



Inicio | Mis registros | Mis configuraciones | Mis datos | Ir a

Buscar...

Escritorio → Configuraciones de Perfil

Id de página: 14205382 Ayuda ?



Noticias SECOP

Mis registros

Accesos del usuario

Términos y condiciones de uso

Información del usuario

Género Femenino
Cargo QUIMICA FARMACEUTICA
Título Sra.
Nombre completo NATALIA PILAR CARDENAS SALCEDO
Nombre y apellido NATALIA PILAR CARDENAS SALCEDO
Código del empleado
Tipo de documento Cédula de ciudadanía
Número de identificación 52952504
Fecha de emisión
Expedido por
Fecha de expiración
Dirección CARRERA 40 N° 37-30 SUR
Código postal
Estado CUNDINAMARCA
Municipio BOGOTA
País COLOMBIA
Correo electrónico nataliapilarcardenas@gmail.com
Teléfono 3208522813
Celular 3208522813
Número de fax



Configuración

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

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad ¿Cuál es el nombre de su profesor del colegio?
Respuesta EDITH
Celular 3208522813





(Leyes 190 de 1.995, 489 y 443 de 1.998)

ENTIDAD RECEPTORA.

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO O DE CASADA		NOMBRES	
CARDENAS		SALCEDO		NATALIA PILAR	
C.C. ☐ C.E. ☐ PAS ☐ 52,952,504			SEXO		NACIONALIDAD PAIS
			F X M		COLOMBIANA
LIBRETA MILITAR					
PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE			Nº D.M.:		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA		
FECHA DIA 2 6 MES 1 0 AÑO 8 2			CARRERA 40 N. 37-30 SUR		
PAIS COLOMBIA			PAIS COLOMBIA DEPTO CUNDINAMARCA		
DEPTO CUNDINAMARCA			MUNICIPIO BOGOTA		
MUNICIPIC BOGOTA			TELÉFONO 3208522813 EMAIL nataliapilarcardenas@gmail.com		

FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ULTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o.

DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA

EDUCACIÓN BÁSICA																			
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO								
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10o.	11o.	MES		12	AÑO		1	9	9	9
										X									

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA)

TL (TECNOLÓGICA)

TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA)

UN (UNIVERSITARIA)

ES (ESPECIALIZACIÓN)

MG (MAESTRÍA O MAGÍSTER)

DOC (DOCTORADO O PHD)

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

MODALIDAD ACADÉMICA	NO. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
MG	3		X	MAESTRÍA EN FARMACOLOGÍA			
UN	10	X		QUIMICA FARMACEUTICA	12	2008	4008101812083600

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

[illegible]

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1.995, 489 y 443 de 1.998)

3

EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL			
EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE	X		COLOMBIA
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
CUNDINAMARCA	BOGOTÁ	ATENCIONUSUARIO@SUBREDCENTROORIENTE.GOV.CO	
TÉLEFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	
3444484	DÍA 1 MES 8 AÑO 2016	DÍA 30 MES 1 AÑO 2018	
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
QUÍMICA FARMACEÚTICA	SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	DG 34 N. 5-43	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
ESE SAN CRISTÓBAL	X		COLOMBIA
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
CUNDINAMARCA	BOGOTÁ	ATENCIONUSUARIO@SUBREDCENTROORIENTE.GOV.CO	
TÉLEFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	
2091480	DÍA 19 MES 5 AÑO 2014	DÍA 31 MES 7 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
APOYO PROFESIONAL COMO QUÍMICO FARMACEÚTICO	SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD	CALLE 22S N. 8A-58	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL SAN BLAS ESE II NIVEL	X		COLOMBIA
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
CUNDINAMARCA	BOGOTÁ		
TÉLEFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	
2891100	DÍA 11 MES 1 AÑO 2011	DÍA 18 MES 5 AÑO 2014	
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
APOYO PROFESIONAL COMO QUÍMICO FARMACEÚTICO	SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD	TRANSVERSAL 5 ESTE N. 19-50S	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR	X		COLOMBIA
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
CUNDINAMARCA	BOGOTÁ		
TÉLEFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	
6767940	DÍA 1 MES 3 AÑO 2009	DÍA 31 MES 10 AÑO 2010	
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
APOYO PROFESIONAL COMO QUÍMICO FARMACEÚTICO	SERVICIO FARMACEÚTICO	CALLE 165 N. 7-06	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TÉLEFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TÉLEFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TÉLEFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

**FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA**

Persona Natural

(Leyes 190 de 1.995, 489 y 443 de 1.998)

4

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

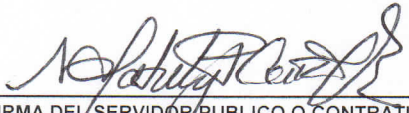
OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PUBLICO	9	
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	9	

5

FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ☐ NO ☒ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD 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, (ARTICULO 5o. DE LA LEY 190/95).


FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO O CONTRATISTA

6

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



DEPARTAMENTO
ADMINISTRATIVO DE LA
FUNCIÓN PÚBLICA

FORMULARIO UNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS
Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, NATALIA PILAR CARDENAS SALCEDO

IDENTIFICADO CON: C.C. ☒ 1 C.E. ☐ 2 T.I. ☐ 3 N° 52,952,504 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País COLOMBIA Departamento CUNDINAMARCA Municipio BOGOTA

Barrio-Dirección CARRERA 40 N 37-30 S Teléfonos 320 852 28 13

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
HUMBERTO ALEJANDRO CARDENAS VANEGAS		PADRE
INES SALCEDO DE CARDENAS	41,313,732	MADRE
ALISON ALEJANDRA VASQUEZ CARDENAS	1,011,212,982	HIJA
DANNA MICHELLE VASQUEZ CARDENAS	1,025,560,071	HIJA

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	44,400,000
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	\$ 44,400,000

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
DAVIVIENDA	AHORROS	8480327488	SN CRISTOBAL SUR	\$ 1,000,000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
VEHICULO	PLACA RLX 769	\$ 18,000,000

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO IDENTIFICACION	DE	N°
HECTOR FABIO VASQUEZ LOPEZ	C.C.X C.E. T.I.		80.058.158

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

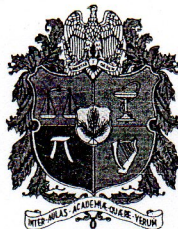
3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA



CONFIERE EL TÍTULO DE
Química Farmacéutica

A

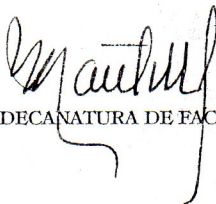
Obafalia Pilar Cárdenas Salcedo

c.c. 52.952.504 de Bogotá

QUIEN CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS.
EN TESTIMONIO DE ELLO, Y PREVIO AL JURAMENTO DE RIGOR, OTORGA EL PRESENTE

DIPLOMA

EN LA CIUDAD DE *Bogotá, D. C.* a 18 de *Diciembre* de 2008


DECANATURA DE FACULTAD


RECTORÍA


SECRETARÍA GENERAL

REGISTRO No. 819 Folio: 55 Libro: 4
DE LA SEDE DE *Bogotá, D. C.* FACULTAD DE *Ciencias*



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

FACULTAD DE

Ciencias

ACTA DE GRADO NÚMERO 810

Consejo de Facultad en su sesión del día 20 de Noviembre de 2008 Acta: 42

CONSIDERANDO QUE

Stefalia Pilar Cárdenas Salcedo

C.C. 52.952.504 de Bogotá

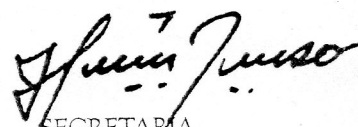
Cumplió satisfactoriamente con los requisitos exigidos por los Acuerdos y Reglamentos de la Universidad, resuelve otorgarle el título de

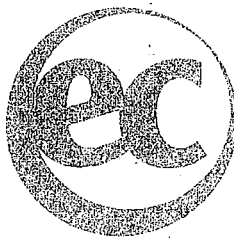
Química Farmacéutica

En nombre y representación de la República de Colombia y de la Universidad Nacional de Colombia se expide el Diploma Número 110693 consignado en el Registro No. 819 Folio: 55 Libro: 4

En testimonio de lo anterior se firma la presente Acta de Grado en la ciudad de Bogotá, D.C. a 20 de Noviembre de 2008


PRESIDENCIA
Consejo de Facultad


SECRETARIA
Consejo de Facultad



CERTIFICATE OF STUDIES

This is to certify that

Natalia Pilar Cardenas Salcedo

has attended a(an)

Intensive English (8 weeks+) 30 lessons / 22.5 hours

course

17

for _____ week/s

04 February 2013

31 May 2013

from _____ to _____

Upper Intermediate

Final Level

31 May 2013

Date

Director of Studies

EC BRIGHTON

Accredited by the
 **BRITISH
COUNCIL**

ALTO Association of
Language Travel
Organisations

ENGLISHUK
member

certifica que:

Natalia Pilar Cárdenas Salcedo

C.C. 52.952.504

Asistió al Diplomado

SEGURIDAD DEL PACIENTE

Con una intensidad de 88 horas

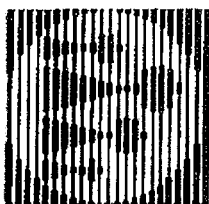
El contenido del programa comprendió:

- Cultura Organizacional
- Aspectos Básicos de la Seguridad del Paciente
- Seguridad en Medicamentos y Dispositivos Médicos
- Técnicas Evaluativas de la Seguridad del Paciente
- Mejoramiento del Programa del Paciente Seguro
- Responsabilidad Legal

Bogotá D.C., 08 de Marzo de 2012



Carlos Humberto Pulido Riveros
Director de Educación



**ASOCIACIÓN COLOMBIANA
DE NUTRICIÓN CLÍNICA**

25 años

Certifica que

NATALIA CARDENAS

Asistió al

**XXXV
CONGRESO ANUAL**

Avances en
Metabolismo y
Soporte Nutricional

2011

Celebrado en el Hotel Crowne Plaza Tequendama en la ciudad de Bogotá, los días

31 de Marzo, 1 y 2 de Abril de 2011

Intensidad 30 Horas

Claudia Angarita.

CLAUDIA ANGARITA GÓMEZ, ND
Presidente

Claudia

CLAUDIA PATRICIA CONTRERAS L. ND
Secretaría Ejecutiva

CHALLENGE BLOCK CERTIFICATE

The Centro Colombo Americano

certifies that

Natalia Pilar Cárdenas Salcedo

has successfully completed our Challenge Block of English

consisting of 228 hours of instruction
Level B2 in the Common European Framework

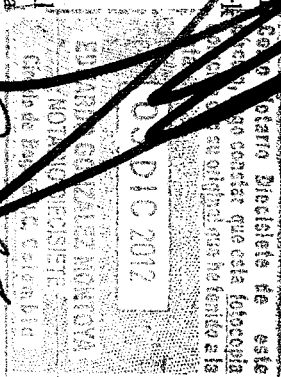
Performance:

Very good

This student can use English effectively and spontaneously for all personal, social, and general purposes, and to converse on a wide variety of topics. Written texts show detail, clarity, and a range of subjects where the student can explain and support his or her point of view. This course has emphasized using English for researching topics of interest, and students at this level are able to use appropriate tools to carry out this activity such as Internet, English-language library, etc. In addition, this student is also able to continue learning English autonomously and can use strategies needed to manage this independent study.

ACADEMIC DIRECTOR

Bogotá, June, 2010





**CENTRO DE
GESTIÓN
HOSPITALARIA**

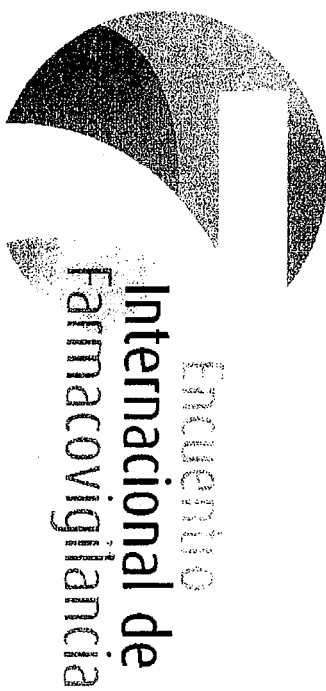
CERTIFICA QUE:

NATALIA PILAR CARDENAS

Asistió al CURSO-TALLER "HERRAMIENTAS PARA LA GESTIÓN DE
LA SEGURIDAD DEL PACIENTE" con una intensidad de 4 horas para
Créditos de Educación Continuada

Bogotá, 22 de mayo de 2010


Gustavo Quintero, MD.
Director del Curso



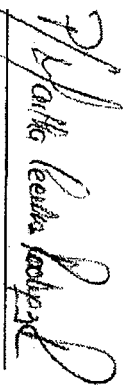
Farmacovigilancia en productos biológicos y biotecnológicos

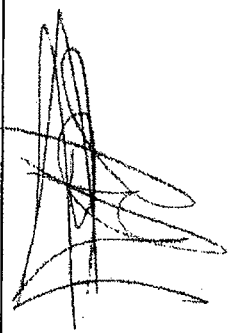
CERTIFICAN QUE:

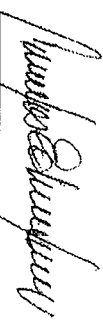
NATALIA PILAR CARDENAS SALCEDO

Participó en el VII ENCUENTRO INTERNACIONAL DE FARMACOVIGILANCIA:
“en el marco de la eficacia, seguridad y uso adecuado de los productos biológicos y biotecnológicos”

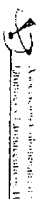
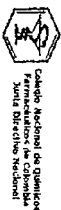
Realizado en Sabaneta-Antioquia, los días 12 y 13 de Noviembre de 2010


Jaime Céspedes Camacho
Director del INVIMA


Fabio Ancizar Aristizabal Gutiérrez
Director Departamento de Farmacia
Universidad Nacional


Carlos Eduardo Jerez Zuleta
Presidente Colegio Nacional de
Químicos Farmacéuticos De Colombia


Pedro Amariles Muñoz
Decano Facultad Química Farmacéutica
Universidad de Antioquia





REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace Constar que

NATALIA PILAR CARDENAS SALCEDO

Con Cédula de Ciudadanía No. 52.952.504

Cursó y aprobó la acción de Formación

ACTUALIZACION EN TECNOVIGILANCIA

Con una duración de 20 Horas

En testimonio de lo anterior se firma en Bogotá D. C. a los Siete (7) días del mes de Julio de Dos Mil Ocho (2008)

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS

SUBDIRECTOR CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

SGC2008AP00298 07/07/2008
No Y FECHA DE REGISTRO

Bogotá D.C

Señores:

Universidad Nacional de Colombia

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

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

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

Química Farmacéutica

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma



No. de documento: CC 52'952 .504 Bogotá

Tarjeta profesional No: 04008101812083609

Dirección de contacto: Carrera 40 n 37-30 sur

Teléfono: 320 852 28 13

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar	CERTIFICACIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Página: 1 de 1
		Código: FO-250-037
	GESTION HUMANA	Versión: 2

EL PROFESIONAL ESPECIALIZADO DEL GRUPO FUNCIONAL DE GESTION HUMANA

CERTIFICA:

Que la señora **CARDENAS SALCEDO NATALIA PILAR**, identificada con cédula de ciudadanía **No 52.952.504**, se le han otorgado Ordenes de Prestación de Servicios como: **PROFESIONAL UNIVERSITARIO-QUIMICO**, para ejecutar las siguientes actividades: Realizar protocolos, formatos y procedimientos de las actividades realizadas en la unidad farmacéutica, realización de no conformidades, acciones correctivas y acciones de mejora. Detección seguimiento y reporte a entidades reguladoras de reacciones adversas a medicamentos. Supervisión y envío, recepción y registro de temperatura, humedad relativa, medicamentos No Pos y antibióticos. Participación en comité y reuniones. Brindar información a pacientes y personal de la Institución a cerca del uso estabilidad del medicamento.

A continuación se relacionan las mencionadas órdenes de Servicio, especificando el periodo comprendido y valor de los honorarios:

No. ORDEN	PERIODO	VALOR
1151	3 de marzo al 31 de agosto de 2009	\$ 18.526.418
Contrato de transacción	1 al 30 de septiembre de 2009	\$ 3.122.430
Contrato de Transacción	1 al 6 de octubre de 2009	\$ 624.486
3300	7 al 31 de octubre de 2009	\$ 2.497.944
Contrato de Transacción	1 al 30 de noviembre de 2009	\$ 3.122.430
Contrato de Transacción	1 al 31 de diciembre de 2009	\$ 3.122.430
Contrato de Transacción	1 al 3 de enero de 2010	\$ 312.243
546	4 al 31 de enero de 2010	\$ 2.810.187
1137	1 al 28 de febrero de 2010	\$ 3.122.430
1818	1 al 31 de marzo de 2010	\$ 3.122.430
2515	1 de abril al 31 de mayo de 2010	\$ 6.244.860
Adición y prorroga No.1 a la Orden 2515	1 al 30 de junio de 2010	\$ 3.122.430
Adición y prorroga No.2 a la Orden 2515	1 al 31 de julio de 2010	\$ 3.122.430
3490	1 al 31 de agosto de 2010	\$ 3.122.430
Adición y prorroga No.1 a la Orden 3490	1 al 30 septiembre de 2010	\$ 3.122.430

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar	CERTIFICACIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		Página: 1 de 1
	GESTION HUMANA		Código: FO-250-037
			Versión: 2

Hoja No.2

CARDENAS SALCEDO NATALIA PILAR

No. ORDEN	PERIODO	VALOR
Adición y prorroga No.2 a la Orden 3490	1 al 31 de octubre de 2010	\$ 3.122.430

PARA CONSTANCIA SE FIRMA LA PRESENTE CERTIFICACIÓN
A LOS 16 DÍAS DEL MES DE NOVIEMBRE DE 2010


LUCY STELLA ALVAREZ RAMÍREZ

Elaboro: Margarita R.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital San Blas

CERTIFICACION CONTRACTUAL

Comendidamente me dirijo con el propósito de certificar que una vez consultados los archivos de la institución, en la base de contratación se encuentra que la señora **NATALIA PILAR CARDENAS SALCEDO** identificada con cédula de ciudadanía No. 52.952.504 de Bogotá, desarrolla sus actividades en el área asistencial de este hospital, en su calidad de química farmacéutica, mediante contrato de Arrendamiento de Servicios Personales de carácter privado No. 344 de 2012 y presta sus servicios desde el once (11) de enero de 2011 y su contrato se encuentra vigente, con las siguientes obligaciones especiales del contratista:

1. Realizar actividades de supervisión profesional, prestar ayuda al referente de área y supervisión de servicio farmacéutico.
2. Orientar a los pacientes con relación a su uso correcto de los medicamentos prescritos por el médico.
3. Preparar nutrición parenteral, medicamentos en dosis unitarias y demás productos farmacéuticos estériles.
4. Preparación de mezclas.
5. Participar en los comités de farmacia y terapéutica así como en los comités de infecciones intrahospitalarias.
6. Manejo de indicadores de gestión en farmacia central y farmacia ambulatoria.
7. Seguimiento y control a la recepción técnica de insumos médicos y medicamentos, como también al proceso de recepción y almacenamiento y distribución de medicamentos en dosis unitarias.
8. Hacer la requisición de insumos para el servicio.
9. Hacer adecuación y ajuste de concentraciones para cumplir con las dosis prescritas.
10. Reempaque y/o reenvases de medicamentos dentro del sistema de distribución de los mismos en dosis unitarias para pacientes hospitalizados y/o ambulatorios en casos especiales.
11. Hacer mezclas y preparaciones extemporáneas.
12. Llevar a cabo asesorías implementación del S.G.C en el área.
13. Llevar a cabo el manejo y control de los medicamentos de control especial y la presentación de los informes al respecto.
14. Presentar informes mensuales de gestión y cumplimiento de las obligaciones al supervisor del contrato.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital San Blas

15. Control de información de medicamentos.
16. Manejo de vademécum institucional.
17. Manejo de formatos de justificación de los medicamentos no POS. Cumplir la normatividad vigente en materia de actividades farmacéuticas.
18. Participar en la implementación y puesta en marcha de los sistemas de gestión de calidad del hospital, MECI y demás en pro del mejoramiento continuo del hospital.
19. Reportar, gestionar y hacer seguimiento de los eventos adversos que se pudieren presentar durante el desarrollo de sus actividades informándolo a auditoría médica y oficina de calidad de planeación aplicando las acciones preventivas y correctivas necesarias para que estos no se vuelvan a presentar.
20. Las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato en relación propia del objeto del mismo.

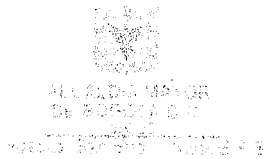
Esta certificación se expide a solicitud de la interesada a los dieciséis (16) días del mes de julio de 2012.

CLAUDIA PATRICIA GUERRERO CHAPARRO

Asesora Jurídica

Hospital San Blas II Nivel E.S.E





A QUIEN INTERESE

CERTIFICACION CONTRACTUAL

Comendidamente me dirijo a usted con el propósito de certificar que una vez consultados los archivos de la institución, en la base de contratación se encuentra que la señora **NATALIA PILAR CARDENAS SALCEDO** identificada con cédula de ciudadanía No. 52.952.504 de Bogotá desarrolló sus actividades en el área asistencial de este hospital en su calidad de química farmacéutica, mediante contrato de servicios personales y prestó sus servicios desde el 11 de enero de 2011 hasta el 22 de enero de 2013 y del 17 de julio de 2013 hasta la actualidad en distintos contratos, con una compensación mensual de tres millones trescientos un mil pesos moneda corriente (\$3.301.000.00)

Esta certificación se expide a solicitud de la interesada a los 12 días del mes de noviembre de 2013.

CLAUDIA PATRICIA GUERRERO CHAPARRO

Asesora Jurídica

Hospital San Blas II Nivel E.S.E.

Tv 5 Este 19 50 sur
Código Postal: 111841
Conmutador: 2891100
www.hospitalsanblas.gov.co
Info: Línea 195



BOGOTÁ
HUMANA



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital San Blas

CERTIFICACION CONTRACTUAL

Comendidamente me dirijo con el propósito de certificar que una vez consultados los archivos de la institución, en la base de contratación se encuentra que la señora **NATALIA PILAR CARDENAS SALCEDO** identificada con cédula de ciudadanía No. 52.952.504 de Bogotá, desarrolla sus actividades en el área asistencial de este hospital, en su calidad de química farmacéutica, mediante contrato de Arrendamiento de Servicios Personales de carácter privado No. 344 de 2012 y presta sus servicios desde el once (11) de enero de 2011 y su contrato se encuentra vigente, con las siguientes obligaciones especiales del contratista:

1. Realizar actividades de supervisión profesional, prestar ayuda al referente de área y supervisión de servicio farmacéutico.
2. Orientar a los pacientes con relación a su uso correcto de los medicamentos prescritos por el médico.
3. Preparar nutrición parenteral, medicamentos en dosis unitarias y demás productos farmacéuticos estériles.
4. Preparación de mezclas.
5. Participar en los comités de farmacia y terapéutica así como en los comités de infecciones intrahospitalarias.
6. Manejo de indicadores de gestión en farmacia central y farmacia ambulatoria.
7. Seguimiento y control a la recepción técnica de insumos médicos y medicamentos, como también al proceso de recepción y almacenamiento y distribución de medicamentos en dosis unitarias.
8. Hacer la requisición de insumos para el servicio.
9. Hacer adecuación y ajuste de concentraciones para cumplir con las dosis prescritas.
10. Reempaque y/o reenvases de medicamentos dentro del sistema de distribución de los mismos en dosis unitarias para pacientes hospitalizados y/o ambulatorios en casos especiales.
11. Hacer mezclas y preparaciones extemporáneas.
12. Llevar a cabo asesorías implementación del S.G.C en el área.
13. Llevar a cabo el manejo y control de los medicamentos de control especial y la presentación de los informes al respecto.
14. Presentar informes mensuales de gestión y cumplimiento de las obligaciones al supervisor del contrato.

M

Carrera 3ª este No. 16-72 sur
Conmutador: 2891100
www.hospitalsanblas.gov.co
Info: Línea 195



BOGOTÁ
HUMANANA



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SALUD

Hospital San Blas

15. Control de información de medicamentos.
16. Manejo de vademécum institucional.
17. Manejo de formatos de justificación de los medicamentos no POS. Cumplir la normatividad vigente en materia de actividades farmacéuticas.
18. Participar en la implementación y puesta en marcha de los sistemas de gestión de calidad del hospital, MECI y demás en pro del mejoramiento continuo del hospital.
19. Reportar, gestionar y hacer seguimiento de los eventos adversos que se pudieren presentar durante el desarrollo de sus actividades informándolo a auditoría médica y oficina de calidad de planeación aplicando las acciones preventivas y correctivas necesarias para que estos no se vuelvan a presentar.
20. Las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato en relación propia del objeto del mismo.

Esta certificación se expide a solicitud de la interesada a los dieciséis (16) días del mes de julio de 2012.

CLAUDIA PATRICIA GUERRERO CHAPARRO

Asesora Jurídica

Hospital San Blas II Nivel E.S.E





LA ESE SAN CRISTOBAL

HACE CONSTAR

Que una vez revisados los archivos magnéticos que se encuentran en el área de contratación, se constata que **NATALIA PILAR CARDENAS SALCEDO**, identificado(a) con la **CEDULA DE CIUDADANIA N°52952504 de Bogotá**, suscribió con la ESE San Cristóbal los siguientes órdenes prestación de servicios, con total autonomía e independencia:

No de Contrato	Valor	Fecha Inicial	Fecha Final
No Contrato 1427-2014	\$4,900,000	2014-05-19	2014-06-30
OBJETO: APOYO Y SOPORTE COMO QUIMICO FARMACEUTICO PROFESIONAL DEL AREA ADMINISTRATIVA PARA LA ELABORACION Y ACTUALIZACION DOCUMENTAL DEL SERVICIO FARMACEUTICO Y EN LA EJECUCION Y MANTENIMIENTO DEL PROGRAMA DE FARMACOVIGILANCIA DE LA E.S.E. SAN CRISTOBAL			
No Contrato 1684-2014	\$3,708,000	2014-07-01	2014-07-31
OBJETO: APOYO Y SOPORTE COMO QUIMICO FARMACEUTICO PROFESIONAL DEL AREA ADMINISTRATIVA PARA LA ELABORACION Y ACTUALIZACION DOCUMENTAL DEL SERVICIO FARMACEUTICO Y EN LA EJECUCION Y MANTENIMIENTO DEL PROGRAMA DE FARMACOVIGILANCIA DE LA E.S.E. SAN CRISTOBAL			
No Contrato 1935-2014	\$4,632,000	2014-08-01	2014-11-30
OBJETO: APOYO Y SOPORTE COMO QUIMICO FARMACEUTICO PROFESIONAL PARA LA ELABORACION Y ACTUALIZACION DOCUMENTAL DEL SERVICIO FARMACEUTICO Y EN LA EJECUCION Y MANTENIMIENTO DEL PROGRAMA DE FARMACOVIGILANCIA DE LA E.S.E. SAN CRISTOBAL			
No Contrato 4314-2014	\$6,180,000	2014-12-01	2015-01-20
OBJETO: APOYO Y SOPORTE COMO QUIMICO FARMACEUTICO PROFESIONAL PARA LA ELABORACION Y ACTUALIZACION DOCUMENTAL DEL SERVICIO FARMACEUTICO Y EN LA EJECUCION Y MANTENIMIENTO DEL PROGRAMA DE FARMACOVIGILANCIA DE LA E.S.E. SAN CRISTOBAL			
No Contrato 684-2015	\$12,360,000	2015-01-21	2015-04-30
OBJETO: APOYO Y SOPORTE COMO QUIMICO FARMACEUTICO PROFESIONAL EN EL AREA ADMINISTRATIVA PARA LA ELABORACION Y ACTUALIZACION DOCUMENTAL DEL SERVICIO FARMACEUTICO Y EN LA EJECUCION Y MANTENIMIENTO DEL PROGRAMA DE FARMACOVIGILANCIA DE LA E.S.E. SAN CRISTOBAL			
VALOR ADICIÓN		DÍAS ADICIÓN	FIN ADICIÓN
\$ 3,708,000		UN (01) MES	2015-05-31
No Contrato 1985-2015	\$7,416,000	2015-06-01	2015-07-31
OBJETO: APOYO Y SOPORTE COMO PROFESIONAL QUIMICO FARMACEUTICO DE LOS DIFERENTES CENTROS DE ATENCION DE LA ESE SAN CRISTOBAL			
VALOR ADICIÓN		DÍAS ADICIÓN	FIN ADICIÓN
\$ 3,708,000		UN (01) MES	2015-08-31
No Contrato 2533-2015	\$4,202,400	2015-09-01	2015-10-04
OBJETO: APOYO Y SOPORTE COMO PROFESIONAL QUIMICO FARMACEUTICO DE LOS DIFERENTES CENTOS DE ATENCION DE LA ESE SAN CRISTOBAL			
VALOR ADICIÓN		DÍAS ADICIÓN	FIN ADICIÓN
\$ 1,730,400		14	2015-10-01
No Contrato 742-2016	\$5,916,667	2016-01-20	2016-03-31

Calle 22 Sur # 8A - 58
Código postal: 110421
Commutador: 209 14 80 Fax: 278 39 80
www.esesancristobal.gov.co
Info: Línea 195



GP-CER385677



CO-SC CER36586



SC CER 38566



BOGOTÁ
MEJOR PARA TODOS

Para verificar la validez de este certificado ingresa a www.esesancristobal.gov.co/intranet/validar y digita este código: 31q57r53q



E.S.E.
SAN
CRISTÓBAL

NIT. 800216538-0

OBJETO: APOYO Y SOPORTE COMO PROFESIONAL QUIMICO FARMACEUTICO DE LOS DIFERENTES CENTROS DE ATENCION DE LA ESE SAN CRISTOBAL.

VALOR ADICIÓN	DIAS ADICIÓN	FIN ADICIÓN
\$ 7,416,000		2016-05-31
VALOR ADICIÓN	DIAS ADICIÓN	FIN ADICIÓN
\$ 7,416,000		2016-05-31

Los contratos aquí relacionados, no generan relación Jurídico Laboral entre la Entidad y el Contratista, ni el reconocimiento de Prestaciones sociales, solo la ejecución y prestación de los servicios contratados.

Nota: La información antes relacionada de carácter contractual queda sujeta a las liquidaciones efectuadas o por efectuar, razón por la cual se le sugiere solicitar copia de ellas.

Se expide a solicitud del interesado en Bogotá D.C., el viernes 15 de julio del 2016.

Cordialmente,

Virmary Angela Ortiz Herrera
Jefe Asesora Oficina Jurídica

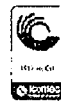
Calle 22 Sur # 8A - 58
Código postal: 110421
Conmutador: 209 14 80 Fax: 278 39 80
www.esesancristobal.gov.co
Info: Línea 195



GP CER3856/77



CO SC CER3856/55



SC CER 3856/68



BOGOTÁ
MEJOR PARA TODOS

Para verificar la validez de este certificado ingresa a www.esesancristobal.gov.co/intranet/validar y digita este código. 31q\$yrs3ij

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.952.504
CARDENAS SALCEDO

APELLIDOS
NATALIA PILAR

NOMBRES

[Handwritten Signature]

FIRMA



1999
[Handwritten Signature]



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 26-OCT-1982

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.59

ESTATURA

A+

G.S. RH

F

SEXO

17-NOV-2000 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

[Handwritten Signature]
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1500150-00111281-F-0052952504-20081025

0004844641A 1

1300021740

CZA 54 N° 35-28 SUR
Tel: 2043599

2. Concepto: 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14346399304



(415)7707212489984(8020) 000001434639930 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

5 2 9 5 2 5 0 4

6. DV

4

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento:

Cédula de ciudadanía

1 3

26. Número de identificación:

5 2 9 5 2 5 0 4

27. Fecha expedición:

2 0 0 0 1 1 1 7

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País:

1 6 9

29. Departamento:

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

CARDENAS

32. Segundo apellido

SALCEDO

33. Primer nombre

NATALIA

34. Otros nombres

PILAR

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento:

Bogotá D.C.

40. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CR 54 35 SUR 28 BRR TEJAR

42. Correo electrónico:

nataliapilarcardenas@hotmail.com

43. Apartado aéreo

44. Teléfono 1:

3 2 0 8 5 2 2 8 1 3

45. Teléfono 2:

CLASIFICACION

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

46. Código:

8 6 1 0

47. Fecha inicio actividad:

2 0 0 9 0 3 0 2

Actividad secundaria

48. Código:

7 4 9 0

49. Fecha inicio actividad:

2 0 0 9 0 3 0 2

Otras actividades

50. Código:

1

2

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:

1 2 5

12- Ventas régimen simplificado

Usuarios aduaneros

Exportadores

54. Código:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos:

SI

NO

X

60. No. de Folios:

0

61. Fecha:

2 0 1 5 0 8 1 0

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

Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre CARDENAS SALCEDO NATALIA PILAR

985. Cargo: CONTRIBUYENTE



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRICTAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 27-11-2017

Hora: 7:51:41 AM

Página 1 de 1

CONTRIBUYENTE NIT 52952504-4 NATALIA PILAR CARDENAS SALCEDO

Información General

Dirección CR 54 35 SUR 28 BRR TEJAR

Teléfonos 3208522813

Dirección electrónica nataliapilarcardenas@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 25/08/2016

Soporte Inscripción 13837858

Fecha Inicio Actividades 03/03/2009

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 8610-ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLINICAS, CON INTERNACION

Actividad 2: 74902-OTRAS ACTIVIDADES PROFESIONALES, CIENTIFICAS Y TECNICAS N.C.P. EN EL EJERCICIO DE UNA PROFESION LIBERAL

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 17002436201

Fuente ICA TE TOCA

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



REPUBLICA DE COLOMBIA
Ministerio de la Protección Social

**Colegio Nacional de Químicos
Farmacéuticos de Colombia**



Registro Profesional No.:
04008101812083609

NATALIA P. CARDENAS SALCEDO
C.C. 52.952.504 Bogotá

Acta de Grado No.: 00810 Fecha: 18/12/08

Universidad: 04 Fecha Expedición: 2009/12/15

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTA



CERTIFICADO DE INSCRIPCION

NATALIA PILAR

CARDENAS SALCEDO

C.C 52952504

QUIMICO(A) FARMACEUTICO(A)

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA

[Firma Autorizada]

FIRMA AUTORIZADA

Expedicion **02/03/2009**



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

Secretaría
Salud

Resolución No 1999 de 24/02/2009

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

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

EL DIRECTOR DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el decreto 1875 de 1994 y resoluciones 02085 de Febrero 7 de 1989 y 449 de Febrero 8 de 1993 suscritas por el Ministerio de Salud y, Resolución No. 001390 del 10 de Marzo de 1997 y

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) CARDENAS SALCEDO NATALIA PILAR Identificado(a) con CC número 52952504 expedida en BOGOTÁ D.C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según TÍTULO de QUIMICO(A) FARMACEUTICO(A) otorgado por LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA el día 18/12/2008 y registrado en el libro 4 Folio 819 año 2008

Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes;

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: autorizar a CARDENAS SALCEDO NATALIA PILAR identificado(a) con CC número 52952504 expedida en BOGOTÁ D.C para ejercer la profesión de QUIMICO(A) FARMACEUTICO(A) en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D.C.

ARTICULO SEGUNDO: Para poder ejercer la profesión en zona geográfica diferente a donde se autorizó el título o certificado la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud del departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

ARTICULO TERCERO: Contra la presente resolución procede el recurso de reposición ante la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud en los términos establecidos en el código contencioso administrativo.

NOTIFIQUESE, Y CUMPLASE

Dada en Bogotá, D.C. a los 24/02/2009

Dr. Hermón Redondo Gómez

*Director de Desarrollo
de Servicios de Salud*

HERMAN REDONDO GÓMEZ

Director de Desarrollo de Servicios.

Elaboro : Víctor Sánchez
Revisó : Yudy Rodríguez

Bogotá, D.C 15 de Mayo de 2014
A la fecha notifiqué personalmente al
señor (a) Natalia Pilar Cardenas S
CC. # 52'952.504 Btd

Firma *[Firma manuscrita]*

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 *

Número de Identificación *

Cédula de Ciudadanía ▼

52952504

Primer Nombre *

natalia

Primer Apellido *

cardenas

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Detalles
CC	52952504	NATALIA	PILAR	CARDENAS	SALCEDO	Ver

Información Detallada [CC: 52952504] NATALIA PILAR CARDENAS SALCEDO

Información Académica

Tipo Programa	Origen Título	Obtención	Profesión u Ocupación	Fecha desde que puede ejercer	Entidad Reportadora
UNV	Local		Química farmacéutica	0001/1/01	Colegio Nacional de Químicos Farmacéuticos de Colombia

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

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	06-06-2017		
	2	27 NOV. 2017	M3403	
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Virus de Papiloma Humano				

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

Consérvelo

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

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO



MinSalud

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:

Natalia Pilar

Apellidos:

Cardenas

Documento
de identidad:

C.C. ☒ T.I. ☐ Pasaporte ☐

No. 52982504

Fecha de
Nacimiento:

Día 26 Mes 10 Año 1982



CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

FECHA: 2016-01-15 11:29:00 NUM. ID. PACIENTE: CC 52952504

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE: NATALIA PILAR CARDENAS SALCEDO ID: CC 52952504 SEXO: F
 FECHA DE NACIMIENTO: 1982-10-26 BOGOTA (BOGOTA) EDAD: 33
 DIRECCION: CRA 54 N 35-28 SUR BOGOTA (BOGOTA) TELEFONO: 3208522813
 PROFESION U OCUPACIÓN: REFERENTE QUIMICO FARMACEUTICO
 EPS: SANITAS ESTADO CIVIL: UNION LIBRE
 ESCOLARIDAD: PREGRADO
 EMPRESA: E S E SAN CRISTOBAL ARL: BOLIVAR
 PENSIÓN: COLPENSIONES ANTIGÜEDAD:
 ACTIVIDAD ECONÓMICA: PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD CARGO: REFERENTE QUIMICO FARMACEUTICO



TIPO DE EXAMEN

INGRESO: SI ESPIROMETRÍA: NO REUBICACION: NO
 PERIODICO: NO AUDIOMETRIA: NO VALORACION APOYADA EN PROFESIOGRAMA: NO
 POSINCAPACIDAD: NO VISIOMETRIA: NO REMISION A EPS: NO
 RETIRO: NO ANEXO PARA TRABAJO EN ALTURAS: NO REMISION A ARL: NO
 EXAMEN CLINICO OSTEOMUSCULAR: SI OTRO:

LABORATORIOS:

EXAMEN DE INGRESO
 APTO

EXAMEN DE EGRESO

EXAMEN PERIÓDICO

TIPO DE RESTRICCIÓN: NINGUNA

CAUSA DE APLAZAMIENTO: NINGUNA

RECOMENDACIONES

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN LABORAL: NO ACTIVIDAD FÍSICA, ÉNFASIS, ACONDICIONAMIENTO CARDIOVASCULAR: NO
 USO DE CORRECCIÓN VISUAL: NO PAUSAS ACTIVAS, ESTIRAMIENTOS, ÉNFASIS EN COLUMNA Y EXTREMIDADES: SI

RECOMENDACIONES: OTRAS RECOMENDACIONES: 1. HIGIENE POSTURAL. 2. USO DE MEDIA PARA VARICES.

OSCAR DARIO SASTOQUE S.
 Médico Cirujano General
 Especialista en Salud Ocupacional
 R.M. 6896-06 S.D.S.

NATALIA PILAR CARDENAS SALCEDO
 CC 52952504

MD. OSCAR DARIO SASTOQUE SUAREZ
 ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
 R.M. 6896-06

NATALIA PILAR CARDENAS SALCEDO
 CC 52952504

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL				CÓDIGO: ET-CA-FT- 011 VERSIÓN: 02 FECHA: 2017-08-22													
SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT																			
FECHA:	2018-05-02		CIUDAD:	BOGOTA		DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA												
Distiguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.																			
CLASE O TIPO DE VINCULACION LA EMPRESA (MARCA CON X)																			
PROVEEDOR	☐	PARTICULAR	☐	CONTRATISTA OPS	☒	SERVIDOR PUBLICO	☐	OTRO	☐	CUAL:									
1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL																			
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE													
CARDENAS		SALCEDO		NATALIA		PILAR													
TIPO DE IDENTIFICACION			No IDENTIFICACION		LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)			FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)											
C.C.	☒	C.E.	☐	R.C.	☐	NUIP	☐	52952504		BOGOTA		2000-11-17							
PASAPORTE		☐	OTRO		☐			ES RESIDENTE EN COLOMBIA?		SI	☒	☐							
FECHA NACIMIENTO:		LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)			PAIS NACIMIENTO			NACIONALIDAD:											
1982-10-26		BOGOTA			COLOMBIA			COLOMBIANA											
ESTADO CIVIL					PERSONA A CARGO		NUMERO DE HIJOS		TELEFONO CELULAR										
SOLTERO(A) VIUDO(A)		☐	CASADO(A)		☐	DIVORCIAD		☐	UNION LIBRE		☒	☐	DOS	DOS	3208522813				
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA								PROFESION / OFICIO											
MAGISTER		☐	POSGRADO		☐	UNIVERSITARIO		☒	BACHILLER		☐	PRIMARIA		☐	TECNICO	☐	CUAL	QUIMICA FARMACEUTICA	
DIRECCION RESIDENCIA:		CIUDAD RESIDENCIA		DEPARTAMENTO:		PAIS RESIDENCIA:		TELEFONO RESIDENCIA											
CRA 40 N 37- 30 SUR		BOGOTÁ		CUNDINAMARCA		COLOMBIA		320 8522813											
CORREO ELECTRONICO:		PORTAL O PAGINA INTERNET				TIPO DE VIVIENDA													
nataliapilarcardenas@gmail.com						PROPIA		☐	FAMILIAR		☐	ARRENDADA		☒					
DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)		CIUDAD:		DEPARTAMENTO:		PAIS:		TELEFONO/FAX											
2. DATOS DEL CONYUGE																			
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE													
VASQUEZ		LOPEZ		HECTOR		FABIO													
TIPO DE IDENTIFICACION			NUMERO IDENTIFICACION		LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)			FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)											
C.C.	☒	C.E.	☐	R.C.	☐	NUIP	☐	80058158		BOGOTA		1998-09-09							
PASAPORTE		☐	OTRO		☐	CUAL				ES RESIDENTE EN COLOMBIA		SI	☐	NO	☐	NACIONALIDAD:	COLOMBIANO		
3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:																			
ASALARIADO		☐	ESTUDIANTE		☐	HOGAR		☐	PENSIONADO		☐	EMPLEADO PUBLICO		☐	OTRA		☐	CUAL:	
SOCIO		☐	CONTRATISTA		☒	COMERCIANTE		☐											
PROFESIONAL INDEPENDIENTE		☐	EMPLEADO SOCIO		☐														

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL				CÓDIGO: ET-CA-FT- 011 VERSIÓN: 02 FECHA: 2017-08-22			
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA	SI ☒	IVA	SI ☐	NO ☒	CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA			
		NO ☐	ICA	SI ☐	NO ☒	8610			
GRAN CONTRIBUYENTE	SI ☐ NO ☒	AGENTE RETENEDOR		SI ☐	AGENTE AUTORETENEDOR	SI ☐			
				NO ☒		NO ☒			
FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA						
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE							
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		GOBIERNO ☐	SRVICIOS ☐	SALUD ☒	# NIT	900959051-7			
EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐		OTRA ☐ CUAL ☐							
DIRECCION DE LA EMPRESA		TELEFONO		CIUDAD/MUNICIPIO		DEPARTAMENTO	PAIS		
DG 34 N 5-43		3 44 44 84		BOGOTA		CUNDIMARCA	COLOMBIA		
CARGO ACTUAL				FECHA VINCULACION					
4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO									
NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	DESCRIPCION ACTIVIDAD			FECHA CONSTITUCION	TIPO SOCIEDAD		
5. INFORMACIÓN FINANCIERA									
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS			
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES	\$ 2,000,000	AHORROS	\$ 5,000,000	SALDO HIPOTECA	\$ 0		
HONORARIOS	\$ 0	ARRIENDOS	\$ 350,000	INVERSIONES	\$ 0	TARJETAS DE CREDITO	\$ 0		
ARRIENDOS	\$ 0	CUOTA VEHICULO	\$ 0	VEHICULOS	\$ 18,000,000	DEUDA VEHICULOS	\$ 0		
COMISIONES	\$ 0	CUOTA VIVIENDA	\$ 0	PROPIEDADES	\$ 0	DEUDAS TERCEROS	\$ 0		
OTROS INGRESOS*	\$ 0	OTROS EGRESOS*	\$ 0	OTROS ACTIVOS*	\$ 0	OTROS PASIVOS*	\$ 0		
TOTAL INGRESOS	\$ 0	TOTAL EGRESOS	\$ 2,350,000	TOTAL ACTIVOS	\$ 23,000,000	TOTAL PASIVOS	\$ 0		
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS			
6. REFERENCIAS PERSONALES (No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)									
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE			
FLOREZ		FLAUTEROS		RAFAEL					
DIRECCION		CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS		TIPO RELACION		TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR			
CRA 54 N 35- 28 SUR		BOGOTA		CUÑADO		312 4888486			
7. REFERENCIA FINANCIERA									
NOMBRE ENTIDAD		TIPO DE PRODUCTO		NUMERO		SUCURSAL		TELEFONO	
DAVIVIENDA		CUENTA DE AHORROS		008480327488		SAN CRISTOBAL SUR		3383838	
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒									
NOMBRE ENTIDAD		TIPO DE PRODUCTO		NUMERO		PAIS/CIUDAD		MONEDA	MONTO PROMEDIO
DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS									
IMPORTAR ☐ EXPORTAR ☐ TRANSFERENCIA ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRO ☐									
CUAL: ☐									

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

DEL EJERCICIO DE MI PROFESIÓN COMO QUIMICA FARMACEUTICA

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

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.

Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.

Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados financieros certificados + declaración de renta si es declarante **Nota:** Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.

Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los últimos tres meses + declaración de renta si es declarante

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.(Para Comerciantes)
 2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
 3. Fotocopia Inscripción en el Rit Distrital.
 4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.
 5. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado (si está obligado a declarar)
 6. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso (Obligados a llevar contabilidad)
- APODERADO:** Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.
- NOTA:** Todos los conceptos de ingreso deben estar debidamente soportados (Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc)

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

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratarán observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

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

Declaro expresamente:

A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.

B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:

1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Público, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios. d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.

5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.

6. DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

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

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

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

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

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

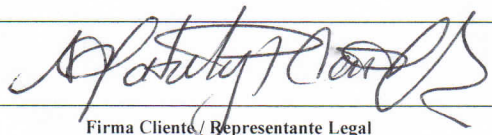
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización.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

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

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

IX. FIRMA Y HUELLA

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



Firma Cliente / Representante Legal



Huella Indice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

1. Fecha		2. Ciudad	
3. Nombre del funcionario o Asesor:			
4. Lugar de la Entrevista:			
5. Observaciones:			
6. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐	RECHAZADO ☐	
7. Firma y Cédula			

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

1. Fecha	2. Ciudad	
3. Nombre y Cargo de quien verifica:		
4. Lugar de la verificación:		
5. Observaciones:		
6. Firma y cédula:		



CE-006 - 0000000100 - 2018

CERTIFICA

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

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 52952504
NOMBRES Y APELLIDOS	Cardenas Salcedo, Natalia Pilar
TIPO DE AFILIADO	Beneficiario
TIPO DE TRABAJADOR	N/a
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	02/03/2009
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Cardenas Salcedo, Natalia Pilar, a los 30 días del mes de abril del año 2018.

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

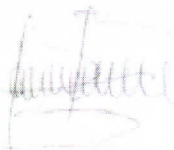
Yiseth Johanna Corredor Ospina
Coordinadora de Gestión de la Afiliación.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **NATALIA PILAR CARDENAS SALCEDO** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **52952504**, se encuentra afiliado (a) desde **08/01/2009** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es **ACTIVO COTIZANTE**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 30 de abril de 2018.



Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO - GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO FORMATO AFILIACIÓN ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES		CÓDIGO: AP-IA-FT-024 VERSIÓN: 01 FECHA: 2017-08-04	
DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE					
52952504		BOLIVAR			
Numero de Documento		ARL			
NATALIA		PILAR		CARDENAS	
Primer Nombre		Segundo Nombre		Primer Apellido	
26/10/1982		BOGOTA		CARRERA 40 N 37 S 30	
F. Nacimiento dd/mm/aa		Ciudad de Nacimiento		Dirección de Residencia	
SANITAS		COLPENSIONES		\$	
EPS - Salud		AFP - Pensiones		Honorarios	
QUIMICA FARMACEUTICA		Fecha Inicio del Contrato			
Objeto Contractual (Cargo)					
NATALIAPILARCARDENAS@GMAIL.COM		3208522813			
Correo Electrónico		Celular			
		Firma y Nombre Supervisor del Contrato			
Firma del Afiliado		C.C. _____			
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE Diagonal 34 No 5 - 43 Tel: 3444484					



CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 109155556



WEB

09:44:22

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 30 de abril del 2018

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) NATALIA PILAR CARDENAS SALCEDO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52952504:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

ATENCIÓN :

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

División Centro de Atención al Público (CAP)
Línea gratuita 018000910315; dcap@procuraduria.gov.co
Carrera 5 No. 15 - 60 Piso 1; Pbx 5878750 ext. 13105; Bogotá D.C.
www.procuraduria.gov.co

LA CONTRALORA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS
FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 30 de abril de 2018, a las 09:46:08, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	52952504
Código de Verificación	52952504180430094608

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

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



SORAYA VARGAS PULIDO



Bogotá D.C., 30 de Abril de 2018 - 9:48 am

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **NATALIA PILAR CARDENAS SALCEDO**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CINCUENTA Y DOS MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL QUINIENTOS CUATRO** de BOGOTÁ, D.C.

52952504

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

ADVERTENCIAS:

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

MANUEL DAGOBERTO CARO ROJAS
Jefe Oficina Asesora de Jurídica

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

Cra. 7 No. 21 - 24 - Conmutador 3820450/80 - www.personeriabogota.gov.co

El código de verificación para la autenticidad del documento es: **4_58UW_479**
Link de verificación -> <http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios>



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 09:48:50 horas del 30/04/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **52952504**

Apellidos y Nombres: **CARDENAS SALCEDO NATALIA PILAR**

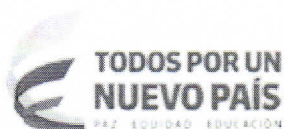
NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las [preguntas frecuentes](#) o acérquese a las [instalaciones de la Policía Nacional](#) más cercanas.



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



DAVIVIENDA



Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

30/04/2018

**ABEJORRAL,
ANTIOQUIA,
COLOMBIA,
A quién interese**

Por medio de la presente hacemos constar que el señor **NATALIA PILAR CARDENAS SALCEDO** con **Cédula de Ciudadanía** número **52952504**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	0570008480327488
Fecha de apertura	12/01/2011

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA