>4292132 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 03 | *Año* | 2021 | *Día* | 30 | *Mes* | 04 | *Año* | 2021 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA | *DEPENDENCIA* | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 8 N 9 A 13 | | | | | |

FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

**8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA**

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

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

*Ciudad y fecha de diligenciamiento* Orito Putumayo ; 16 Septiembre 2026

NATHALIE STEFANIE ROJERO BUCHELY

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

**9 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*

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.004.131.800**

**ROSERO BUCHELLY**

APELLIDOS

**NATHALIE STEPHANIE**

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **01-AGO-1993**

**PASTO**
**(NARIÑO)**

LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.67** | **O+** | **F** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**10-FEB-2012 BOGOTA D.C**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00365977-F-1004131800-20120323 0029476639A 1 37084248

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

# Colegio Champagnat

Autorizado por la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D. C.,
Según Resolución No. 1077 del 30 de Marzo de 2000

Confiere a:

## Nathalie Stephanie Rosero Buchel

T. I. No. 93080127977 de Bogotá, D. C.

El Título de:

# Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de
Educación Media Académica, según los planes y programas vigentes

Hno. Antidio Bolivar Enriquez Oviedo
Rector

# COLEGIO CHAMPAGNAT

*Autorizado por la Secretaria de Educación de Santafé de Bogotá, D.C., según Resolución Nº 1077 del 30 de Marzo de 2000. Inscripción S.E. Nº 216, DANE Nº 311001009023, ICFES Nº 11023*

## ACTA INDIVIDUAL DE GRADUACIÓN

*En la ciudad de Bogotá D.C., a los 30 días del mes de noviembre de 2007 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretaria Académica del Colegio Champagnat, Institución con reconocimiento oficial en el nivel de Educación Media Vocacional y emanada por la Secretaria de Educación de Bogotá D.C. para otorgar el Titulo de Bachiller en la modalidad Académica según Resolución Nº 1077 de Marzo 30 de 2000.*

*Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el Título de*

## BACHILLER ACADÉMICO

*Al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:*

## Nathalie Stephanie Rosero Buchelly

*T.I. Nº 93080127977 de Bogotá D.C.*

*Es fiel copia tomada del Acta original general Nº* 97 *del 30 de noviembre de 2007 que consta de* 23 *alumnos, que comienza con el nombre de* Cristian David Atehortua Ramírez *y cierra con el nombre de* Juan Camilo Villa González

*Firmada y Sellada por el Hno. ANTIDIO BOLÍVAR ENRÍQUEZ OVIEDO, Rector y RUDBI GONZÁLEZ SALINAS, Secretaria Académica.*

*Dada en Bogotá D.C., a los ~~30 días~~ del mes de Noviembre de 2007.*

COLEGIO CHAMPAGNAT Hermanos Maristas BOGOTÁ SECRETARIA

# COLEGIO CHAMPAGNAT

*Autorizado por la Secretaria de Educación de Santafé de Bogotá, D.C., según Resolución Nº 1077 del 30 de Marzo de 2000. Inscripción S.E. Nº 216, DANE Nº 311001009023, ICFES Nº 11023*

## ACTA INDIVIDUAL DE GRADUACIÓN

*En la ciudad de Bogotá D.C., a los 30 días del mes de noviembre de 2007 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretaria Académica del Colegio Champagnat, Institución con reconocimiento oficial en el nivel de Educación Media Vocacional y emanada por la Secretaria de Educación de Bogotá D.C. para otorgar el Titulo de Bachiller en la modalidad Académica según Resolución Nº 1077 de Marzo 30 de 2000.*

*Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el Título de*

## BACHILLER ACADÉMICO

*Al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:*

## Nathalie Stephanie Rosero Buchelly

*T.I. Nº 93080127977 de Bogotá D.C.*

*Es fiel copia tomada del Acta original general Nº* 97 *del 30 de noviembre de 2007 que consta de* 23 *alumnos, que comienza con el nombre de* Cristian David Atehortua Ramírez *y cierra con el nombre de* Juan Camilo Villa González

*Firmada y Sellada por el Hno. ANTIDIO BOLÍVAR ENRÍQUEZ OVIEDO, Rector y RUDBI GONZÁLEZ SALINAS, Secretaria Académica.*

*Dada en Bogotá D.C., a los 30 ~~días del mes~~ de Noviembre de 2007.*

COLEGIO CHAMPAGNAT Hermanos Maristas BOGOTÁ SECRETARIA

# LA FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN

Personería Jurídica Resolución 0387 de Agosto 18 de 1983 MEN

TENIENDO EN CUENTA QUE:

## Nathalie Stephanie Rosero Buchelly

IDENTIFICADO(A) CON C.C. No. 1004131800

CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADÉMICOS, LEGALES Y REGLAMENTARIOS EXIGIDOS POR LA

## Facultad de Medicina

LE OTORGA,
EN NOMBRE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y POR AUTORIZACIÓN DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL
EL TÍTULO DE:

## Médico

EN FE DE LO CUAL FIRMAMOS Y REFRENDAMOS ESTE DIPLOMA, CON EL SELLO MAYOR DE LA FUNDACIÓN
EN BOGOTÁ, D.C., A LOS Diecisiete (17) DÍAS DEL MES DE Diciembre DE Dos mil quince (2015)

RECTOR

DECANO

SECRETARIO GENERAL

ACTA No. 41288

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTÍN**
**FACULTAD DE MEDICINA**
Sede Bogotá, D.C.
CÓDIGO SNIES 2549

**ACTA DE GRADO Nº 2336**

En la ciudad de Bogotá, D.C., el día diecisiete (17) del mes de Diciembre del año dos mil quince (2.015), se llevó a cabo el Acto de Graduación de la Facultad de Medicina; en el cual la Fundación Universitaria San Martín, Institución de Educación Superior debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional mediante Resolución Nº 12387 de 1981, y con la debida autorización de la Decanatura de la Facultad, según consta en el Listado Oficial Nº 180 del día 30 de Noviembre del año 2.015 y previo el cumplimiento de los requisitos académicos, legales y reglamentarios, le confiere el título de

**MEDICA**

A:

**Nathalie Stephanie Rosero Buchelly**

Identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía Nº 1004131800

En cumplimiento de las normas reglamentarias se autoriza la entrega del Diploma Nº 41288 con Número de Registro 33807 anotado al Folio 133 del Libro 08 de fecha diecisiete (17) de Diciembre del año dos mil quince (2.015), información que reposa en la Secretaría General de la Fundación.

En fe de lo anterior se firma la presente Acta de Grado en la Ciudad de Bogotá, D.C., a los diecisiete (17) días del mes de Diciembre del año dos mil quince (2.015).

**MAYRA VIEIRA CANO** (Fdo.)
RECTOR

**LUCIA DEL PILAR BOHORQUEZ AVENDAÑO** (Fdo.)
SECRETARIO GENERAL

Es fiel copia tomada del original en lo pertinente. Se expide en la ciudad de Bogotá, D.C., a los diecisiete (17) días del mes de Diciembre del año dos mil quince (2015).

**LUCIA DEL PILAR BOHORQUEZ AVENDAÑO**
**SECRETARIO GENERAL**

# Universidad Externado de Colombia

El Rector y el Cuerpo Docente de la Facultad de

## Derecho

en nombre de la República de Colombia y por autorización del
Ministerio de Educación Nacional, en atención a que

## Nathalie Stephanie Rosero Buchelly

C.C. 1.004.131.800 de Bogotá D.C

cursó los estudios y cumplió los demás requisitos del programa de Especialización, le confieren el título de

## Especialista en Derecho Médico

le expiden el presente Diploma, refrendado con el sello mayor de la Universidad.

Bogotá, D.C., 08 de junio de 2023 Acta 023152 Folio 0038 Libro n.° 0030

Emilssen G. d'Cancino

Universidad
Externado
de Colombia

# ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

EL SUSCRITO SECRETARIO GENERAL
DE LA UNIVERSIDAD EXTERNADO DE COLOMBIA
CERTIFICA:

Que en el folio 38 del libro de registro n.° 30 de la Facultad de Derecho se encuentra el acta que a la letra dice: Acta n.° 23152 n.° Registro 104776

En la ciudad de Bogotá D.C., a los ocho (8) días del mes de junio del año dos mil veintitrés (2023), se reunieron las Directivas de la Universidad Externado de Colombia y las autoridades académicas de la Facultad de Derecho, con el fin de dar cumplimiento a la ceremonia de grado del (la) siguiente alumno(a) y conferirle el título de:

NATHALIE STEPHANIE ROSERO BUCHELLY C.C. 1004131800 DE BOGOTÁ D.C

**ESPECIALISTA EN DERECHO MÉDICO**

Quien ha cumplido con los requisitos exigidos en la legislación vigente y en los reglamentos internos correspondientes al programa académico de ESPECIALIZACIÓN EN DERECHO MÉDICO

El Rector de la Universidad Externado de Colombia hizo entrega del diploma correspondiente.

Dada en Bogotá D.C., a los ocho (8) días del mes de junio del año dos mil veintitrés (2023).

Secretaria General

JOSÉ FERNANDO RUBIO NAVARRO
Secretario General

Vo.Bo.

Universidad
# Manuela Beltrán
Acreditada en Alta Calidad Multicampus

La Rectoría de la Universidad de acuerdo con lo dispuesto en el Artículo 24 de la Ley 30 del 29 de diciembre de 1992 y conforme a sus facultades estatutarias.

Confiere a:

## Nathalie Stephanie Rosero Buchelly

C.C N°. 1004131800 de Bogotá D.C.

El título de:

## Especialista en Terapias Alternativas

Por haber cumplido con todos los requisitos académicos y legales.

En testimonio de ello expide, firma y sella la presente acta de grado en la ciudad de Bogotá, D.C., República de Colombia, a los

29 días del mes septiembre de 2023

Secretaría General

Rectoría

Decanatura del Programa

Acta 428
Folio 217
Libro de Registro 46
Registro Profesional 039729

Vo.Bo. Registro y Control

Resolución N° 4974 del 29 de diciembre de 2004
Otorgada por el Ministerio de Educación Nacional

50173

# IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD DIGITAL

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

COLEGIO MÉDICO COLOMBIANO

**IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD**

NATHALIE STEPHANIE ROSERO BUCHELLY
CC 1004131800

MÉDICO

Fundación Universitaria San Martin
Bogotá, D.C.

GRADO: 17/12/2015
ReTHUS: 19/08/2016

ESPECIALISTA EN TERAPIAS ALTERNATIVAS



Esta tarjeta es un documento público que se expide de conformidad con la Ley 1164 del 2007, y el Decreto 4192 del 2010. Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla al Colegio Médico Colombiano, ubicado en la Carrera 7 # 69-17 (Bogotá D.C., Colombia).
pqrs@colegiomedicocolombiano.org

Stevenson Marulanda Plata
Representante Legal Colegio Médico Colombiano

***QR DIGITAL***

COLEGIO MÉDICO COLOMBIANO CMC

# 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 *

Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *

1004131800

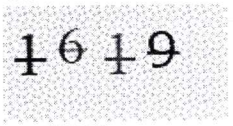
Primer Nombre

NATHALIE

Primer Apellido

ROSERO

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

6659

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

**Resultado General -2026-09-16→2:09:29 PM**

| Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Estado Identificación: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1004131800 | NATHALIE | STEPHANIE | ROSERO | BUCHELLY | Vigente |

**De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) NATHALIE STEPHANIE ROSERO BUCHELLY identificado(a) con CC 1004131800 registra La siguiente información:**

**2026-09-16→2:09:29 PM**

**Información Académica**

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación | Fecha inicio ejercer Acto Administrativo | Acto Administrativo | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|---|
| UNV | Local | MEDICINA | 2016-08-19 | 12099 | COLEGIO MEDICO COLOMBIANC |
| ESP | Local | ESPECIALIZACION EN TERAPIAS ALTERNATIVAS | 2023-09-29 | 124675 | COLEGIO MEDICO COLOMBIANC |

Función Pública

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

ENTIDAD RECEPTORA

## 1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

### 1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, Nathalie Stephanie Rosero Buchelly

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 1.004.131.800 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

| País | Departamento | Municipio |
|---|---|---|
| Colombia | Putumayo | Orito |

| Dirección | Teléfonos |
|---|---|
| Calle 8 # 8 -27 | 3172259695 |

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|---|---|---|
| Miguel Alirio Rosero Cisneros | 12.962.893 | Padre |
| Elizabeth Amparo Buchelly Alvarez | 27.469.963 | Madre |
| Miguel David Rosero Buchelly | 1.004.131.800 | Hermano |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTÍCULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESIÓN** **PARA RETIRARME** **PARA ACTUALIZACIÓN** **PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** ,QUE LOS ÚNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACIÓN:

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

| CONCEPTO | VALOR |
|---|---|
| SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES | 70.000.000 |
| CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS | |
| GASTOS DE REPRESENTACIÓN | - |
| ARRIENDOS | - |
| HONORARIOS | - |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS | - |
| **TOTAL** | $ 70.000.000 |

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

| ENTIDAD FINANCIERA | TIPO DE CUENTA | NÚMERO DE LA CUENTA | SEDE DE LA CUENTA | SALDO DE LA CUENTA |
|---|---|---|---|---|
| Banco Bogota | Ahorros | 546012493 | Orito | $ 1.000.000 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

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

**EMPLEADOR O CONTRATANTE**

## 1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACIÓN)

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

| ENTIDAD O PERSONA | CONCEPTO | VALOR |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

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

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

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

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

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

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

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

## 2. ACTIVIDAD ECONÓMICA 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 PARTICIPACIÓN |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

## 3. FIRMA

Dra. Stephanie Rosero B.
C.C. 1004131808
Medicina General

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Orito- Putumayo, 08 Septiembre 2026

CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

FonoClinic
Nit: 900.220.590-2

Medicina General y Especializada - Odontología - Ortodoncia
Laboratorio Clínico Especializado - Optometría
Fonoaudiología y Audiología
Terapia Ocupacional - Terapia Respiratoria - Psicología
Trabajo Social - Educación Especial - Enfermería
Estética - Fisioterapia - Ambulancia
Salud Ocupacional - Farmacia

| Documento HSE<br>Versión 09<br>17/Octubre/2024 | **CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL** |
|---|---|

| NOMBRE DE LA EMPRESA: PARTICULAR | **CIUDAD:** ORITO | **FECHA: 04 DE SEPTIEMBRE DE 2026** |
|---|---|---|

**DATOS DEL TRABAJADOR**

**NOMBRES: NATHALIE STEPHANIE ROSERO BUCHELLY**

| **CC No: 1004131800** | **EDAD: 33** | **SEXO: F** [X] **M** [ ] | **CARGO: MEDICO GENRAL** |
|---|---|---|---|

Hacemos constar que en la fecha hemos examinado al suscrito, dentro del examen:

**TIPO DE EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL**

| **PRE-OCUPACIONAL:** [X] | **PERIODICO:** [ ] | **POST-INCAPACIDAD:** [ ] | **CONCEPTO MÉDICO:** [ ] |
|---|---|---|---|

Solicitado por ustedes, con el siguiente resultado después de la valoración médica:

**EXAMEN (S):**

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL:** | X | OPTOMETRIA: Discriminación de Colores, Visión de profundidad, esteropsis, visiometria | | | | |
| ESPIROMETRIA | | AUDIOMETRIA | | ELECTROCARDIOGRAMA | | |
| **Énfasis:** OSTEOMUSCULAR (Sistema locomotor y columna) | | | | | | X |
| **EXAMEN DE LABORATORIO CLINICO:** | | | | | | |
| PRUEBA PSICOTECNICA [ ] | VALORACION PSICOLOGICA [ ] | RX DE COLUMNA LUMBOSACRA [ ] | | RX TORAX [ ] | | |
| RUEBA DE ALCOHOL ETILICO EN SALIVA [ ] | PRUEBA DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS /TEST CU PRO [ ] | | | | | |

**RESULTADOS VALORACION:**

**Cumple con los requisitos necesarios para ocupar el cargo:** [X] **Con recomendaciones para desempeñar el cargo** [ ]

**Aplazado** [ ] **No cumple** [ ]

**Cumple requisitos médicos para trabajo en alturas: SI** [ ] **NO** [ ] **Cumple requisitos médicos para T. espacios confinados: SI** [ ] **NO** [ ]

**Cumple requisitos médicos para conducción vehículos: SI** [ ] **NO** [ ] **Cumple requisitos médicos para idoneidad Manejo de Cargas: SI** [ ] **NO** [ ]

**Otros** _____

**ALCOHOL EN SALIVA: POSITIVO** [ ] **NEGATIVO** [ ] **SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: POSITIVO** [ ] **NEGATIVO** [ ]

**IMC** [22] **RH:** [ ]

**Tipo de recomendaciones:** _____

| GENERALES | | SEGÚN IMC | | MANEJO EPS / ARL | | INCLUSION SVE / PROGRA | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Examen medico Periodico | X | Dieta / Bajar de peso | | Control PyP por EPS | | Salud Visual | |
| Higiene Postural | X | Ejercicio regular | X | Remisión a EPS | | Cuidado Auditivo | |
| Utilización EPP | X | Control con Nutrición | | Remisión ARL | | Riesgo Químico | |
| Uso de corrección Optica | | Hábitos de vida saludable | X | Continuar Tratamiento medico | | Ciudado Ergonómico | |
| Medias Antivárice | | Control periodico con EPS | | | | Cardiovascular | |
| Pausas Activas | X | | | | | Psicosocial | |

Willington Cabrera S.
MEDICO S.O

**FIRMA DEL MEDICO**
**Reg. Medico** M-881078 - L.S.O 1127

**FIRMA DEL TRABAJADOR**

Calle 2a Nº 2-07 - Barrio: 28 de Mayo.
Celular: 3134423744 - 3134321239
E-mail: fonoclinicc@gmail.com

VIGILADO Supersalud

ADRES

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

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

### Resultados de la consulta

**Información Básica del Afiliado :**

| COLUMNAS | DATOS |
|---|---|
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN | CC |
| NÚMERO DE IDENTIFICACION | 1004131800 |
| NOMBRES | NATHALIE STEPHANIE |
| APELLIDOS | ROSERO BUCHELLY |
| FECHA DE NACIMIENTO | **/**/** |
| DEPARTAMENTO | BOGOTA D.C. |
| MUNICIPIO | BOGOTA D.C. |

**Datos de afiliación :**

| ESTADO | ENTIDAD | REGIMEN | FECHA DE AFILIACION EFECTIVA | FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN | TIPO DE AFILIADO |
|---|---|---|---|---|---|
| ACTIVO | ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S. | CONTRIBUTIVO | 01/11/2018 | 31/12/2999 | COTIZANTE |

**Fecha de Impresión:** | 09/17/2026 15:13:04 | **Estación de origen:** | 192.168.70.220

Colfondos
del grupo HABITAT

# COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

## CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) NATHALIE STEPHANIE ROSERO BUCHELLY identificado(a) con C.C No. 1.004.131.800, se encuentra afiliado(a) a Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 04 de septiembre del 2026.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.

C&R

Gerencia de cuentas y recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

## Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 11:24:11 AM horas del 04/09/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1004131800**

Apellidos y Nombres: **ROSERO BUCHELLY NATHALIE STEPHANIE**

**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.

DIJIN

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

# LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 04 de septiembre de 2026, a las 11:25:42, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 1004131800 |
| Código de Verificación | 1004131800260904112542 |

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.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Genero: WEB

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO
## No. 302390187

PIB
11:26:55


Bogotá DC, 04 de septiembre del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) NATHALIE STEPHANIE ROSERO BUCHELLY identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1004131800:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

**ADVERTENCIA:** La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

**NOTA:** El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

**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.**

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

# Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

## La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 04/09/2026 11:30:40 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1004131800** y Nombre: **NATHALIE STEPHANIE ROSERO BUCHELLY.**

## NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **147030111** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

**Policía Nacional de Colombia**
Dirección General - Carrera 59 # 26 - 21
Centro Administrativo Nacional CAN , Bogotá D.C
Línea de atención: 018000-910112

GOV.CO

TIC

# MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

## CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1004131800 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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

Se expide en Bogotá el 04/09/2026 11:49 AM

Código Verificación: **LRBHW2M8KP**

Válida hasta: **03/12/2026**

---

**Dirección de Gobierno Digital**

**MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC**

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 141129705049

(415)7707212489984(8020) 000014112970504 9

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 0 0 4 1 3 1 8 0 0 | 3 | Impuestos de Bogotá 3 2 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 0 0 4 1 3 1 8 0 0 | |

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

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| ROSERO | BUCHELLY | NATHALIE | STEPHANIE |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

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

41. Dirección principal
CL 25 D N 33 Y 38 BRR EL RECUERDO

42. Correo electrónico sol0108nia@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 1 7 2 2 5 9 6 9 5 | |

## CLASIFICACIÓN

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

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

## Usuarios aduaneros

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 54. Código | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

## Exportadores

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

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

## Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024-09-27 / 04:06:48PM

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso. Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

*Firma del solicitante:*

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

COPIA NO CERTIFICADO SIN VALOR

# Carné Digital de Vacunación Colombia

## Esquema de Vacunación

Salud

## VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: ce44df86-4e53-4539-bde0-7c8aad32d0f0

Nombres y apellidos / Full name

**NATHALIE STEPHANIE ROSERO BUCHELLY**

Tipo de identificación / ID Type

**CÉDULA DE CIUDADANÍA**

Número de identificación / ID Number

**1 0 0 4 1 3 1 8 0 0**

Fecha de nacimiento / Date of birth

**01/08/1993**

País nacimiento / Country of birth

**COLOMBIA**

Número de contacto (móvil) / Phone number

**3172259695**

Correo electrónico / e-mail

**vacunacioncovid@esehospitalorito.gov.co**

## Datos de Vacunación / Vaccination detail

| Vacuna / Vaccine | Dosis / Doses | Fecha de aplicación / Date of vaccination | | | Laboratorio / Laboratory | Número de Lote / Vaccine Batch | IPS Vacunadora / Administering Center | Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Día / Day | Mes / Month | Año / Year | | | | |
| COVID JANSSEN | Única | 02 | 12 | 2021 | Janssen | 204F21A | ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA | PAOLA CORREA |
| TD Adulto | Primera | 20 | 09 | 2024 | Serum | 2333L021C | E.S.E HOSPITAL ORITO | SILVIA LEONOR PEREA DEJOY |
| Fiebre Amarilla | Única | 20 | 09 | 2024 | Bio-Manguinhos/FIOCRUZ | 231VFC005Z | E.S.E HOSPITAL ORITO | SILVIA LEONOR PEREA DEJOY |
| COVID MODERNA XBB1.5 | Adicional 1 | 20 | 09 | 2024 | Catalent Indiana | 026J23A | E.S.E HOSPITAL ORITO | SILVIA LEONOR PEREA DEJOY |
| INFLUENZA TRIVALENTE | Anual | 14 | 11 | 2024 | Green Cross | V50524003 | E.S.E HOSPITAL ORITO | SILVIA LEONOR PEREA DEJOY |
| TD Adulto | Segunda | 14 | 11 | 2024 | Serum | 2333L021C | E.S.E HOSPITAL ORITO | SILVIA LEONOR PEREA DEJOY |
| TD Adulto | Tercera | 14 | 05 | 2025 | Serum | 2334X006A | E.S.E HOSPITAL ORITO | SILVIA LEONOR PEREA DEJOY - CC41108277 - ACTIVO |
| INFLUENZA TRIVALENTE | Anual | 05 | 05 | 2026 | GC BIOPHARMA CORP | V50526002 | E.S.E HOSPITAL ORITO | SILVIA LEONOR PEREA DEJOY - CC41108277 - INACTIVO |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

El Mnisterio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema deInformación **PAIWEB** del **Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.**

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Ministery of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.

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

Consérvelo

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

MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL

## Certificado de vacunación del adulto

Nombres: NATHALIE STEPHANIE

Apellidos: ROSERO BUCHELLY

Documento de identidad: C.C. X C.E. P.A. C.D. S.C. P.E. P.P.T. D.E.

Número de documento: 1004131800

Fecha de nacimiento: Día 01 Mes 08 Año 1993

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión - Rubéola | Única | 17/9/2026 | 012GM030 | ESE H ORITO |
| Fiebre Amarilla | Única | 20-09-24 | 231VFCCA52 | ESE. H. ORITO |
| Toxoide Tetánico - Diftérico (Td) | 1 | 20-09-24 | 233310210 | ESE H ORITO |
| | 2 | 14-11-24 | 233310210 | ESE H. ORITO |
| | 3 | 14-5-2025 | 2334X00EA | ESE H. ORITO |
| | 4 | 17-9-2026 | 233560130 | ESE H ORITO |
| | 5 | CITA | 17/9/2026 | |
| TdaP acelular | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| Hepatitis B | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |

Silvia Perea Dejoy
TEC. EN ENFERMERIA
C.C. 41106277

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| VPH | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| Influenza estacional | Anual | 14-11-24 | V50524003 | HOSPITAL ORITO |
| | Anual | 5/5/2026 | Green Cross V50526002 | HOSPITAL ORITO |
| Janssen Covid 19 | 1ª | 02-12-21 | 204F21A | HOSPITAL M.G.Y |
| | 2ª | | | |
| | 1er Ref. | | | |
| | 2do Ref. | | | |
| Moderna Bivalente | XBB | 20-09-24 | 016J23A | ESE H. ORITO |
| Otras, PFizer 2P.8.1 | Adicional | 17/9/26 | HC1908 | ESE H ORITO |
| | | | | |
| | | | | |

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

# INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

*NIT. 901544869-6*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

## *Hace Constar que:*

# *Nathalie Stephanie Rosero Buchelly*

## *CC 1004131800 de Bogotá D.C*

ió y aprobó el Curso de Humanización en la Prestación de Servicios de Salud - Resolución 3100 -2019 con un total de 48 Horas.

**Verificación:**

Fecha de emisión: 2025-05-06
Fecha de vencimiento: 2027-05-06

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

# INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

*NIT. 901544869-6*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

## *Hace Constar que:*

# *Nathalie Stephanie Rosero Buchelly*

## *CC 1004131800 de Bogotá D.C*

Realizó y aprobó el Curso de Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente con un total de 48 Horas.

**Verificación:**

Fecha de emisión: 2025-04-22
Fecha de vencimiento: 2027-04-22

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermeria
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

# INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

*NIT. 901544869-6*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

## *Hace Constar que:*

# *Nathalie Stephanie Rosero Buchelly*

## *CC 1004131800 de Bogotá D.C*

Realizó y aprobó el Curso Soporte Vital Básico RCP (BLS) Resolución 3100 -2019 con un total de 48 Horas.

**Verificación:**

Fecha de emisión: 2025-07-29
Fecha de vencimiento: 2027-07-29

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

# INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

*NIT. 901544869-6*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

## *Hace Constar que:*

# *Nathalie Stephanie Rosero Buchelly*

## *CC 1004131800 de Bogotá D.C*

Realizó y aprobó el Curso Soporte Vital Avanzado RCP (ACLS) Resolución 3100 -2019 con un total de 120 Horas.

**Verificación:**

Fecha de emisión: 2025-08-02
Fecha de vencimiento: 2027-08-02

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

1f8-412a-a2bb-12b0ac1f5dfb

# Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

## *Nathalie Stephanie Rosero Buchelly*

ha participado y aprobado el Curso Virtual:

## Diagnóstico y manejo clínico del dengue

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 20 - Porcentaje de aprobación: 95,00 %

8 de mayo de 2025

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Américas

OPS
CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

FIU Robert Stempel College of Public Health & Social Work
Florida International University

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=681d0b21-bdf8-412a-a2bb-12b0ac1f5dfb

Educación

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

## INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

*NIT. 901544869-6*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

# *Hace Constar que:*

# *Nathalie Stephanie Rosero Buchelly*

## *CC 1004131800 de Bogotá D.C*

Realizó y aprobó el Curso de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual - Código Fucsia - Resolución 3100 / 2019 y Sentencia C - 55 -2022
con un total de 80 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-09-16
Fecha de vencimiento: 2028-09-16

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.com.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

## INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

*NIT. 901544869-6*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

# *Hace Constar que:*

# *Nathalie Stephanie Rosero Buchelly*

## *CC 1004131800 de Bogotá D.C*

ealizó y aprobó el Curso Protocolos de Atención Integral a Víctimas de Quemadura con Agentes Químicos Resolución 3100 de 2019.
con un total de 48 Horas.

**Verificación:**

Fecha de emisión: 2026-09-14
Fecha de vencimiento: 2028-09-14

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.com.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

# INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

*NIT. 901544869-6*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

## *Hace Constar que:*

# *Nathalie Stephanie Rosero Buchelly*

## *CC 1004131800 de Bogotá D.C*

elizó y aprobó el Curso Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial a Víctimas de Conflicto Armado - Resolución 1166 de 2018
con un total de 48 Horas.

**Verificación:**

Fecha de emisión: 2025-07-26
Fecha de vencimiento: 2027-07-26

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermeria
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

# INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

*NIT. 901544869-6*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

## *Hace Constar que:*

# *Nathalie Stephanie Rosero Buchelly*

## *CC 1004131800 de Bogotá D.C*

Realizó y aprobó el Curso Enfermedades Transmitidas por Vectores con un total de 48 Horas.

**Verificación:**

Fecha de emisión: 2025-07-28
Fecha de vencimiento: 2027-07-28

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

# INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

*NIT. 901544869-6*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

## *Hace Constar que:*

# *Nathalie Stephanie Rosero Buchelly*

## *CC 1004131800 de Bogotá D.C*

Realizó y aprobó el Curso de Anticoncepción con Énfasis en Implante Subdérmico y Dispositivos Intrauterinos (Jadelle - DIU)
con un total de 60 Horas.

**Verificación:**

Fecha de emisión: 2025-04-30
Fecha de vencimiento: 2027-04-30

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

# INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

*NIT. 901544869-6*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

## *Hace Constar que:*

# *Nathalie Stephanie Rosero Buchelly*

## *CC 1004131800 de Bogotá D.C*

ó y aprobó el Curso Manejo Integrado de la Desnutrición Aguda, Moderada y Severa en Niños y Niñas de 0 a 59 Meses - Según Resolución 2350 de 2020.
con un total de 48 Horas.

**Verificación:**

Fecha de emisión: 2025-05-08
Fecha de vencimiento: 2027-05-08

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

## INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

*NIT. 901544869-6*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

# *Hace Constar que:*

# *Nathalie Stephanie Rosero Buchelly*

## *CC 1004131800 de Bogotá D.C*

Realizó y aprobó el Curso Soporte Vital Avanzado Pediátrico (PALS)
con un total de 120 Horas.

**Verificación:**

Fecha de emisión: 2026-09-10
Fecha de vencimiento: 2028-09-10

FUNDACION NUESTRA
SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad
de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.com.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

## INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

*NIT. 901544869-6*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

# *Hace Constar que:*

# *Nathalie Stephanie Rosero Buchelly*

## *CC 1004131800 de Bogotá D.C*

Realizó y aprobó el Curso Asesoría Interrupción Voluntaria del Embarazo con un total de 48 Horas.

**Verificación:**

Fecha de emisión: 2026-09-08
Fecha de vencimiento: 2028-09-08

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.com.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

5c-4dd6-8628-102dac1f5d46

# Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

## *Nathalie Stephanie Rosero Buchelly*

ha participado y aprobado el

## Curso Virtual mhGAP Humanitario

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 12 - Porcentaje de aprobación: 86,67 %

7 de mayo de 2025

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Américas

OPS
CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

mhGAP

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=681bc8ef-ab5c-4dd6-8628-102dac1f5d46

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

## INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

*NIT. 901544869-6*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

# *Hace Constar que:*

# *Nathalie Stephanie Rosero Buchelly*

## *CC 1004131800 de Bogotá D.C*

izó y aprobó el Curso de Manejo de la Hipertensión Arterial y del Riesgo Cardiovascular en la Atención Primaria de Salud
con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-09-06
Fecha de vencimiento: 2028-09-06

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.com.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Instituto Nacional de Cancerología
Colombia
Por el control del cáncer

*Hace constar que:*

# NATHALIE STEPHANIE ROSERO BUCHELLY

Aprobó el Curso Virtual de

## Detección temprana de cáncer de próstata

***Con intensidad de 50 horas***

La presente constancia no acredita, ni otorga título académico
ni profesional alguno.

Como constancia se firma en la ciudad de Bogotá D.C. el 17 de Septiembre de 2026

**Dra. Carolina Wiesner Ceballos**
Directora General
Instituto Nacional de Cancerología

Instituto Nacional de Cancerología
Colombia
Por el control del cáncer

*Hace constar que:*

# NATHALIE STEPHANIE ROSERO BUCHELLY

Aprobó el Curso Virtual de

## Detección temprana de cáncer de mama

***Con intensidad de 50 horas***

La presente constancia no acredita, ni otorga título académico
ni profesional alguno.

Como constancia se firma en la ciudad de Bogotá D.C. el 17 de Septiembre de 2026

**Dra. Carolina Wiesner Ceballos**
Directora General
Instituto Nacional de Cancerología

Fundación Neumológica COLOMBIANA

# FUNDACIÓN NEUMOLÓGICA COLOMBIANA

*Certifica que*

## ***Nathalie S. Rosero Buchelly***

C.C. 1.004.131.800

*Asistió al*

## Simposio de

## *Infradiagnóstico y mal diagnóstico de la EPOC y el Asma*

Bogotá D.C., 7 de noviembre de 2019; con una duración de 2 horas y 40 minutos académicos

**DR. CARLOS A. TORRES DUQUE**
Director del Curso

**DR. CARLOS E. AGUIRRE FRANCO**
DIR. DEPARTAMENTO
EDUCACIÓN Y DOCENCIA

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

## INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

*NIT. 901544869-6*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

# *Hace Constar que:*

# *Nathalie Stephanie Rosero Buchelly*

## *CC 1004131800 de Bogotá D.C*

Realizó y aprobó el Curso de Correcto Llenado del Certificado de Defunción con un total de 48 Horas.

**Verificación:**

Fecha de emisión: 2025-07-30
Fecha de vencimiento: 2027-07-30

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

GINA ALEXANDRA FALLA
Director Administrativo

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

# Certificado

Otorgado a

## NATHALIE STEPHANIE ROSERO BUCHELLY

Con cédula de ciudadanía **1004131800**

Cumplió satisfactoriamente con los requisitos establecidos en el

Estrategia de ampliación de la vigilancia epidemiológica con métodos innovadores de rastreo -PRASS

Intensidad: 16 horas

Se emite el 8 de Octubre del 2021

Martha Lucía Ospina Martínez

Instituto Nacional de Salud

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

# INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

*NIT. 901544869-6*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

## *Hace Constar que:*

# *Nathalie Stephanie Rosero Buchelly*

## *CC 1004131800 de Bogotá D.C*

Realizó y aprobó el Curso de Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE) con un total de 120 Horas.

**Verificación:**

Fecha de emisión: 2025-08-01
Fecha de vencimiento: 2027-08-01

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

# INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

*NIT. 901544869-6*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

## *Hace Constar que:*

# *Nathalie Stephanie Rosero Buchelly*

## *CC 1004131800 de Bogotá D.C*

ió y aprobó el Curso Masoterapia Clínica y Manejo de Dolor Para Paciente Clínico y/o en Condición de Discapacidad
con un total de 120 Horas.

**Verificación:**

Fecha de emisión: 2025-07-31
Fecha de vencimiento: 2027-07-31

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermeria
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

# INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

*NIT. 901544869-6*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

## *Hace Constar que:*

## *Nathalie Stephanie Rosero Buchelly*

## *CC 1004131800 de Bogotá D.C*

elizó y aprobó el Curso de Acompañamiento en Proceso de Duelo con Énfasis en Terapia Emocional
Resolución 3280 / 2018 y Resolución 2632 / 2024
con un total de 48 Horas.

**Verificación:**

Fecha de emisión: 2025-05-02
Fecha de vencimiento: 2027-05-02

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermeria
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Fundación
Santa Fe de Bogotá

Hacen constar que:

# *NATHALIE STEPHANIE ROSERO BUCHELLY*

Identificado (a) con C.C. 1.004.131.800

Asistió al

**VI SIMPOSIO DE TUMORES NEUROENDOCRINOS**

Realizado en Bogotá, el 9 de noviembre de 2019

ROOSEVELT FAJARDO GÓMEZ, M.D.
Director División de Educación

JAIRO H. ROA, M.D., FACP.
Jefe Departamento de Medicina Interna

Fundación
Santa Fe de Bogotá

# Nathalie Stephanie Rosero Buchelly
## 1.004.131.800

Participó

*IV SIMPOSIO INTERNACIONAL DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR"CONFERENCIA COLOMBIANA DE ACV"*

*1 y 2 de noviembre de 2019, Bogotá- Colombia*

*ROOSEVELT FAJARDO GÓMEZ, MD. MBA. FACS*
*Director de Educación y Gestión del Conocimiento Fundación Santa Fe de Bogotá*

*HERNAN BAYONA M.D*
*Director del Centro de Cuidado Clínico ACV Fundación Santa Fe de Bogotá*

*JAVIER ROMERO MD*
*Jefe Departamento de Imágenes Diagnósticas Fundación Santa Fe de Bogotá*

Fundación
Santa Fe de Bogotá

Hace constar que

**Nathalie Stephanie Rosero Buchelly**

Con número de Identificación: 1004131800

Participó como

ASISTENTE

***CURSO MEDICINA INTERNA HOSPITALARIA***

Auditorio Rosalba Pacheco
07 de Noviembre de 2019
Bogotá - Colombia

Dr. ROOSEVELT FAJARDO, MD; MBA; FACS
Director Educación y Gestión del Conocimiento
Fundación Santa Fe de Bogotá

JAIRO H. ROA BUITRAGO, MD
Jefe Departamento de Medicina Interna
Fundación Santa Fe de Bogotá

Fundación
Santa Fe de Bogotá

Hace constar que

**Nathalie Stephanie Rosero Buchelly**

Con número de identificación

1004131800

Asistió al curso

# Diabetes "Adaptándonos al Cambio"

Bogotá - Colombia

8 de noviembre de 2019

**Roosevelt Fajardo, MD, MBA, FACS**
Director Educación y Gestión del Conocimiento
Fundación Santa Fe de Bogotá

**Andrés Jaramillo, MD**
Jefe Sección Endocrinología
Fundación Santa Fe de Bogotá

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

# INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

*NIT. 901544869-6*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

## *Hace Constar que:*

# *Nathalie Stephanie Rosero Buchelly*

## *CC 1004131800 de Bogotá D.C*

ió y aprobó el Curso Masoterapia Clínica y Manejo de Dolor Para Paciente Clínico y/o en Condición de Discapacidad

con un total de 120 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-07-31
Fecha de vencimiento: 2027-07-31

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermeria
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Simposio de
# Imágenes Diagnósticas
EN PEDIATRÍA

FUNDACIÓN CARDIOINFANTIL
INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA

La Fundación Cardioinfantil – Instituto de Cardiología
Certifica que

## NATHALIE STEPHANIE ROSERO BUCHELLY

Se vinculó en calidad de
ASISTENTE

Al Simposio de Imágenes Diagnósticas en Pediatría, que se realizó en Bogotá los días 17 y 18 de octubre de 2019 en las instalaciones de la Fundación Cardioinfantil – IC, cumpliendo con una intensidad horaria de doce (12) horas en modalidad de conferencias magistrales

**Dr. Gabriel Caviedes**
Radiólogo Intervencionista
Fundación Cardioinfantil- IC

**Dr. Juan Manuel Pérez**
Jefe del Servicio de Radiología
Fundación Cardioinfantil- IC

Congreso de Pediatría de Alta Complejidad:

# EL RETO PARA EL PEDIATRA

La Fundación Cardioinfantil – Instituto de Cardiología

Certifica que

## NATHALIE STEPHANIE ROSERO BUCHELLY

Se vinculó en calidad de

ASISTENTE

En el Congreso de Pediatría de Alta Complejidad: el Reto para el Pediatra desarrollado en la ciudad de Bogotá los días 21, 22 y 23 de octubre.

**Dr. Jaime Aurelio Céspedes L.**
Director Hospital Pediátrico
Fundación Cardioinfantil- IC

**Dr. Hector Manuel Medina Z.**
Director de Educación Medica
Fundación Cardioinfantil- IC



**IX Curso de Rehabilitación Cardiaca**
"Reinaldo Cabrera Polanía"

**XIII Curso Capítulo de Prevención y Rehabilitación Cardiaca**
de la Asociación Colombiana de Medicina Física y Rehabilitación.

FUNDACIÓN CARDIOINFANTIL
INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA

La Fundación Cardioinfantil – Instituto de Cardiología

Certifica que

# NATHALIE STEPHANIE ROSERO BUCHELLY

Se vinculó en calidad de

ASISTENTE

n el IX Curso de rehabilitación cardiaca "Reinaldo Cabrera Polania" XIII Curso capítulo de prevención y rehabilitación cardiaca e la Asociación Colombiana de Medicina Física y Rehabilitación, que se realizó en Bogotá los días 24 y 25 de octubre de 2019 e las instalaciones de la Fundación Cardioinfantil – IC, cumpliendo con una intensidad horaria de trece horas (13) en modalidad de conferencias magistrales.

Valido por 40 Puntos en el programa de acreditación y recertificación ACMFR RECEFYR

sociación Colombiana

**Dra. Mónica Rincón R.**
Jefe del Servicio de Rehabilitación
Fundación Cardioinfantil- IC

**Dr. Héctor Medina**
Director de Educación Médica
Fundación Cardioinfantil- IC

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Gobierno del Cambio

# CONSTANCIA DE ASISTENCIA

## NATHALIE STEPHANIE ROSERO BUCHELY

C.C 1.004.131.800

Participó en el Curso:

**Discapacidad e inclusión laboral**

con una duración de 40 horas

Bogotá D.C., 12 de noviembre 2024

Código: 765869186000

Pacto de productividad

PROGRAMA EMPRESARIAL DE PROMOCIÓN LABORAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Universidad del
Rosario

# LA UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
# LA ESCUELA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD
# Y EDUCACIÓN CONTINUA - CONSULTORÍA

Otorgan el presente

## Diploma a:

# NATHALIE STEPHANIE ROSERO BUCHELLY

C.C 1004131800

Por su asistencia y participación en el ***DIPLOMADO ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS BIOLÓGICAS: HOMEOPATÍA, BIORREGULADORA (HOMOTOXICOLOGÍA), NUTRICIÓN ORTOMOLECULAR Y DE QUELACIÓN (SUEROTERAPIA), OZONOTERAPIA, ESENCIAS FLORALES***, realizado entre el 30 de mayo y el 8 de octubre de dos mil veinticuatro (2024), con una intensidad de ciento cincuenta y nueve (159) horas académicas.

Para constancia se firma en la ciudad de Bogotá D.C., República de Colombia, a los ocho (8) días del mes de octubre de dos mil veinticuatro(2024).

**JUAN MAURICIO PARDO OVIEDO**
Decano
Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud

**ANGELICA LUCIA DUQUE ECHEVERRY**
Gerente
Educación Continua - Consultoría

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

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

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

**CERTIFICA:**

Que mediante acuerdo 641 de 06 de abril de 2016, fueron fusionados los antes Hospitales BOSA, PABLO VI, KENNEDY, DEL SUR Y FONTIBON en la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., Que una vez revisadas las bases de datos que se encuentran en la Dirección de Contratación, se constata que la señor (a) NATHALIE STEPHANIE ROSERO BUCHELLY; con documento de identidad No, 1004131800 celebró Contrato (s) de Prestación de Servicio como se relaciona a continuación:

| # | Año | Contrato | Perfil | Fecha Inicial | Fecha Final | Valor | Unidad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2022 | 8587-2022 | MEDICO GENERAL | 05/10/2022 | 31/12/2022 | $6032724 | SUBRED |
| 2 | 2022 | 8587-2022 | MEDICO GENERAL | 05/10/2022 | 31/12/2022 | $6032724 | SUBRED |
| 3 | 2022 | 8587-2022 | MEDICO GENERAL | 05/10/2022 | 31/12/2022 | $6032724 | SUBRED |
| 4 | 2023 | 44-2023 | MEDICO GENERAL | 12/01/2023 | 12/08/2024 | $6455015 | SUBRED |

**OBLIGACIONES CONTRACTUALES**

**MEDICO GENERAL**

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

La adulteración y/o uso fraudulento de la información, así como la presente firma acá plasmada , sera responsabilidad exclusiva del contratista, en los termino de que trata los artículos 286 y S.S. del código penal colombiano

Se expide la presente constancia a solicitud del contratista conforme a la información que reposa en base de datos de la Institución a los trece(13) días del mes de Noviembre de 2024, la cual no tiene fecha de expiración

Atentamente,

Banco de Bogotá

Nit.860.002.964.4
Calle 36 N° 7 - 47 Bogotá

**REFERENCIA BANCARIA**

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que NATHALIE STEPHANIE ROSERO BUCHELLY, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 1.004.131.800 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuenta de Ahorros LibreAhorro No. 546012493, abierta/o desde el 9/1/2013.

Se expide en Bogotá el día 4 del mes de Septiembre del año 2026 con destino a: ESE Hospital Orito

Firma Autorizada

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

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 860.524.654-6

# SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

Somos la Decimoprimera Mejor Empresa para Trabajar en Colombia — Great Place To Work. Los Mejores Lugares para Trabajar — COLOMBIA 2025

Somos la Novena Mejor Empresa para Trabajar en América — Great Place To Work. Los Mejores para Trabajar — AMÉRICA LATINA

**NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS**
**7750203106**

## PÓLIZA No: 775 -89 - 994000005695 ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS PASTO — COD. AGE: 775 — RAMO: 89 — PAP:

| FECHA DE EXPEDICIÓN DIA | MES | AÑO | VIGENCIA DE LA PÓLIZA | VIGENCIA DESDE DIA | MES | AÑO | HORAS | VIGENCIA HASTA DIA | MES | AÑO | HORAS | DIAS | FECHA DE IMPRESIÓN DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 17 | 04 | 2026 | | 17 | 04 | 2026 | 23:59 A LAS | 17 | 04 | 2027 | 23:59 A LAS | 365 | 17 | 04 | 2026 |

MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL — TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION

TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION

| VIGENCIA DEL ANEXO | VIGENCIA DESDE DIA | MES | AÑO | HORAS | VIGENCIA HASTA DIA | MES | AÑO | HORAS | DIAS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 17 | 04 | 2026 | 23:59 A LAS | 17 | 04 | 2027 | 23:59 A LAS | 365 |

### DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:: NATHALIE STEPHANIE ROSERO BUCHELLY — IDENTIFICACIÓN: CC 1004.131.800

DIRECCIÓN: CL 25 D N 33 Y 38 BRR EL RECUERDO — CIUDAD: ORITO, PUTUMAYO — TELÉFONO: 3172259695

### DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: NATHALIE STEPHANIE ROSERO BUCHELLY — IDENTIFICACIÓN: CC 1004.131.800

DIRECCIÓN: CL 25 D N 33 Y 38 BRR EL RECUERDO — CIUDAD: ORITO, PUTUMAYO — TELÉFONO: 3172259695

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS — IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

### DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: PUTUMAYO CIUDAD: ORITO

DIRECCION: VIA No. 0-0 ORITO

ACTIVIDAD: MEDICO

| DESCRIPCION AMPAROS | SUMA ASEGURADA | LIMITE POR EVENTO |
|---|---|---|
| DAÑO EMERGENTE POR EL ACTO MEDICO | $ 200,000,000.00 | |
| RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA | 200,000,000.00 | |
| USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO | 200,000,000.00 | 0.00 |
| SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS | 200,000,000.00 | 0.00 |
| SUSTITUCION PROVISIONAL | 200,000,000.00 | 0.00 |
| GASTOS DE DEFENSA | 20,000,000.00 | 0.00 |

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

BENEFICIARIOS
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

TOMADOR: ROSERO BUCHELLY, NATHALIE STEPHANIE
ASEGURADO: ROSERO BUCHELLY, NATHALIE STEPHANIE
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS Y/O QUIEN TENGA DERECHO A LA PRESTACIÓN ASEGURADA.
PROFESION ASEGURADA: MEDICO
ESPECIALIZACION: ----------

VIGENCIA: 365 DÍAS, CON INICIO DE COBERTURA A LAS 23:59 HORAS.

OBJETO:

OTORGAR COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA INDIVIDUAL AL PROFESIONAL MÉDICO ASEGURADO BAJO LA PRESENTE PÓLIZA, EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES MANIFESTADAS Y CONTENIDAS EN EL FORMULARIO DE SOLICITUD DE SEGURO, LAS CUALES SE INCORPORAN AL CONTRATO DE SEGUROS PARA TODOS LOS EFECTOS, Y AL PAGO DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE, HASTA POR LOS LÍMITES Y SUBLÍMITES ASEGURADOS ESTIPULADOS PARA CADA AMPARO, TAL COMO SE DESCRIBEN EN LAS SIGUIENTES CONDICIONES PARTICULARES.

| VALOR ASEGURADO TOTAL: | VALOR PRIMA: | GASTOS EXPEDICION: | IVA: | TOTAL A PAGAR: |
|---|---|---|---|---|
| $ ***200,000,000.00 | $ **********169,300 | $****15,000.00 | $ *******35,017 | $ **********219,317 |

**INTERMEDIARIO**

| NOMBRE | CLAVE | %PART |
|---|---|---|
| JORGE HAROL GONZALEZ OTAYA | 10615 | 100.00 |

**COASEGURO CEDIDO**

| NOMBRE COMPAÑIA | %PART | VALOR ASEGURADO |
|---|---|---|

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

PARA ACCEDER AL CLAUSULADO DE SU PÓLIZA DE SEGURO, POR FAVOR INGRESE AL SIGUIENTE LINK https://aseguradorasolidaria.com.co/enlaces-de-interes/biblioteca-de-clausulados.aspx Y BUSQUE EL NOMBRE DEL PRODUCTO TAL Y COMO FIGURA EN EL TÍTULO DE ESTE DOCUMENTO. TAMBIÉN PUEDE VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTA PÓLIZA DESDE NUESTRA PÁGINA WEB https://www.aseguradorasolidaria.com.co, EN EL MENÚ "SERVICIOS", OPCIÓN "CONSULTA POLIZA DE CUMPLIMIENTO Y OTROS".

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)000000000007000775020310

FIRMA TOMADOR

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

LORRODRIGUEZ 0

C9DF25780D0FFF7F5F

CLIENTE

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CONDICIONES GENERALES APROBADAS MEDIANTE RESOLUCIÓN 2025-1300000-0000-0000-EX-E-2025-01-31 DE 2025-01-31 DE LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

# SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS PASTO | COD. AGENCIA: 775 | RAMO: 89 | No PÓLIZA: **994000005695** | ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **NATHALIE STEPHANIE ROSERO BUCHELLY** | IDENTIFICACIÓN: CC **1004.131.800**

ASEGURADO: **NATHALIE STEPHANIE ROSERO BUCHELLY** | IDENTIFICACIÓN: CC **1004.131.800**

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

## TEXTO ITEM 1

CONDICIONES GENERALES:

SEGÚN ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA FORMA 17/03/2021-1502-P-06-GENER-CL-SUSG-36-D001 Y 17/03/2021-1502-NT-P-06-P170321MGG8G8000

CL-SUSG-36-RC-MEDICA-PROFESIONAL-17032021.PDF (ASEGURADORASOLIDARIA.COM.CO)

AMPARO BÁSICO:

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA: LÍMITE DEL 100% DEL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA POR EVENTO Y VIGENCIA, EN MODALIDAD OCURRENCIA.
USO DE EQUIPOS DE DIAGNÓSTICO Y/O TERAPÉUTICA: LÍMITE DEL 100% DEL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA POR EVENTO Y VIGENCIA, EN MODALIDAD OCURRENCIA.
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS: LÍMITE DEL 100% DEL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA POR EVENTO Y VIGENCIA, EN MODALIDAD OCURRENCIA.
SUSTITUCIÓN PROVISIONAL: LÍMITE DEL 100% DEL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA POR EVENTO Y VIGENCIA, EN MODALIDAD OCURRENCIA.
GASTOS DE DEFENSA: SUBLÍMITE DEL 10% DEL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA POR EVENTO Y VIGENCIA.

AMPAROS ADICIONALES:

ENTENDIDOS COMO CONTRATADOS, SUJETOS AL RESPECTIVO PAGO DE PRIMA E INSERCIÓN EN LA CARATULA Y/O CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA.

COSTOS PARA LA CONSTITUCIÓN DE CAUCIONES JUDICIALES: SUBLÍMITE DEL 5% DEL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA POR EVENTO Y VIGENCIA.
COSTAS DEL PROCESO SEGÚN FALLO JUDICIAL: SUBLÍMITE DEL 10% DEL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA POR EVENTO Y VIGENCIA.
COBERTURA A PERJUICIOS EXTRA PATRIMONIALES: SUBLÍMITE DEL 50% DEL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA POR EVENTO, Y DEL 100% DEL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA POR VIGENCIA. ENTENDIDO COMO PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES LOS OCASIONADOS A UN TERCERO, DERIVADOS DIRECTAMENTE DE UNA LESIÓN PERSONAL O DAÑO MATERIAL AMPARADOS POR LA PÓLIZA. EN DAÑOS MORALES SE INCLUYEN AMPARADOS LOS PERJUICIOS FISIOLÓGICOS Y LOS DAÑOS A LA VIDA EN RELACIÓN.

ANEXOS DE COBERTURA, CONDICIONES Y DEMAS CLAUSULAS:

NO SE OTORGA RESTABLECIMIENTO AUTOMÁTICO DE LA SUMA ASEGURADA.
DEFINICIÓN DE SUBLÍMITE: INCLUIDO DENTRO DEL VALOR ASEGURADO, ESTO QUIERE DECIR QUE EN CASO DE PÉRDIDA TOTAL NO CONSTITUYE UN VALOR ADICIONAL DE INDEMNIZACIÓN
CLÁUSULA DE REVOCACIÓN: TREINTA (30) DÍAS.
AVISO DE SINIESTRO: TREINTA (30) DÍAS.
CLÁUSULA DE NO RENOVACIÓN TÁCITA O AUTOMÁTICA.
DECLARACIONES RETICENTES O INEXACTAS: LA EMPRESA TOMADORA ESTÁ OBLIGADA A DECLARAR SINCERAMENTE LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE DETERMINAN EL ESTADO DE RIESGO. LA RETICENCIA O INEXACTITUD SOBRE HECHOS O CIRCUNSTANCIAS RELACIONADAS CON ÉSTE PRODUCEN LOS EFECTOS PREVISTOS EN EL CÓDIGO DE COMERCIO.

TODAS LAS MODIFICACIONES, ALTERACIONES Y/O EXTENSIONES DEBERÁN SER ACORDADAS CON ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA.

TODOS LOS AMPAROS, LIMITES, SUBLIMITES Y ANEXOS HACEN PARTE DEL LÍMITE AGREGADO DE RESPONSABILIDAD Y NO SON EN ADICIÓN A ESTE.

DEDUCIBLES:

GASTOS DE DEFENSA, CAUCIONES JUDICIALES Y COSTAS DEL PROCESO: SIN APLICACIÓN DE DEDUCIBLE.
DEMÁS EVENTOS: 10% DEL VALOR DE LA PÉRDIDA, MÍNIMO 2 SMMLV.

EXCLUSIONES:
SIN PERJUICIO DE LAS CONSAGRADAS EN EL TEXTO DE LAS CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO, SE ADICIONAN LAS SIGUIENTES:

ACTOS MÉDICOS REALIZADOS CON APARATOS, EQUIPOS O TRATAMIENTOS O MEDICAMENTOS NO RECONOCIDOS POR LA CIENCIA MÉDICA, SALVO AQUELLOS DE CARÁCTER CIENTÍFICO-EXPERIMENTAL DURANTE ENSAYOS CLÍNICOS CUYOS PROTOCOLOS HAYAN SIDO DEBIDAMENTE AUTORIZADOS POR ORGANIZACIONES RESPECTIVAS E INFORMADOS POR ESCRITO AL ASEGURADOR PREVIO A SU INICIO. EXCEPTO TAMBIÉN CUANDO LA UTILIZACIÓN DE LOS CUALES REPRESENTA EL ÚLTIMO REMEDIO PARA EL PACIENTE A RAÍZ DE SU CONDICIÓN, CUYA APLICACIÓN HAYA SIDO SANCIONADA POR LAS AUTORIDADES CIVILES Y/O ADMINISTRATIVAS RESPECTIVAS Y CUYA NATURALEZA Y CARÁCTER DE CIENTÍFICO EXPERIMENTAL HAYA SIDO CONSIGNADA FIEL Y CLARAMENTE EN EL CONSENTIMIENTO INFORMADO REALIZADO CON EL PACIENTE, Y AVALADO CON LA FIRMA DE ÉSTE.
DAÑOS FINANCIEROS PUROS (LUCRO CESANTE) QUE NO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UN DAÑO FÍSICO CAUSADO POR EL ASEGURADO A UN PACIENTE.
RECLAMACIONES POR SANCIONES PUNITIVAS O EJEMPLARES, ES DECIR, CUALQUIER MULTA O PENALIDAD IMPUESTA POR UN JUEZ CIVIL O PENAL, O SANCIONES DE CARÁCTER ADMINISTRATIVO.
RECLAMACIONES POR CIRUGÍA BARIÁTRICA, SALVO PARA PACIENTES DIAGNOSTICADOS CLÍNICAMENTE CON OBESIDAD MÓRBIDA O SUPER-OBESIDAD Y CON MASA CORPORAL SUPERIOR A 35 KILOGRAMOS POR METRO CUADRADO.
RECLAMACIONES POR CUALQUIER OFENSA SEXUAL, CUALQUIERA QUE SEA SU CAUSA Y/U ORIGEN.

CLIENTE

# SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS PASTO COD. AGENCIA: 775 RAMO: 89 No PÓLIZA: **994000005695** ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **NATHALIE STEPHANIE ROSERO BUCHELLY** IDENTIFICACIÓN: CC **1004.131.800**

ASEGURADO: **NATHALIE STEPHANIE ROSERO BUCHELLY** IDENTIFICACIÓN: CC **1004.131.800**

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

## TEXTO ITEM 1

RECLAMACIONES POR ACTOS MÉDICOS REALIZADOS CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE ENTRADA EN VIGOR DE ÉSTA COBERTURA.
RECLAMACIONES POR LA FALTA O EL INCUMPLIMIENTO, COMPLETO O PARCIAL, DEL SUMINISTRO DE SERVICIOS TALES COMO LA ELECTRICIDAD, AGUA, GAS, TELÉFONO, ETC., SALVO EN CASO DE FUERZA MAYOR NO IMPUTABLE AL ASEGURADO.
RECLAMACIONES POR INCUMPLIMIENTO DE ALGÚN CONVENIO, SEA VERBAL O ESCRITO, PROPAGANDA, SUGERENCIA O PROMESA DE ÉXITO QUE GARANTICE EL RESULTADO DE CUALQUIER TIPO DE SERVICIO MÉDICO.
RECLAMACIONES POR REINTEGRO DE HONORARIOS PROFESIONALES O SUMAS ABONADAS AL ASEGURADO O A SU REPRESENTANTE.
RECLAMACIONES POR TODA RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL Y EXTRACONTRACTUAL, TALES COMO; RC PATRONAL, RC DIRECTORES Y OFICIALES (DO), RC DE PROFESIONALES NO MÉDICOS (EO), RC SERVIDORES PÚBLICOS, Y RC AUTOMOTORES.
RECLAMACIONES PRESENTADAS Y/O DEMANDAS ENTABLADAS / FORMULADAS Y/O SENTENCIAS FUERA DEL PAÍS DE DOMICILIO DEL ASEGURADO, INCLUYENDO AQUELLAS DONDE SE CONCEDA EL ESTADO DE EXQUATUR EN COLOMBIA.
CUALQUIER MÉDICO GENERAL O CIRUJANO QUE EFECTÚE CONTROL DE PESO MEDIANTE LIPOSUCCIÓN, LIPOESCULTURA, DERIVACIÓN INTESTINAL, O MEDIANTE RECETA DE MEDICAMENTOS QUE CONTENGAN BARBITÚRICOS, SUS COMPONENTES Y/O DERIVADOS.
CUALQUIER MÉDICO GENERAL O CIRUJANO QUE EFECTÚE LIPOSUCCIÓN, LIPOESCULTURA, DERIVACIÓN INTESTINAL O GASTRO PLASTIA TRANSVERSAL ÚNICAMENTE CON FINES ESTÉTICOS O COSMÉTICOS.
SE MODIFICA LA EXCLUSIÓN 2.5 DE LA SECCIÓN 2 DEL CONDICIONADO GENERAL PARA SER REEMPLAZADO POR EL SIGUIENTE TEXTO:
2. EXCLUSIONES GENERALES APLICABLES A TODA PÓLIZA

2.5.
2.5.1. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR TRATAMIENTOS MÉDICOS DE FERTILIDAD HUMANA QUE SUSTITUYAN EL PROCESO NATURAL DE LA REPRODUCCIÓN (FACILITAR EL EMBARAZO) POR CUALQUIERA DE LAS TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA, YA SEA POR INSEMINACIÓN ARTIFICAL O FECUNDACIÓN IN VITRO.

2.5.2. RESPONSABILIDAD CIVIL POR TRATAMIENTOS DESTINADOS A LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, SALVO CASO ESPECÍFICO DEL ABORTO (INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO) QUEDAN AMPARADOS LOS DAÑOS A CONSECUENCIA DE UNA INTERVENCIÓN QUE CORRESPONDA AL CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACIÓN LEGAL Y/O CONSTITUCIONAL.

EXCLUSIÓN - ENFERMEDAD TRANSMISIBLE, SEGÚN TEXTO.
CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN DE PÉRDIDAS Y DATOS CIBERNÉTICOS, SEGÚN TEXTO.

EXCLUSIÓN - ENFERMEDAD TRANSMISIBLE

ESTA PÓLIZA NO APLICA A: ENFERMEDAD TRANSMISIBLE LESIÓN PERSONAL O DAÑO MATERIAL SURGIDO DE UNA TRANSMISIÓN REAL O PRESUNTA DE UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE, INCLUYENDO, PERO SIN LIMITARSE AL NUEVO CORONAVIRUS EN CUALQUIER FORMA DE CUALQUIER ORIGEN.

ESTA EXCLUSIÓN APLICA AUN SI LOS RECLAMOS CONTRA CUALQUIER ASEGURADO ALEGAN NEGLIGENCIA U OTRA CONDUCTA INDEBIDA EN:

A. LA SUPERVISIÓN, CONTRATACIÓN, EMPLEO, ENTRENAMIENTO O MONITOREO DE OTROS QUE PUEDAN ESTAR INFECTADOS Y PROPAGAR UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE;
B. LAS PRUEBAS PARA UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE;
C. FALLA EN PREVENIR LA PROPAGACIÓN DE LA ENFERMEDAD; O
D. FALLA EN EL REPORTE DE LA ENFERMEDAD A LAS AUTORIDADES;
E. LA APLICACIÓN DE CUALQUIER LEY U ORDEN LA CUAL EL ASEGURADO ESTABA LEGALMENTE OBLIGADO A CUMPLIR ANTES O EN CUALQUIER MOMENTO DE LA PROPAGACIÓN REAL DE LA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE.

ESTA PÓLIZA EXCLUYE TAMBIÉN CUALQUIER RESPONSABILIDAD, GASTO DE CUALQUIER TIPO, DAÑOS, DEMANDAS, RECLAMOS O PÉRDIDAS,

(I) SURGIDOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE DE CUALQUIER TEMOR O AMENAZA (YA SEA REAL O PERCIBIDA) DEL NUEVO CORONAVIRUS (COVID-19) O CUALQUIER VARIACIÓN MUTANTE DEL MISMO

(II) DIRECTA O INDIRECTAMENTE CAUSADOS POR, RESULTANTES DE O EN CONEXIÓN CON CUALQUIER ACCIÓN TOMADA PARA CONTROLAR, PREVENIR, SUPRIMIR O DE ALGUNA MANERA RELACIONADA A CUALQUIER BROTE DEL NUEVO CORONAVIRUS (COVID-19) O CUALQUIER VARIACIÓN MUTANTE DEL MISMO

(III) CAUSADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR LA IMPOSICION DE CUARENTENA O RESTRICCIÓN EN EL MOVIMIENTO DE GENTE O ANIMALES, POR CUALQUIER ENTE O AGENCIA NACIONAL O INTERNACIONAL EN RELACIÓN CON UN BROTE DEL NUEVO CORONAVIRUS (COVID-19) O CUALQUIER VARIACIÓN MUTANTE DEL MISMO.

(IV) CAUSADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR UN AVISO O ADVERTENCIA DE VIAJE EMITIDA POR UN ENTE O AGENCIA NACIONAL O INTERNACIONAL DE CUALQUIER TIPO EN RELACIÓN CON UN BROTE DEL NUEVO CORONAVIRUS (COVID-19) O UNA VARIACIÓN MUTANTE DEL MISMO Y RESPECTO A (II) Y (IV) CUALQUIER TEMOR O AMENAZA DEL MISMO (YA SEA REAL O PERCIBIDA).

PARA LOS PROPÓSITOS DE ESTA EXCLUSIÓN ENFERMEDAD TRANSMISIBLE SIGNIFICA: UNA ENFERMEDAD QUE SE PROPAGA DE UNA PERSONA A OTRA YA SEA POR TRANSMISIÓN DIRECTA O INDIRECTA DE UNA BACTERIA O VIRUS ENTRE EL PORTADOR Y LA PERSONA INFECTADA, O A TRAVÉS DE UN VECTOR, TAL COMO COMIDA CONTAMINADA POR EL PORTADOR Y CONSUMIDO POR LA PERSONA INFECTADA.

CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN DE PÉRDIDAS Y DATOS CIBERNÉTICOS

1. NO OBSTANTE, CUALQUIER DISPOSICIÓN CONTRARIA EN ESTA PÓLIZA O CUALQUIER SUPLEMENTO A LA MISMA, SE EXCLUYE CUALQUIER:
1.1 PÉRDIDA CIBERNÉTICA.

# SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS PASTO COD. AGENCIA: 775 RAMO: 89 No PÓLIZA: **994000005695** ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **NATHALIE STEPHANIE ROSERO BUCHELLY** IDENTIFICACIÓN: CC **1004.131.800**

ASEGURADO: **NATHALIE STEPHANIE ROSERO BUCHELLY** IDENTIFICACIÓN: CC **1004.131.800**

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

## TEXTO ITEM 1

1.2 PÉRDIDA, DAÑO, RESPONSABILIDAD, RECLAMACIÓN, COSTE, GASTO DE CUALQUIER NATURALEZA CAUSADO DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR, CONTRIBUIDO POR, RESULTANTE DE, QUE SURJA O ESTÉ RELACIONADO CON CUALQUIER PÉRDIDA DE USO, REDUCCIÓN DE LA FUNCIONALIDAD, REPARACIÓN, REEMPLAZO, RESTAURACIÓN O REPRODUCCIÓN DE CUALESQUIERA DATOS, INCLUYENDO CUALQUIER CANTIDAD RELACIONADA CON EL VALOR DE DICHOS DATOS, INDEPENDIENTEMENTE DE CUALQUIER OTRA CAUSA O EVENTO QUE CONTRIBUYA SIMULTÁNEAMENTE O EN CUALQUIER OTRA SECUENCIA.

2. EN EL CASO QUE CUALQUIER PARTE DE ESTA CLÁUSULA FUERA CONSIDERADA INVÁLIDA O INAPLICABLE, EL RESTO PERMANECERÁ EN PLENO VIGOR Y EFECTO.
3. ESTA CLÁUSULA REEMPLAZA Y, SI ENTRA EN CONFLICTO CON CUALQUIER OTRA DISPOSICIÓN DE LA PÓLIZA O CUALQUIER SUPLEMENTO QUE TENGA RELACIÓN CON LA PÉRDIDA CIBERNÉTICA O LOS DATOS, REEMPLAZA ESA DISPOSICIÓN.

DEFINICIONES

A. PÉRDIDA CIBERNÉTICA:
CUALQUIER PÉRDIDA, DAÑO, RESPONSABILIDAD, RECLAMACIÓN, COSTE O GASTO DE CUALQUIER NATURALEZA QUE DIRECTA O INDIRECTAMENTE SEA CAUSADO O APORTADO POR, RESULTE O SURJA DE, O ESTÉ EN CONEXIÓN CON UN ACTO CIBERNÉTICO O UN INCIDENTE CIBERNÉTICO INCLUYENDO, PERO SIN LIMITARSE A CUALQUIER ACCIÓN TOMADA CON EL FIN DE CONTROLAR, PREVENIR, SUPRIMIR O REMEDIAR CUALQUIER ACTO CIBERNÉTICO O INCIDENTE CIBERNÉTICO.
B. ACTO CIBERNÉTICO:
ACTO O SERIE DE ACTOS NO AUTORIZADOS, MALINTENCIONADOS O DELICTIVOS, SIN CONSIDERACIÓN DEL TIEMPO Y ESPACIO, O LA AMENAZA O ENGAÑO RELACIONADOS CON EL ACCESO, PROCESAMIENTO, USO U OPERACIÓN DE CUALQUIER SISTEMA INFORMÁTICO.
C. INCIDENTE CIBERNÉTICO:
TODO ERROR U OMISIÓN O SERIE DE ERRORES U OMISIONES RELACIONADOS CON EL ACCESO, PROCESAMIENTO, USO U OPERACIÓN DE CUALQUIER SISTEMA INFORMÁTICO; O
CUALQUIER INDISPONIBILIDAD O FALLO PARCIAL O TOTAL O SERIE DE INDISPONIBILIDADES O FALLOS PARCIALES O TOTALES PARA ACCEDER, PROCESAR, USAR U OPERAR CUALQUIER SISTEMA INFORMÁTICO.
D. SISTEMA INFORMÁTICO:
CUALQUIER ORDENADOR, HARDWARE, SOFTWARE, SISTEMA DE COMUNICACIÓN, EQUIPO ELECTRÓNICO (INCLUYENDO PERO SIN LIMITARSE A TELÉFONOS INTELIGENTES, LAPTOPS, TABLETS, DISPOSITIVOS PORTÁTILES), SERVIDOR, NUBE O MICROCONTROLADOR INCLUYENDO CUALQUIER SISTEMA SIMILAR O CONFIGURACIÓN DE LO ANTES MENCIONADO E INCLUYENDO ASIMISMO TODA ENTRADA Y SALIDA, DISPOSITIVO DE ALMACENAMIENTO DE DATOS, EQUIPO DE REDES O INSTALACIONES DE COPIAS DE RESPALDO, DE PROPIEDAD U OPERADAS POR EL ASEGURADO O CUALQUIER OTRA PARTE.
E. DATOS:
INFORMACIÓN, HECHOS, CONCEPTOS, CÓDIGO O CUALQUIER OTRA INFORMACIÓN DE CUALQUIER NATURALEZA REGISTRADA Y TRANSMITIDA EN CUALQUIER FORMA PARA SER USADA, ACCEDIDA, PROCESADA, TRANSMITIDA O ALMACENADA POR UN SISTEMA INFORMÁTICO.

EXCLUSIONES PARA GASTOS DE DEFENSA:

SUJETO A LOS DEMÁS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE ESTA PÓLIZA, QUEDA ACORDADO Y CONVENIDO QUE ESTA COBERTURA NO SE EXTIENDE PARA AMPARAR RECLAMACIONES DE GASTOS DE DEFENSA, DERIVADAS DE:
SI LA RESPONSABILIDAD QUE SE PRETENDE DEMOSTRAR PROVIENE DE DOLO O ESTÁ EXPRESAMENTE EXCLUIDA DE LA PÓLIZA.
SI EL ASEGURADO AFRONTA EL PROCESO CONTRA ORDEN EXPRESA DEL ASEGURADOR.

AMBITO TERRITORIAL:

JURISDICCIÓN Y LEGISLACIÓN APLICABLE: COLOMBIANA.

GARANTIAS:

PARA LOS EFECTOS Y CON EL ALCANCE DEL ARTÍCULO 1061 DEL CÓDIGO DE COMERCIO COLOMBIANO, QUEDA EXPRESAMENTE DECLARADO Y CONVENIDO QUE ESTE SEGURO SE REALIZA EN VIRTUD DEL COMPROMISO QUE ADQUIERE EL ASEGURADO, QUE DURANTE SU VIGENCIA CUMPLIRÁ CON LAS GARANTÍAS ESTIPULADAS EN EL NUMERAL 4, LITERAL 4.2 GARANTIAS DEL CLAUSULADO GENERAL DE LA PÓLIZA.

EL INCUMPLIMIENTO DE ESTE COMPROMISO O GARANTÍA DA LUGAR A LAS SANCIONES QUE ESTABLECE EL ARTÍCULO MENCIONADO

CLIENTE