

Datos del usuario guardados

Noticias SECOP
Mis registros
Accesos del usuario
Términos y condiciones de uso

Información del usuario



Género	
Cargo	
Título	
Nombre completo	
Nombre y apellido	NELLY VALENCIA CAMPOS
Código del empleado	
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	39647591
Fecha de emisión	
Expedido por	
Fecha de expiración	
Dirección	
Código postal	
Estado	
Municipio	
País	COLOMBIA
Correo electrónico	n.elly-0905@hotmail.com
Teléfono	
Celular	3017178855
Número de fax	

Configuración

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

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad	¿Cuál es el nombre de su abuelo?
Respuesta	Cristobal
Celular	3017178855

Scanned by 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

Última Actualización: 15-dic-2018



1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
VALENCIA	CAMPOS	NELLY

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 39647591

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO 0 D.M 0

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 9 MES MAY AÑO 1968

PAÍS: Colombia

DEPTO: Meta

CIUDAD: Villavicencio

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: calle 40 s Nº 72g-04

PAÍS: Colombia DEPTO: Bogotá D.C.

CIUDAD: Bogotá D.C. TELEFONO: 2389792

EMAIL: n.elly-0905@hotmail.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
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°. X	MES: DICIEMBRE AÑO: 1989

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
TC	2	X		AUXILIAR DE FARMACIA	9	1999	99237
TC	4	X		AUXILIAR DE ENFERMERIA	6	1993	AE-072798

Scanned by 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: 15-dic-2018

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
subred Centro Oriente Unidad la Vcitoria	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	atencionusuario@subredcentrooriente.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3444484	DIA 18 MES 4 AÑO 2016	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Auxiliar de Enfermeria	Enfermeria	Diagonal 39 sur No. 3 20 este

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL LA VICTORIA	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	hospitalvictoria@hotmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3725610	DIA 7 MES 2 AÑO 2015	DIA 17 MES 4 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Auxiliar de Enfermeria	Enfermeria	Diagonal 39 sur No. 3 20 este

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL EL TUNAL	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	No especifica

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	DIA 2 MES 12 AÑO 2002	DIA 25 MES 8 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR DE ENFERMERIA	UCI PEDIATRICA	KRA20No. 47B 51 SUR

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

ENTIDAD RECEPTORA
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.
SIDEAP
Última Actualización: 15-dic-2018

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: INSTITUTO MATERNO INFANTIL	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*	
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*: DIA 12 MES 7 AÑO 1996	*FECHA DE RETIRO*: DIA 29 MES 12 AÑO 2006	
CARGO O CONTRATO: AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA*: NEONATOS	*DIRECCIÓN*: CALLE 1 No. 10 22	

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	22	10
PRIVADO	3	4
PARTICULAR	0	0
TOTAL	25	3

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

15 12 - 18
Ciudad y fecha del diligenciamiento

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

Scanned by 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: 15-dic-2018

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Ultima Actualización: 17-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, NELLY VALENCIA CAMPOS

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 39547591 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección calle 40 s Nº 72g-04 **Teléfonos** 3017178855 2389792

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
CAROLINA VIZCAYA VALENCIA	1233492059	HIJO(A)
NATALIA VIZCAYA VALENCIA	1013102774	HIJO(A)

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

PARA TOMAR POSESION ○ PARA RETIRARME ○ PARA ACTUALIZACION ⊗

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ○

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 0,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 18.295.200,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 18.295.200,00

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
BBVA	AHORROS	0446000200176539	KENNEDY	$ 0,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

Scanned by 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: 16-dic-2018

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 (X) NO ( ) tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
Jose Marcos Vizcaya Martinez	C.C(X) C.E( ) T.I.( )	5935157

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. 16-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

Scanned by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE "SENA"

CERTIFICA:

La Aptitud Profesional de:

NELLY VALENCIA CAMPOS

C.C. No.39.647.591 DE SANTAFÉ DE BOGOTÁ, D. C.

Como: AUXILIAR DE DROGUERÍA

FIRMA Y SELLO AUTORIZADOS

REGISTRO Y CERTIFICACION

SERVICIOS A LA SALUD

CENTRO DE FORMACION

SANTAFÉ DE BOGOTÁ, D. C.

8 de Mayo de 1999

CIUDAD Y FECHA DE TERMINACION

99 2377 - 20 de Septiembre de 1999

NUMERO DE REGISTRO Y FECHA DE EXPEDICION

La República de Colombia

y en su nombre

La Fundación Académica Cultural "Fumparcal"

Autorizada por el Ministerio de Educación Nacional, según
Resolución No. 15165 del 11 de Octubre de 1.988

Confiere á

Nelly Valencia Campos

Identificado(a) con c.c. No. 39.647.591 Expedida en Bogotá D.E.

El Título de

Bachiller Académico

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

Rector

Secretario

Secretaría Ejecutiva
FUNPARCAL
Fundación Académica Cultural

Bogotá, D. E., 4 de DICIEMBRE de 1989

Anotado al folio 15-C Libro de Registro No. 44

Secretario de Educación

Gladys La Vilata

Dado en Bogotá, D. E., a 14 de mayo de 1994

República de Colombia

Escuela de Auxiliares de Enfermería Cemca

Acuerdo No. 01 del 4 de Marzo de 1993 Minsalud
Resolución No. 234 de 1990 Mineducación

Teniendo en cuenta que

Nelly Valencia Campos

C.C. No. 39'647.591 de Bosa

Asistió y aprobó satisfactoriamente el curso de

Auxiliar de Enfermería

Dictado del 15 de Julio de 1991 al 18 de Junio de 1993

Con una intensidad de 2300 horas
Le confiere el presente Certificado

ESCUELA DE AUXILIARES DE ENFERMERIA CEMCA DIRECTORIA

SECRETARIA DE EDUCACION

ESCUELA DE AUXILIARES DE ENFERMERIA CEMCA DIRECCION

Funcionario Secretaría de Educación

Dado en Bogotá, D.C. a 19 de Junio de 1993

SENA

ACTA DE GRADO

REGIONAL BOGOTA
CUNDINAMARCA

REGISTRO Y CERTIFICACIÓN REGIONAL

HACE CONSTAR

Que ***NELLY VALENCIA CAMPOS***, con Cédula de Ciudadanía No. 39.647.591 de Santafé de Bogotá, realizó y aprobó la Especialidad AUXILIAR DE DROGUERIA, Modo de Formación Nuevo Recurso Humano. Certificado de Aptitud Profesional Registro No. 99.2377 del 20 de Septiembre de 1999. xxxxx

Se expide en Santafé de Bogotá D.C., a los ocho (08) días del mes de Octubre de mil novecientos noventa y nueve (1999).

YOLANDA MARULANDA BUSTOS
Coordinadora

Nidia E.

CEMCA

ESCUELA DE AUXILIARES DE ENFERMERIA

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

En la ciudad de Santafé de Bogotá D.C., a los diecisiete (17) días del mes de junio de mil novecientos noventa y tres (1993), se reunieron los suscritos Rector y Directora de la Escuela de Auxiliares de Enfermería "CEMCA", con el fin de estudiar los resultados académicos y prácticos de los estudiantes de cuarto semestre, con el propósito de conferirles la certificación correspondiente como Auxiliares de Enfermería.

Comprobada la situación académica y verificadas las diferentes actividades de prácticas de atención primaria y secundaria de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondiente al último semestre de AUXILIARES DE ENFERMERIA, se procedió a otorgar el Certificado al egresando cuyos apellidos, nombres y número del documento de identificación se relacionan a continuación:

VALENCIA CAMPOS NELLY C.C. No. 39'647.591 de Bosa

Es fiel copia tomada del Acta General de Grado No. 002 de fecha diecinueve (19) de junio de mil novecientos noventa y tres (1993), que consta de 126 alumnos, que comienza con el nombre de ACERO SILVA ADRIANA y termina con el nombre de ZAPATA VARGAS LUZ MARINA, firmada y sellada por LUIS EDUARDO SANCHEZ VASQUEZ (Rector) y MARIA TERESA CELY CLAVIJO (Directora).

Dada en Santafé de Bogotá D.C., a los 22 días del mes de junio de mil novecientos noventa y tres (1993).

LUIS EDUARDO SANCHEZ VASQUEZ
C.C. No. 17'037.845 de Bogotá
Rector

ESCUELA DE AUXILIARES DE ENFERMERIA
CEMCA
RECTORIA

MARIA TERESA CELY C.
MARIA TERESA CELY CLAVIJO
C.C. No. 51'735.987 de Bogotá
Directora

ESCUELA DE AUXILIARES DE ENFERMERIA
CEMCA
DIRECCION

Calle 36 No. 15-63 ☎ 245 94 33 - 288 43 21 Santafé de Bogotá, D.C. Colombia

FUNDACION ACADEMICA CULTURAL * FUMPARCAL*
INSTITUCION

Calle 13 No. 3 - 73
DIRECCION

2 41 47 46
TELEFONO

JORNADA Mañana Continúa

INSCRIPCION S. E. 2344

INSCRIPCION DANE 31100119725

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

En la ciudad de Bogotá, D.E. a los 4 días del mes de Diciembre del año 1989 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretario en la Rectoría del La Fundación Académica Cultural * Fumparcal.*

Institución aprobada hasta Nva. Visita en el Nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad Académico según Resolución No. 15165 del 11 de Octubre de 19 88

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el TITULO DE BACHILLER Académico

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

NELLY VALENCIA CAMPOS. C.C.# 39.647.591 de Bogotá

Es fiel copia tomada del Acta original general No. 008 de fecha 04 - 12 - 89 que consta de 21 alumnos que comienza con el nombre de JENNY ANGELICA BARON GARCIA y se cierra con el nombre de NELLY VALENCIA CAMPOS firmado y sellado por OSCAR GUILLERMO BLANCO P. (Rector) y ELIZABETH ESPINOSA DE ORTIZ (Secretario).

Dada en Bogotá, D.E. a los 4 días del mes de Diciembre de 1.9 89

Firmado y Sellado

FUNDACION ACADEMICA CULTURAL

OSCAR GUILLERMO BLANCO P.
El Rector o Director

C.C. No. 19.358.313 de Bogotá

Secretaria Ejecutiva

ELIZABETH ESPINOSA DE ORTIZ
El Secretario
Fundación Academica Cultural

C.C. No. 41.406.522 de Bogotá

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD

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

LABORATORIO CLINICO, TOXICOLOGIA Y SERVICIO TRANSFUSIONAL

Hace constar que:

NELLY VALENCIA CAMPOS
C.C 39647591

Participo en la capacitación-taller en:

TOMA DE MUESTRA

Que incluyo las siguientes actividades: normatividad, técnica toma de muestra sanguínea, microbiológica y servicio transfusional, contenedor, orden de llenado y cantidad, marcación de muestras, diligenciamiento orden, causas de no aceptación de muestras, puntos de control en la toma de muestra.

Intensidad dos (2) horas.

Esta certificación se firma a los 31 (treinta y uno) días del mes de agosto de 2018.

NUBIA INES VARELA MORATO
Referente laboratorio clínico
Toxicologia y servicio transfusional

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Scanned by CamScanner

EL HOSPITAL EL TUNAL III NIVEL DE ATENCION CERTIFICA:

NELLY VALENCIA CAMPOS

Identificada con cc: 39647591 participo y aprobó el entrenamiento en Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrica con una intensidad de 40 horas, semipresencial.

ENTRENAMIENTO EN CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICO

HOSPITAL EL TUNAL
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

GERENTE: DOCTOR OMAR SILVA

COORD. DE PEDIATRIA: DOCTOR JOSE LUIS CALDERON

Bogotá D.C

Señores:

Escuela de Auxiliares de enfermería "CEMCA"

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Nelly Valencia Campos 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:

Aux Enfermería

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma _____

No. de documento: 39647591

Tarjeta profesional No: A.E. 022798

Dirección de contacto: Calle 40 Sur # 72 G 04

Teléfono: 3017178853

Scanned by CamScanner

LA SUSCRITA JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA DEL INSTITUTO MATERNO INFANTIL

CERTIFICA QUE:

La Señora **NELLY VANLENCIA CAMPOS**, identificada con cédula de ciudadanía No 39.647.591 de Bosa, labora en la Institución en el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, con experiencia en las áreas de Ginecoobstetricia y Neonatología, desde hace ya 7 años.

La presente se expide a solicitud del interesado en Bogotá D.C., a los veintidos (22) días del mes de Enero del dos mil cuatro (2004).

Para ampliar o adicionar la presente información, favor comunicarse al Tel: 289 2200 Ext. 209

Cordialmente,

Elsa Myriam Pedraza Arias
ENFERMERA - U.J.
REG: 1541[illegible]

Enf. ELSA MYRIAM PEDRAZA ARIAS
Jefe Departamento de Enfermería (E)

INSTITUTO MATERNO INFANTIL

LA SECCION DE NOMINAS
DEL INSTITUTO MATERNO INFANTIL-HOY EN LIQUIDACION
NIT 800067300-5

C E R T I F I C A :

No.009/07

Que la señora NELLY VALENCIA CAMPOS, identificada con cédula de ciudadanía No. 39.647.591 de Bosa, prestó sus servicios a la Institución mediante contrato de trabajo a termino indefinido desde el 12 de Agosto de 1996 hasta el 20 de Diciembre de 2006 cargo Auxiliar de Enfermeria Diurna.

La presente certificación se expide a los treinta(30) días del mes de julio de 2007.

Cordialmente,

INSTITUTO MATERNO INFANTIL
JEFE DE SECCION
SALARIOS Y

ELSA M. GUERRON YEPES
Nóminas IMI

LA SUSCRITA JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA DEL INSTITUTO MATERNO INFANTIL

CERTIFICA QUE:

La Señora **NELLY VANLENCIA CAMPOS**, identificada con cédula de ciudadanía No 39.647.591 de Bosa, labora en la Institución en el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, con experiencia en las áreas de Ginecoobstetricio y Neonatología, desde hace ya 7 años.

La presente se expide a solicitud del interesado en Bogotá D.C., a los veintidos (22) días del mes de Enero del dos mil cuatro (2004).

Para ampliar o adicionar la presente información, favor comunicarse al Tel: 289 22 00 Ext. 209.

Cordialmente,

Elsa Myriam Pedraza Arias
ENFERMERA - U.J.
REG. 13370-68

Enf. ELSA MYRIAM PEDRAZA ARIAS
Jefe Departamento de Enfermería (E)

PROMOVIENDO
Cooperativa de Trabajo Asociado

AD-811
620702

LA SUSCRITA GERENTE ADMINISTRATIVA DE LA COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO PROMOVIENDO "PROMOVIENDO CTA."

HACE CONSTAR

Que una vez verificados los registros correspondientes del (la) señor (a) **NELLY VALENCIA CAMPOS** identificado (a) con cédula de ciudadanía No. **39647591**, fue asociado (a) de la Cooperativa **PROMOVIENDO CTA.** Desde el 01 de marzo de 2008 hasta el 16 de febrero de 2009. Prestó sus servicios como **AUXILIAR DE ENFERMERIA.** En nuestra empresa cliente **HOSPITAL TUNAL III NIVEL.**

Su convenio de asociación y los servicios que prestó están regulados por la ley 79 de 1998 y el decreto 468 de 1990.

Se expide a petición del asociado a los 12 de marzo de 2009.

Cordialmente

PROMOVIENDO
Cooperativa de Trabajo Asociado

ROSALBA CASTILLEJO RASH
Gerente Administrativa

Elaborado: Juddy González

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 39.647.591

VALENCIA CAMPOS

APELLIDOS

NELLY

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 09-MAY-1968

VILLAVICENCIO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA

A+ G.S. RH

F SEXO

25-AGO-1986 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00148321-F-0039647591-20090129 0009738702A 1 1220038429

Scanned by CamScanner

DIAN®

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14361492777

(415)7707212489984(8020) 000001436149277 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 3 9 6 4 7 5 9 1 — 6. DV 0

12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá 3 2

14. Buzón electrónico

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida 2

25. Tipo de documento: Cédula de ciudadanía 1 3

26. Número de Identificación: 3 9 6 4 7 5 9 1

27. Fecha expedición: 1 9 8 6 0 8 2 5

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: VALENCIA

32. Segundo apellido: CAMPOS

33. Primer nombre: NELLY

34. Otros nombres

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 40 SUR 72 G 04 BRR BOMBAY

42. Correo electrónico: n.elly-0905@hotmail.com

43. Apartado aéreo

44. Teléfono 1: 2 3 8 9 7 9 2

45. Teléfono 2: 3 0 1 7 1 7 8 6 5

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades	
46. Código: 8 6 9 2	47. Fecha inicio actividad: 1 9 9 3 1 2 0 1	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
53. Código:	2	0																

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código:										

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X]

60. No. de Folios: 0

61. Fecha: 2 0 1 6 0 1 2

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 19 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante.

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

994. Nombre: BARBOSA FIQUITIVA ALCIRA ROCIO

995. Cargo: Analista II

DOCUMENTO SIN COSTO
CERTIFICADO

Scanned by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 13-03-2015
Hora: 9:06:56 AM

CONTRIBUYENTE NIT 39647591-0 NELLY VALENCIA CAMPOS

Información General

Dirección CLL 40 SUR 72G 04

Teléfonos 2389792-3017178855

Dirección electrónica

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 24/08/2009

Soporte Inscripción 13045269

Fecha Inicio Actividades 12/01/1993

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:

Fuente ICA TE TO

BOGOTÁ HUMANA

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

Scanned by CamScanner


SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
VALENCIA CAMPOS
HELIX

RESOLUCION NUMERO 06652 DE 23 AGO. 1993

"Por la cual se registra e inscribe un titulo"

EL SECRETARIO DISTRITAL DE SALUD
en ejercicio de la delegacion conferida por las resoluciones numero 2085 de 1989 y 449 de Febrero 8 de 1.993 emanada del Ministerio de Salud, y

CONSIDERANDO :

Que VALENCIA CAMPOS NELLY identificado con la cedula de ciudadania numero 39647591 expedida en BOSA(BTA) , solicita el registro de su CERTIFICADO de AUXILIAR DE ENFERMERIA

que le otorgo ESCUELA DE AUXILIARES DE ENFERMERIA CEMCA el 06/19/1993 e inscripcion para ejercer su profesion en el territorio de Santafe de Bogota D. C.

Que El ---------- se encuentra debidamente refrendado por la Secretaria de Educacion al folio ---- del libro ---- de ----

RESUELVE :

ARTICULO PRIMERO - Registrar el CERTIFICADO que autoriza a VALENCIA CAMPOS NELLY identificado con la Cedula de Ciudadania numero 39647591 expedida en BOSA(BTA) para ejercer la profesion de ____ AUXILIAR DE ENFERMERIA en el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO - Inscribir a VALENCIA CAMPOS NELLY , para ejercer su profesion en Santafe de Bogota, D. C.

ARTICULO TERCERO - Contra la presente procede el recurso de reposicion en los terminos y con los requisitos de que trata el Decreto Ley 01/84.

NOTIFIQUESE, PUBLIQUESE Y CUMPLASE
Dada en Santa Fe de Bogota, D. C. a los 23 AGO. 1993

ORIGINAL FIRMADO POR:
EDUARDO DIAZ URIBE
Secretario Distrital de Salud

ORIGINAL FIRMADO POR :
Luis Gerardo Martínez Moreno
LUIS GERARDO MARTINEZ MORENO.
Subsecretario General

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 *: 39647591

Primer Nombre *: NELLY

Primer Apellido *: VALENCIA

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2018-09-26→4:59:02 PM

Tipo Identificación	*Nro. Identificación*	*Primer Nombre*	*Segundo Nombre*	*Primer Apellido*	*Segundo Apellido*	*Detalles*
CC	39647591	NELLY		VALENCIA	CAMPOS	Ver

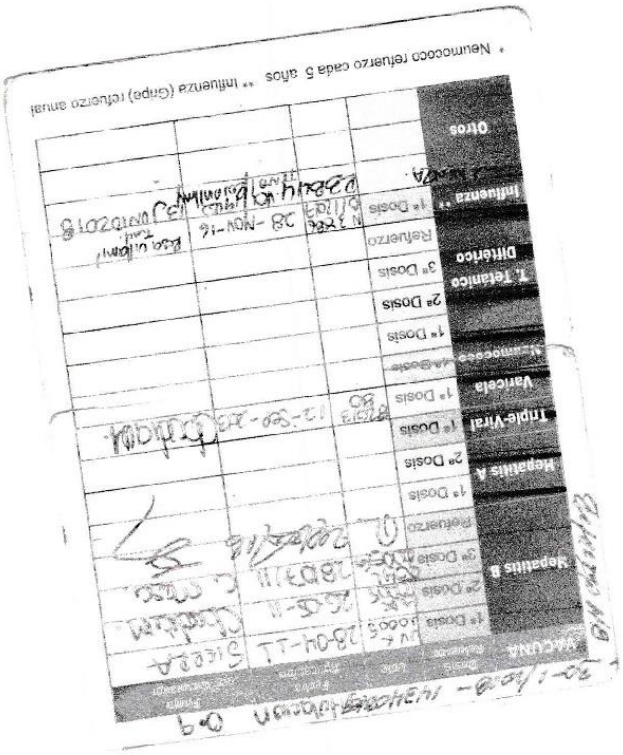
Información Detallada [CC: 39647591] NELLY VALENCIA CAMPOS

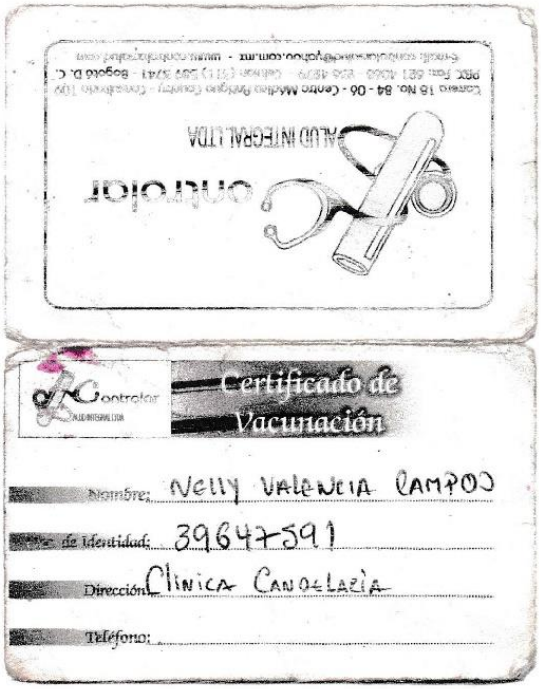
2018-09-26→4:59:02 PM

Información Académica

Tipo Programa	*Origen Obtención Título*	*Profesión u Ocupación*	*Fecha desde que puede ejercer*	*Entidad Reportadora*
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	1993/8/23	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

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


Vacuna
Hepatitis B
Hepatitis A
Triple-Viral
Varicela
Neumococo
T. Tetánico Diftérico
Influenza **
Otros
1ª Dosis
2ª Dosis
3ª Dosis
Refuerzo
* Neumococo refuerzo cada 5 años ** Influenza (Gripe) refuerzo anual


Control
SALUD INTEGRAL LTDA
Certificado de Vacunación
Nombre: Nelly Valencia Campos
de Identidad: 39647591
Dirección: Clinica Candelaria
Teléfono:

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

Consérvelo

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

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO.

MINSALUD | GOBIERNO DE COLOMBIA

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Nelly
Apellidos: Valencia Campos
Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 39647591
Fecha de Nacimiento: Día. 09 Mes. 05 Año. 1968

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
Fiebre amarilla	Única			compensar salud
Toxoide Tetánico Diftérico (Td)	DPT Refuerzo 22 Marzo - 2013			
	DPT Refuerzo 6 Abril - 2017			
	3	05 OCT. 2018		
	4			
	5			
Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
VPH	1			
	2			
	3			
Anti rábica	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Influenza	Anual	13-Junio-2018		
Otras	Neumococo	26-Feb-2013		

LABINTOX S.A.S.

SALUD OCUPACIONAL - LABORATORIO CLINICO - TOXICOLOGIA

FECHA	: Octubre 23 y 24 de 2017	**CONSEC.**	: 227
NOMBRE	: VALENCIA CAMPOS NELLY	**EDAD**	: 49
CEDULA	: 39,647,591	**SEXO**	: F
EMPRESA	: SERVICIOS DE SALUD TUNAL		

HEPATITIS B, Anti - HBs

RESULTADO	: 30,24 mUI/mL.	
VALORES DE REFERENCIA	***Titulos Anticuerpos HBs***	***Tiempo de Protección***
	Menor de 10 mUI/mL.	No reactivo
	Mayor de 10 mUI/mL.	Reactivo
	ESQUEMA DE VACUNACIÓN	
	Menor o igual a 10 mUI/mL.	Revacunación
	10.0 – 100 mUI/mL.	Niveles de Protección
	Mayores de 100 mUI/mL.	Niveles de Inmunidad
METODO	: Quimioluminiscencia Enzimática Amplificada	

LABINTOX S.A.S.
Lic. S. Ocup. 12960
Jeannette García
TP. 39562412

CENTRO MÉDICO LABORATORIO CLÍNICO

OLAYA S.A.S

VALORACION VISUAL OCUPACIONAL

NOMBRES:	Nelly Valencia Campos	EDAD: 49	FECHA: 14/12/17
IDENTIFICACION:	39647591	TELEFONO:	
CARGO:	Auxiliar de enfermeria	EMPRESA: Hospital Tunal	

ANTECEDENTES MEDICO OCUPACIONALES

OCUPACION: Auxiliar de enfermeria — TIEMPO EN ESTE OFICIO: 24 años

UTILIZA ALGUNA PROTECCION? SI _____ NO _____ CUAL? _____

EVALUACION DE LA PRUEBA Sigsa No laotiae hoy

AGUDEZA VISUAL	SIN CORRECCION	CON CORRECCION
Lejos OD	20/30	
Lejos OI	20/40	
Lejos AO	20/30	
Cerca OD	20/200	
Cerca OI	20/200	
Cerca AO	20/200	

RECOMENDACIONES

OFTALMOSCOPIA DIRECTA	OD: Normal	OI: Normal	AO: Normal
Necesidad de correction óptica:	Si VP		
Cromática:	NORMAL Ambos ojos	ANORMAL ———	
Test Estereopsis:	Normal		
INTERPRETACION:	Ametropia AO VP No corregido		
OBSERVACIONES	Conducta por optometria para Rx VP, uso de EPP visual		
RECOMENDACIONES	Control anual		

FIRMA PROFESIONAL

FIRMA TRABAJADOR

REPORTE DE ESPIROMETRIA

NOMBRES:		EDAD:	FECHA:
IDENTIFICACION:		TELEFONO:	
CARGO:		EMPRESA:	

ANTECEDENTES MEDICO OCUPACIONALES

RESULTADOS PRUEBA

ITEM	VALOR OBSERVADO	VALOR TEORICO	
FUC (L)			
FEV1 (L)			
FEV1 / FUC (%)			
FEF25 - 75% (L/S)			
PEF(L/S)			

INTERPRETACION

RECOMENDACIONES

FIRMA TRABAJADOR

Clinisur IPS Ltda.

CLINISUR IPS 1 LTDA

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

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL



EMPRESA PARTICULAR FECHA 25/08/2016 11:30:59

PREOCUPACIONAL O INGRESO [x] POS-OCUPACIONAL O EGRESO [ ] PERIÓDICO [ ]

NOMBRE Y APELLIDO: NELLY VALENCIA CAMPOS C.C 39647591

SEXO M CARGO A DESEMPEÑAR Enfermera

EXÁMENES PARA CLÍNICOS PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	[x]	Exámenes de laboratorio	SI [ ] NO [x]
Visiometria	[x]	Glic [ ] Col [ ] Trigli [ ] Otros [ ]	
Audiometria	[ ]	Cuales	
Espirometria	[ ]	Radiografias	

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

APTO PARA EL CARGO [x] MOTIVO PARA LABORAR

NO APTO [ ] MOTIVO

OBSERVACIONES

CONTROL MEDICO EPS

USO DE EPP

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



Dra. ESMERALDA RAMOS
Médico Especialista
Salud Ocupacional
Lic. S.O 7322-2013
FIRMA DEL ESPECIALISTA

Dirección CALLE 27 SUR No 10-07
Tel 378705

Scanned by CamScanner

Subred Integrada de Servicios de Salud

Centro Oriente E.S.E.

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

CERTIFICA QUE:

NELLY VALENCIA CAMPOS

C.C.: 39647591

Asistió a la capacitación en:

Atención Integral en Salud de Victimas de Violencia Sexual

Con una intensidad horaria de 20 horas

Dada en Bogotá a los Treinta (30) días del mes de Noviembre de 2016

Martha Yolanda Ruiz Valdés
Gerente
Subred Integrada de
Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

José Alfredo Morales Díaz
Profesional Especializado Talento Humano
Subred Integrada de
Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

Secretaría de Salud
Subred Integrada

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

NELLY VALENCIA CAMPOS

Con Cedula de Ciudadania No. 39.647.591

Cursó y aprobó la acción de Formación

SOPORTE VITAL BASICO

con una duración de 20 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Bogotá, a los nueve (9) días del mes de mayo de dos mil diecisiete (2017)

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

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

43202770 - 09/05/2017
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 9403001403656CC39647591C.

Scanned by CamScanner

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: FT-GA-FT-011
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-09-22

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

FECHA: 15-12-18 CIUDAD: Bogotá DEPARTAMENTO: Cundinamarca

Integrado, Cliente, Con el diligenciamiento de este formulario por parte usted inicia 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 realización de este proceso es de carácter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Valencia	Campos	Nelly	—

TIPO DE IDENTIFICACION	No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
CC ☒ CE ☐ RC ☐ NUIP ☐	39647591	Bogotá	25 AGOS 1986
PASAPORTE ☐ OTRO ☐		ES RESIDENTE EN COLOMBIA SI ☒ NO ☐	

FECHA NACIMIENTO	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD
9-MAY/68	Villavicencio	Colombia	Colombiana

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERA(O) ☐ CASADA(O) ☐ DIVORCIADA(O) ☐ UNION LIBRE ☒ VIUDA(O) ☐	2	2	3017178855

NIVEL DE ESTUDIOS - FORMACION ACADEMICA								PROFESION OFICIO
MAGISTER ☐	ESPECIALIZACION ☐	UNIVERSITARIO ☐	BACHILLER ☐	PRIMARIA ☐	TECNICO ☒	TECNOLOGO ☐	CUAL: Aux Enfermería	Aux Enfermería

DIRECCION RESIDENCIA	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO	PAIS RESIDENCIA	TELEFONO RESIDENCIA
Calle 40 Sur # 72 G 04	Bogotá	Cundinamarca	Colombia	2389792

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
Nelly-0905@Hotmail.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
Vizcaya	Martínez	Jose	Marcos

TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
CC ☒ CE ☐ RC ☐ NUIP ☐	5985187	Icononzo (Tolima)	9-octubre 1985
PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA SI ☒ NO ☐	NACIONALIDAD: Colombiana

3. INFORMACION ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE	DECLARA RENTA					CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
	SI ☐ NO ☒	IVA	SI ☐	NO ☒		8692	—
		ICA	SI ☐	NO ☒		PRINCIPAL ☒	SECUNDARIA ☐

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

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA	
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	Subred centro oriente	NIT 900959052-7

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA: GOBIERNO ☐ COMERCIAL ☐ SERVICIOS ☐ SALUD ☐

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐

OTRA ☐ CUAL: —

DIRECCION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
Cra 39 Sur # 3-20 Este	3725615	Bogotá	Cundinamarca	Colombia
CARGO ACTUAL	Auxiliar de Enfermería		FECHA VINCULACION	7-Feb 2015

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	DESCRIPCION ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCION	TIPO SOCIEDAD
—	—	—	—	—	—

Scanned by CamScanner

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: [illegible]
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-06-22

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
[illegible]	—	[illegible]	450.000	[illegible]	—	[illegible]	—
[illegible]	1.524.600	[illegible]	400.000	[illegible]	—	[illegible]	—
[illegible]	—	[illegible]	—	[illegible]	—	[illegible]	—
[illegible]	—	[illegible]	—	[illegible]	—	[illegible]	—
[illegible]	—	[illegible]	600.000	[illegible]	—	[illegible]	—
TOTAL INGRESOS	1.524.600	TOTAL EGRESOS	1.450.000	TOTAL ACTIVOS	—	TOTAL PASIVOS	—
DESCRIPCIÓN OTROS INGRESOS		DESCRIPCIÓN OTROS EGRESOS		DESCRIPCIÓN OTROS ACTIVOS		DESCRIPCIÓN OTROS PASIVOS	

6. REFERENCIAS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Sierra	Navarrete	Luz	Mery
DIRECCIÓN	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAÍS	TIPO RELACIÓN	TELÉFONO FIJO Y/O EXTENSIÓN/CELULAR
	Bogotá	Amigos	3124712849

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NÚMERO	SUCURSAL	TELÉFONO
BBVA	Ahorros	449176534	Kennedy	

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA SI ☐ NO ☐

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NÚMERO	PAÍS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO
—	—	—	—	—	—

DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS

IMPORTACIÓN ☐ EXPORTACIÓN ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRÉSTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐ CUAL —

8. DECLARACIÓN 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 entregare a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE** provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):

Auxiliar Enfermería

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. Me comprometo 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), no efectuare transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinaran a actividades lícitas
5. Informare 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, exonerando por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo
7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

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

Profesional Independiente Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador publico 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 Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) dias, expedido por la Camara de Comercio (Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT
3. Fotocopia Inscripción en el Rit Distrital
4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%
5. Fotocopia Declaración 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 conceptos de ingreso deben estar debidamente soportados (Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc)

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

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los 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 articulo 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 comerciales, razon por la cual procedo a emitir la siguiente:

Scanned by CamScanner

AUTORIZACION

...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 - 43, teléfono 344 44 84 y/o cualquier ...Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada

...o expresamente:

...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 ...los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestacion de servicios de salud.

2. 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 Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de ...precontractual 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, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío 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 terminos 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 tecnicos y estadisticos.

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

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

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

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, ...rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre 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 autorizao, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las ...personas, para las finalidades y en los terminos que nos fueron informados en el presente documento.

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

IX. FIRMA Y HUELLA

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

Huella ...echo

Firma Cliente / Representante Legal

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 by CamScanner

compensar

LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR EPS
NIT 860.066.942-7

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) NELLY VALENCIA CAMPOS identificado(a) con cedula ciudadania 39.647.591 , se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20170301	No Registrada

Beneficiarios:

Nombre Beneficiario	Paren.	Identificación	Tipo de Identificación	Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Estado Afiliación	Semanas Cotizadas
TANIA ALEJANDRA CASTIBLANCO VALENCIA	HI	1011101239	TI	20170301	0	Activo	379
NATALIA VISCAYA VALENCIA	HI	1013102774	TI	20170301	0	Activo	768

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 10 días del mes de Diciembre de 2.018

Observaciones:

Con destino a:
TRAMITE PERSONAL

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234- Documento no válido como autorización de Traslado - No es válido para aclarar situación de Duplicidad en el SGSSS. Semanas de Cotización según LEY 1122/07.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: LUCIANA ANDREA RESTREPO
CER-AFI 10524543

Avenida Calle 26 No. 66A - 48
Central telefónica - 444 1234

Scanned by CamScanner

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **NELLY VALENCIA CAMPOS** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **39647591,** se encuentra afiliado (a) desde **12/08/1993** 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 COLPENSIONES o a un Fondo de Pensión	10	CITI COLFONDOS	01/06/1994	No Multivinculado
Traslado Aprobado de un Fondo de Pensión a COLPENSIONES	23	COLPENSIONES	01/06/2012	No Aplica

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 11 de diciembre de 2018.

Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

39647591	Sura
Numero de Documento	ARL

Nelly		Valencia	Campos
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

9-05-68	Valledupar	Meta	2389792
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

Compensar.	Colpensiones	$ 1.524.600
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

Aux Enfermería	
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

U.e119-0905@Hotmail.com	3017178855
Correo Electrónico	Celular

Firma del Afiliado	*Firma y Nombre Supervisor del Contrato*
	C.C.

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

Scanned by CamScanner

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 119083319

WEB
20:08:11

Bogotá DC, 11 de diciembre del 2018

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) NELLY VALENCIA CAMPOS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 39647591:

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 martes 11 de diciembre de 2018, a las 20:30:02, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	39647591
Código de Verificación	396475911812112030002

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

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2604415

Bogotá D.C., 11 de Diciembre de 2018 - 20:19 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) **NELLY VALENCIA CAMPOS**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **TREINTA Y NUEVE MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS NOVENTA Y UN** de BOGOTA D.C.

39647591

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

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

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

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

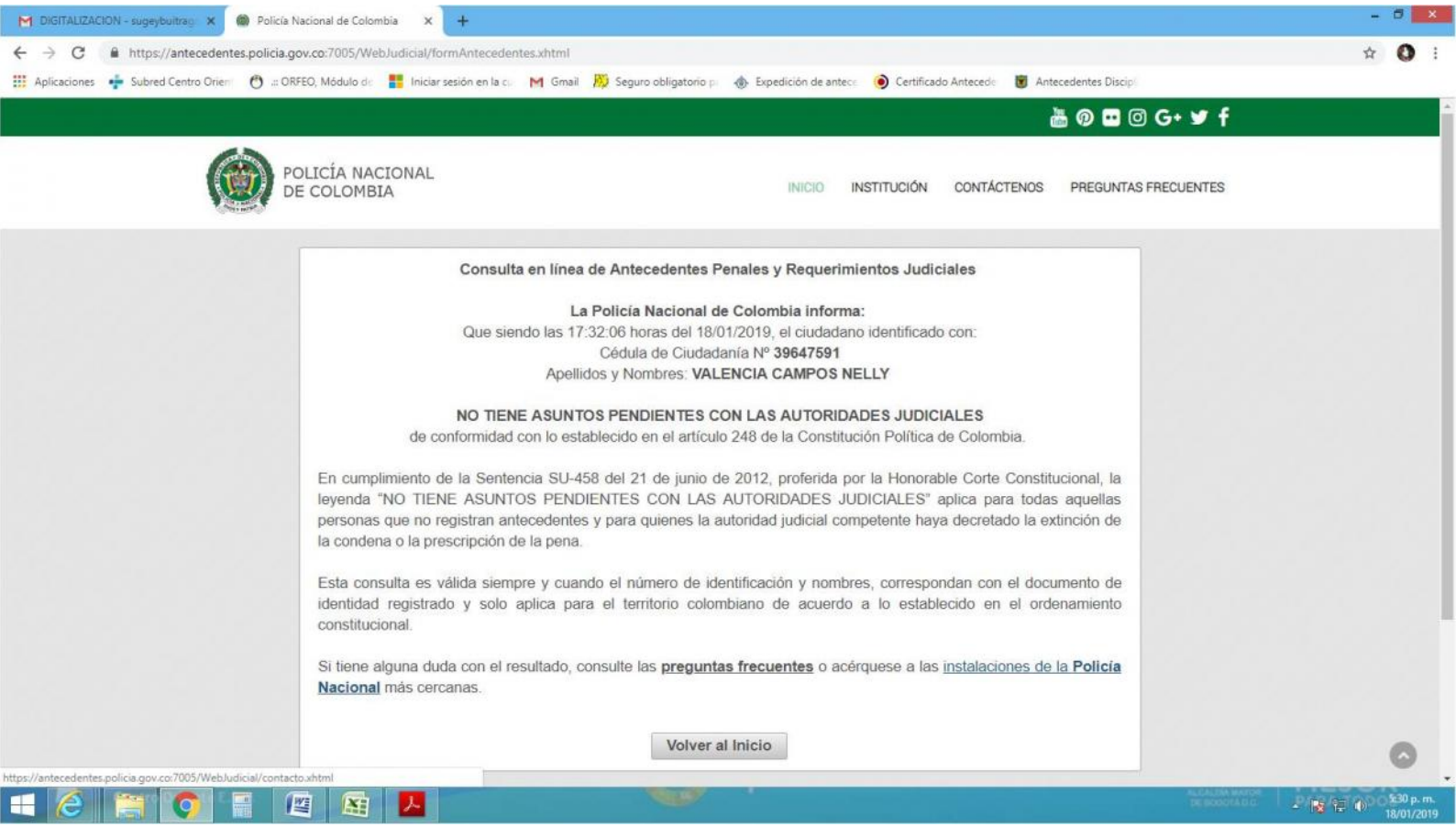
Certificado expedido sin costo alguno.

Rosalba Jazmin Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 12_L3NKY_1920
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios


DIGITALIZACION - sugeybultra
Policía Nacional de Colombia
https://antecedentes.policia.gov.co:7005/WebJudicial/formAntecedentes.xhtml
POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA
INICIO
INSTITUCIÓN
CONTÁCTENOS
PREGUNTAS FRECUENTES
Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales
La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 17:32:06 horas del 18/01/2019, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº 39647591
Apellidos y Nombres: VALENCIA CAMPOS NELLY
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
https://antecedentes.policia.gov.co:7005/WebJudicial/contacto.xhtml
5:30 p. m.
18/01/2019

BBVA

BBVA COLOMBIA
NIT 860.003.020-1

CERTIFICA

Que **NELLY VALENCIA CAMPOS** identificado(a) con **cédula de ciudadanía número 39.647.591** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **Cuenta De Ahorros Libreton No 00130446000200176539** aperturada el **08 de octubre de 2018**, cuenta **activa** y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

El número de cuenta podrá ser utilizada en nuestros canales como se indica a continuación:

9 dígitos: **446176539**
10 dígitos: **0446176539**
16 dígitos: **0446000200176539**

Recuerde que para pago en nómina a través de Net Cash, el formato a utilizar es de 16 dígitos.

Esta certificación se expide a solicitud del titular el día **08** de **octubre** de **2018** a las **10:24**, con destino a **A Quien Interese.**

Firma autorizada autografiada
BBVA COLOMBIA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

BBVA COLOMBIA ESTABLECIMIENTO BANCARIO

Scanned by CamScanner