



[Aumentar el contraste](#)

UTC -5 23:40:39

LEIDY BERNAL

Búsqueda ▾ Mis procesos ▾ Menú ▾ Ir a ▾

Buscar... 🔍

Escritorio → Configuración Entidad Estatal/Proveedor

Id de página: 14005069 Ayuda ?

- Datos de la Entidad Estatal/Proveedor
- Áreas de interés
- Configuración Entidad Estatal / Proveedor
- Administración de usuarios**
- Recomendaciones (no disponible)
- Biblioteca de documentos
- Suscripción a notificaciones

Últimas modificaciones Todos los usuarios Activo Seleccione ▾

Crear

Búsqueda de usuarios

 [\(Búsqueda avanzada\)](#)

Últimas modificaciones

Nombre ▴	Correo electrónico ▴	Fecha de registro	Acceso a la cuenta	Última actualización de estado	Usuario ▴	
LEIDY CAROLINA BERNAL SANCHEZ	LAKARO0505@GMAIL.COM	29 días de tiempo transcurrido (14/11/2017 05:36:53 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	Aceptado	12 minutos de tiempo transcurrido (13/12/2017 11:27:57 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	Activo	Editar Detalle

OPCIONES

Crear usuarios
Aceptar acceso
Rechazar acceso
Cancelar acceso
Revertir rechazo del acceso

VER

Últimas modificaciones
Todos
Usuarios activos
Usuarios inactivos
Accesos pendientes
Accesos aceptados
Accesos rechazados
Usuarios bloqueados

HERRAMIENTAS

Herramientas no está disponible.

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Bernal		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Sánchez		NOMBRES Leidy Carolina	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C ☒ C.E ☐ PAS ☐ No. 1023893122			SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐	PAÍS <u>Colombia</u>
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO _____ D.M. _____					
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 09 MES 02 AÑO 1999 PAÍS <u>COLOMBIA</u> DEPTO <u>CUNDINAMARCA</u> MUNICIPIO <u>CUNDINAMARCA</u>			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA <u>CL 22ª SUR N° 2 -39 T° 1 APTO 516</u> PAÍS <u>COLOMBIA</u> DEPTO <u>CUNDINAMARCA</u> MUNICIPIO <u>CUNDINAMARCA</u> TELÉFONO <u>3177750829</u> EMAIL <u>Lakaro0505@gmail.com</u>		

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA										TÍTULO OBTENIDO: Bachiller Académico	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO: Diciembre del 2007
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	
				X						X	MES 11 AÑO 2007

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DE CILICENCIA ESTE PUNTO EN ECTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TE (TECNOLÓGICA 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).

[illegible]

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

[illegible]

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	MUNICIPIO CUNDINAMARCA	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD atencionusuario@subredcentroorientegov.co	
TELÉFONOS 3444484	FECHA DE INGRESO DÍA 12 MES 09 AÑO 2016	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA - PROFESIONAL UNIVERSITARIO	DEPENDENCIA SALUD PÚBLICA	DIRECCIÓN DIAGONAL 34 N° 5 43	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL VISTA HERMOSA E.S.E I NIVEL	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	MUNICIPIO CUNDINAMARCA	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD hvhcontratacion@hospitalvistahermosa.gov.co	
TELÉFONOS 7300000	FECHA DE INGRESO DÍA 01 MES 05 AÑO 2016	FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 07 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO APOYO PROFESIONAL EN ENFERMERIA	DEPENDENCIA SALUD PUBLICA	DIRECCIÓN KR 37 A 64C 10 SUR	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL VISTA HERMOSA E.S.E I NIVEL	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	MUNICIPIO CUNDINAMARCA	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD hvhcontratacion@hospitalvistahermosa.gov.co	
TELÉFONOS 7300000	FECHA DE INGRESO DÍA 01 MES 02 AÑO 2014	FECHA DE RETIRO DÍA 29 MES 02 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO APOYO PROFESIONAL EN ENFERMERIA	DEPENDENCIA SALUD PUBLICA	DIRECCIÓN KR 37 A 64C 10 SUR	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL PABLO VI - BOSA - E.S.E I NIVEL	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	MUNICIPIO CUNDINAMARCA	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD qpcolania@hospitalpablovibosa.gov.co	
TELÉFONOS 7799800	FECHA DE INGRESO DÍA 04 MES 09 AÑO 2012	FECHA DE RETIRO DÍA 03 MES 09 AÑO 2013	
CARGO O CONTRATO ENFERMERA S S O SALUD PÚBLICA	DEPENDENCIA SALUD PUBLICA	DIRECCIÓN Cra 78A Bis Nro 69B - 70 Sur	

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

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

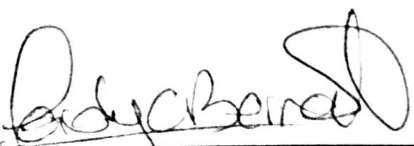
INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	4	8
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	4	8

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO 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, (ARTÍCULO 56. DE LA LEY 190/95).


23/03/2018
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

I. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

Yo Ledy Carolina Bernal Sánchez
IDENTIFICADO CON CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ No. 1023893122 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN Bogotá
DIRECCIÓN Cl 22A Sur 2-39 TOL Apto 516 TELÉFONOS 3177750829
MUNICIPIO Bogotá DEPARTAMENTO Cundinamarca PAÍS Colombia

Y TENENDO COMO PARIENTES EN PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD (PADRES E HIJOS) A

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
Luis Jairo Bernal A.	19118556	Padre
Blanca Flor Sánchez	41695233	Madre

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3º, 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	
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	
ARRENDOS	
HONORARIOS	
OTROS INGRESOS Y RENTAS	27.900.000
TOTAL	27.900.000

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
Dominadora	Ahorro	081770484296	Total	0

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR

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 ☐ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CÓNYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	N°
	C.C. ☐ C.E. ☐ OTRO ☐	

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 PARTICIPACIÓN

3. FIRMA

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO

CIUDAD Y FECHA



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
DEL ÁREA ANDINA

Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación Dic. 9-83

LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

*Debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional,
teniendo en cuenta que:*

Leidy Carolina Bernal Sánchez

C.C. No. 1.023.893.122 de Bogotá D.C.

*Aprobó los estudios programados por la Fundación y cumplió los requisitos
exigidos por la Ley y los Reglamentos, le confiere el título de*

Enfermera

En testimonio de lo expuesto se expide el presente diploma que así lo acredita.

Bogotá, D.C., 13 de julio de 2012


Rector


Secretario General


Director



República de Colombia



**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
DEL ÁREA ANDINA**

Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación Dic. 9-83

LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

*Debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional,
teniendo en cuenta que:*

Leidy Carolina Bernal Sánchez

C.C. No. 1.023.893.122 de Bogotá D.C.

*Aprobó los estudios de formación avanzada, programados por la Fundación y cumplió
los requisitos exigidos por la Ley y los Reglamentos, le confiere el título de*

Especialista en Auditoría en Salud

En testimonio de lo expuesto se expide el presente diploma que así lo acredita.

Bogotá D.C., 10 de octubre de 2014


Rector


Secretario General


Arango

Tomo 8

Folio 23

Registro 41423

Fecha: 10 de octubre de 2014

FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA
ACTA DE GRADO 586

En Bogotá D.C., el 13 de julio de 2012 a las 10:00 horas, convocados por Resolución 011 de la Rectoría Bogotá del 6 de los citados mes y año, se reunieron el Rector, doctor José Leonardo Valencia Molano, el Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud, doctor Edgar Orlando Cote Rojas y la Secretaria General, doctora María Jetzabel Herrán Duarte, para presidir la ceremonia de grado de **LEIDY CAROLINA BERNAL SANCHEZ** con cédula de ciudadanía Número 1023893122 de Bogotá D.C., quien cursó y aprobó las materias comprendidas en el pensum del respectivo programa, cumpliendo con los requisitos exigidos por la ley y los reglamentos de la Fundación, haciéndose merecedora a recibir el título de **ENFERMERA**, el cual otorga la Fundación debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional y por el Consejo Superior, mediante Acuerdo No. 013 del 26 de julio de 1995. Previa entrega del diploma, se tomó el juramento de rigor al graduando, quien prometió cumplir fielmente sus deberes para con la Patria y la Fundación ejerciendo la carrera de acuerdo con las normas de la ética y moral profesional. Agotado el orden del día, la sesión se dio por terminada y se firmó el acta por quienes en esta intervinieron. Anotado en libro de registro de títulos Tomo 6, Folio 180, numero 32706

JOSE LEONARDO VALENCIA MOLANO, Rector Bogotá
EDGAR ORLANDO COTE ROJAS. Decano Facultad de Ciencias de la Salud
MARÍA JETZABEL HERRÁN DUARTE, Secretaria General.

Dada en Bogotá D.C., el 13 de julio de 2012.


MARÍA JETZABEL HERRÁN DUARTE
Secretaria General

Bogotá
Recepción de Correspondencia
Sede Administrativa: Calle 71 No 13 - 21
PBX: (1) 346 6600 Fax: (1) 3131076
Línea Nacional: 018000 110032
Línea de Atención al aspirante: 3077035
www.areandina.edu.co

Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano
Calle 69 No. 11A -22
PBX: (051) 3798539 - 3798510
Centro de Educación a Distancia
Calle 70 No 11 - 44. PBX: 2101224
Seccional Pereira:
Calle 24 No. 8-55
PBX: (6) 325 5992. FAX: (6) 325 5995
www.funandi.edu.co

Sede Valledupar:
Transversal 22 Bis No. 4 - 105 Tels.: (5) 5830606 - 5836050
Sede Medellín:
Calle 34A No. 77-08 Tels.: (4) 2505651 - 2503401
Tunja
Carrera 8 No. 18-15. PBX: (8) 7433986 FAX: (8): 7401188
Sincalejo
Calle 22 No. 15-54, segundo piso Telefax: (5) 2744604
Cúcuta
Calle 7 No 13E - 86, Barrio las Acacias Tel.: (7) 583 7272

Ibagué
Carrera 3 No. 07 - 16, Barrio la Pola Tel.: (8) 262 3176
Montería
Calle 31 No. 5-68. PBX: (4) 7823250. FAX:(4) 7822350
Pasto
Carrera 34A No. 20-40 Avenida los Estudiantes
Tel.: (2) 731 2569. FAX: 731 2711
Arauca
Calle 14 No. 24-90, Ciudadela Universitaria de la Paz
Telefax: (7) 885 5677

**FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA
ACTA DE GRADO 691**

En Bogotá D.C., el 10 de octubre de 2014 a las 11:30 horas, convocados por Resolución Nacional 097 del 7 de los citados mes y año, se reunieron el Rector, Representante Legal, Carácter Nacional, doctor Fernando Laverde Morales, el Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud, doctor Jaime Alberto Castro Díaz y la Secretaria General, doctora María Jetzabel Herrán Duarte, para presidir la ceremonia de grado de **LEIDY CAROLINA BERNAL SANCHEZ** con cédula de ciudadanía Número 1023893122 de Bogotá D.C, quien cursó y aprobó las materias comprendidas en el pensum del respectivo programa, cumpliendo con los requisitos exigidos por la Ley y los Reglamentos de la Fundación, haciéndose merecedor a recibir el título de **ESPECIALISTA EN AUDITORIA EN SALUD**, el cual otorga la Fundación debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional y por el Consejo Superior mediante acuerdo 006 del 15 de abril de 1996. Previa entrega del diploma, se tomó el juramento de rigor al graduando quien prometió cumplir fielmente sus deberes para con la Patria y la Fundación ejerciendo la carrera de acuerdo con las normas de la ética y moral profesional. Agotado el orden del día la sesión se dio por terminada y se firmó el acta por quienes en esta intervinieron. Anotado en el libro de registro de títulos Tomo 8, Folio 23, número 41423

FERNANDO LAVERDE MORALES, Rector, Representante Legal, Carácter Nacional
JAIME ALBERTO CASTRO DÍAZ, Decano Facultad de Ciencias de la Salud
MARÍA JETZABEL HERRÁN DUARTE, Secretaria General

Dada en Bogotá D.C., el 10 de octubre de 2014.

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
DEL ÁREA ANDINA
SECRETARIA GENERAL


MARÍA JETZABEL HERRÁN DUARTE
Secretaria General

Bogotá
Recepción de Correspondencia
Sede Administrativa: Calle 71 No 13 - 21
PBX: (1) 346 6600 Fax: (1) 3131076
Línea Nacional: 018000 110032
Línea de Atención al aspirante: 3077035
www.areandina.edu.co

Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano
Calle 69 No. 11A - 22
PBX: (051) 3798539 - 3798510
Centro de Educación a Distancia
Calle 70 No 11 - 44 PBX: 2101224
Seccional Pereira:
Calle 24 No. 8-55
PBX: (6) 325 5992 FAX: (6) 325 5995
www.funandi.edu.co

Sede Valledupar:
Transversal 22 Bis No. 4 - 105 Tels: (5) 5830606 - 5836050
Sede Medellín:
Calle 34A No. 77-08 Tels: (4) 2505651 - 2503401
Tunja
Carrera 8 No. 18-15 PBX: (8) 7433986 FAX: (8) 7401188
Sincalejo
Calle 22 No. 15-54, segundo piso Telefax: (5) 2744604
Cúcuta
Calle 7 No 13E - 86, Barrio las Acacias Tel.: (7) 583 7272

Ibagué
Carrera 3 No. 07 - 16, Barrio la Poia Tel.: (8) 262 3176
Montería
Calle 31 No. 5-68 PBX: (4) 7823250. FAX: (4) 7822350
Pasto
Carrera 34A No. 20-40 Avenida los Estudiantes
Tel.: (2) 731 2569. FAX: 731 2711
Arauca
Calle 14 No. 24-90, Ciudadela Universitaria de la Paz
Telefax: (7) 885 5677



LA MESA REGIONAL DE LACTANCIA MATERNA

CERTIFICA QUE:

LEIDY CAROLINA BERNAL SANCHEZ

1023893122

Asistió al III Congreso de Lactancia Materna
***“Construyendo alianzas para proteger la lactancia materna:
por el bien común, sin conflictos de interés”***

Realizado los días 29, 30 y 31 de agosto de 2017
Bogotá - Auditorio Antonio Nariño
Gobernación de Cundinamarca



Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

LEIDY CAROLINA BERNAL SÁNCHEZ

Con Cedula de Ciudadania No. 1.023.893.122

Cursó y aprobó la acción de Formación

**HABILIDADES PARA LA PROMOCION DE DERECHOS HUMANOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN EL
MARCO DEL CONPES SOCIAL 147.**

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Medellín, a los ocho (8) días del mes de junio de dos mil diecisiete (2017)

Firmado Digitalmente por
MIGUEL ANGEL CEBALLOS CARO
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

MIGUEL ANGEL CEBALLOS CARO
SUBDIRECTOR
CENTRO DE SERVICIOS DE SALUD
REGIONAL ANTIOQUIA

44125254 - 08/06/2017
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://certificados.sena.edu.co>, bajo el número 9401001432218CC1023893122C.



**CENTRO DE CAPACITACION EN URGENCIAS
Y EMERGENCIAS**

S.O.S



Educación Informal de acuerdo a decreto 4904 de 2009 Ministerio de Educación
Nacional

CERTIFICA QUE :

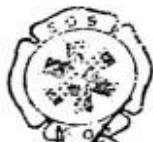
LEIDY CAROLINA BERNAL SANCHEZ

c.c. 1.023.893.122

ASISTIO AL CURSO

SOPORTE VITAL BASICO

EL CURSO SIGUE LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA AMERICAN HEART ASSOCIATION, CUMPLIENDO
CON LA RESOLUCION 2003 DE MAYO DE 2014 Y LA NORMA DE COMPETENCIA LABORAL 230101108
CON UNA INTENSIDAD DE 20 HORAS



Dado en Bogotá D.C., a los 4 días del mes de Abril de 2017.
Validez 2 años.

**CENTRO DE CAPACITACION EN
URGENCIAS Y EMERGENCIAS**

Paola M. Vieda
Directora

TEL: 8069582 CEL: 3192978634 -
3192859190
info@capacitacionessos.net
www.capacitacionessos.net

David Londoño
Sub Dirección Académica



La Secretaría Distrital de Salud

Subsecretaria de Salud Pública

Hace constar que

LEIDY CAROLINA BERNAL SANCHEZ

C.C. 1023893122

Participó en el I Coloquio de Investigación y IX jornada Distrital de Control de la Tuberculosis y Lepra, titulada "Hacia el FIN de la Tuberculosis y Lepra", realizada los días 27 y 28 de octubre de 2016 en la ciudad de Bogotá, D.C con una intensidad de 16 horas.


MANUEL ALFREDO GONZALEZ
Subdirector Determinantes en Salud.



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



OIM Organización Internacional para las Migraciones



La Organización Internacional para las Migraciones-OIM

Certifica que:

LEIDY CAROLINA BERNAL SÁNCHEZ

Participó en el Taller de Monitoreo y Evaluación del Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis realizado del 22 al 23 de septiembre de 2016 en Bogotá D.C. con una duración de 16 horas.

DAVID ALEJANDRO RODRÍGUEZ
Oficial Nacional de Monitoreo y Evaluación TB OIM





Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

LEIDY CAROLINA BERNAL SÁNCHEZ

Con Cedula de Ciudadania No. 1.023.893.122

Cursó y aprobó la acción de Formación

ISO 9001:2008 MODULO I: FUNDAMENTACION DE UN SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Santa Marta, a los catorce (14) días del mes de junio de dos mil dieciseis (2016)

Firmado Digitalmente por
EDUARDO JUNIOR ROBLES PANETTA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

EDUARDO JUNIOR ROBLES PANETTA

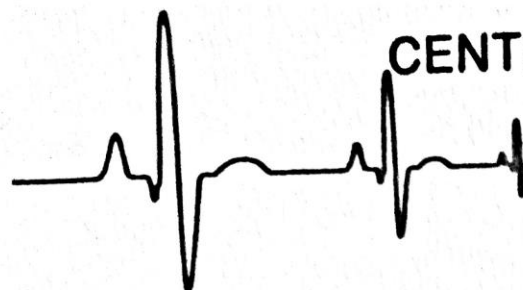
Subdirector

CENTRO DE LOGISTICA Y PROMOCION ECOTURISTICA DEL MAGDALENA
REGIONAL MAGDALENA

35570896 - 14/06/2016

FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://certificados.sena.edu.co>, bajo el número 9529001188522CC1023893122C.



CENTRO DE CAPACITACION EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

S.O.S



Educación Informal de acuerdo a decreto 4904 de 2009 Ministerio de Educación
Nacional

CERTIFICA QUE :

LEIDY CAROLINA BERNAL SANCHEZ

c.c. 1.023.893.122

ASISTIO AL CURSO

**CURSO ASESORIA PRUEBA VOLUNTARIA V.I.H.
ATENCION Y MANEJO DEL PACIENTE CON V.I.H. - S.I.D.A**

EL CURSO SIGUE LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR EL DECRETO 1543 DE 1997, RESOLUCIÓN 3 446 DE 2006. LEY 1098 DE 2006. DECRETO 1543 DE 1997. LEY 1146 DE 2007, DECRETO 3518 DE 2006, ACUERDO 117 DE 1998. DECRETO 2323 DE 2006. ANEXO TECNICO RESOLUCIÓN 769 DE 2008. CIRCULAR 0063 DE 2007, ACUERDO 008 DE 2009. CUMPLIENDO CON LA RESOLUCIÓN 0003 DE MAYO DE 2014 Y LAS NORMAS DE COMPETENCIAS LABORALES 270405039, 220202001.
CON UNA INTENSIDAD DE 20 HORAS

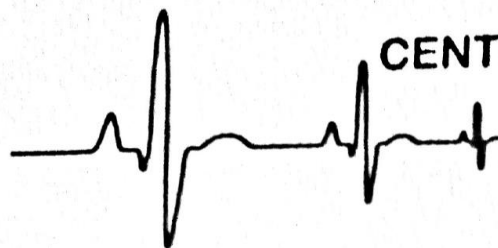

CENTRO DE CAPACITACION EN
URGENCIAS Y EMERGENCIAS
S. O. S.

Dado en Bogotá D.C. a los 21 días del mes de Abril de 2016.
Validez 2 años.

Paola M. Vieda
Directora

TEL: 8069582 CEL: 3192978634 - 3192859190
info@capacitacionessos.net
www.capacitacionessos.net


David Londoño
Sub Dirección Académica



CENTRO DE CAPACITACION EN URGENCIAS
Y EMERGENCIAS

S.O.S



Educación Informal de acuerdo a decreto 4904 de 2009 Ministerio de Educación
Nacional

CERTIFICA QUE :

LEIDY CAROLINA BERNAL SANCHEZ

c.c. 1.023.893.122
ASISTIO AL CURSO :

ASESORIA, POSTURA Y RETIRO DEL IMPLANTE SUBDERMICO

EL CURSO SIGUE LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA RESOLUCION 412 DE 2000, CUMPLIENDO CON LA RESOLUCION 2003 DE MAYO DE 2014, LAS NORMAS DE COMPETENCIA LABORAL 230101068, 230101217, 270405039, 280201035 DE LA COMISION INTERSECTORIAL DEL TALENTO HUMANO EN SALUD Y LA NORMA TECNICA PARA LA PLANIFICACION FAMILIAR DE LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD.

CENTRO DE CAPACITACION EN
URGENCIAS Y EMERGENCIAS
S.O.S.

CON UNA INTENSIDAD DE 20 HORAS

Dado en Bogotá D.C., a los 21 días del mes de Abril de 2016.

Validez 2 años.

Paola M. Vieda
Directora

TEL: 8069582 CEL: 3192978634 + 3192859190
info@capacitacionessos.net
www.capacitacionessos.net

David Londoño
Sub Dirección Académica



FUCS

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD - FUCS

Certifica que:

Leidy Carolina Bernal Sánchez

C.C. 1.023.893.122

Asistió en calidad de participante al

CURSO TEÓRICO PRÁCTICO CERTIFICACIÓN TOMA DE CITOLOGÍA CÉRVICO UTERINA

Realizado en Bogotá D.C., Colombia, el 04 y 05 de marzo de 2016,
con una intensidad de 14 horas.

En constancia firman:

Dr. Sergio Parra Duarte
Rector

Dr. Mauricio Wagner Vásquez
Director Educación Continuada



Con el respaldo de:



HOSPITAL INFANTIL
UNIVERSITARIO DE SAN JOSÉ



SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ
HOSPITAL DE SAN JOSÉ

CURSO TEÓRICO PRÁCTICO CERTIFICACIÓN TOMA DE CITOLOGÍA CÉRVICO UTERINA

Contenido Temático:

- Anatomía del tracto genital femenino
- Histopatología y área de transformación
- Epidemiología del cáncer de cuello uterino en Colombia
- Estándares de calidad del proceso de toma de muestras
- Proceso de toma de citología cérvico uterina

Bogotá D.C

Señores:

FUNDACIÓN NIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

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

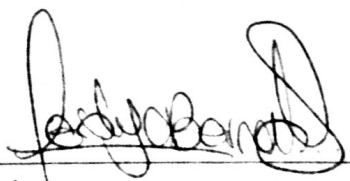
De igual manera, teniendo en cuenta que la información solicitada en cuenta a datos personales en mi calidad de egresado, solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes a emitir respuesta a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** sobre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

ENFERMERA

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma



No. de documento:

1.023.893.122

Tarjeta profesional No:

36742

Dirección de contacto:

CL 22ASUR 239 TOL 4to 516

Teléfono:

3177750829

Bogotá D.C

Señores:

Fundación Universitaria del Área Andina
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

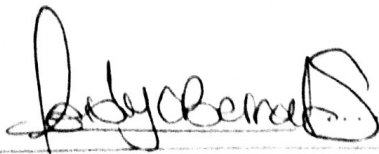
Yo, Jordy Carolina Bernal Sánchez en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política establece que "todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar" y de acuerdo con lo establecido por el literal c 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:

Especialista en Auditoría en Salud
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma



No. de documento:

1023893122

Tarjeta profesional No:

Dirección de contacto:

Cl 22ASN 2-39 Tº1 Apt 316

Teléfono:

377750879



LA DIRECCION DE CONTRATACION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

HACE CONSTAR QUE:

De acuerdo con la información que se encuentra en la oficina de contratación OPS, de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, la señora **LEIDY CAROLINA BERNAL SANCHEZ** identificada con CC. N° 1.023.893.122, presta sus servicios de manera personal y autónoma en esta entidad, mediante contrato de prestación de servicios, según se relaciona a continuación:

N° CONTRATO	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	VALOR C-TO
02-PS-1124-2016	12-09-2016	31-03-2017	\$19.236.667
PS-3576-2017	17-04-2017	31-10-2017	\$20.046.667

OBJETO CONTRACTUAL:

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MARCO DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO 0083/2017, SUSCRITO CON EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE

OBLIGACIONES ESPECIFICAS:

1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE. 2. Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que corresponde al objeto y/o actividades contractuales y de acuerdo al ANEXO 3 contenido en el Contrato interadministrativo 0083/2017 suscrito con el Fondo Financiero Distrital. 3. Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de los servicios de salud. 4. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.

Se expide la presente a solicitud del interesado en Bogotá D.C., a los 25 días del mes de septiembre de 2017.

Para mayor información favor comunicarse a la línea telefónica 2880519 o dirigirse a la Carrera 5 No. 33 A-45, oficina de Contratación OPS.

Cordialmente,

BLANCA FLOREZ RODRIGUEZ
Directora Contratación

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Los abajo firmantes, certifican que hicieron revisión del asunto de este documento y que la respuesta brindada, ha sido suficientemente evaluada, revisada y aprobada

Revisó: Daniela Rodríguez Goyes- Asesora Dirección Contratación OPS
Proyecto: Adonay Neira Joire-Apoyo Administrativo OPS

Diagonal 34 No.5-43
Código Postal: 110311
Teléfono: 3444484 www.subredcentrooriente.gov.co
Info: Línea 3649666

**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

Subred de Atención y Promoción de la Salud
Unidad Prestadora de Servicios de Salud

**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD
"VISTA HERMOSA"
CERTIFICA:**

En la base de datos del área de contratación se encontró que el (la) contratista BERNAL SANCHEZ LEIDY CAROLINA, identificado(a) con CC. 1.023.893.122, ha suscrito los siguientes contratos de prestación de servicios:

No. Contrato	Fecha de Duración	Valor
02197	01 de febrero de 2014 AL 28 de febrero de 2014	4.000.000
03038	01 de marzo de 2014 AL 30 de abril de 2014	8.000.000
04174	01 de mayo de 2014 AL 31 de julio de 2014	12.000.000
05578	01 de agosto de 2014 AL 31 de agosto de 2014	4.000.000
06619	01 de septiembre de 2014 AL 30 de septiembre de 2014	4.000.000
07578	06 de octubre de 2014 AL 31 de octubre de 2014	3.333.333
08614	01 de noviembre de 2014 AL 30 de noviembre de 2014	4.000.000
10169	01 de diciembre de 2014 AL 31 de diciembre de 2014	4.000.000
Adición 10169	01 de enero de 2015 AL 15 de enero de 2015	666.667
01007	26 de enero de 2015 AL 31 de marzo de 2015	8.666.667
02228	01 de abril de 2015 AL 31 de julio de 2015	16.584.000
04025	01 de agosto de 2015 AL 31 de octubre de 2015	12.438.000
Adición 04025	01 de noviembre de 2015 AL 15 de noviembre de 2015	2.073.000
06192	16 de noviembre de 2015 AL 15 de enero de 2016	8.292.000
Adición 06192	16 de enero de 2016 AL 31 de enero de 2016	2.073.000
Adición 06192	01 de febrero de 2016 AL 29 de febrero de 2016	4.146.000
01505	02 de mayo de 2016 AL 31 de mayo de 2016	4.427.000
02355	01 de junio de 2016 AL 31 de julio de 2016	8.854.000

APOYO PROFESIONAL EN ENFERMERIA

Las demás obligaciones inherentes al objeto del contrato. Tener disponibilidad para dar respuesta a las emergencias y urgencias ocurridas en la Localidad de acuerdo a su área de formación. Actuar con lealtad, responsabilidad y buena fe durante la celebración, ejecución y terminación del presente contrato y aún con posterioridad a ésta. Soportar actividades de Auditoria Interna y Externa. Participar de las intervenciones convocadas por Salud Pública. Guardar la debida reserva sobre los asuntos que conozca con ocasión de la ejecución del presente contrato. Ejecutar acciones según Plan de Trabajo y elaboración de Cronograma de Actividades. Informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos. Desarrollar y Entregar informes a la luz de: cronogramas, lineamientos, planes de trabajo, entre otras intervenciones, sustentados en los soportes de las actividades realizadas durante el periodo.

BERNAL SANCHEZ LEIDY CAROLINA, identificado(a) con CC. 1.023.893.122

Calle 67a Sur #18C-12 Juan Pablo II
Código Postal: 111951
PBX: 740 00 00
Fax: 740 26 25
www.subredsal.gov.co

**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

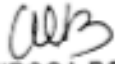


LA SUSCRITA LIDER DE PROYECTO DE LA UNIDAD FUNCIONAL DEL TALENTO HUMANO DEL HOSPITAL PABLO VI BOSA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO.

CERTIFICA

Que la ex funcionaria LEIDY CAROLINA BERNAL SANCHEZ identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1.023.893.122 de Bogotá, ocupó el cargo de PROFESIONAL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO (Enfermero) Código 217 Grado 02, desde el 04 de septiembre de 2012 hasta el 03 de septiembre de 2013 inclusive.

La presente se expide a solicitud de la interesada, en Bogotá D.C, a los tres (03) días del mes de septiembre de 2013.


CARMIÑA QUIROGA BONILLA
Lider de Proyecto



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.023.893.122**

BERNAL SANCHEZ

APELLIDOS

LEIDY CAROLINA

NOMBRES

Leidy C. Bernal S.

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **09-FEB-1990**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

SEXO

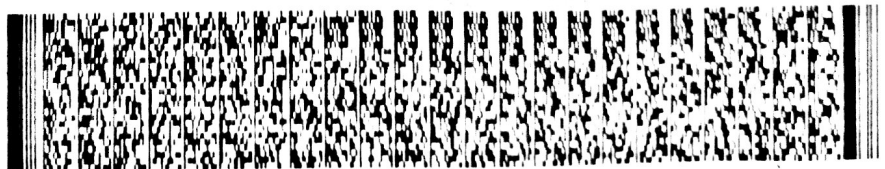
13-FEB-2008 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sanchez Torres

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1500150-00437949-F-1023893122-20130605

0033245834A 1

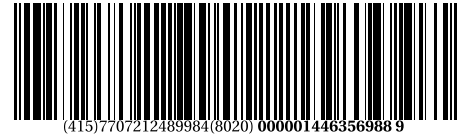
1162361612

2. Concepto **0 2** Actualización
Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14463569889



5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

1 0 2 3 8 9 3 1 2 2

6. DV

6

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:

1 0 2 3 8 9 3 1 2 2

27. Fecha expedición:

2 0 0 8 0 2 1 3

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

BERNAL

32. Segundo apellido

SANCHEZ

33. Primer nombre

LEIDY

34. Otros nombres

CAROLINA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla

UBICACION

38. País:

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento:

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CL 21 SUR 2 39 TO 1 AP 516

42. Correo electrónico:

lakaro_05@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1:

7 9 5 9 1 3 1

45. Teléfono 2:

3 1 7 7 7 5 0 8 2 9

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal

46. Código:

8 6 9 2

47. Fecha inicio actividad:

2 0 1 6 0 9 1 2

Actividad secundaria

48. Código:

49. Fecha inicio actividad:

50. Código:

1 2

Otras actividades

51. Código

Ocupación

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 1 2

12- Ventas régimen simplificado

Obligados aduaneros

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

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI ☐ NO ☒

60. No. de Folios: 0

61. Fecha: 2 0 1 8 0 3 2 4

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 BERNAL SANCHEZ LEIDY CAROLINA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

CONTRIBUYENTE NIT 1023893122-6 LEIDY CAROLINA BERNAL SANCHEZ

Información General

Dirección CL 21 SUR 2 39 TO 1 AP 516

Teléfonos 7959131-317750829

Dirección electrónica lakaro_05@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 13/11/2013

Soporte Inscripción 15748219

Fecha Inicio Actividades 04/09/2012

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

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

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

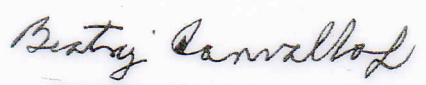
Código de Verificación de Información: 18002813779

 **REPUBLICA DE COLOMBIA**
REGISTRO UNICO NACIONAL DE ENFERMERIA
Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia ANEC



NOMBRES LEIDY CAROLINA
APELLIDOS BERNAL SANCHEZ
C.C. 1.023.893.122 BOGOTA
UNIVERSIDAD FUND. UNIV. DEL AREA ANDINA
RUN No. 36742
Fecha de Expedición 14/NOVIEMBRE/2013

Crear-ID.com


REGISTRADORA NACIONAL ANEC

Esta tarjeta es documento público, se expide de acuerdo con la Ley 266 de 1996 y es válida en todo el Territorio Nacional.

Si es encontrada por favor devolverla a ANEC Nacional
Carrera 27 No. 46 - 21 Piso 2°. Bogotá D.C.



No. 37027

REPUBLICA DE COLOMBIA
Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia
A N E C

RESOLUCION No 36742 de NOVIEMBRE 14 DE 2013
Por la cual se expide el Registro Único Nacional Profesional de Enfermería

La Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia ANEC, en uso de las facultades que le confiere el Capítulo V, artículos 13, 14 y 15 de la Ley 266 de 1996, reglamentaria de la Profesión de Enfermería

CONSIDERANDO

A) Que, LEIDY CAROLINA BERNAL SANCHEZ Identificada(o) con la cédula de ciudadanía No 1.023.893.122, expedida en BOGOTA, ha solicitado su Inscripción y Registro Único Nacional como Profesional de Enfermería, lo cual la (o) acredita para ejercer la Profesión de Enfermería en Colombia.

B) Que para este efecto presentó los siguientes documentos : Formulario de Solicitud; fotocopia del Diploma y Acta de Grado otorgado por una Institución de Educación Superior reconocida por el Gobierno; fotocopia de la cédula de ciudadanía; recibo de pago de los derechos de expedición; fotocopia de la Resolución expedida por la respectiva Secretaría de Salud donde conste el cumplimiento o Exoneración del Servicio Social Obligatorio; fotocopia de la Resolución de convalidación expedida por el Ministerio de Educación para los títulos expedidos en el exterior y 2 fotografías a color, tamaño 3 x 4 de fondo azul o verde.

C) La Unidad de Registro Único Nacional de Enfermería de la ANEC, una vez verificado el cumplimiento de los requisitos exigidos en el literal B, los cuales son registrados en el Acta Número 551 del 14 de NOVIEMBRE de 2013.

RESUELVE

Artículo Único. Reconocer la calidad de Profesional de Enfermería a LEIDY CAROLINA BERNAL SANCHEZ, egresada(o) de la UNIVERSIDAD FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA de BOGOTA, el 13 del mes JULIO de 2012, para lo cual se expide el Registro y Tarjeta Profesional No. 36742, y en constancia se inscribe en el libro correspondiente.

Parágrafo: En el caso de presentar documentación no compatible con los datos aportados por las Facultades de Enfermería del país, esta información será reportada a la Entidad Educativa y a las Entidades de Control, para que tomen las medidas pertinentes.

NÓTIQUESE Y CUMPLASE

Expedida en la ciudad de Bogotá D.C., a los 14 días del mes de NOVIEMBRE de 2013.

Beatriz Carvallo
BEATRIZ CARVALLO SUAREZ
Registradora Nacional ANEC



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Resolución No 12930 de 23/10/2013
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.

Por la cual se concede una autorización para el ejercicio profesional.

LA DIRECTORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD
en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el Decreto 1352 de julio de 2000 del Ministerio de Salud y, Resolución No. 0833 de septiembre de 2000, expedida por el Secretario Distrital de Salud, y

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) **BERNAL SANCHEZ LEIDY CAROLINA** identificado(a) con CC número 1023893122 expedida en BOGOTÁ D.C. ha solicitado autorización del ejercicio profesional como ENFERMERO(A), según título que le otorgó la LA FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA el día 13/07/2012, acta de grado No.586, Diploma No. 32706 y registrado en el libro 6 Folio 180 año 2012.

Que cumplió con el Servicio Social Obligatorio en el(la) HOSPITAL PABLO VI BOSA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO - localizada en Bogotá D.C., durante el periodo comprendido entre 04/09/2012 y 03/09/2013.

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 **BERNAL SANCHEZ LEIDY CAROLINA** identificado(a) con CC número 1023893122 expedida en BOGOTÁ D.C. para ejercer la profesión de ENFERMERO(A) en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D.C.

ARTICULO SEGUNDO: Para laborar en zona geográfica diferente al Distrito Capital, el autorizado deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud correspondiente con el fin de ejercer el control y vigilancia conforme a la ley.

COMUNÍQUESE Y CUMPLASE

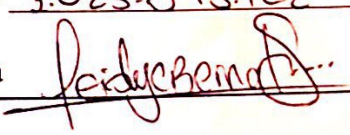
Dada en Bogotá, D.C. a los 23/10/2013


ELSA GRACIELA MARTÍNEZ ECHEVERRY
Directora de Desarrollo de Servicios.

Aprobó: Isabel Cristina Artunduaga
Revisó: Andrea Casas Vargas y Carmen Rosa Gallego
Elaboró: Víctor Sánchez

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195



Bogotá, D.C. 13/11/2013
A la fecha notifiqué personalmente al
señor (a) LEIDY CAROLINA BERNAL S.
CC. # 1.023.893.122
Firma 

BOGOTÁ
HUMANA

ReTHUS

A continuación diligencie su identificación para proceder a consultar si se encuentra registrado en el Registro Nacional del Talento Humano en Salud.

TIPO DE
IDENTIFICACIÓN *

Cédula de Ciudadanía ▼

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN *

1023893122

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

El ciudadano con Identificación CC
1023893122, se encuentra inscrito en el
Registro Nacional de Talento Humano en
Salud.

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía ▼

Número de Identificación *

1023893122

Primer Nombre *

Primer Apellido *

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Detalles
CC	1023893122	LEIDY	CAROLINA	BERNAL	SANCHEZ	Ver

Información Detallada [CC: 1023893122] LEIDY CAROLINA BERNAL SANCHEZ

Información Académica

Tipo Programa	Origen	Obtención	Título	Profesión u Ocupación	Fecha desde que puede ejercer	Entidad Reportadora
UNV	Local			Enfermería	0001/11/01	ASOCIACION NACIONAL DE ENFERMERAS DE COLOMBIA - ANEC

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



Tribunal Nacional Etico de Enfermería

Ley 266 de 1996

Ley 911 de 2004 “Ley Deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia”

HACE CONSTAR QUE:

La enfermera **LEIDY CAROLINA BERNAL SÁNCHEZ** identificada con la cédula de ciudadanía número 1.023.893.122, no registra antecedentes de responsabilidad deontológica disciplinaria, de acuerdo con la ley 911 de 2004 “Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones”.

Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, a los veintitrés (23) días del mes de marzo del año dos mil dieciocho (2018).

Cordialmente,


EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	1023893122
Nombres y Apellidos	LEIDY CAROLINA BERNAL SANCHEZ		
Fecha de nacimiento:	09/02/1990		

Vacuna	Dosis	Fecha	Nombre comercial	Lote	Institución vacunadora
AH1N1	Primera dosis	08/05/2010			CENTRO DE ATENCION EN SALUD CAFAM CENTENARIO
Anti - Rábica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
Antirrábica profiláctica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
DPT	Única				
DPT Acelular	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
	Única				
Fiebre amarilla	Primera dosis				
	Refuerzo				
Fiebre tifoidea	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A, Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
Hepatitis B	Primera dosis	19/12/2017	Engerix B Adultos	034I5005A - 30 ABRIL 2018	GRUPO EXTRAMURAL - HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE - RAFAEL URIBE URIBE
	Segunda dosis	19/01/2018	Engerix B Adultos	034I5005A - 30 ABRIL 2018	GRUPO EXTRAMURAL - HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE - RAFAEL URIBE URIBE
	Tercera dosis	09/03/2018	Recombax B	034I5005A	GRUPO EXTRAMURAL - HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE - RAFAEL URIBE URIBE
Influenza	Única				
Meningococo	Única				
Meningococo Conjugado	Única				
Meningococo Polisacárido	Primera dosis				
Neumo Conjugado	Única				
Neumo Polisacárido	Primera dosis				
	Refuerzo				
Neumococo	Primera dosis				

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	1023893122
Nombres y Apellidos	LEIDY CAROLINA BERNAL SANCHEZ		
Fecha de nacimiento:	09/02/1990		

Neumococo	Refuerzo				
Sarampión y Rubéola	Única				
Td	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Toxoide Tetánico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Toxoide Tetánico Diftérico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Triple viral	Primera dosis	24/02/2011	Trimovax		CLINICA INFANTIL COLSUBSIDIO
	Primera dosis				
Varicela	Primera dosis	16/02/2009			CLINICA INFANTIL COLSUBSIDIO
VPH Bivalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
VPH Tetravalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

EMPRESA: PARTICULAR

FECHA 13/12/2016 13:30:17

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☒

POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐

PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: LEIDY CAROLINA BERNAL SANCHEZ

C.C 1023893122

EDAD 26 Años SEXO F CARGO A DESEMPEÑAR ENFERMERA JEFE



EXÁMENES PARA CLÍNICOS PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional ☒

Visiometría ☐

Audiometría ☐

Espirometría ☐

Exámenes de laboratorio SI ☐ NO ☐

Glic ☐ Col ☐ Triglic ☐ Otros ☐

Cuales

Radiografías

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente diagnóstico

APTO PARA EL CARGO ☒ MOTIVO PARA LABORAR

NO APTO ☐ MOTIVO

OBSERVACIONES

MEJORAR HIGIENE POSTURAL / USO DE MEDIAS DE COMPRESION

CONTROLES DE SALUD EPS

USO DE EPP/ REALIZACION DE PAUSAS ACTIVAS

EXÁMEN PERIÓDICO

Puede continuar con su labor

SI ☐ NO ☐

Se sugiere reubicación laboral SI ☐ NO ☐

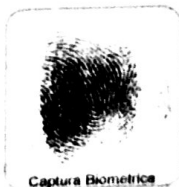
EXÁMEN DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral

SI ☐ NO ☐ Cual

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

FIRMA DEL PACIENTE



Captura Biométrica

Dr. LUIS FERNANDO MARTINEZ G.
Médico Cirujano
Especialista en Gerencia
En Salud Ocupacional
Lic. S.O 2440/25/02/2014

FIRMA DEL ESPECIALISTA

Dirección: CALLE 27 SUR No 19-07
Tel: 2784705

**CENTRO DE CAPACITACION EN URGENCIAS
Y EMERGENCIAS**

S.O.S



Educación Informal de acuerdo a decreto 4904 de 2009 Ministerio de Educación
Nacional

CERTIFICA QUE :

LEIDY CAROLINA BERNAL SANCHEZ

C.C. 1.023.893.122

ASISTIO AL CURSO

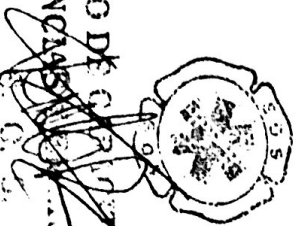
Soporte Vital Básico

EL CURSO SIGUE LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA AMERICAN HEART ASSOCIATION, CUMPLIENDO
CON LA RESOLUCION 2003 DE MAYO DE 2014 Y LA NORMA DE COMPETENCIA LABORAL 230101108
CON UNA INTENSIDAD DE 20 HORAS

Dado en Bogotá D.C., a los 4 días del mes de Abril de 2017.

Validez 2 años.

CENTRO DE CAPACITACION EN
URGENCIAS Y EMERGENCIAS



TEL: 8069582 CEL: 3192978634

3192859190

Paola M. Vieda

Directora

David Londoño

Sub Dirección Académica

info@capacitacionesos.net
www.capacitacionesos.net

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

FECHA: 2018-05-28 CIUDAD: BOGOTÁ 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 Politicas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO: BERNAL SEGUNDO APELLIDO: SÁNCHEZ PRIMER NOMBRE: LEIDY SEGUNDO NOMBRE: CAROLINA

TIPO DE IDENTIFICACION: CC ☒ CE ☐ R.C ☐ NUIP ☐ No IDENTIFICACION: 1023893122 LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio): BOGOTÁ FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD): 2008-02-13

PASAPORTE ☐ OTRO ☐ ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐

FECHA NACIMIENTO: 1990-02-09 LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio): BOGOTÁ PAIS NACIMIENTO: COLOMBIA NACIONALIDAD: COLOMBIANA

ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) ☒ VIUDO(A) ☐ CASA ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐ PERSONA A CARGO: 0 NUMERO DE HIJOS: 0 TELEFONO CELULAR: 3177750829

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA

MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☐ TECNOLÓGICO ☐ BACHILLER ☐ OTRO ☐ PRIMARIA ☐ TECNICO ☐ CUAL: Especialista en Auditoria en Enfermera

DIRECCION RESIDENCIA: CL 22A SUR 2 39 TO 1 APTO 516 CIUDAD RESIDENCIA: BOGOTÁ DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA PAIS RESIDENCIA: COLOMBIA TELEFONO RESIDENCIA: 3177750829

CORREO ELECTRONICO: LAKARO0505@GMAIL.COM PORTAL O PAGINA INTERNET: TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ☐ FAMILIAR ☐ ARRENDADA ☐

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO: SEGUNDO APELLIDO: PRIMER NOMBRE: SEGUNDO NOMBRE:

TIPO DE IDENTIFICACION: CC ☐ CE ☐ R.C ☐ NUIP ☐ NUMERO IDENTIFICACION: LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio): FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD):

PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: ES RESIDENTE EN COLOMBIA SI ☐ NO ☐ NACIONALIDAD:

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐ EMPLEADO SOCIO ☐ INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE: DECLARA RENTA SI ☐ NO ☒ IVA SI ☐ NO ☒ JCA SI ☒ NO ☐ CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA: 8692 8692

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

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE
NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA
SI ☐ NO ☒ SÍ

SECTOR ECONOMICO DE LA EMPRESA DONDE LABORA
AGRICOLA ☐ INDUSTRIAL ☐ COMERCIO ☐ SERVICIOS ☐ CONSTRUCCION ☐ TRANSPORTES ☐ TIPOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐

DIRECCION DE LA EMPRESA
CALLE ☒ TELEFONO ☐ CIUDAD/MUNICIPIO ☐ DEPARTAMENTO ☐ PAIS

CARGO ACTUAL
CARGO ANTERIOR ☐ FECHA VINCULACION ☐

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO
CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA ☐ DESCRIPCION ACTIVIDAD ☐ FECHA CONSTITUCION ☐ TIPO SOCIEDAD ☐

INGRESOS MENSUALES
EGRESOS MENSUALES
ACTIVOS
PASIVOS

INGRESOS MENSUALES
SALARIOS ☐ GASTOS FAMILIARES ☐ INVERSIONES ☐ SALDO HERENCIA ☐

EGRESOS MENSUALES
GASTOS FAMILIARES ☐ INVERSIONES ☐ SALDO HERENCIA ☐

ACTIVOS
GASTOS FAMILIARES ☐ INVERSIONES ☐ SALDO HERENCIA ☐

PASIVOS
GASTOS FAMILIARES ☐ INVERSIONES ☐ SALDO HERENCIA ☐

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

6. REFERENCIAS PERSONALES
PRIMER APELLIDO ☐ SEGUNDO APELLIDO ☐ PRIMERA NOMBRE ☐ SEGUNDO NOMBRE ☐

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

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

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

7. REFERENCIA FINANCIERA (señalar de acuerdo a lo que corresponda)
NOMBRE ENTIDAD ☐ TIPO DE PRODUCTO ☐ NUMERO ☐ SUCURSAL ☐ TELEFONO ☐

DAVIVIENDA ☐ CLIENTA DE AHORRO ☐ 8170948426 ☐ TUNAL ☐ 208838 ☐

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA SI ☐ NO ☒

NOMBRE ENTIDAD ☐ TIPO DE PRODUCTO ☐ NUMERO ☐ SUCURSAL ☐ TELEFONO ☐

DAVIVIENDA ☐ CLIENTA DE AHORRO ☐ 8170948426 ☐ TUNAL ☐ 208838 ☐

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA SI ☐ NO ☒

NOMBRE ENTIDAD ☐ TIPO DE PRODUCTO ☐ NUMERO ☐ SUCURSAL ☐ TELEFONO ☐

DAVIVIENDA ☐ CLIENTA DE AHORRO ☐ 8170948426 ☐ TUNAL ☐ 208838 ☐

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA SI ☐ NO ☒

NOMBRE ENTIDAD ☐ TIPO DE PRODUCTO ☐ NUMERO ☐ SUCURSAL ☐ TELEFONO ☐

DAVIVIENDA ☐ CLIENTA DE AHORRO ☐ 8170948426 ☐ TUNAL ☐ 208838 ☐

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA SI ☐ NO ☒

NOMBRE ENTIDAD ☐ TIPO DE PRODUCTO ☐ NUMERO ☐ SUCURSAL ☐ TELEFONO ☐

DAVIVIENDA ☐ CLIENTA DE AHORRO ☐ 8170948426 ☐ TUNAL ☐ 208838 ☐

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA SI ☐ NO ☒

NOMBRE ENTIDAD ☐ TIPO DE PRODUCTO ☐ NUMERO ☐ SUCURSAL ☐ TELEFONO ☐

DAVIVIENDA ☐ CLIENTA DE AHORRO ☐ 8170948426 ☐ TUNAL ☐ 208838 ☐

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA SI ☐ NO ☒

NOMBRE ENTIDAD ☐ TIPO DE PRODUCTO ☐ NUMERO ☐ SUCURSAL ☐ TELEFONO ☐

DAVIVIENDA ☐ CLIENTA DE AHORRO ☐ 8170948426 ☐ TUNAL ☐ 208838 ☐

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA SI ☐ NO ☒

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 esta 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. AUTORIZACIÓN REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO.- AUTORIZACIÓN 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 tratan observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACIÓN

Para efectos de la presente autorización, enténdase 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 - 43, 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 INFORMACIÓN: 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 adelanten 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 INFORMACIÓN 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 INFORMACIÓN: 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 INFORMACIONES: 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: sarluft@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 DIRECCIÓN, CIUDAD, TELÉFONO Y CORREO ELECTRÓNICO 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 mis datos, para los conceptos, para las finalidades y en las modalidades que nos fueron informadas en el presente documento.

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

[Handwritten Signature]

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:			



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) LEIDY CAROLINA BERNAL SANCHEZ identificado(a) con CC 1023893122 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios: 04/09/2012

Estado de la Afiliación: ACTIVO

IPS: UNION TEMPORAL BIENESTAR IPS BOGOTA - SEDE CENTENARIO

Categoría: A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 16 días del mes de agosto del año 2018.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A



**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS
PORVENIR S.A.**

NIT 800.144.331-3

INFORMA QUE:

El (La) Señor(a) **LEIDY CAROLINA BERNAL SANCHEZ**, identificado(a) con CC **1023893122**, se encuentra afiliado(a) en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR** a partir del 05/09/2012

Se expide a solicitud del interesado el 16/08/2018.

Cordialmente,

Gerente de Clientes

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1023893122

Numero de Documento

SEGUROS BOLIVAR

ARL

LEIDY

Primer Nombre

CAROLINA

Segundo Nombre

BERNAL

Primer Apellido

SÁNCHEZ

Segundo Apellido

09/02/1990

F. Nacimiento dd/mm/aa

BOGOTÁ

Ciudad de Nacimiento

L22A SUR 2 39 TO 1 APTO 5

Dirección de Residencia

3617313

Teléfono Fijo

NEPS

EPS - Salud

PORVENIR

AFP - Pensiones

\$ 3.100.000

Honorarios

PROFESIONAL UNIVERSITARIO

Objeto Contractual (Cargo)

Fecha Inicio del Contrato

LAKARO0505@GMAIL.COM

Correo Electrónico

3177750829

Celular


Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C. _____

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS
FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 16 de agosto de 2018, a las 10:55:01, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1023893122
Código de Verificación	1023893122180816105501

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

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



SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB



CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 113896868



WEB

10:42:56

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 16 de agosto 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) LEIDY CAROLINA BERNAL SANCHEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1023893122:

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.



Bogotá D.C., 16 de Agosto de 2018 - 11:02 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) **LEIDY CAROLINA BERNAL SANCHEZ**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **UN MIL VEINTITRES MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y TRES MIL CIENTO VEINTIDOS** de BOGOTÁ, D.C.

1023893122

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.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

Este Certificado ha sido generado a través de la página web www.personeriabogota.gov.co. Para verificar su validez 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: **8_UGBST_0211**

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 10:42:19 horas del 16/08/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1023893122**

Apellidos y Nombres: **BERNAL SANCHEZ LEIDY CAROLINA**

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.



República

Presidencia de la



Nacional

Ministerio de Defensa



Contratación

Portal Único de

Todos los derechos reservados.



Gobierno en Línea



DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

BOGOTA
COLOMBIA,

2017/12/05

Por medio de la presente hacemos constar que la señora LEIDY CAROLINA BERNAL SANCHEZ
con Cédula de Ciudadanía número 1023893122
de BOGOTA D.C.-DISTRITO CAPITAL
posee en el Banco Davivienda:

CUENTA AHORROS (FIJODIARIO)

Número 004870414341
Fecha Apertura 2014/02/04

Cordialmente,

Firma Autorizada
BANCO DAVIVIENDA

