

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **72.314.142**
BARRERA MIRANDA
APELLIDOS
EDWIN MANUEL
NOMBRE
EDWIN BARRERA



FECHA DE NACIMIENTO **03-OCT-1979**
SANTO TOMAS
(ATLANTICO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.74 **O+** **M**
ESTATURA G.E. RH SEXO
28-ENE-1988 SANTO TOMAS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ANGEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-0304900-00177284-M-0072314142-20090912 0015909008A 1 3410102231



REPÚBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES

Forces Armées Supérieures

72314142

BARRERA MORANDA

EDWIN MANUEL

PERTENECE AL EJERCITO DE

LA LINEA 2009

LA LINEA 2014

LA LINEA 2014

31 OCT

BACHILLER

PROFESION

30-OCT-1998

FECHA EXPIRACION



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

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACION JURAMENTADA				
1.1. DE BIENES Y RENTAS				
YO, EDWIN MANUEL BARRERA MIRANDA				
IDENTIFICADO CON: C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> N° 72.314.142 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:				
País	Colombia	Departamento	Atlantico	Municipio Santo Tomas
Dirección	Calle 9 # 8A-49		Teléfonos	3002778686
Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:				
NOMBRES Y APELLIDOS		DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO	
SEBASTIAN DAVID BARRERA MALDONADO		1.192.782.724	HIJO	
ESTEBAN ANDRES BARRERA MALDONADO		1.002.000.968	HIJO	
VALERY SOFIA BARRERA MALDONADO		1.139.426.383	HIJO	
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 X PARA RETIRARME PARA ACTUALIZACION PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE , QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:				
a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:				
CONCEPTO			VALOR	
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES			15.000.000	
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS			800.000	
GASTOS DE REPRESENTACION			-	
ARRIENDOS			-	
HONORARIOS			-	
OTROS INGRESOS Y RENTAS			-	
TOTAL			\$ 15.800.000	
b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:				
ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
COLPATRIA	AHORROS	7142005760	BARRANQUILLA	\$ 600.000
c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:				
TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN		VALOR	

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE 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 DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	Nº
CLAUDIA MERCEDES MALDONADO MELENDEZ	C.C. X C.E. T.I.	22.547.536

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

Edwin Barrera M.

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Barranquilla 30 ENERO 2024

CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

MATRICULA PROFESIONAL

021239-0551751 ATL

R2021053537



INGENIERIA INDUSTRIAL

EDWIN MANUEL BARRERA MIRANDA

ID: 72314142

CORPORACION UNIVERSIDAD DE LA COSTA CUC



REPÚBLICA DE COLOMBIA

COPNIA

Consejo Profesional Nacional de Ingeniería





N° 15.325

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL							
16 DÍA	08 MES	2023 AÑO	BARRANQUILLA (ATLÁNTICO, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO							
			Ciudad								
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE											
PARTICULARES CONTADO				PARTICULARES							
Nombre de la empresa				Empresa en misión							
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)											
BARRERA MIRANDA EDWIN MANUEL				Genero		Edad		Documento de Identificación			
				MASCULINO		43 AÑOS 10 MESES 12 DÍAS		CC		72314142	
Apellidos y Nombres				Tipo		Número					
Cargo INGENIERO INDUSTRIAL											
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL EXAMEN MEDICO SATISFACTORIO											
Observaciones: <i>NO APLICA</i>											
APTO		APLICA AL PERFIL BIOLABORAL EMPRESARIAL CON RECOMENDACIONES									
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO		RECOMENDACIONES					
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA		NO APLICA					
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:											
EXAMEN CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR				✓		-----					
RECOMENDACIONES MÉDICAS			RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES					
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES											
ACTUALMENTE AFEBRIL, ASINTOMÁTICO RESPIRATORIO. UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN ACORDE AL RIESGO. PAUSAS ACTIVAS, MANTENER HIGIENE POSTURAL. SE SUGIERE EDUCAR SOBRE LAVADO DE MANOS, USO ADECUADO DE TAPABOCAS, Y DISTANCIAMIENTO FÍSICO. DIETA Y EJERCICIOS. REALIZAR CONTROL DE PESO POR EPS.											
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.											
Médico				Aspirante o Trabajador							
 Firma: _____ Nombre: PEDROZO PEREZ MEREDITH R. M.: 1005 L.S.O.: 6036				 Código de Seguridad Z1217F1L15325				Firma:  Nombre: BARRERA MIRANDA EDWIN MANUEL CC: 72314142			

SCOTIABANK COLPATRIA S.A.
NIT. 860.034.594-1

CERTIFICA QUE:

La cuenta de ahorros No. 7142005760 , con fecha de apertura 29 de Agosto de 2017 , de la cual es titular:

El (la) señor(a): EDWIN MANUEL BARRERA MIRANDA
Identificado(a) con tipo de documento C No. 72.314.142

La cuenta en mención ha sido manejada de acuerdo a las normas establecidas por la entidad.

Damos esta información con la acostumbrada reserva bancaria.

La presente se expide a solicitud del interesado a los 30 días del mes de Enero de 2024 .

Cordialmente,



Servicio al Cliente

Scotiabank Colpatria S.A.

www.scotiabankcolpatria.com

 Scotiabank  COLPATRIA



FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Barrera		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Miranda			NOMBRES Edwin Manuel	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 72314142				SEXO F <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/>	NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>	PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/>		SEGUNDA CLASE <input checked="" type="radio"/>		NÚMERO 72314142	D.M. 44	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 03 MES 10 AÑO 1979				DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CALLE 9 8A 49 BRR SAN JOSE		
PAÍS COLOMBIA		DEPTO ATLÁNTICO	PAÍS COLOMBIA		DEPTO ATLÁNTICO	
DEPTO ATLÁNTICO		MUNICIPIO SANTO TOMÁS		TELÉFONO 3002778686	EMAIL edwin112706@hotmail.com	
MUNICIPIO SANTO TOMÁS						

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 OBTENIDO		EDUCACION MEDIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	1996
										<input checked="" type="checkbox"/>				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA) TL (TECNOLÓGICA) TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA) UN (UNIVERSITARIA)
ES (ESPECIALIZACIÓN) MG (MAESTRÍA O MAGISTER) DOC (DOCTORADO O PHD)

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	10	X		INGENIERIA INDUSTRIAL	07	2019	021239-0551751

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

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE											
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDELA METROPOLITANA - SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA			
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO SOLEDAD					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO		
			Día	15	Mes	08	Año	2023	Día		Mes
CARGO O CONTRATO ACTUAL INGENIERO-CONTRATISTA			DEPENDENCIA APOYO A CONTROL INTERNO					DIRECCIÓN CARRERA 40 33 6			

4

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA				PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS			
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO					CORREO ELECTRÓNICO			
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO		
			Día:		Mes:		Año:		Día:		Mes:
AREA DE CONOCIMIENTO			NIVEL EDUCATIVO					DIRECCIÓN			

5

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	11
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	0	11

