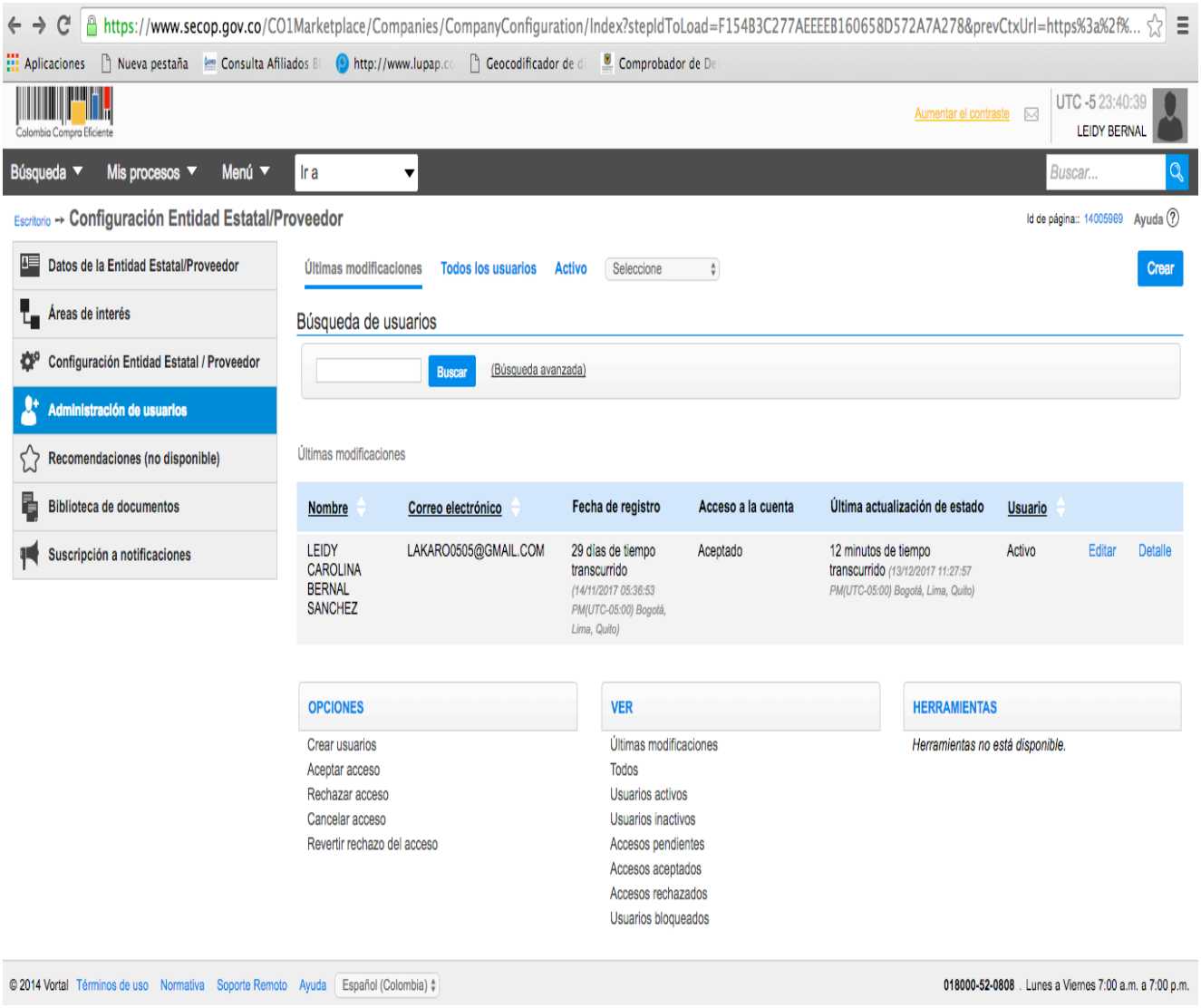

https://www.secop.gov.co/CO1Marketplace/Companies/CompanyConfiguration/Index?stepIdToLoad=F154B3C277AEEEEB160658D572A7A278&prevCtxUrl=https%3a%2f%...
Aplicaciones
Nueva pestaña
Consulta Afiliados
http://www.lupap.co
Geocodificador de
Comprobador de
Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
UTC -5 23:40:39
LEIDY BERNAL
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio → Configuración Entidad Estatal/Proveedor
Id de página:: 14005969
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
Buscar
(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.
© 2014 Vortal
Términos de uso
Normativa
Soporte Remoto
Ayuda
Español (Colombia)
018000-52-0808 . Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 21-ene-2019

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
BERNAL	SANCHEZ	LEIDY CAROLINA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1023893122

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 9 MES FEB AÑO 1990

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CL 22A SUR 2 39 TO 1 APTO 516

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3617313

EMAIL lakaro0505@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											*TITULO* BACHILLER ACADEMICO
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES DICIEMBRE AÑO 2007
										X	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO*	*TEMINACIÓN MES*	*TEMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
ES	3	X		ESPECIALISTA EN AUDITORIA EN SALUD	10	2014	
UN	8	X		ENFERMERO (A)	7	2012	36742

Scanned with CamScanner

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

E.S.E. SIDEAP

Última Actualización: 21-ene-2019

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E	X		Colombia

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

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3444 484	DIA 19 MES 1 AÑO 2016	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Enfermera profesional	Salud Publica	Diagonal 34 Nº 5 - 43

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Hospital Vista Hermosa I Nivel E.S.E	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	contactenos@subredsur.gov.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
4852540, 7300000	DIA 1 MES 2 AÑO 2014	DIA 31 MES 7 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Apoyo profesional en enfermeria (APS	SALUD PUBLICA PIC	Cl 67 sur 18c 12

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Hospital Pablo VI Bosa I Nivel E.S.E	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	bosa@esebogota.gov.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
776 4038 - 776 400	DIA 3 MES 9 AÑO 2012	DIA 4 MES 9 AÑO 2013

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Enfermera S.S.O Salud Publica (Territorios	PIC SALUD PUBLICA	kr 78 bis 69b 70 sur

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
PUBLICO	5	11
PRIVADO	0	0

Scanned with CamScanner

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 21-ene-2019

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
PARTICULAR	0	0
TOTAL	5	11

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Bogotá 22/Enero/2019

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Scanned with CamScanner

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 22-ene-2019

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, LEIDY CAROLINA BERNAL SANCHEZ
IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 1023893122 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**
País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.
Dirección CL 22A SUR 2 39 TO 1 APTO 516 **Teléfonos** 3177750829 3617313

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
LUIS JAIRO BERNAL ALBARRACIN	19118556	PADRE
BLANCA FLOR SANCHEZ	41695233	MADRE

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,

PARA TOMAR POSESION ○ PARA RETIRARME ○ PARA ACTUALIZACION ⓧ

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ○

QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 0,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 38.000.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 38.000.000,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
DAVIVIENDA	AHORROS	0817 7048 4296	TUNAL	$ 103.200,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
APARTAMENTO	KR 9 este 38 98	$ 76.200.000,00
VEHICULO	EDX711	$ 33.000.000,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
RENAULT	PAGO CRÉDITO VEHICULO	$ 6.500.000,00

Scanned with CamScanner

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
Persona Natural
(LEY 190 DE 1995)

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E S E
SIDEAP
Última Actualización: 22-ene-2019

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

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

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 22-ene-2019
CIUDAD Y FECHA

Scanned with CamScanner

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

Decano

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.

FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA SECRETARIA GENERAL

MARÍA JETZABEL HERRÁN DUARTE
Secretaria General

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.

FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA
SECRETARIA GENERAL

MARIA JETZABEL HERRAN DUARTE
Secretaria General

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 SANCHEZ

Con Cedula de Ciudadania No. 1023893122

Cursó y aprobó la acción de Formación

ATENCION INTEGRAL EN SALUD A LAS VICTIMAS DE VIOLENCIAS SEXUALES

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Bogotá, a los trece (13) dias del mes de junio de dos mil dieciocho (2018)

Firmado Digitalmente por
GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SUBDIRECTOR
CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

52189683 - 13/06/2018
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 9403001677216CC1023893122C.

Ministerio de Salud y Protección Social

Instituto Nacional de Cancerología-ESE
Colombia
Por el control del cáncer

Hace constar que:

Leidy Carolina Bernal

Participó en el curso

Detección Temprana del Cáncer de Cuello Uterino

Realizado el 11 de abril de 2018 con una intensidad de 8 horas presenciales en calidad de

ASISTENTE

Como constancia se firma en la ciudad Bogotá D.C., a los 11 días de abril de 2018
La presente constancia no acredita, ni otorga título académico ni profesional alguno

DRA. CAROLINA WIESNER CEBALLOS
Directora General
Instituto Nacional de Cancerología ESE

Ministerio de Salud y Protección Social

Instituto Nacional de Cancerología-ESE
Colombia
Por el control del cáncer

Hace constar que:

Leidy Carolina Bernal

Participó en el curso

Detección Temprana del Cáncer de Próstata

Realizado el 10 de abril de 2018 con una intensidad de 8 horas presenciales en calidad de

ASISTENTE

Como constancia se firma en la ciudad Bogotá D.C., a los 10 días de abril de 2018
La presente constancia no acredita, ni otorga título académico ni profesional alguno

CAROLINA WIESNER

DRA. CAROLINA WIESNER CEBALLOS
Directora General
Instituto Nacional de Cancerología ESE

Ministerio de Salud y Protección Social

Instituto Nacional de Cancerología-ESE
Colombia
Por el control del cáncer

Hace constar que:

Leidy Carolina Bernal

Participó en el curso

Detección Temprana del Cáncer de Colon y Recto

Realizado el 6 de abril de 2018 con una intensidad de 8 horas presenciales en calidad de

ASISTENTE

Como constancia se firma en la ciudad Bogotá D.C., a los 6 días de abril de 2018
La presente constancia no acredita, ni otorga título académico ni profesional alguno

DRA. CAROLINA WIESNER CEBALLOS
Directora General
Instituto Nacional de Cancerología ESE

Ministerio de Salud y Protección Social

Instituto Nacional de Cancerología-ESE
Colombia
Por el control del cáncer

Hace constar que:

Leidy Carolina Bernal Sanchez

Participó en el curso

Detección Temprana del Cáncer de Mama

Realizado el 5 de abril de 2018 con una intensidad de 8 horas presenciales en calidad de

ASISTENTE

Como constancia se firma en la ciudad Bogotá D.C., a los 5 días de abril de 2018
La presente constancia no acredita, ni otorga título académico ni profesional alguno

DRA. CAROLINA WIESNER CEBALLOS
Directora General
Instituto Nacional de Cancerología ESE

Mesa Regional de apoyo a la Lactancia Materna

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

OIM Organización Internacional para las Migraciones

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

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

547 MSPS-OIM

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje S

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

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 do

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/
FECHA REGISTI

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certifi
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 DE1997, RESOLUCIÓN3 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 3100 DE MAYO DE 2014 Y LAS NORMA SDE COMPETENCIAS LABORALES 270405039, 220202001.

CON UNA INTENSIDAD DE 20 HORAS

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

Validez 2 años.

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

Paola M. Vieda
Directora

David Londoño
Sub Dirección Académica

TEL: 8069562 CEL: 3102978631 - 3102859190
info@capacitacionessos.net
www.capacitacionessos.net

2509

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, PÒSTURA Y RETIRO DEL IMPLANTE SUBDERMICO

EL CURSO RIGE LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA **RESOLUCION 412 DE 2000**, CUMPLIENDO CON LA RESOLUCION 2003 DE MAYO DE 2014 , LAS NORMAS DE COMPETENCIA LABORAL 230103068, 230301237, 270405039, 280201[illegible] DE LA COMISION INTERSECTORIAL DEL TALENTO HUMANO EN SALUD Y LA NORMA TECNICA PARA LA PLANIFICACION FAMILIAR DE LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD.

CON UNA INTENSIDAD DE 20 HORAS

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

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

Validez 2 años.

TEL 8866582 CEL 3192078634 - 3192859390
info@capacitacionensos.net
www.capacitacionensos.net

Paola M. Vieda
Directora

David Londoño
Sub Dirección Académica

2515

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 Pana Duarte
Rector

Dr. Mauricio Wagner Vásquez
Director Educación Continuada

Educación Continuada

CURSO TEÓRICO PRÁCTICO CERTIFICACIÓN TOMA DE CITOLOGÍA CÉRVICO UTERINA

Contenido Temático:

- Anatomia del tracto genital femenino
- Histopatologia y área de transformación
- Epidemiologia del cáncer de cuello uterino en Colombia
- Estándares de calidad del proceso de toma de muestras
- Proceso de toma de citologia 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 22A Sur 2-39 To 1 Apto 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

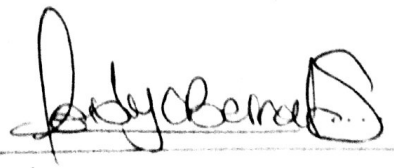
Yo, Leidy Carolina Bernal Sánchez en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política establece que "todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar" y de acuerdo con lo establecido por el literal c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

Especialista en Auditoria en Salud

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma 

No. de documento: 1023893122

Tarjeta profesional No:

Dirección de contacto: Cl 22A SUR 2-39 T°1 Apto 316

Teléfono: 3177508 79

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

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. Nº 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:

Nº 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
Proyectó: Adonay Neira Joiro-Apoyo Administrativo OPS

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

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTA D.C.
"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
Codigo Postal 111951
PBX 740 00 00
Fax 761 26 25
www.subredsur.gov.co

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

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
Líder de Proyecto

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.023.893.122**

BERNAL SANCHEZ

APELLIDOS

LEIDY CAROLINA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

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

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

13-FEB-2008 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00437949-F-1023893122-20130605 0033245834A 1 1162361612

DIAN®
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA
Modelo Unico de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14463569889

(415)7707212489984(8020) 000001446356988 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 2 3 8 9 3 1 2 2	6	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 1 3	1 0 2 3 8 9 3 1 2 2	2 0 0 8 0 2 1 3

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
BERNAL	SANCHEZ	LEIDY	CAROLINA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:	37. Sigla:

UBICACION

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

41. Dirección principal
CL 21 SUR 2 39 TO 1 AP 516

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
lakaro_05@hotmail.com		7 9 5 9 1 3 1	3 1 7 7 7 5 0 8 2 9

CLASIFICACION

Actividad económica

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

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 [X] 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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 24-03-2018
Hora: 11:55:27 AM

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 Juridica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

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

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

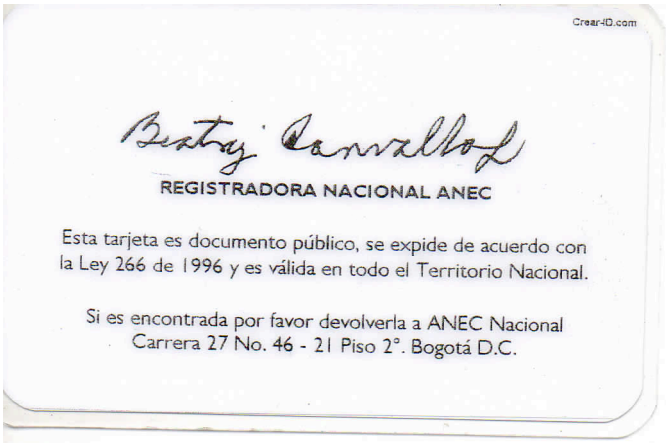
Código de Verificación de Información: 18002813779

Fuente ICA TE TOCA

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

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


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 Secretaria 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.

NOTIFÍQUESE Y CUMPLASE

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

BEATRIZ CARVALLO SUAREZ
Registradora Nacional ANEC

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.

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *: Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *: 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	0001/1/01	ASOCIACION NACIONAL DE ENFERMERAS DE COLOMBIA - ANEC

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

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 veintidós (22) días del mes de enero del año dos mil diecinueve (2019).

Cordialmente,

EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría Salud

Institución vacunadora: Consulta Pública

Fecha de generación del carné: viernes, 23 de marzo de 2018 11:03 p.m.

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				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría Salud

Institución vacunadora: Consulta Pública

Fecha de generación del carné: viernes, 23 de marzo de 2018 11:03 p.m.

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				

clinisur IPS Ltda. Salud Ocupacional

Régimen COMUN
Nit. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000128771

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	✓	Exámenes de laboratorio	SI ☐ NO ☐
Visiometria	☐	Glic ☐ Col ☐ Trigli ☐ Otros ☐	
Audiometria	☐	Cuales	
Espirometria	☐	Radiografias	

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

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 Biometrica

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

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 SANCHEZ

Con Cedula de Ciudadania No. 1023893122

Cursó y aprobó la acción de Formación

ATENCION INTEGRAL EN SALUD A LAS VICTIMAS DE VIOLENCIAS SEXUALES

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Bogotá, a los trece (13) días del mes de junio de dos mil dieciocho (2018)

Firmado Digitalmente por
GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SUBDIRECTOR
CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

52189683 - 13/06/2018
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 9403001677216CC1023893122C.

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

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:	2019-01-22	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	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
BERNAL	SÁNCHEZ	LEIDY	CAROLINA		

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
CC ☒	CE ☐	RC ☐	NUIP ☐	1023893122	BOGOTÁ	2008-02-13
PASAPORTE ☐	OTRO ☐				ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ ☐	

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

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

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CL22A SUR 2-39 TO 1 APTO 516	BOGOTÁ	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	3617313

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

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

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

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA	SI ☐ NO ☒	IVA	SI ☐	NO ☒	CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA: 8692 / 8692
			ICA	SI ☒	NO ☐	PRINCIPAL: ☒ SECUNDARIA: ☐
GRAN CONTRIBUYENTE	SI ☐ NO ☒	AGENTE RETENEDOR		SI ☐ NO ☒		AGENTE AUTORETENEDOR: SI ☐ NO ☒

Scanned with CamScanner

Centro Oriente E.S.E.

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI [ ] NO [X]	SI [ ] NO [X]	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E S E

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO [ ]	SERVICIOS [ ]	SALUD [X]	# NIT	900959051-7

EXPORTACIONES [ ] AGRICOLA [ ] ENERGETICA [ ] FINANCIERA TRANSPORTE [ ] TECNOLOGIA ALIMENTOS [ ] MEDICAMENTOS [ ]

OTRA [ ] CUAL [X]

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
DG 34 # 5 - 43	3444484	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA

CARGO ACTUAL	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	FECHA VINCULACION	2017-04-17

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	$ 0	GASTOS FAMILIARES	$ 0	AHORROS	$ 0	SALDO HIPOTECA	$ 0
HONORARIOS	$ 3.300.000	ARRIENDOS	$ 0	INVERSIONES	$ 0	TARJETAS DE CREDITO	$ 0
ARRIENDOS	$ 0	CUOTA VEHICULO	$ 0	VEHICULOS	$ 0	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	$ 3.300.000	TOTAL EGRESOS	$ 0	TOTAL ACTIVOS	$ 0	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 Cotraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
AMEZQUITA	BECERRA	DIEGO	FELIPE
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR
DG 45 SUR 5J 36	BOGOTA/CUNDINAMARCA	CUÑADO	3013770875

7. REFERENCIA FINANCIERA (cuenta de ahorros)

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
DAVIVIENDA	CUENTA AHORRO	81770484296	TUNAL	3383838

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI NO [X]

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPORTACION [ ] EXPORTACION [ ] TRANSFERENCIA [ ] PRESTAMOS [ ] PAGO SERVICIOS [ ] OTRA [ ] CUAL:

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

ENFERMERA

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. Asi mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinaran a actividades licitas.
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.

Scanned with CamScanner

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

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

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

CONSIDERACIONES

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

AUTORIZACION

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

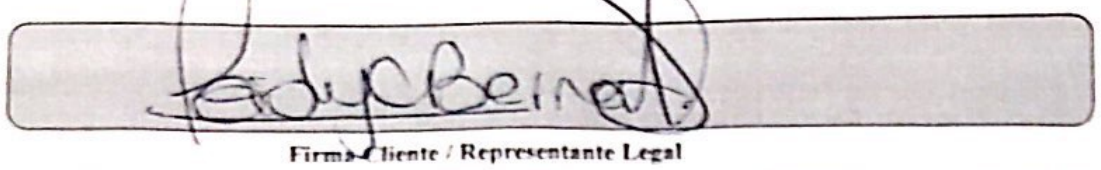
Declaro expresamente:
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestacón de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende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

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

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud ***(Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, telefono 344 44 84 , e-mail sarlaft@subredcentrooriente.gov.co)*** y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude,***(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 autorizan, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de

Scanned with CamScanner

COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, 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:		

Scanned with CamScanner

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:	**BIENESTAR SEDE CENTENARIO**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE** , a los 22 días del mes de enero del año 2019 .

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **LEIDY CAROLINA BERNAL SANCHEZ** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **1023893122,** se encuentra afiliado (a) desde **01/10/2018** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *ACTIVO COTIZANTE*.

INFORMACIÓN HISTÓRICA DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES				
Novedad	Código Entidad	Entidad Definitiva	Fecha	MultivinculaciónDecreto 3995/2008
Traslado Aprobado de un Fondo de Pensión a COLPENSIONES	23	COLPENSIONES	01/10/2018	No Aplica

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 22 de enero de 2019.

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.

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

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

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

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1023893122			SEGUROS BOLIVAR
Numero de Documento			ARL
LEIDY	CAROLINA	BERNAL	SANCHEZ
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
09/02/1990	BOGOTÁ	CL 22A SUR 2 - 39 T° 1 APT 516	3617313
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo
NEPS	COLPENSIONES	$ 3.300.000	
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios	
PROFESIONAL UNIVERSITARIO		12 DE SEPTIEMBRE DE 2016	
Objeto Contractual (Cargo)		Fecha Inicio del Contrato	
LAKARO0505@GMAIL.COM		3177750829	
Correo Electrónico		Celular	

Firma del Afliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C. _____

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE
Diagonal 34 No 5 - 43 Tel: 3444484

Scanned with CamScanner

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 121436766

WEB
10:31:24

Bogotá DC, 28 de enero del 2019

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 GONZALEZ
Jefe División Centro de Atención al Público (CAP)

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 21 de enero de 2019, a las 18:08:43, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1023893122
Código de Verificación	1023893122190121180843

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

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

Soraya Vargas P.

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2716062

Bogotá D.C., 22 de Enero de 2019 - 15:28 pm

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., 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 figueren en el registro. (Artículo 174 - Ley 734 de 2002).

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

Rosalba Jazmin Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 1_7HVRF_2815
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO INSTITUCIÓN CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUEN

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 17:37:28 horas del 21/01/2019, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **52518563**

Apellidos y Nombres: **RODRIGUEZ VERGARA LIBIA NANCY**

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.

Volver al Inicio

Avenida el Dorado N° 75 - 25 Barrio Modelia. 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. 5159700 / 30555
Resto del país: 018000 910 112
Requerimientos ciudadanos 24 horas
E-mail: lineadirecta@policia.gov.co.

a Nacional de... Documento1 - Micro...

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,

DAVIVIENDA
0084 - OFICINA VEINTE DE JULIO

Firma Autorizada
BANCO DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.
NIT. 860.034.313-7
AH 170 -1 REV. IV - 06