

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

Últimas modificaciones | Todos los usuarios | Activo | Seleccione

Búsqueda de usuarios

Buscar (Búsqueda avanzada)

Últimas modificaciones

Nombre	Correo electrónico	Fecha de registro	Acceso a la cuenta	Última actualización de estado	Usua
Karen Julieth Soler Ramirez	ksoler150@gmail.com	16/11/2017 12:20:47 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	Aceptado	16/11/2017 12:35:13 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	Activ

OPCIONES

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

VER

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

HERRAMIENTAS

Herramientas no est

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: 12-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
SOLER	RAMIREZ	KAREN JULIETH

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1016045004

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 1 MES MAY AÑO 1992

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CRA 93B #129C-39

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 7123408

EMAIL ksoler.ips.hco@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											*TITULO* BACHILLER ACADEMICO
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES DICIEMBRE AÑO 2008
										X	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO*	*TEMINACIÓN MES*	*TEMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
UN	8	X		ENFERMERO (A)	12	2016	1016045004

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: 12-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 HOSPITAL CENTRO ORIENTE	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*	
TELÉFONOS 3444484	*FECHA DE INGRESO* DIA 1 MES 5 AÑO 2017	*FECHA DE RETIRO* DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO ENFERMERA	*DEPENDENCIA* JORGE ELIECER GAITAN	*DIRECCIÓN* CALLE 4 # 04-20 ESTE	

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	1	7
PRIVADO	5	9
PARTICULAR	0	0
TOTAL	1	7

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha del diligenciamiento

12DIC18

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: 12-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

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

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 12-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, KAREN JULIETH SOLER RAMIREZ

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 1016045004 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección CRA 93B #129C-39 **Teléfonos** 3143030619 7123408

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO

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	$ 2.800.000.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 2.800.000.000,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
DAVIVIENDA	AHORROS	0	ISERRA 100	$ 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
ICETEX	ESTUDIOS	$ 15.000.000,00

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

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: 12-dic-2018

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

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

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

Karen J.

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 12-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

Scanned by CamScanner

República de Colombia

Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación Dic. 9-83

LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

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

KAREN JULIETH SOLER RAMÍREZ

C.C. No. 1.016.045.004 de Bogotá D.C.

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

ENFERMERA

En testimonio de los expuesto se expide el presente diploma que así lo acredita.
Bogotá D.C., 27 de enero de 2017

Rector

Secretario General

Decano

Tomo 9 Folio 68 Registro 50291 Fecha: 27 de enero de 2017

La República de Colombia
y en su nombre

La Institución de Formación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Complejo Educativo

CAMPOALTO

Aprobación oficial según
Resolución No. 110203 del 21 de Julio de 2010 de la Secretaría de Educación Distrital
Resolución No. 030029 del 27 de Septiembre de 2010 de la Secretaría de Educación Distrital

Confiere a:

SOLER RAMIREZ KAREN JULIETH

1016045004

El certificado de aptitud ocupacional por haber culminado satisfactoriamente el programa

TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN: AUXILIAR EN ENFERMERIA

Intensidad Horaria: 1800 horas - 40 créditos académicos

En testimonio de ello firmamos y sellamos en Bogotá D.C., a los 16 días del mes de JULIO de 2011

Director Académico

CAMPO ALTO
ACESALUD
COORDINACION
ACADEMICA

Director Administrativo

Coordinador del Programa

Diploma No. 7280 Anotado en el Libro de Registro de Títulos de CAMPOALTO No. 3 Folio 201 del 16 de 07 de 2011

La República de Colombia

y en su nombre

Institución Educativa Técnica

" Juan Lozano y Lozano"

Ibagué - Tolima

Resolución No. 895 del 09 de Diciembre de 2005

Confiere a:

Karen Julieth Soler Ramírez

Identificado(a) con T.I. No. 92050150056 de Bogotá D.C.

El Título de:

Bachiller Técnico

Con Énfasis en Teleinformática

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Grado Once de la Educación Media, según los planes y programas vigentes.

Acta General de Graduación No. 030

del 05 de Diciembre de 2008 Folio No. 032

Dado en Ibagué - Tolima,

a los 05 días del mes de Diciembre de 2008

INSTITUCIÓN EDUCATIVA TECNICA ★ JUAN LOZANO Y LOZANO ★ CONSTANCIA - EXCELSITUD

Esp. Gloria Susunaga
C.C. No. 38.230.515 de Ibagué
Rectora

María Cristina Gómez de Hoyos
C.C. No. 28.713.928 de Espinal-Tolima
Secretaria

FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA

ACTA DE GRADO 795

En Bogotá D.C., el 27 de enero de 2017 a las 9:00 horas, convocados por Resolución Nacional 002 del 20 de los citados mes y año, se reunieron el Rector, Representante Legal, Carácter Nacional, doctor Fernando Laverde Morales, el Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud, doctor Juan Carlos Morales Ruiz, y la Secretaria General (E), doctora Lorena María Peña Franco, para presidir la ceremonia de grado de **KAREN JULIETH SOLER RAMIREZ** con cédula de ciudadanía número 1016045004 de Bogotá D.C., quien cursó y aprobó las materias comprendidas en el pensum del respectivo programa, cumpliendo con los requisitos exigidos por la Ley y los Reglamentos de la Fundación, haciéndose merecedora a recibir el título de **ENFERMERA**, el cual otorga la Fundación debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional y por el Consejo Superior, mediante Acuerdo No. 013 del 26 de julio de 1995. Previa entrega del diploma, se tomó el juramento de rigor a la graduanda, quien prometió cumplir fielmente sus deberes para con la Patria y la Fundación ejerciendo la carrera de acuerdo con las normas de la ética y moral profesional. Agotado el orden del día, la sesión se dio por terminada y se firmó el acta por quienes en esta intervinieron. Anotado en el libro de Registro de títulos Tomo 9, Folio 68, número 50291.

FERNANDO LAVERDE MORALES, Rector, Representante Legal, Carácter Nacional
JUAN CARLOS MORALES RUIZ, Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud
LORENA MARÍA PEÑA FRANCO, Secretaria General (E)

Dada en Bogotá D.C., el 27 de enero de 2017.

AREANDINA
Fundación Universitaria del Área Andina
Secretaría General

Lorena María Peña Franco
Secretaria General (E)

CAMPOALTO
Tu futuro, nuestra misión

ACTA DE CERTIFICACION

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

Y en su nombre

LA INSTITUCION DE FORMACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Complejo Educativo

CAMPOALTO

Resolución Nº 110203 del 21 de Julio de 2010 de la Secretaria de Educación Distrital
Resolución Nº 030029 del 27 de Septiembre de 2010 de la Secretaria de Educación Distrital

Confiere a:

SOLER RAMIREZ KAREN JULIETH

1016045004

El Certificado de Aptitud Ocupacional por haber culminado satisfactoriamente el programa

TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR EN ENFERMERIA

Intensidad Horaria: 1800 horas – 40 créditos académicos

En Constancia de lo anterior se expide en la ciudad de Bogotá a los 16 días del mes de Julio de 2011

CAMPO ALTO ACESALUD COORDINACION ACADEMICA

DIRECTOR CAMPOALTO **SECRETARIO CAMPOALTO**

Anotado en el Folio No. 201 del Libro No. 3 de registro 7280

Para ser valido debe tener sello de tinta, sello seco, el numero consecutivo y las firmas autorizadas.

INSTITUCION EDUCATIVA TECNICA

"JUAN LOZANO Y LOZANO"

ACTA INDIVIDUAL DE GRADUACION

En la fecha se reunieron, con el fin de formalizar la graduación del último grado, los suscritos Rectora y Secretaria, en la Rectoría de la INSTITUCION EDUCATIVA TECNICA "JUAN LOZANO Y LOZANO", Institución Educativa autorizada por la Secretaria de Educación y Cultura del Municipio de Ibagué, en el Nivel de Educación Media Técnica, con aprobación de estudios según Resolución No. 895 del 9 de Diciembre de 2005 y autorizada para otorgar el Título de:

BACHILLER TECNICO

Con Énfasis en Teleinformática

Comprobada la situación legal y académica del estudiante quien cumplió los requisitos académicos, las exigencias establecidas en la Ley General de Educación, decretos reglamentarios y demás normas legales vigentes le otorga el Diploma que lo (a) acredita como tal a:

Karen Julieth Soler Ramírez

Documento de Identidad No. 92050150056 de Bogotá

Es fiel copia tomada del libro de actas Generales de Grado, Folio No. 032 Acta No. 030 de Diciembre de 200_

Dado en Ibagué -Tolima, a los 05 días del mes de Diciembre de 2008

Esp. Gloria Susunaga
C.C. No. 38.230.515 de Ibagué (Tol.)
Rectora

María Cristina Gómez de Hoyos
C.C. No. 28.713.928 de Espinal (Tol.)
Secretaria

Bogotá D.C

Señores:

Fundación Universitaria del Area Andina

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

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

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

Enfermera

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Kaly Soler

No. de documento: 1026095004

Tarjeta profesional No: 1026095004

Dirección de contacto: Cll 129c # 88D-10

Teléfono: 3143030619

Scanned by CamScanner

CAFAM

LA SUSCRITA JEFE DE RELACIONES LABORALES

DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAFAM

Nit. 860013570-3

HACE CONSTAR:

Que el (la) señor (a) **KAREN JULIETH SOLER RAMIREZ ,** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** No **1.016.045.004** de **BOGOTA D.C.**, presta sus servicios a la Caja mediante Contrato **Fijo**, desde el **6 de marzo de 2012** hasta el **2 de marzo de 2018**, con un horario de **210** horas mes, quien ocupa el cargo de **ENFERMERA(O) JEFE** en **CONSULTA URGENCIAS FLORESTA** , y una asignación mensual de **Dos millones trescientos noventa y dos mil cien pesos mcte ($2.392.100,00)** .

Que devenga por concepto de sueldo adicional un promedio mensual de **$Cero de pesos mcte ($0,00)** .

Que devenga por concepto de horas extras un promedio mensual de **$Doscientos cincuenta y cinco mil cincuenta y seis pesos mcte ($255.056,00) .**

Que devenga por concepto de comisiones un promedio mensual de **$Cero de pesos mcte ($0,00) .**

Se expide la presente constancia en la ciudad de Bogotá, **20 días del mes de septiembre de 2017**

Cordialmente,

Andrea Parra B.

ANDREA PARRA BOLIVAR
JEFE RELACIONES LABORALES

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.016.045.004**

SOLER RAMIREZ

APELLIDOS

KAREN JULIETH

NOMBRES

Karen Julieth Soler R

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **01-MAY-1992**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.53 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

04-MAY-2010 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00241384-F-1016045004-20100615 0022248185A 1 34939615

DIAN®
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA
Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14411937615

(415)7707212489984(8020) 000001441193761 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 1 6 0 4 5 0 0 4	2	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 1 3	1 0 1 6 0 4 5 0 0 4	2 0 1 0 0 5 0 4

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
SOLER	RAMIREZ	KAREN	JULIETH

35. Razón social:

36. Nombre comercial: | 37. Sigla:

UBICACION

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

41. Dirección principal
CR 93 B 129 C 39

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
ksoler150@hotmail.com		7 1 2 3 4 0 8	3 1 4 3 0 3 0 6 1 9

CLASIFICACION

Actividad económica

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
	2	0																								

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 7 0 4 1 8

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 SOLER RAMIREZ KAREN JULIETH
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 18-04-2017
Hora: 4:00:15 PM

CONTRIBUYENTE CC 1016045004 KAREN JULIETH SOLER RAMIREZ

Información General

Dirección KR 93B 129C 39

Teléfonos 7123408-3143030619
Dirección electrónica ksoler150@gmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 18/04/2017
Soporte Inscripción 22029842
Fecha Inicio Actividades 19/12/2011
Fecha Cese Actividades
Fecha de Informe del Cese
 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL
Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 86921-ACTIVIDADES DE APOYO TERAPEUTICO (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PUBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE
Actividad 2: -
Actividad 3: -
Actividad 4: -
Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 17001903585

Fuente ICA TE TOCA

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

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA

ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA
IDENTIFICACION UNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

ENFERMERA



KAREN JULIETH SOLER RAMIREZ
C.C. 1.016.045.004
FUND UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA - FUAA
Bogotá D.C.
FECHA DE EXPEDICIÓN DEL DIPLOMA: 2017-01-27
FECHA DE INSCRIPCIÓN ReTHUS: 2017-02-22

8419

Crear-ID.com | 821 9115

Representante Legal Organización Colegial de Enfermería

Esta tarjeta es un documento público y se expide de conformidad con la Ley 1164 de 2007 y el Decreto 4192 de 2010.

Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla a la Organización Colegial de Enfermería.

FIRMA DEL PROFESIONAL

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 *: 1016045004

Primer Nombre *:

Primer Apellido *:

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2018-12-12→9:32:40 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Detalles
CC	1016045004	KAREN	JULIETH	SOLER	RAMIREZ	Ver

Información Detallada [CC: 1016045004] KAREN JULIETH SOLER RAMIREZ

2018-12-12→9:32:40 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha desde que puede ejercer	Entidad Reportadora
UNV	Local	ENFERMERIA	2017/2/22	ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA

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).

Scanned by CamScanner

HACE CONSTAR QUE:

La enfermera **KAREN JULIETH SOLER RAMÍREZ** identificada con la cédula de ciudadanía número 1.016.045.004, no registra antecedentes de responsabilidad deontológica disciplinaria, de acuerdo con la ley 911 de 2004 "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones".

Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, a los veintitrés (23) días del mes de noviembre del año dos mil diecisiete (2017).

Cordialmente,

EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

FIRMA VACUNADOR

2013

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

Consulte su Vacunación

http://app.saludcapital.gov.co/pai/inicio/login.aspx

NIT 900174965-5

CODIGO DE PRESTADOR SEDE PRINCIPAL 110011770801

CODIGO DE PRESTADOR SEDE RESTREPO 110011770802

NOMBRES: Karen Soler Ramirez

DOCUMENTO: 1016045CC4

TELÉFONO:

VACUNA	DOSIS REFUERZO	LOTE	FECHA APLICACION	FIRMA VACUNADOR
TETANICO DIFERICO	1 DOSIS	09022	26-abril-2010	
	2 DOSIS	0241105C	17 SEP 2012	
	3 DOSIS		1 MAR 2014	0241105C 10/14
	4 DOSIS			
	REFUERZO			
TRIPLE VIRAL	1 DOSIS	JS208	17 SEP 2012	
	2 DOSIS			

PBX:
211 9289
Cel:310 237 1397
EDE RESTREPO
ontanasalud.com
salud.com
anasalud.com

TRIMOVAX MÉRIEUX

LIVE ATTENUATED VIRUS VACCINE AGAINST MEASLES, MUMPS AND RUBELLA

VACUNA DE VIRUS VIVOS ATENUADOS CONTRA EL SARAMPIÓN, LAS PAPERAS Y LA RUBÉOLA

Sanofi Pasteur

ANOFI

estar protegido

VACUNA	DOSIS REFUERZO	LOTE	FECHA APLICACION	FIRMA VACUNADOR
VARICELA	1a. DOSIS			
VARICELA	2a. DOSIS			
FIEBRE AMARILLA	1a. DOSIS			
INFLUENZA	1a. DOSIS	08-Agosto 16		

HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL

SALUD INTEGRAL EMPRESARIAL

FECHA

TIPO DE EXAMEN ☐ 1. INGRESO ☒ 2. PERIÓDICO ☐ 3. RETIRO ☐ 4. REINGRESO ☐ 5. CAMBIO DE OFICIO ☐ 6. OTRO

ÉNFASIS ☐ 1. OSTEOMUSCULAR ☐ 2. CARDIOVASCULAR ☐ 3. TRABAJO EN ALTURAS ☐ 4. MANIPULADOR DE ALIMENTOS ☐ 5. NO APLICA ☐ 6. OTRO

CIUDAD | FECHA | NOMBRE DE LA EMPRESA

NOMBRE DE LA EMPRESA USUARIA | ACTIVIDAD ECONÓMICA

INFORMACIÓN PERSONAL

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) | DOC. DE IDENTIDAD (C.C ☒ T.I ☐ C.E ☐) | NÚMERO | DE

FECHA DE NACIMIENTO | LUGAR | EDAD | GENERO (M ☐ F ☒) | ESTADO CIVIL (S ☐ C ☐ V ☐ UL ☐ D ☐) | NOMBRE E.P.S.

NOMBRE ARL | NOMBRE AFP | ESCOLARIDAD | OCUPACIÓN / PROFESIÓN

CARGO | TIEMPO DE SERVICIO EN LA EMPRESA (MESES) | TIEMPO EN EL CARGO (MESES) | DIRECCIÓN DOMICILIO | TELÉFONO(S)

II. ANTECEDENTES OCUPACIONALES

Antecedentes ocupacionales y principales factores de riesgo a los que ha estado expuesto

EMPRESA	SECCIÓN CARGO	TAREAS O FUNCIONES	FACTORES DE RIESGO	TIEMPO MESES	OBSERVACIONES

Antecedentes de Accidentes de Trabajo o Enfermedad Laboral

FECHA	EMPRESA - SECCIÓN	LESIÓN O DIAGNÓSTICO	SECUELAS		REUBICACIÓN		OBSERVACIONES
			SI	NO	SI	NO	

III. IDENTIFICACION DE RIESGOS – OCUPACION ACTUAL

___ **Biológicos (1)**

Ergonómicos (2)
- ___ Cargas (2.1)
- ___ Posturas (2.2)
- ___ Movimientos repetitivos (2.3)

Físicos (3)
- ___ Ruido (3.1)
- ___ Vibración (3.2)
- ___ Temperatura (3.3)
- ___ Radiaciones (3.4)

Químico (4)
- ___ Explosivos (4.1)
- ___ Gases (4.2)
- ___ Sustancias inflamables (4.3)
- ___ Material particulado (4.4)
- ___ Sust. Oxidantes y peróxidos orgánicos (4.5)
- ___ Sust. Tóxicas e infecciosas (4.6)
- ___ Materiales Radioactivos (4.7)
- ___ Sust. Corrosivas (4.8)
- ___ Misceláneos (4.9)

Mecánicos (5)
- ___ Caídas (5.1)
- ___ Golpes (5.2)
- ___ Cortes (5.3)
- ___ Atrapamientos (5.4)
- ___ Choques (5.5)
- ___ Proyecciones (5.6)
- ___ Eléctricos (5.7)

Psicosocial (6)
- ___ Jornada extra-laboral (6.1)
- ___ Sobrecarga de trabajo (6.2)
- ___ Alta posibilidad de error (6.3)
- ___ Trabajo de alto riesgo (6.4)

Otros ___

IV. ANTECEDENTES PERSONALES

Antecedentes Patológicos: Refiere ( ) No refiere ( )

IV. ANTECEDENTES PERSONALES

Antecedentes Alérgicos: Refiere ( ) No refiere ( )

Antecedentes Quirúrgicos u hospitalarios: Refiere ( ) No refiere ( )

Antecedentes Ginecológicos G__ P__ C___ A___ V__ M___ E__ FECHA ÚLTIMO PARTO FECHA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN FECHA ÚLTIMA CITOLOGÍA

Método de planificación

Antecedentes traumáticos: Refiere ( ) No refiere ( )

Antecedentes Farmacológicos: Refiere ( ) No refiere ( )

Antecedentes toxicológicos **FUMA** SI NO **EXFUMADOR** SI NO Nº CIGARRILLOS/DÍA HACE CUANTO LO DEJÓ TIEMPO DE TABAQUISMO/AÑOS

ALCOHOL SI NO **FRECUENCIA** BAJO MEDIO ALTO **PSICOACTIVOS** SI NO

Antecedentes familiares: Refiere ( ) No refiere ( )

V. VACUNACIÓN

VACUNA	ESQUEMA COMPLETO SI	NO	NO SABE	OBSERVACIONES
INFLUENZA				
TOXOIDE TETÁNICO				
HEPATITIS B				
HEPATITIS A				
VARICELA				
FIEBRE TIFOIDEA				
FIEBRE AMARILLA				
ANTIRRÁBICA				
TOS FERINA				
OTRA. ¿CUÁL?				

Actividad física

ACTIVO (3 veces por semana) SI NO **SEDENTARIO** SI NO Tipo de actividad física

Actividad extralaboral y hobbies

V. REVISIÓN POR SISTEMAS

SISTEMAS	N	A	NE	OBSERVACIONES
VISUAL				
AUDITIVO				
DIGESTIVO				
RESPIRATORIO				
CARDIOVASCULAR				
NEUROLÓGICO				
ENDOCRINO				
PIEL				
OSTEOMUSCULAR				
GENITO-URINARIO				
OTRO				

N: Normal **A:** Anormal **NE:** No evaluado

VI. EXAMEN FÍSICO

Condiciones generales _____

TA: _____/_____ mmHg FC: _____/min. FR: _____/min. TALLA: _____mts. PESO: _____Kg. IMC: _____

Dominancia: Diestro _____ Zurdo _____ Ambidiestro _____

ITEM		N	A	NE	OBSERVACIONES
ESTADO NUTRICIONAL					
CABEZA					
CUELLO					
OJOS	CÓRNEA				
	PUPILA				
	CONJUNTIVAS				
	MOVIMIENTO				
	REFLEJOS				
	PÁRPADOS				
NARIZ	ASPECTO				
	TABIQUE				
	CORNETES				
OÍDOS	TIMPANO				
	CONDUCTO EXTERNO				
BOCA	FARINGE				
	AMÍGDALAS				
	LABIOS				
	LENGUA				
	DIENTES				
	OCLUSIÓN DENTAL				
TORAX	ASPECTO				
	PALPACIÓN				
	GLANDULA MAMARIA				
	RUIDOS CARDIACOS				
	RUIDOS RESPIRATORIOS				
ABDOMEN	ASPECTO				
	PALPACIÓN				
	CICATRICES				
	HERNIAS				

ITEM		N	A	NE	OBSERVACIONES
MIEMBROS SUPERIORES					
	ASPECTO				
	HOMBROS				
	CODOS				
	MUÑECA				
	MANOS - DEDOS				
MIEMBROS INFERIORES					
	ASPECTO				
	CADERAS				
	RODILLAS				
	TOBILLOS				
	PIES - DEDOS				
TONO MUSCULAR					
COLUMNA					
CURVATURAS					
MOVIMIENTOS	FLEXIÓN				
	EXTENSIÓN				
	ROTACIÓN				
	INCLINACIÓN LATERAL				
PALPACIÓN	DOLOR				
	ESPASMOS				
MARCHA	MARCHA				
	EN TALONES				
	EN PUNTAS				
REFLEJOS	BICIPITAL				
	TRICIPITAL				
	PATELAR				
	AQUILIANO				
NEUROLÓGICO	ROMBERG				
COORDINACIÓN	PRUEBAS DE				

ITEM		N	A	NE	OBSERVACIONES
PRUEBAS	BRAZO CAÍDO				
	YEGARSON				
	HAWKINS				
	NEER				
	EPICONDILITIS LATERAL				
	EPICONDILITIS MEDIAL				
	PHALLEN				
	TINEL				

ITEM		N	A	NE	OBSERVACIONES
PRUEBAS	FINKELSTEIN				
	LASEGUE				
	LASEGUE MODIFICADO				
	THOMAS				
	ESTIRAMIENTO DE FEMORAL				
	CAJÓN ANTERIOR				
	CAJÓN POSTERIOR				
	VARO Y VALGO FORZADO				

N: Normal **A:** Anormal **NE:** No evaluado

VII. EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

X	NOMBRE DEL EXAMEN	FECHA	RESULTADOS	N	A
	AUDIOMETRÍA				
	OPTOMETRÍA				
	ESPIROMETRÍA				
	EXAMEN OSTEOMUSCULAR				
	PRUEBAS PSICOLOGÍA				
	CUADRO HEMÁTICO				
	GLICEMIA BASAL				
	COLESTEROL TOTAL				
	COLESTEROL HDL				
	COLESTEROL LDL				
	TRIGLICÉRIDOS				
	PARCIAL DE ORINA				
	COPROLÓGICO				
	KOH DE UÑAS				
	FROTIS FARÍNGEO				
	ELECTROCARDIOGRAMA				
	OTROS				

N: NORMAL **A:** ALTERADO

VIII. DIAGNÓSTICO

IX. CONCEPTO MÉDICO

☐ **1.** APTO PARA EL CARGO

☐ **2.** APTO CON RESTRICCIÓN TEMPORAL

☐ **3.** APTO CON RESTRICCIÓN DEFINITIVA

☐ **4.** NO APTO PARA EL CARGO

Tipo de restricciones

1. Manipulación cargas superiores: Hombres a 25Kg Mujeres a 12.5Kg	
2. Exposición a ruidos superiores a 85dB	
3. Trabajos en alturas	
4. Trabajos en espacios confinados	
5. Exposición a material particulado, gases y vapores.	
6. Operación de vehículos, equipo pesado y/o máquinas – herramientas eléctricas	
7. Manipulación de alimentos	
8. Otro. ¿Cuál?	

X. RECOMENDACIONES Y/O OBSERVACIONES

Remitido a ☐ EPS ☐ ARL

OBSERVACIONES

VALORACIÓN POR	
MEDICINA GENERAL	
ORTOPEDIA	
FISIATRÍA	
NUTRICIÓN	
FISIOTERAPIA	
OTORRINO	
MEDICINA INTERNA	
OTRO, CUAL	

SEGUIMIENTO EN	
SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICO AUDITIVO	
SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICO BIOMECÁNICO	
SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICO PSICOSOCIAL	
SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICO QUÍMICO	
SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICO VISUAL	
SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICO CARDIOVASCULAR	
OTRO, CUAL	

"Yo _____ declaro que la información suministrada es verídica y no he ocultado datos para establecer con certeza mi estado de salud y de aptitud ocupacional. Hago constar que he recibido una copia de la presente Historia Clínica Ocupacional, la he leído, me ha sido explicada, la he entendido a cabalidad, acepto y estoy conforme con todo su contenido. Así mismo autorizo al médico de CAFAM, para que solicite la(s) prueba(s) complementaria(s) requerida(s), que dentro de la evaluación médica ocupacional sean necesarias para precisar el diagnóstico según lo estipulado en la Resolución 2346 /07 y 1918 / 09 del Ministerio de la Protección Social. En constancia, firmamos:"

MÉDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
LICENCIA:

FIRMA DEL TRABAJADOR
CÉDULA:

Subdirección Salud Cafam

Fundación Universitaria Cafam
Conocimiento con Responsabilidad Social

PROGRAMA DE EDUCACIÓN CONTINUADA EN SALUD

Certifican que

KAREN JULIETH SOLER RAMIREZ

C.C.: 1.016.045.004

Cursó y aprobó el módulo

Protocolo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual

Bogotá D.C., 19 de mayo de 2018

Con una duración de 8 horas de estudio virtual

Código:

Carlos Alfredo Estévez Galindo
Subdirector Salud Cafam

Ana Maritza Cristancho García
Vicerrectora Académica

GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS

Centro Internacional de Entrenamiento
en Urgencias y Emergencias
Nit: 900.386.743-5

EL COMITÉ NACIONAL DE CAPACITACION DEL GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS Y LA DIRECCION CIENTIFICA

Otorgan la presente
CONSTANCIA A:

Karen Julieth Soler Ramirez
C.C. 1016045004

Por su participación como asistente del curso taller de:

"SOPORTE VITAL BÁSICO "BLS"
ABORDAJE AL PACIENTE CON PARADA CARDIORESPIRATORIA
NIVEL BÁSICO "20 HORAS"

Entregado en la ciudad de Bogotá (Cundinamarca)
El día 20 Julio 2018

Curso taller con laboratorio de simulación (simuladores de acciones vitales humanas, integrales y automatizadas).
Temario: Anatomía, fisiología y electrofisiología básica del corazón y la vía aérea. Atragantamiento OVACE (obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño), Desovase (desobstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño) con paciente consciente e inconsciente, Técnicas y maniobras que salvan vidas.
Abordaje al paciente con paro respiratorio, Abordaje al paciente con paro cardio respiratorio del lactante, del niño y el adulto con uno y dos reanimadores, Ritmos de paro y enfoque en la reanimación, Manejo del DEA (desfibrilador externo automático), Cadena de la sobrevida y nemotecnia C A B D de la reanimación, técnicas de ventilación según el escenario.
Basado en las guías de resucitación cardiopulmonar del comité nacional y de los comités internacionales de reanimación cardio pulmonar guías 2015-2020, de acuerdo lo que exige la resolución 2003/2014 para el personal del equipo de salud.
LICENCIA No 4461 de 28/04/2011

DR. JUAN PABLO SALGADO C.
Director Científico
NEUROCIRUJANO
REGISTRO MEDICO No 2051705
Instructor BLS-ACLS GCE

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS LICENCIA [illegible] DEL 24 DE ABRIL DE 2011

E-mail: grupocolombianodeemergencias@gmail.com
Barranquilla: Calle 72 No. 57-58 Piso 2 Of. 14 Tel: (5) 320 1207 - 319 8341
Bogotá D.C.: Calle 71 No. 14-17 Piso 4 Tel: (1) 235 2852 - 217 4799
Líneas Nacionales: 018000-942270 - 310 745 1759

"Lo bueno del grupo es estar en el"

grupocolombianodeemergencias
@grupocolombiano
www.grupocolombianodeemergencias.com

Scanned with CamScanner

CENTRO DE CAPACITACION EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

S.O.S

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

CERTIFICA QUE :

KAREN JULIETH SOLER RAMIREZ

c.c. 1.016.045.004

ASISTIO AL CURSO

SOPORTE VITAL AVANZADO CARDIACO

EL CURSO SIGUE LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA **AMERICAN HEART ASSOCIATION**, CUMPLIENDO CON LA RESOLUCION 2003 DE MAYO DE 2014 Y LA NORMA DE COMPETENCIA LABORAL 230101108
CON UNA INTENSIDAD DE 40 HORAS

Dado en Bogotá D.C., a los 17 días del mes de Febrero de 2017.
Validez 2 años.

CENTRO DE CAPACITACION EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS S O S

Paola M. Vieda
Directora

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

David Londoño
Sub Dirección Académica

Scanned with CamScanner

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO
FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL

CÓDIGO: ET-CA-FT- 011
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-08-22

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

FECHA: 14-Dic-18	CIUDAD: Bogota	DEPARTAMENTO: Cundinamarca

Distiguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Politicas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Soler	Ramirez	Karen	Lizeth

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	1014609504	Bogota	2010-05-04
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL:			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐ NO ☐	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
02-05-1992	Bogota	Colombia	Colombiana

ESTADO CIVIL				PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☒ VIUDO(A) ☐	CASADO(A) ☐	DIVORCIADO(A) ☐	UNION LIBRE ☐			3143036419

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Cll 90B#129c-39	Bogota		Colombia	7123908

CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
lksoler.ips.hcuo@gmail.com		PROPIA ☐	FAMILIAR ☐	ARRENDADA ☒

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

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

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

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

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 ☒	Hospital Jorge Eliecer Gaitan

Scanned by CamScanner

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO
FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL

CÓDIGO: ET-CA-FT- 011
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-08-22

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO ☐ COMERCIAL ☐ VICIOS ☐ LUD ☐	NIT	800215303-7

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ NANCIERA ☐ ANSPORTE ☐ OLOGIA ☐ ENTOS MEI ☐ AMENTOS ☐
OTRA ☒ CUAL: X Salud

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
C116#4A-26 Este	3444484	Bogota		Colombia
CARGO ACTUAL	Enfermero	**FECHA VINCULACION(AAAA/MM/DD)**		02/05/2017

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	2808000	GASTOS FAMILIARES		AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS		ARRIENDOS	700000	INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	400000	OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	0	TOTAL EGRESOS	0	TOTAL ACTIVOS	0	TOTAL PASIVOS	0

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

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Gonzalez		Miriam	Andrea
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
Cra 71F#128-51	Bogota	Amiga	3168319579

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☐

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:
IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐ ☐ CUAL:

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

Enfermera

Scanned by CamScanner

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
4. 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 licitas.
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE, a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) dias, expedido por la Camara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripcion en el Rit Distrital.
4. Fotocopia del documento de identificacion, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)

APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

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

CONSIDERACIONES

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

AUTORIZACION

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

Declaro expresamente:
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestacón de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestacion de servicios de salud.
B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:
1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por le ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinacion de tarifas y analisis y seleccion de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidacion y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestion integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para accedere a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadisticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) 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 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.

Scanned by CamScanner

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO
FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL

CÓDIGO: ET-CA-FT- 011
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-08-22

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 Presfadodas de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y exteernos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquir otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevension y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboracion de estudios técnicos y 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 Juridica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionalde Salud, exigen las mismas.
6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En onsecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

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

Karen Lizeth Soler R.

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Indice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

1.Fecha		**2. Ciudad**	
3.Nombre del funcionario o Asesor:			
4. Lugar de la Entrevista:			
5. Observaciones:			
6. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐	RECHAZADO ☐	
7. Firma y Cédula			

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

1. Fecha:		**2. Ciudad**	
3. Nombre y Cargo de quien verifica:			
4. Lugar de la verificación:			
5. Observaciones:			
6. Firma y cédula:			

Scanned by CamScanner

LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR EPS
NIT 860.066.942-7

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) KAREN JULIETH SOLER RAMIREZ identificado(a) con cédula de ciudadanía 1.016.045.004, se encuentra ACTIVO en el Plan Obligatorio de Salud POS, de la EPS Compensar, en calidad de COTIZANTE según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20171101	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 14 días del mes de diciembre de 2.018

Observaciones:

Con destino a:
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: FABIO NELSON VALENCIA CER-AFI
8765618

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

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) KAREN JULIETH SOLER RAMIREZ identificado(a) con C.C No. 1.016.045.004, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 14 de diciembre del 2018.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier duda o inquietud referente a este certificado¸ comuníquese con nuestro Contact center al 7484888 en Bogotá 386 9888 en Barranquilla, 698 5888 en Bucaramanga, 489 9888 en Cali, 694 9888 en Cartagena, 604 2888 en Medellín gratis desde el resto del país al 604 2888. ¸ e-mail serviciocliente@colfondos.com.co.



Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

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

1016045004			SEGUROS BOLIVAR
Numero de Documento			ARL
KAREN	JULIETH	SOLER.	RAMIREZ
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
01/05/92	BOGOTÁ	CALLE 129 C # 88 D – 10	
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo
COMPENSAR	COLFONDOS	$ 2´808.000	
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios	
ENFERMERA		02/05/17	
Objeto Contractual (Cargo)		Fecha Inicio del Contrato	
KSOLER.IPS.HCO@GMAIL.COM		3143030619	
Correo Electrónico		Celular	

Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C. 39.557.974 Gobot

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

Scanned by CamScanner

SEGUROS BOLÍVAR

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
Identificada con NT No. 900959051

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 1505666909403, a partir del 01 de Agosto del año 2016.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguiente manera:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DEL EMPLEADO	CENTRO DE TRABAJO	CLASE	TASA	FECHA INICIO COBERTURA	FECHA DE RETIRO	TIPO COTIZANTE	ESTADO
CC	1016045004	KAREN JULIETH SOLER RAMIREZ	CENTRO ORIENTE-ASISTENCIAL	3	2.436%	29/08/2018	30/11/2019	INDEPENDIENTE	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 13 de Diciembre del año 2018.

Firma Representante Legal

Scanned by CamScanner

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 118768847

WEB
10:07:53

Bogotá DC, 04 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) KAREN JULIETH SOLER RAMIREZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1016045004:

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.

Scanned by CamScanner

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 04 de diciembre de 2018, a las 10:13:58, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1016045004
Código de Verificación	1016045004181204101358

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

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

Soraya Vargas P.

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Scanned by CamScanner

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2582708

Bogotá D.C., 4 de Diciembre de 2018 - 10:12 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., la identificación CÉDULA DE CIUDADANÍA No: **UN MIL DIECISEIS MILLONES CUARENTA Y CINCO MIL CUATRO**

1016045004

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.

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 12_ZLF24_1210
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

Scanned by CamScanner

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:10:29 horas del 04/12/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1016045004**

Apellidos y Nombres: **SOLER RAMIREZ KAREN JULIETH**

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.

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

INSPIRADOS EN USTED

Carrera 27 N° 18 - 41
(Paloquemao). Bogotá DC
Atención administrativa de lunes a viernes de 8:00 am - 12:00 pm y 2:00 pm - 5:00 pm
Línea de Atención al Ciudadano - Bogotá D.C. (571) 5159111 / 9112
Resto del país: 018000 910 112
Requerimientos ciudadanos 24 horas
Fax (571) 5159581 - E-mail: lineadirecta@policia.gov.co

Scanned by CamScanner

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA, D.C., **12/12/2018**
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora KAREN JULIETH SOLER RAMIREZ** con **Cédula de Ciudadanía** n#mero **1016045004**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

CUENTA DE AHORRO PROGRAMADO QUE A LA FECHA SE ENCUENTRA INMOVILIZADA

N#mero	**0570473870048534**
Fecha de apertura	**07/09/2010**

Teniendo a la fecha una antiguedad de **99** meses.

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA