





Buscar por proces

Menú

Confirmación de registro de la entidad

Para actualizar el registro concluya la sesión.

Felicitaciones NELLY FABIOLA BARRERA SANCHEZ.

NELLY FABIOLA BARRERA SANCHEZ con el NIT 53118620 creada

Su usuario es el usuario administrador, usted puede administrar la información de su entidad y dar acceso a nuevos usuarios.

Haga clic aquí para continuar >

[Aumentar el contraste](#)

UTC -5 13:14:52

[Buscar...](#)Id de página:: 14001741 [Ayuda ?](#)

Señores

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

Manifiesto bajo la gravedad de juramento que NO me encuentro dentro de las causales de inhabilidad e incompatibilidad de orden constitucional o legal, para ejercer cargos, empleos públicos o para celebrar contratos de prestación de servicios con la administración pública.

De conformidad con lo establecido en el artículo 6 de la Ley 190 de 1995 en caso de que sobrevenga al acto de nombramiento o posesión alguna inhabilidad o incompatibilidad, lo advertiré inmediatamente a la entidad.

Para todos los efectos legales, certifico que los datos registrados en mi hoja de vida, así como los documentos anexos aportados son veraces.

Para constancia se firma en Bogotá a los 30 de DIC de 2019

Cordialmente,

Nelly Barrera Sanchez
C.C. 53118620 Bta

COMPROMISO DE INTEGRIDAD

Como colaborador de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. reconozco la importancia de asumir un compromiso con el logro de los objetivos estratégicos institucionales y por ello me comprometo a:

- ✓ Apropiar y promover los valores y principios de la Entidad, de la función administrativa y del Estado, así como instituir las normas éticas que deben inspirar el proceder y las acciones de todos colaboradores de la Institución.
- ✓ Promover en mi grupo de trabajo y con todos los grupos de interés de la entidad, una cultura socialmente responsable orientada al respeto por los derechos humanos, prácticas laborales justas, con enfoque de precaución frente a los impactos ambientales y a la lucha contra la corrupción.
- ✓ Conocer el Manual Código de Integridad y Buen Gobierno AP-TH-MN-05 de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente, y por lo tanto, el compromiso de actuar en coherencia con su contenido y filosofía dado que se relaciona con las conductas que se deben practicar como colaborador de la Entidad.
- ✓ Actuar bajo los lineamientos del Código de Integridad y Buen Gobierno, a cooperar con mi equipo de trabajo y orientar nuestras actuaciones hacia la transparencia y defensa de lo público,

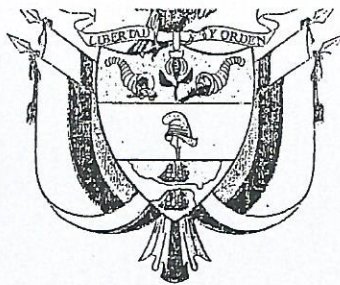
Adicionalmente me comprometo a:

Nombre: Nelly Barrera Sanchez

Documento: 53118620 Bta

Cargo: Auxiliar de Enfermería

Fecha: 30 DIC 2019



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

La Institución Educativa Distrital "Clemencia de Caycedo"

Jornada Mañana

Resolución de Unificación y Reconocimiento de Estudios N° 2729 del 9 de
Septiembre de 2002 emanada por la Secretaría de Educación del Distrito Capital

Confiere a:

Nelly Fabiola Barrera Sánchez

Identificado (a) con C.C. N° 851119-36973 de Santafé de Bogotá

El Título de

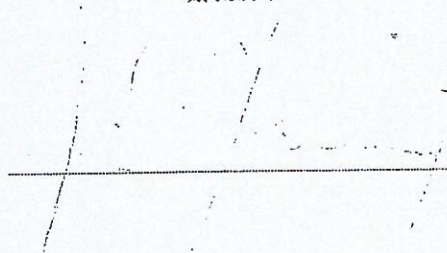
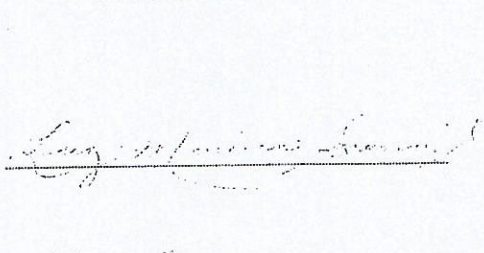
Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de
Educación Media Académica, Artículo 28 Ley 115 de 1994
según los planes y programas vigentes

Promoción 2002

Rector

Secretaria General

Libro de Registro No. 3

Acta No. 002

Folio No. 001

Dado en Bogotá, D.C., a 7 del mes de septiembre del año 2002





La Escuela de Administración y Formación en Salud -ESAF-

Con Autorización Oficial según Resolución No. 2920 del 16 de Septiembre de 1999
Emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá.

Teniendo en cuenta que:

Nelly Fabiola Barrera Sánchez

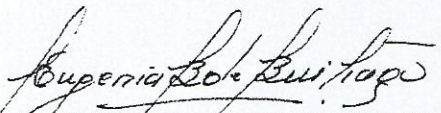
Con Documento de Identidad No. 53.118.620 expedida en Bogotá

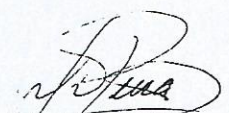
Ha cumplido con los requisitos Académicos exigidos por la Escuela de Administración y Formación en Salud y demás normas reglamentarias, le otorga el certificado de Aptitud Ocupacional

Técnico en Auxiliar de Enfermería

En testimonio de ello lo firmamos y sellamos en la ciudad de Bogotá D.C., el día 12 del mes Febrero de 2005.

0256


Directora de la Escuela


Subdirector Académico

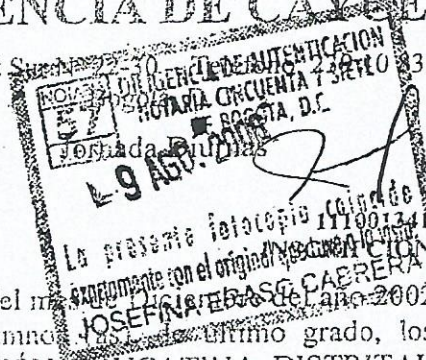
Anotado al Folia 56 del Libro de Registro 2



ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

INSTITUCIÓN EDUCATIVA DISTRITAL
CLEMENCIA DE CAYCEDO

Calle 32 Sur No. 70-70



1688
INSCRIPCIÓN S.E.

En la ciudad de Bogotá, D.C., a los 07 días del mes de Diciembre del año 2002 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría de la INSTITUCIÓN EDUCATIVA DISTRITAL. Jornadas Diurnas. Institución aprobada hasta nueva visita en el Nivel de Educación Media Académica. Aprobado por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C., para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad Académico, según Resolución N° 2729 del 09 de Septiembre de 2002.

Comprobada la situación Legal Académica de cada uno de los alumnos (as), que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el:

TÍTULO DE BACHILLER ACADÉMICO

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

Nelly Fabiola Barrera Sánchez

Identificado (a) con T.I. N° 851119-36973 de Santafé de Bogotá

Es fiel copia tomada del Acta Original General N° 022, Folio N° 32, de fecha 07 de Diciembre del año 2002 que consta de 150 graduandos (as); que comienza con el nombre de ACEVEDO RODRÍGUEZ LEIDY JOHANNA y se cierra con el nombre de WILLIAMS TORRES LADY CAROLINA

Firmada por JESÚS ALBERTO GOMEZ GARCIA
LUZ MARINA SIERRA SANCHEZ

Rector y
Secretaria

Dada en Bogotá, D.C., a los 07 días del mes de Diciembre del año 2002.

FIRMADA Y SELLADA

Rector

Secretaria

Jesús Alberto Gómez García
C.C. N° 14.290.239 de Ibagué

Luz Marina Sierra Sánchez
C.C. N° 41.753.202 de Bogotá

República de Colombia
Secretaría de Educación de Bogotá D.C.

**ESCUELA DE ADMINISTRACION Y FORMACIÓN EN SALUD
ESAF**

Acuerdo No. 32 emanado del Ministerio de Salud de Bogotá
Resolución 2920 de Septiembre 16 de 1.999 emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá



ACTA INDIVIDUAL DE CERTIFICACIÓN NÚMERO 075 - 2005

**EL CONSEJO ACADÉMICO DE LA ESCUELA DE ADMINISTRACIÓN Y
FORMACIÓN EN SALUD -ESAF-**

EN SU SESIÓN DEL DÍA 8 DE FEBRERO DE 2005

CONSIDERANDO QUE:

Barrera Sanchez Nelly Fabiola

Cédula de Ciudadanía No. 53.118.620 de Bogotá

CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE TODOS LOS REQUISITOS EXIGIDOS POR LOS ACUERDOS Y REGLAMENTOS DE LA ESCUELA DE ADMINISTRACION Y FORMACION EN SALUD -ESAF- Y LAS NORMAS VIGENTES EN LA MATERIA, RESUELVE OTORGAR EL CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL DE:

Técnico Auxiliar de Enfermería

EN NOMBRE Y REPRESENTACION DE LA ESCUELA DE ADMINISTRACION Y FORMACION EN SALUD -ESAF- Y PREVIO AL JURAMENTO DE RIGOR, LA DIRECTORA DE LA ESCUELA, HIZO ENTREGA DEL CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL REGISTRADO EN EL LIBRO No. 2 FOLIO No. 56

EN TESTIMONIO DE LO ANTERIOR SE FIRMA LA PRESENTE ACTA INDIVIDUAL DE CERTIFICACION EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ. D.C. A LOS 17 DÍAS DEL MES DE FEBRERO DE 2005.

Superior Borja
Directora de la Escuela

[Firma]
Subdirección Académica



Hermanas
Hospitalarias
CLÍNICA LA INMACULADA

CLÍNICA LA INMACULADA

CERTIFICA QUE

NELLY BARRERA

Ha participado y aprobado el

I MODULO DE ACTUALIZACIÓN EN SALUD MENTAL

Con una intensidad de ocho (8) horas

Bogotá D.C., Febrero 2015

Sor. Rebeca Sánchez Calle
Directora General
Clínica La Inmaculada

Dr. Álvaro Enrique Arenas Borrero
Director Científico
Clínica La Inmaculada



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE LABORATORIO CLINICO, TOXICOLOGIA Y SERVICIO TRANSFUSIONAL REDCO

Hace constar que:

NELLY BARRERA SANCHEZ

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 9 (nueve) días del mes de Agosto de 2018.

NUBIA INES VARELA MORATO

Referente laboratorio clínico

Toxicología y servicio transfusional

**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



Bogotá D.C

Señores:

Escuela de Administración y Formación en Salud ESAF
(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 Fabiola Barrera Sanchez 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:

Técnico en Auxiliar de Enfermería
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

Nelly Barrera Sanchez

No. de documento:

53418620

Tarjeta profesional No:

53418620

Dirección de contacto:

Calle 25 Sur N° 24 f. 09

Teléfono:

3212960219

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 53.118.620

BARRERA SANCHEZ
APELLIDOS

NELLY FABIOLA
NOMBRES

Nelly F. Barrera Sanchez
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 19-NOV-1985

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

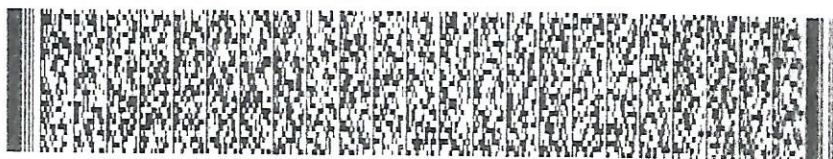
1.58
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

21-NOV-2003 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Almabeatriz Rengifo Lopez
REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ



P-1500115-47122341-F-0053118620-20040412

04657 04103A 03 153219791



Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

ANLISCA
Modelo Único de Registro, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización
Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14358604216



5. Número de Identificación Tributaria (NIT):
5 3 1 1 8 6 2 0 - 8

6. DV

12. Dirección seccional
Impuestos de Bogotá

IDENTIFICACION

14. Buzón electrónico

24. Tipo de contribuyente:
Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento:

Cédula de ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación:

5 3 1 1 8 6 2 0

27. Fecha expedición:

2 0 0 3 1 1 2 1

Lugar de expedición

28. País:

1 6 9

29. Departamento:
Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio:
Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido
BARRERA

32. Segundo apellido
SANCHEZ

33. Primer nombre
NELLY

34. Otros nombres
FABIOLA

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
CR 23 D 31 B 66

42. Correo electrónico:
nellyescorpion23@hotmail.com

43. Apartado aéreo

44. Teléfono 1:

3 2 1 2 9 6 0 2 1 9

45. Teléfono 2:

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad secundaria

Otras actividades

Ocupación

52. Número
establecimientos

Actividad principal

46. Código:
8 6 9 2

47. Fecha inicio actividad:
2 0 0 5 0 2 1 0

48. Código:

49. Fecha inicio actividad:

50. Código:

1 2

51. Código

52. Número
establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:

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

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

Exportadores

54. Código:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos:

SI

NO

X

60. No. de folios:

0

61. Fecha:

2 0 1 6 0 1 1 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 SANCHEZ MONTOYA LUZ ANGELA
985. Cargo Gestor III



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

**DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT**

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 07-10-2016

Hora: 4:34:31 PM

Página 1 de 1

CONTRIBUYENTE NIT 53118620-8 NELLY FABIOLA BARRERA SANCHEZ

Información General

Dirección CR 23 D 31 B 66

Teléfonos 3212960219

Dirección electrónica nellyescorpion23@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 31/08/2016

Soporte Inscripción 18384322

Fecha Inicio Actividades 31/08/2016

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

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

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 16001226451



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

Kr 30 25 90 Dirección Distrital de Impuestos Bogotá D.C. Colombia

Fuente ICA TE TOCA





Secretaría
SALUD

ALCALDIA MAYOR SANTA FE DE BOGOTÁ

Resolución No 1985 de 04/03/2005
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

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

EL DIRECTOR DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

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

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) BARRERA SANCHEZ NELLY FABIOLA Identificado(a) con CC número 53118620 expedida en BOGOTÁ D.C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según CERTIFICADO de AUXILIAR DE ENFERMERIA otorgado por LA ESCUELA DE ADM. Y FORM. EN SALUD "ESAF" el día 12/02/2005 y registrado en el libro 2 Folio 56 año 2005

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

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: autorizar a BARRERA SANCHEZ NELLY FABIOLA identificado(a) con CC número 53118620 expedida en BOGOTÁ D.C para desempeñarse como AUXILIAR DE ENFERMERIA en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D.C.

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

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

NOTIFIQUESE, Y CUMPLASE

Dada en Bogotá, D.C. a los 04/03/2005

JUAN CARLOS ALANDETTE MANOTAS
Director de Desarrollo de Servicios.

Elabora : Víctor Sánchez
Reviso : Adriano Lozano

Bogotá, D.C. 18 de marzo de 2005
A la fecha notifiqué personalmente al
señor (a) Nelly Fabiola Barrera Sanchez
CC. # 53.118.620 Bto

Firma [Firma]

Bogotá sin indiferencia



ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Número de Identificación *

Primer Nombre *

Primer Apellido *

Cédula de Ciudadanía



53118620

NELLY

BARRERA

Confirme los números de la Imagen *

8947



Cambiar

8100

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2019-12-14 4:27:13 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Detalles
CC	53118620	NELLY	FABIOLA	BARRERA	SANCHEZ	Ver

Información Detallada [CC: 53118620] NELLY FABIOLA BARRERA SANCHEZ

2019-12-14 -4:27:13 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen	Obtención	Título	Profesión u Ocupación	Fecha desde que puede ejercer	Entidad Reportadora
AUX	Local		Auxiliar de enfermería		2005-03-04	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

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

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 BARRERA SANCHEZ

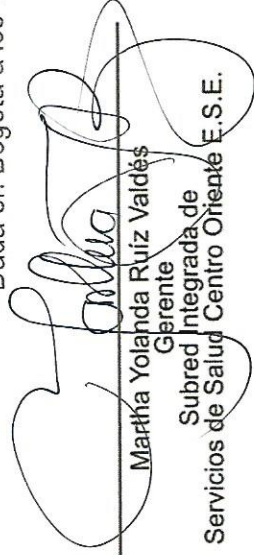
C.C.: 53118620

Asistió a la capacitación en:

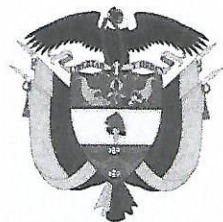
**Atención Integral en Salud
de Víctimas de Violencia Sexual**

Con una intensidad horaria de 20 horas

Dada en Bogotá a los Treinta (30) días del mes de Junio de 2017


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.



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 2.0

Última Actualización: 05-ago-2020

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO BARRERA	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) SANCHEZ	NOMBRES NELLY FABIOLA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 53118620	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 19 MES NOV AÑO 1985 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA Calle 25 sur #24 f- 09 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3212960219 EMAIL nellyescorpion23@hotmail.com

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

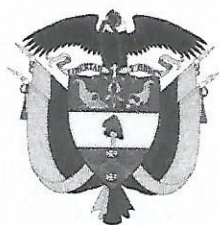
MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1º A 6º DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6º A 11º DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO Bachiller académico	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	FECHA DE GRADO		
1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	☒ 11º	MES DICIEMBRE AÑO 2002	

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
------------------	--------------------------	-----------------	-------



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 2.0

Última Actualización: 05-ago-2020

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

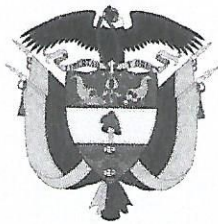
EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Clinica La Inmaculada	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD clinicalainmaculada.org	
TELÉFONOS 5940530	FECHA DE INGRESO DÍA 13 MES 11 AÑO 2014		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO Auxiliar de enfermería	DEPENDENCIA Salud	DIRECCIÓN c/170 no.9-32	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD ACPHES	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD acphes@acphes.org	
TELÉFONOS 2096686	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 6 AÑO 2010		FECHA DE RETIRO DÍA 10 MES 1 AÑO 2013
CARGO O CONTRATO Auxiliar de enfermería	DEPENDENCIA Salud	DIRECCIÓN c/11 sur N°1B-10	

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
Privada	8	4
Pública	0	0



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_{2.0}

Última Actualización: 05-ago-2020

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
Total	8	4

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 INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS, EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

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

Ciudad y fecha del diligenciamiento

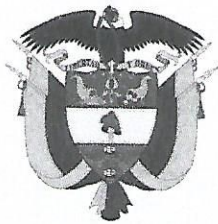
Nelly Barrera Sanchez 53118520 879
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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



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_{2.0}

Última Actualización: 05-ago-2020

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
Total	8	4

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 INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS, EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

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

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Nelly Barrera Sanchez 53118520 879
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



El futuro
es de todos

Gobierno
de Colombia

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 2.0

Última Actualización: 30-jun-2020

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, NELLY FABIOLA BARRERA SANCHEZ

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 53118620 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección Calle 25 sur #24 f- 09

Teléfonos 3212960219 3212960219

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
LUIS HERNAN BARRERA SANCHEZ	1016595011	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	\$ 16.000.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 0,00
TOTAL	\$ 16.000.000,00

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
Banco Davivienda	Cuenta de ahorros	004570188591	MODELIA	\$ 0,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
		\$ 0,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
		\$ 0,00



El futuro
es de todos

Gobierno
de Colombia

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 2.0

Última Actualización: 30-jun-2020

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	NÚMERO DOCUMENTO
	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐	

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

Nelly Barrera Sanchez 53118620 Bogotá
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 30-jun-2020

CIUDAD Y FECHA



Hermanas Hospitalarias

CLINICA LA INMACULADA
NIT: 860.007.760 - 1

**LA COORDINACIÓN DE GESTIÓN HUMANA
HERMANAS HOSPITALARIAS DEL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS
DE LA CLINICA LA INMACULADA.**

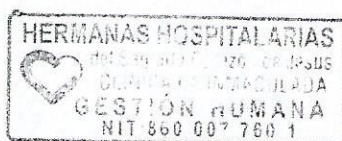
CERTIFICA

Que el (la) Señor(a) **NELLY FABIOLA BARRERA SANCHEZ**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. **53.118.620** de Bogotá, laboró en nuestra entidad desempeñando el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, mediante contrato de trabajo a término fijo a un año, desde el 13 de Noviembre del 2015 hasta el 02 de Agosto de 2020.

La anterior se expide en Bogotá D.C., el día 11 de Agosto de 2020, a solicitud del (a) interesado(a).

Cordialmente,

ANA GABRIELA HERRAN D.
Coordinadora Gestión Humana





ASOCIACION COLOMBIANA DE PADRES CON HIJOS ESPECIALES

CENTRO DE DIAGNOSTICO Y ORIENTACION TERAPEUTICA
PERSONERIA JURIDICA N° 04477 DE 1988

LA SUSCRITA COORDINADORA DEL CENTRO DE DESARROLLO BALCANES
"ACPHES" ASOCIACION COLOMBIANA DE PADRES CON HIJOS
ESPECIALES
CON NIT. 800.054.299-9.

CERTIFICA QUE:

NELLY BARRERA SANCHEZ, IDENTIFICADA CON CEDULA DE CIUDADANIA No. 53.118.620
EXPEDIDA EN BOGOTÁ D.C., LABORA CON LA ASOCIACION, MEDIANTE CONTRATO
LABORAL COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA, DESDE EL DIA 01 DE JUNIO DE 2.010 HASTA
LA FECHA.

LA PRESENTE CERTIFICACION SE EXPIDE EN BOGOTA, A SOLICITUD DE LA INTERESADA, A
LOS DIEZ (10) DIAS DEL MES DE ENERO DE 2.013.

CORDIALMENTE,

LILIAN SANTACRUZ GUERRERO
COORDINADORA BALCANES
ACPHES

NOMBRE: Nely Barrera.
C.C. 53 778 620.

VACUNACIÓN	DOSIS	LOTE	FECHA	VACUNADOR
INFLUENZA	ANUAL	015964B	12/05/16	Z
HEPATITIS "B"	1°	000401-0	20-08-10	Ca
	2°	90291-0	22-09-16	11
	3°	1431030-1	25-10-10	3
TETANOS	1°			
	2°			
	3°			

OTRAS

VACUNACIÓN	DOSIS	LOTE	FECHA	VACUNADOR



CENTRO MÉDICO LABORATORIO CLÍNICO

OLAYA S.A.S

INSCRITO ANTE LA SECRETARÍA DE SALUD

CP 110011775101/02 - NIT. 900.171.517-3

MEDICINA GENERAL
RH. QUÍMICA SANGUÍNEA
PRUEBA DE EMBRAZO
ECOGRAFÍAS - RADIO GRAFÍAS
ORTOPEDIA
MEDICINA ESPECIALIZADA
MAMOGRAFÍA
SALUD OCUPACIONAL
MEDICINA DE TRABAJO

IMPORTANTE: no confíe su salud a tramitadores en la calle, acuda a los centros medicos autorizados por la Secretaría Distrital de Salud.



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA OCUPACIONAL

(Según lo dispuesto en las Resoluciones 2346/2007, 1918/2009, 1409/2012 y la NTC 4115)

MOTIVO DE EVALUACIÓN

FECHA: 05/04/13
INGRESO ☒ EGRESO ☐ PERIODICO ☐ TRAB. EN ALTURAS ☐ ESPAC. CONFINADOS ☐ MAN. ALIMENTOS ☐

NOMBRE NELLY FABIOLA BARRERA SANCHEZ

CEDULA 53.118.620

TELEFONO O CELULAR

3103131902

EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN MEDICO ☒ AUDIOMETRÍA ☐ VISIOMETRÍA ☐ ESPIROMETRÍA ☐ LABORATORIO CLÍNICO ☐ PRUEBA VESTIBULAR ☐

INFORMACION ORGANIZACIÓN

NOMBRE DE LA EMPRESA HOSPITAL SAN BLAS
CARGO AUXILIAR DE ENFERMERIA

CONCEPTO DE LA VALORACIÓN MEDICA

EXAMEN DE INGRESO

APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCIONES ☒ APTO CON RESTRICCIONES ☐
APTO CON PATOLOGIA QUE NO INTERFIERE PARA EL CARGO ☐ APLAZADO ☐
APTO PARA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS ☐ NO APTO ☐

RESULTADO EXAMENES MEDICO

OBSERVACIONES EXAMEN CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR: TINNEL, PHANEL, JOBE, LASAGUE Y SIMMOND: NEGATIVO

TIPO DE RESTRICCIÓN NINGUNA.

COMENTARIOS EXAMEN PERIODICO

COMENTARIOS EXAMEN DE EGRESO

RECOMENDACIONES GENERALES EXAMENES REALIZADOS

Inducción al cargo (Art 13 Dec 2646/08). Pautas de control de estrés laboral (Res. 2646) y pautas para prevenir el uso de sustancias psicoactivas en el trabajo (Res 1075, 1016, 7036, 1956, Dec. 1108 y los que apliquen). Pautas para prevenir el acoso laboral y otros hostigamientos (Ley 1010/06). Gestión de riesgo biológico mediante inmunización contra hepatitis B, Influenza y tétano o las que se requieran (gtc 45). Instrucciones sobre las buenas prácticas en la seguridad y detección temprana de eventos adversos en el paciente (Res. 1446/2006). Uso de los elementos de bioseguridad (guantes, tapabocas, trajes anti fluidos, gafas, etc), ante la exposición radiofísica y en el manejo de agentes químicos y biológicos peligrosos (Arts 150 y 101 de la Ley 9). Gestión de riesgo biomecánico mediante pausas activas- charlas sobre higiene postural-sillas ajustables (Ley 1355/09, GTC 45). Mantener el lugar de trabajo en orden y aseo. Control con nutricionista y optometra en eps. Ejercicio físico regularmente.

PABLO HERNANDEZ

FIRMA Y LSO PROFESIONAL

Nelly Banera Sanchez 381862087
FIRMA, CEDULA Y HUELLA INDICE DERECHO ASPIRANTE



Visita nuestra pagina web: www.centromedicooolaya.com
Escribenos: centromedicooolaya@gmail.com

IMPORTANTE: Para verificar la autenticidad de este certificado, por favor, compruebe que el documento tenga el sello seco de la institución o llame a los teléfonos que aparecen al final del certificado para comprobar si el trabajador asistió a la toma de los exámenes médico ocupacionales. **ATENCIÓN. Falsedad en documento privado:** el que falsifique documento privado que pueda servir de prueba, incurrirá, si lo usa, en prisión de uno (1) a seis (6) años. (Artículo 289 del Código penal Colombiano).

Principal : Cra. 21 No. 26-52 sur. Tel: 278 3189 FAX: 408 19 86 Sede: Cra. 21 No. 23 - 38 sur - Tel: 239 7687
Barrio Olaya - centromedicooolaya@gmail.com

La Fundación INSIMED

CERTIFICA QUE:

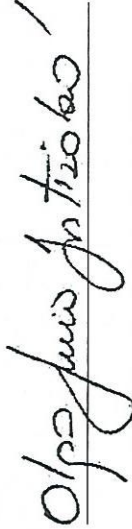
NELLY FABIOLA BARRERA SANCHEZ

C.C. No. 53.118.620

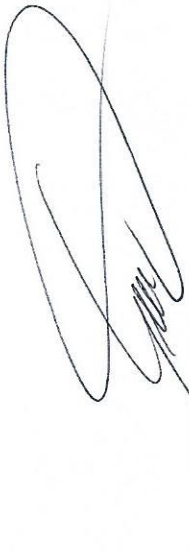
Ha participado en el Curso:

BASIC LIFE SUPPORT (BLS)

Realizado en La Fundación INSIMED el día 24 de Mayo de 2019, con una intensidad de 12 horas Teórico Prácticas.
Bogotá, D.C.


Olga Lucía Aristizábal M.D.

Directora Ejecutiva
Fundación INSIMED


Miguel Angel Guzmán Téllez M.D.

Instructor BLS/ACLS-AHA
Faculty INSIMED

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO (SARLAFT)

FECHA: CIUDAD: Bogota DEPARTAMENTO: Cundinamarca

Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1, 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 Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación 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: Barraza SEGUNDO APELLIDO: Sanchez PRIMER NOMBRE: Nelly SEGUNDO NOMBRE: Fabiola

TIPO DE IDENTIFICACION (Marcar con X): CC ☒ CE ☐ RC ☐ NUP ☐ No IDENTIFICACION: 3118620 LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio/Departamento): Bogota FECHA EXPEDICION (DD-MM-AAAA): 21-Nov-2005

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

FECHA NACIMIENTO DD-MM-AAAA: 19-Nov-1985 LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio/Departamento): Bogota PAIS NACIMIENTO: Colombia NACIONALIDAD: Colombiano

ESTADO CIVIL (Marcar Con X): SOLTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐ VIUDO(A) ☐

PERSONAS A CARGO: 2 NUMERO DE HIJOS: 1 TELEFONO FIJO/CELULAR: 3212960219

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA (Marcar con X)

PRIMARIA ☐ BACHILLER ☐ TECNICO ☒ TECNOLOGO ☐ UNIVERSITARIO ☐ POSTGRADO ☐ MAGISTER ☐ OTRO ☐ CUAL:

DIRECCION RESIDENCIA: Calle 25 sur, n° 24f-09 CIUDAD RESIDENCIA: Bogota DEPARTAMENTO: Cundinamarca PAIS RESIDENCIA: Colombia

CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO: nellyestabara@gmail.com PORTAL O PAGINA INTERNET: TIPO DE VIVIENDA (Marcar con X): 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 (Marcar con X): CC ☐ CE ☐ RC ☐ NUP ☐ NUMERO IDENTIFICACION: LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio/Departamento): FECHA EXPEDICION (DD-MM-AAAA):

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

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA (Marcar con X):

ASALARIADO ☐ CONTRATISTA ☐ PENSIONADO ☐ ESTUDIANTE ☐ SOCIO ☐ PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐

HOJAR ☐ COMERCIANTE ☐ EMPLEADO SOCIO ☐ EMPLEADO PUBLICO ☐ OTRO: ☐ CUAL:

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE: DECLARA RENTA SI ☐ NO ☒ IVA SI ☐ NO ☐ ICA SI ☐ NO ☐ CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA (DIGITAR CODIGO): PRINCIPAL: SECUNDARIA:

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

FUNCIONARIO PUBLICO SI ☐ NO ☒ ADMINISTRADOR RECURSOS PUBLICOS SI ☐ NO ☒ NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA: Subred Centro Oriente

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

EXPORTACIONES ☐ FINANCIERA ☐ MEDICAMENTOS ☐ AGROPECUARIA ☐ INDUSTRIAL ☐ TECNOLOGIA ☐ OTRO: ☐

DIRECCION DE LA EMPRESA: TELEFONO FIJO/CELULAR: CIUDAD/MUNICIPIO: DEPARTAMENTO: PAIS:

CARGO ACTUAL: FECHA VINCULACION (DD-MM-AAAA):

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO (SARLART)

NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA PRINCIPAL	DESCRIPCION ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCION (DD-MM-AAAA)	TIPO SOCIEDAD

5. INFORMACIÓN FINANCIERA (PESOS \$)

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS *	1572.120	GASTOS FAMILIARES	500.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS		ARRIENDOS	600.000	INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS *		OTROS EGRESOS *	300.000	OTROS ACTIVOS *		OTROS PASIVOS *	
TOTAL INGRESOS	1572.120	TOTAL EGRESOS	1400.000	TOTAL ACTIVOS		TOTAL PASIVOS	
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS	

6. REFERENCIAS PERSONALES

(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Quinago	Rico	Claudio	
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y/O EXTENSION/CELULAR
Nº 9 # 38c - 78sw	Bogotá / Colombia	Amiga	3192719836

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☐ (Marcar con X)

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	CIUDAD/PAIS	MONEDA	MONTO
IMPORTACION ☐	EXPORTACION ☐	TRANSFERENCIA ☐	PAGO SERVICIOS ☐	PRESTAMO ☐	OTRO ☐
CUAL:					

8. INFORMACIÓN COMERCIAL (Marcar con X)

POR QUE MEDIO O CANAL CONOCIO SOBRE LOS SERVICIOS DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE		CORRESPONDECIA ☐	PUBLICIDAD ENTIDAD ☐	MERCADENO ☐	INTERNET ☐	BASE DE DATOS ☐	EVENTOS ☐
OTRA ☐	CUAL:	REFERENCIADO CLIENTE NUEVO ☐	REFERENCIADO CLIENTE ANTIGUO ☐	INVITACION A COTIZAR ☐	PORTAL WEB SUBRED ☐	LLAMADA TELEFONICA ☐	PORTALES EMPLEO ☐

9. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

- Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que la adicione, complemente o modifique)
- 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 la adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
- Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinarán a actividades lícitas.
- Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
- 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, 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.
- 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.

10. 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 legible de la tarjeta profesional del Contador Público.
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.

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO (SARLAFT)

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio (Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripción en el Rit Distrital.
4. Fotocopia del documento de identificación ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del último año, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso. (Obligados a llevar contabilidad)

APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.

NOTA: Todos los conceptos de ingreso deben estar debidamente soportados (Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc)

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

CONSIDERACIONES

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

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, enténdase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900 959 051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 4 3, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:

- A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministraré mis datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.
- B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:

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

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

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

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

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

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

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

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA 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, transfieran, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán: a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud Diagonal 34 No 5 - 43 Baracá DC, teléfono 344 44 84 ; e-mail sarlaft@subredcentroorientegov.co y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.

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

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

II. FIRMA Y HUELLA

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

Nelly Barrera Sanchez

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

12. INFORMACION DE ENTREVISTA

13. VERIFICACION DE LA INFORMACION

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO (SARLAFT)					
1. Fecha y Hora:		2. Ciudad		1. Fecha y Hora:	2. Ciudad
3. Nombre del funcionario Subred				3. Nombre y Cargo (Contraparte)	
4. Lugar de la Entrevista:				4. Lugar de la verificación:	
5. Observaciones:				5. Observaciones:	
6. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐	RECHAZADO ☐		6. Firma y No Cédula:	
7. Firma y Cédula				7. Nombre Apellidos Funcionario Subred	
8. Proceso Responsable Subred				8. Proceso Responsable Subred	

POST TEST INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN 2019

Puntos totales

80/100



El siguiente instrumento tiene como finalidad analizar el conocimiento obtenido como resultado de la inducción - reinducción. Por tal motivo califique cada enunciado de acuerdo a los rangos propuestos con honestidad y tranquilidad.

Dirección de correo
electrónico *

nellyescorpion23@hotmail.com

Puntuación de la sección

80/100

Documento de Identidad *

**EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR
NIT 860.066.942-7**

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) **NELLY FABIOLA BARRERA SANCHEZ** identificado(a) con cedula ciudadania 53.118.620, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante independiente 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
LUIS HERNAN BARRERA SANCHEZ	HI	1016595011	TI	20130219	0	Activo

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 6 días del mes de Agosto de 2.020

Observaciones:

Con destino a:

A QUIÉN CORRESPONDA

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 ni aclaración de multifiliación en el SGSSS.

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO
14029085

CER-AFI

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

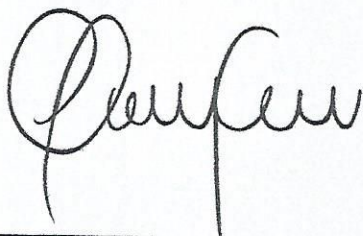
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

NELLY FABIOLA BARRERA SANCHEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **53.118.620**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 05 de Agosto del 2020.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

53118620

Numero de Documento

Bolivar

ARL

Nelly

Primer Nombre

Fabiola

Segundo Nombre

Barrera

Primer Apellido

Sanchez

Segundo Apellido

19 Nov 1985

F. Nacimiento dd/mm/aa

Bogota

Ciudad de Nacimiento

Call 25 sur N° 24f-09

Dirección de Residencia

3212960219

Teléfono Fijo

Compensar

EPS - Salud

Porvenir

AFP - Pensiones

\$ 1532120

Honorarios

Auxiliar de enfermería

Objeto Contractual (Cargo)

Fecha Inicio del Contrato

nellyescorpion23@gmail.com

Correo Electrónico

3212960219

Celular

Nelly Barrera Sanchez

Firma del Afiliado

Superior

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

52784295

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 148284518



WEB
06:40:35
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 05 de agosto del 2020

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 FABIOLA BARRERA SANCHEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 53118620:

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.

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 06 de agosto de 2020, a las 12:29:35, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	53118620
Código de Verificación	53118620200806122935

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





Bogotá D.C., 5 de Agosto de 2020 - 6:48 am

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **NELLY FABIOLA BARRERA SANCHEZ**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CINCUENTA Y TRES MILLONES CIENTO DIECIOCHO MIL SEISCIENTOS VEINTE** de BOGOTÁ, D.C.

53118620

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.

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

JUAN RAMÓN JIMENEZ OSORIO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: **8_4HRWT_466**
Link de verificación -> <http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios>

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 06:50:29 horas del 05/08/2020, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 53118620

Apellidos y Nombres: **BARRERA SANCHEZ NELLY FABIOLA**

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.



DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

Bogotá
COLOMBIA

2020/01/20

Por medio de la presente hacemos constar que la señora **NELLY FABIOLA BARRERA SANCHEZ** con Cédula de Ciudadanía número **53118620** posee en el Banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJODIARIO

Número: 004570188591
Fecha apertura: 2013/02/06

Cordialmente,

Firma Autorizada
Banco Davivienda