



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
GRUPO DE TALENTO HUMANO

Formato hoja de ruta contratos DIGSA

Código: MDN-COGFM-PROATH-DIGSA-FU.95.1-50

Proceso: Administración del Talento Humano

NOMBRE SERVIDOR PUBLICO: Karen Boharquez

CEDULA: 1116550224

No.	REQUISITO EXIGIDO	OBSERVACIÓN	CUMPLE	NO CUMPLE
1	Autorización Director de ESM			
2	Plan de necesidades			
3	Requerimiento del cargo			
4	Certificado de idoneidad			
5	Estudio previo			
6	Acta de compromiso de confidencialidad		✓	
7	Formato único hoja de vida impreso donde se certifique los documentos del sigep así; <input type="checkbox"/> Talento Humano deben verificar los soportes de la información registrada. <input type="checkbox"/> el contratista debe cargar los soportes de la información correspondiente a estudios y experiencia profesional. <input type="checkbox"/> el formato único hoja de vida impreso del SIGEP II. debe estar debidamente firmado (firma, pos firma, No. de identificación) tanto por el futuro contratista, como por el oficial o suboficial de desarrollo humano o administrador de personal de la unidad militar. <input type="checkbox"/> tiempo de experiencia certificados de experiencia <input type="checkbox"/> Documentos adicionales <input type="checkbox"/> tarjeta y resolución de la profesion <input type="checkbox"/> procuraduría <input type="checkbox"/> contraloría <input type="checkbox"/> policía judicial <input type="checkbox"/> rut		✓	
8	https://www.funcionpublica.gov.co/fdci/ <input type="checkbox"/> Declaración de conflictos de interés particulares <input type="checkbox"/> Declaración del impuesto sobre la renta y complementarios <input type="checkbox"/> Declaración de bienes y rentas	Anual registrar en la pagina Web de la funcion pública. Ley 2013 de 2019.	✓	
9	Declaración de bienes y rentas LLENAR EL FORMATO		✓	
10	Certificación bancaria actualizada en original	No mayor a 90 días	✓	
11	Fotocopia cédula de ciudadanía.		✓	
12	Fotocopia tarjeta profesional y certificado de vigencia (cuando aplique)		✓	
13	Fotocopia diploma bachiller y acta de grado		✓	
14	Fotocopia de diploma(s) de pre grado(s) y acta(s) de grado(s).		✓	
15	fotocopia de diploma(s) de posgrado(s) y acta(s) de grado(s)		✓	
16	Oficio de entrega del ESP con nombre cedula y profesión.		✓	
17	certificado vigente de antecedentes judiciales (ponal)	No mayor a 90 días	✓	
18	certificado vigente responsabilidad fiscal (contraloría general de la república)	No mayor a 90 días	✓	

19	certificado vigente de antecedentes disciplinarios (procuraduría general de la nación)	No mayor a 90 días	✓	
20	Pantallazo impreso del sistema registro nacional de medidas correctivas de la POLICIA NACIONAL (RNMC).	No mayor a 90 días	✓	
21	Registro único tributario (se debe adjuntar tanto el RUT como la verificación en la página web de la dian – consulta estado del rut https://muisca.dian.gov.co/webrutmuisca/defconsultaestadorut.faces)		✓	
22	PANTALLAZO IMPRESO EN EL CUAL CERTIFIQUE QUE SE ENCUENTRA EL PRESTADOR DE SERVICIOS INSCRITO EN EL SECOP II SE PUEDE INGRESAR EN EL SIGUIENTE LINK https://community.secop.gov.co/STS/users/login/index?skinname=CCE		✓	
23	Constancia de afiliación al sistema integral de seguridad social en salud, pensión, deben incluir consulta página web RUAF		✓	
24	Constancia de afiliación a la ARL, (se aclara que riesgos laborales se debe incluir en la carpeta maestra una vez suscrito el contrato. Personal tecnólogo en imágenes diagnósticas deben estar afiliados en Riesgo V.		✓	
25	Acta de compromiso de cumplimiento de las normas de bioseguridad.	Formato SG-SST DIGSA	✓	
26	Certificado de exámenes ocupacionales de ingreso : con énfasis osteomuscular, visiometría y audiometría.	El examen tiene vigencia 3 años si no deja de trabajar continuamente.	✓	
27	Certificado esquema de vacunas de acuerdo al protocolo de vacunación de la DIGSA así: <input type="checkbox"/> Actividades administrativas de archivo. <input type="checkbox"/> Actividades netament administrativas en zona endemica. <input type="checkbox"/> Actividades de servicios generales y mantenimiento. <input type="checkbox"/> Actividades de manipulación de alimentos. <input type="checkbox"/> Actividades administrativas y alternamente asistenciales con procedimientos. <input type="checkbox"/> Actividades administrativas y alternamente asistenciales pero que no realizan procedimientos. <input type="checkbox"/> Actividades unicamente asistenciales.	Verificación esquemas de vacunación registrados en el PAI WEB y PAI DISTRITAL https://appb.saludcapitalgov.co/Paitpublico/busqueda.aspx	✓	
28	Pantallazo impreso verificación de cada prestador de servicios que aparezca registrado en el (RETHUS) de acuerdo a lo establecido en la ley 1164 de 2007. Disposiciones Generales de igual forma debe incluir el número del acto administrativo. (PERSONAL DE LA SALUD) que no se encuentren reportados, deben anexas oficio de solicitud de inscripción ante la secretaria de salud.		✓	
29	Anexo G "datos generales"		✓	
30	Concepto evaluación psicología	No mayor a un año	✓	
31	Pacto de integridad		✓	

Fecha Elaboración: _____

Firma: _____

Postfirma: _____

Grado - Nombres y Apellidos

Funcionario responsable manejo expediente

Fecha Elaboración: _____



FORMATO ÚNICO

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

ENTIDAD RECEPTORA

Empty rectangular box for the receiving entity name.

1

DATOS PERSONALES

Form section for personal data including fields for first/second last name, identification document, sex, nationality, military service, birth date, and address.

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

Form section for basic and secondary education with a grid for marking completed grades from 1st to 11th.

Form section for higher education (pregraduate and postgraduate) including a table for recording degrees, titles, and semesters.

Form section for language proficiency with a table to specify skills in Spanish and other languages (HABLA, LEE, ESCRIBE).

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 CLINICA JUNICAL MEDICAL SAS				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA			MUNICIPIO GIRARDOT					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3229128922			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	12	Mes	10	Año	2021	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUDITORA DE CALIDAD-SEG PACIEN			DEPENDENCIA AREA DE GESTION DE CALIDAD					DIRECCIÓN CARRERA 6A - 20 115 B. Alto del Rosario						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO META			MUNICIPIO VILLAVICENCIO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3229128922			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	15	Mes	01	Año	2021	Día	30	Mes	09	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA L5			DEPENDENCIA AREA DE HOSPITALIZACION ADULTO					DIRECCIÓN CALLE 37A - 28 35 B. Barzal alto - Villavicencio						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION DE SANIDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO META			MUNICIPIO VILLAVICENCIO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3229128922			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	16	Mes	01	Año	2020	Día	31	Mes	12	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA L5			DEPENDENCIA AREA DE HOSPITALIZACIONES					DIRECCIÓN						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ADMINISTRADORA DE REGIMEN SUBSIDIADO UNICAJAS - COMFACUNDI				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ, D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ, D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3229128922			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	20	Mes	05	Año	2019	Día	31	Mes	12	Año	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL ACTIVIDADES DE APOYO SALUD PUB			DEPENDENCIA ADMINISTRACION Y ENFERMERIA					DIRECCIÓN CALLE 53 10 39						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION DE SANIDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ, D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ, D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3229128922			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	14	Mes	01	Año	2019	Día	20	Mes	05	Año	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA L5			DEPENDENCIA ASISTENCIAL - CIRUGIA					DIRECCIÓN CARRERA 86 - 53B 80 SUR DMSOC - Av. Ciudad de Cali						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION DE SANIDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ, D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ, D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3229128922			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	05	Año	2018	Día	31	Mes	12	Año	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA L5			DEPENDENCIA AREA DE LA SALUD - ENFERMERIA					DIRECCIÓN CARRERA 50 - 18 06 CRH- Puente Aranda						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION DE SANIDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CAQUETÁ			MUNICIPIO SAN VICENTE DEL CAGUÁN					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3229128922			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	02	Mes	05	Año	2017	Día	01	Mes	05	Año	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA L5			DEPENDENCIA AREA DE LA SALUD - ENFERMERIA					DIRECCIÓN AUTOPISTA 7 - 1 Kilometro 7 Via la Siberia						

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:		Año:	
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	3	8
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	10
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	5	6



Tipo de declaración Fecha de publicación

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
KAREN	VIVIANA	BOHORQUEZ	SANCHEZ

Documento de identificación
Tipo Número

Lugar de nacimiento
País Departamento Municipio

Lugar de domicilio
País Departamento Municipio

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje

Lugar de sede
País Departamento Municipio

Dirección

Cargo o función que cumple

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019: Persona natural y jurídica, pública o privada, que presten función pública, que presten servicios públicos respecto de la información directamente relacionada con la prestación del servicio público.

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente mi declaración de bienes y rentas y manifiesto que los únicos bienes y rentas que poseo a la fecha, en forma personal o por interpuesta persona, son los que relaciono a continuación.

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	\$25.819.248,00
Cesantías e intereses de cesantías	\$0,00
Gastos de representación	\$0,00
Arriendos	\$0,00
Honorarios	\$0,00
Otros ingresos y rentas	\$0,00
TOTAL	\$25.819.248,00

Las cuentas bancarias de las que soy titular en Colombia y en el exterior son:

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	\$6.410,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
CARRO	COLOMBIA	META	VILLAVICENCIO	\$25.000.000,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
PRESTAMO EDUCATIVO IFC	\$28.000.000,00

1.2. PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y/O ASOCIACIONES

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí No

En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas o Consejos Directivos:

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí No

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí No

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 participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente el registro de la información que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con los intereses de mi cónyuge o compañero(a) permanente, parientes y socios de hecho o de derecho.

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí No

Los intereses personales de mi cónyuge o compañero o compañera permanente son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí No

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento Número

Descripción del potencial conflicto de interés con su cónyuge o compañero(a) permanente:

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí No

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño.

De acuerdo con la Ley 2003 de 2019, los congresistas deben registrar sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeñan.

Parentesco	Pariente	Tipo de documento de identidad	Documento de identidad	Descripción del potencial conflicto de interés

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual:

Sí No

Dentro del año anterior tuve interés directo o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera), y a continuación describo cómo puede influir en las decisiones y acciones de mi cargo actual:

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí No

Los fideicomisos y encargos fiduciarios de los cuales soy constituyente o beneficiario en Colombia y en el exterior son:

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí No

Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario y otras que tengo en Colombia y en el exterior son:

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí No

Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta del último año gravable son:

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí No

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:

- > Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
- > Establecimientos que posee.
- > Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
- > Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:



FORMULARIO ÚNICO
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, **KAREN VIVIANA BOHORQUEZ SANCHEZ**

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° **1.116.550.224** CON DOMICILIO PRINCIPAL EN: **TOLEMAIDA**

País **COLOMBIA** Departamento **CUNDINAMARCA** Municipio **NILO**

Dirección **B. MIRADOR CASA B218** Teléfonos **3229128922**

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
CONSUELO SANCHEZ PEREZ	CC. 24.227.203 DE AGUA AZUL	MADRE
JOSE GABRIEL BOHORQUEZ BOHORQUEZ	CC. 74.750.755	PADRE

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** **P** **PARA**
A **ACTUALIZ**
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	2.312.506
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	-
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	\$ 2.312.506

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	DE
DAVIVIENDA	AHORROS	05503596000121 81	GIRARDOT	\$ 1.200.000	

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
CARRO	HUNDAY CRETA 2022, PLACAS JSO-096	\$ 79.000.000

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	N°
FERNANDO COLLAZOS LLANOS	C.C. X C.E. T.I.	7.715.399

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

 FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA	Toluca 29-Dic-2022 CIUDAD Y FECHA
--	--------------------------------------

DAFP-OAP



DAVIVIENDA

CERTIFICADO

**BOGOTA, D.C.,
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,**

29/12/2022

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora KAREN VIVIANA BOHORQUEZ SANCHEZ** con **Cédula de Ciudadanía número 1116550224**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número **0550359600012181**
Fecha de apertura **11/10/2021**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.116.550.224

BOHORQUEZ SANCHEZ

APELLIDOS

KAREN VIVIANA

NOMBRES

Karen Bohorquez

FIRMA



SOLO PARA CONTRATACION POR
PRESTACION DE SERVICIOS
DISP-DMTOL



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 30-NOV-1994
AGUAZUL
(CASAPAZ)

ESTATURA 1.63

ESTATURA

B+

G.S. RH

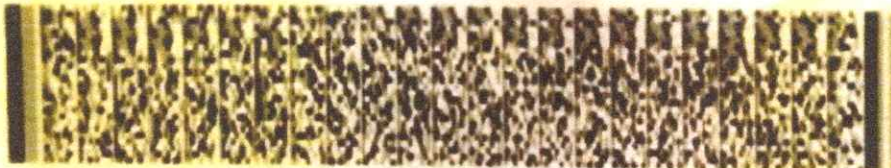
F

SEXO

18-DIC-2012 AGUAZUL

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO YACHA



A-4604000-00882711-F-1116550224-20170209

0053595662A 1

47600271



GOBIERNO DE COLOMBIA



ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERIA
IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

ENFERMERA

KAREN VIVIANA BOHORQUEZ SANCHEZ
C.C. 1.116.550.224

FUND UNIVERSITARIA DE SAN GIL - UNISANGIL
San Gil

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL DIPLOMA: 2017-03-16
FECHA DE INSCRIPCIÓN ReTHUS: 2018-06-18



16119

Crear ID.com | 921 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



La República de Colombia

En su nombre, el

Instituto Educativo Jorge Eliecer Gaitán

Municipio de Aguazul

Aprobado por la Secretaría de Educación del Departamento de Casanare

Mediante Resolución No. 1897 de Noviembre 23 de 2006

Confiere a:

Bohórquez Sánchez Karen Viviana

C.I. 94113014916

El Título de

Bachiller Académico

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

Jorge Hernán Suárez Suárez

Rector

Jessica Marique Roa

Secretaria

Dado en Aguazul, a los 3 Días de Diciembre de 2010

Según Decreto 921 del 6 de Mayo de 1994 del Ministerio de Educación Nacional este diploma
no necesita registro en la Secretaría de Educación de Casanare.

INSTITUTO EDUCATIVO "JORGE ELIECER GAITÁN"
AGUAZUL – CASANARE JORNADA DIURNA
DANE No. 185010000629
NIT No 844001559-1



ACTA INDIVIDUAL DE GRADUACIÓN

En la ciudad de Aguazul a los tres (03) días del mes de Diciembre del año 2010 se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del último grado, el Rector y la Secretaria en la rectoría del INSTITUTO EDUCATIVO JORGE ELIECER GAITÁN, reconocida oficialmente mediante Resolución No 1897 del 23 de Noviembre de 2006 y Autorizado por la Secretaria de Educación del Departamento de Casanare, para otorgar el título de BACHILLER ACADÉMICO.

Comprobada la Situación legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de Educación Media y Vocacional, se procedió a otorgar el título de:

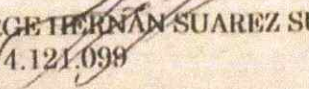
BACHILLER ACADÉMICO

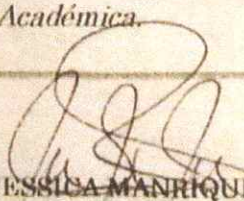
Al graduado cuyo nombre apellido y numero de identidad se relaciona a continuación:

KAREN VIVIANA BOHORQUEZ SANCHEZ
T. I. No 94113014916

Es copia tomada del libro Acta general de Graduación, Acta No 07, folio No 033 de esta fecha, que consta de (70) Graduandos, que comienza con el nombre de: ALEJANDRO CAMACHO LADINO y se cierra con el nombre de: YURY LORENA DUARTE PEREZ

Original firmada y sellada por el Licenciado JORGE HERNÁN SUAREZ SUAREZ, Rector y JESSICA MANRIQUE ROA, Secretaria Académica.


Lic. JORGE HERNÁN SUAREZ SUAREZ
CC. No. 4.121.099
Rector


JESSICA MANRIQUE ROA
CC. No. 24.228.456
Secretaria



REPÚBLICA DE COLOMBIA
Ministerio de Educación Nacional

UNISANGIL

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE SAN GIL

Debidamente autorizada por el Gobierno Nacional, considerando que:

Karen Viviana Bohórquez Sánchez

C.C. 1.116.550.224 Expedida en Aguazul

Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos
por la legislación colombiana y esta Institución, le otorga el Título de:

ENFERMERA

En constancia le expide el presente Diploma, firmado y refrendado,
en San Gil, Santander, República de Colombia,
a los dieciséis (16) días del mes de marzo del año dos mil diecisiete (2017)

Rector

Decano de Facultad

Secretaria General

Registrado en el Libro de Grado 04 Folio 534 Registro No.6798 en San Gil a los dieciséis (16) días del mes de marzo de 2017

UNISANGIL Personería Jurídica otorgada mediante Resolución 10989 expedida
por el Ministerio de Educación Nacional

Código ICFES 2724

2499

VIGILADA MINECUCACIÓN



UNISANGIL

FUNDACION UNIVERSITARIA DE SAN GIL - UNISANGIL

R.E. 10989 del 18 de Octubre de 1991 MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

ACTA DE GRADO

La Secretaría General de la Fundación Universitaria de San Gil - UNISANGIL

CERTIFICA

Que en el Libro de Registro de Actas de Grado No. 04 de la Fundación Universitaria de San Gil - UNISANGIL en el Folio No. 534 se halla inscrita el Acta de Grado No. 489, cuyo texto se transcribe:

"En el Municipio de Yopal, Departamento de Casanare, República de Colombia el día 16 del mes de Marzo de 2017, la Fundación Universitaria de San Gil - UNISANGIL, en nombre de la República de Colombia y con autorización del Ministerio de Educación Nacional según Resolución No. 10989 del 18 de octubre de 1991, en desarrollo del Programa Académico de ENFERMERÍA programa en Extensión en Yopal, con Código SNIES 54296 y bajo la presidencia del Señor Rector, Doctor Franklin Figueroa Caballero y actuando como Secretaria General la Doctora Olga Fiallo Rodríguez, en acto público otorgó el título a los alumnos aspirantes al grado.

Comprobado el cumplimiento de todos los requisitos legales y de los establecidos en el Reglamento Estudiantil de la Institución, confirió el título de:

ENFERMERA

KAREN VIVIANA BOHÓRQUEZ SÁNCHEZ

A:

c.c. 1.116.550.224 de Aguazul

Los graduandos emitieron el juramento de rigor por el que se comprometieron a cumplir los deberes propios del ejercicio de la profesión, de conformidad con la Constitución Política de Colombia, las Leyes de la República y la ética, y a mantener irrestricta lealtad a la Fundación Universitaria de San Gil - UNISANGIL.

Según consta en Acta de Consejo Académico 315 de Febrero 13 de 2017, se concedió reconocimiento a la estudiante KAREN VIVIANA BOHÓRQUEZ SÁNCHEZ, por haber obtenido un desempeño destacado en la presentación del Examen de Estado de Calidad de la Educación Superior, SABER PRO.

Acto seguido se procedió a hacer entrega del Acta y del Diploma, que los acredita para el ejercicio de la profesión, en concordancia con la legislación vigente."

En constancia se firma y sella la presente Acta, válida para todos los efectos legales correspondientes.

Fdo. EL RECTOR

Franklin Figueroa Caballero

Fdo. LA DECANA

Eulalia Medina Díaz

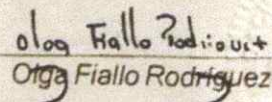
Fdo. LA SECRETARIA GENERAL

Olga Fiallo Rodríguez

Es fiel copia del original tomada a:

16 de Marzo de 2017

La Secretaria General


Olga Fiallo Rodríguez



UNIVERSIDAD
COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería Jurídica, Resolución 24195 del 20 de Diciembre de 1985 del Ministerio de Educación Nacional.
Resolución No. 501 del 7 de Mayo de 1974 de la Superintendencia Nacional de Cooperativas.
Resolución No. 1850 del 31 de Julio de 2002, emanada del Ministerio de Educación Nacional.

En atención a que

KAREN VIVIANA BOHORQUEZ SANCHEZ

con cédula de ciudadanía No. 1.116.550.224 de Aguazul

Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos
por la Universidad, le confiere el título de

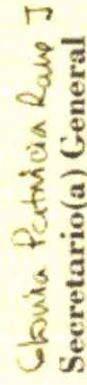
ESPECIALISTA EN GERENCIA DE LA CALIDAD Y AUDITORÍA EN SALUD

En testimonio de ello le expide el presente diploma y se firma en

Bogotá el día 17 de Abril de 2020


Director(a) Sede


Rector(a)


Secretario(a) General

Libro de Registros No. 0050120201 Folio No. 082 Registro No. 0811 Refrendado en Bogotá el día 16 de Abril de 2020

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL



UNIVERSIDAD
COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería Jurídica, Resolución 24195 del 20 de Diciembre de 1983 del Ministerio de Educación Nacional.
Resolución No. 501 del 7 de Mayo de 1974 de la Superintendencia Nacional de Cooperativas.
Resolución No. 1850 del 31 de Julio de 2002, emanada del Ministerio de Educación Nacional.

Acta Individual de Graduación No. 01-7257-2020

PROGRAMA: ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE LA CALIDAD Y AUDITORIA EN SALUD
CODIGO SNIES: 7283
FECHA GRADO: 17 DE ABRIL DE 2020
LUGAR: UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA, CAMPUS BOGOTÁ

En atención a que KAREN VIVIANA BOHORQUEZ SANCHEZ con Cédula de Ciudadanía No 1.116.550.224 de Aguazul cumplió todos los requisitos exigidos por las normas legales y estatutarias, le expide el título de: ESPECIALISTA EN GERENCIA DE LA CALIDAD Y AUDITORIA EN SALUD.

Lo anterior, atendiendo la aprobación del Consejo Académico del Campus Bogotá, mediante acta No 005 en sesión del día 13 de marzo de 2020.

Para constancia se citan en este título las autoridades competentes: Rector(a), Director(a) de Campus, Decano(a) facultad y Secretario(a) General de la Universidad, así:

Rector(a): MARITZA RONDON RANGEL
Director(a) de Campus: EVA JANETTE PRADA GRANDAS
Decano(a) facultad: JOSÉ LUIS SANDOVAL DUQUE
Secretario(a) General: GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS

Se expide la presente Acta en la ciudad de Bogotá D.C el día 17 DE ABRIL DE 2020

Gloria Patricia Rave J
GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS
Secretario(a) General



REPÚBLICA DE COLOMBIA



Licencia de funcionamiento otorgada mediante resolución N°09734 de 2013 de la Secretaría de Educación de Medellín, Reg. Mercantil 53494202, NIT: 900547030-4

HACE CONSTAR QUE:

KAREN VIVIANA BOHORQUEZ SANCHEZ

Con Documento de Identidad No 1116550224

CURSÓ Y APROBÓ EL

DIPLOMADO EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

MEDÉLLIN - 21 DE MAYO DE 2022

Con una intensidad horaria de ciento veinte (120) horas

Registrado en el Libro de Actas No 0020220521



www.politecnicodecolombia.edu.co



La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante la solicitud al correo asistentevirtual@politecnicodecolombia.edu.co, indicando el N° del libro de actas con el cual se registra el mismo



Unidad DM101

Lugar y fecha Toleraida, 30 Diciembre 2021.

INSTRUCCIONES:

- Este formato debe diligenciarse en su totalidad de forma clara y legible por el evaluado.
- Una vez diligenciado y entregado, la información contenida en este formato estará amparada **BAJO RESERVA LEGAL** y tendrá el nivel de seguridad **RESTRINGIDO**.

Grado	<u>Prestador servicios</u>
Cargo actual	<u>Auditora</u>
Profesión	<u>Enfermera</u>



Foto de frente (reciente)

I. DATOS PERSONALES

Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
<u>Bobiquez</u>		<u>Sanchez</u>		<u>Karen</u>		<u>Viviana</u>	
Tipo y Número Documento Identidad		Fecha y Lugar de Expedición		Pasaporte No.		Expedido en	
<u>CC- 3116550224</u>		<u>30/12/17 - Bogotá</u>		<u>_____</u>		<u>_____</u>	
Libreta Militar No.		Clase		Distrito Militar No.		Fecha de Expedición	
<u>_____</u>		<u>_____</u>		<u>_____</u>		<u>_____</u>	
Lugar de Nacimiento		Día	Mes	Año	Estado Civil		Grupo Sanguíneo - RH
<u>Ayacucho - Cesar</u>		<u>30</u>	<u>11</u>	<u>2021</u>	<u>Casada</u>		<u>B+</u>
Profesión u Oficio		Tarjeta Profesional No.		Nacionalidad		Estatura	Peso
<u>Enfermera</u>		<u>3116550224</u>		<u>Colombiana</u>		<u>1.63</u>	<u>70</u>
Correo Electrónico 1				Correo Electrónico 2			
<u>Karenbobiquez3514@gmail.com</u>				<u>Kv-b5@tlojmail.com</u>			
Facebook		Instagram		Twitter		Otras	
<u>Karen Bobiquez</u>		<u>Karenbobiquez</u>		<u>Karenbobiquez</u>		<u>_____</u>	
Número Teléfono Celular				Número Teléfono fijo			
<u>322412 8977</u>				<u>_____</u>			

En caso de emergencia, informar a:		A los teléfonos (celulares y fijos)	
<u>Tenorio Celazo (Llamos)</u>		<u>321509 2982</u>	
<u>Consuelo Sanchez Perez</u>		<u>310252 5317</u>	

¹ Artículo 122, Inciso 3°, de la Constitución Política de Colombia y los artículos 13, 14 y 15 de la Ley 190 de 1995 "Por la cual se dictan normas tendientes a preservar la moralidad en la Administración Pública y se fijan disposiciones con el fin de erradicar la corrupción administrativa".
² Título IX Delitos Contra la Fe Pública, Capítulo Tercero, De la Falsedad de Documentos. Artículos 286 al 296. Ley 599 de 2000. "Por la cual se expide el Código Penal".
³ Artículo 38 "Compromiso de la Reserva" Ley 1621 de 2013 "Por medio del cual se expiden normas para fortalecer el marco jurídico que permite a los organismos que llevan a cabo actividades de inteligencia y contrainteligencia cumplir con su misión constitucional y legal, y se dictan otras disposiciones.

RESTRINGIDO



Información Residencia

Dirección de Domicilio Actual

Tolomida casa 208 Barrio Mirador.

Barrio
Mirador.

Ciudad y Departamento

Milano, Cundinamarca.

Residencia Anterior

Desde	Hasta	Dirección	Teléfonos	Ciudad/País
Ene 2020	30/09/2021	APMY Heró, Comelon y Piedra Blanca	321 2321556	Villavieja, Meta.

II. DATOS FAMILIARES

Nombre Esposa (o) y/o compañera (o)		C.C. No.	Profesión u Oficio	
Fernando Collazos (Hijos)		7715399	Militar	
Dirección		Números Celular y fijo		
Barrio Mirador, Casa N° 208.		321 5092987.		
Correo Electrónico 1		Correo Electrónico 2		
collfe@hotmail.com				
Redes Sociales				
Facebook	Instagram	Twitter	Otras	
Fernandocollazos	Fernandocollazos			

Hijos - Nombres y Apellidos	Edad	Tipo y Número Documento Identidad

Datos del Padre (Nombres)	vive	Si	No	C.C. No.	Teléfonos
Jose Gabriel Bohoquez		X		74750755	321 4498296.
Dirección de Residencia		Profesión u Oficio			
Calle 15 # 23-05		Pensionado.			
Datos de la Madre (Nombres)	vive	Si	No	C.C. No.	Teléfonos
Consuelo Sanchez Perez		X		24277203	3102525317
Dirección de Residencia		Profesión u Oficio			
Calle 20 # 1305		Comerciante.			

¹ Artículo 122, Inciso 3°, de la Constitución Política de Colombia y los artículos 13, 14 y 15 de la Ley 190 de 1995 "Por la cual se dictan normas tendientes a preservar la moralidad en la Administración Pública y se fijan disposiciones con el fin de erradicar la corrupción administrativa".

¹ Título IX Delitos Contra la Fe Pública, Capítulo Tercero, De la Falsedad de Documentos. Artículos 286 al 296. Ley 599 de 2000. "Por la cual se expide el Código Penal".

¹ Artículo 38 "Compromiso de la Reserva" Ley 1621 de 2013 "Por medio del cual se expiden normas para fortalecer el marco jurídico que permite a los organismos que llevan a cabo actividades de inteligencia y contrainteligencia cumplir con su misión constitucional y legal, y se dictan otras disposiciones.

RESTRINGIDO

INFORMACIÓN DE LOS HERMANOS

Nombre y Apellidos (Hermano)		C.C. No.	Numero Celular - Fijo
Gabriel Enrique Bohorquez Sanchez		1116543366	313 293 4099
Dirección de Residencia		Profesión u Oficio	
Yopal - Consejo Residencial Tadeo José		Supervisor Trabajos en Altura	
Correo Electrónico 1		Correo Electrónico 2	
Geh5@hotmail.com			
Redes Sociales			
Facebook	Instagram	Twitter	Otras
Gabriel Bohorquez	Gabriel Bohorquez		
Nombre y Apellidos (Hermano)		C.C. No.	Numero Celular - Fijo
Dirección de Residencia		Profesión u Oficio	
Correo Electrónico 1		Correo Electrónico 2	
Redes Sociales			
Facebook	Instagram	Twitter	Otras
Nombre y Apellidos (Hermano)		C.C. No.	Numero Celular - Fijo
Dirección de Residencia		Profesión u Oficio	
Correo Electrónico 1		Correo Electrónico 2	
Redes Sociales			
Facebook	Instagram	Twitter	Otras
Nombre y Apellidos (Hermano)		C.C. No.	Numero Celular - Fijo
Dirección de Residencia		Profesión u Oficio	
Correo Electrónico 1		Correo Electrónico 2	
Redes Sociales			
Facebook	Instagram	Twitter	Otras

III. REFERENCIAS PERSONALES (No familiares – No Vecinos)

Nombres y Apellidos		Cédula	Ocupación
Angelica Irena Borrero		52824673	Intermedia
Dirección de Residencia (Ciudad y Departamento)		Teléfonos (celular y fijo)	
Villavieja META, Barranquilla		314 272 6723	
Nombres y Apellidos		Cédula	Ocupación
Yenny Ardiel Saldaña		657 08664	Intermedia
Dirección de Residencia (Ciudad y Departamento)		Teléfonos (celular y fijo)	
Villavieja META, APURIMETA		310 268 2723	

¹ Artículo 122, Inciso 3º., de la Constitución Política de Colombia y los artículos 13, 14 y 15 de la Ley 190 de 1995 "Por la cual se dictan normas tendientes a preservar la moralidad en la Administración Pública y se fijan disposiciones con el fin de erradicar la corrupción administrativa".

² Título IX Delitos Contra la Fe Pública, Capítulo Tercero, De la Falsedad de Documentos. Artículos 286 al 296. Ley 599 de 2000. "Por la cual se expide el Código Penal".

³ Artículo 38 "Compromiso de la Reserva" Ley 1621 de 2013 "Por medio del cual se expiden normas para fortalecer el marco jurídico que permite a los organismos que llevan a cabo actividades de inteligencia y contrainteligencia cumplir con su misión constitucional y legal, y se dictan otras disposiciones".

RESTRINGIDO

IV. INFORMACIÓN ACADÉMICA

Estudios Realizados	Año Finalización	Título Obtenido	Nombre de la Institución	Ciudad/País
Bachiller	2010	Bachiller Académico	Col. Jorge Eliecer Gaitán	Aguazul
Pregrado	2017	Fisioterapia	UNIBANQUIL	Yopal
Posgrado	2020	ES? Gerencia de Salud Acad. Salud.	UCC	Bogotá
Idiomas extranjeros que domina (Habla, lee y escribe)				

Cursos Militares	Especialidades Militares

Condecoraciones y medallas

Unidad Militar de Procedencia				
Unidad	Desde	Hasta	Cargo Ocupado	Jefe Inmediato

V. INFORMACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONÓMICA:

LOS INGRESOS Y RENTAS QUE OBTUVE EN EL "ÚLTIMO" AÑO GRAVABLE FUERON:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	\$ 0
Cesantías e intereses de cesantías	\$ 0
Gastos de representación	\$ 0
Arriendos	\$ 0
Honorarios y/o servicios	\$ 0
Otros ingresos y rentas	\$ 0
Total	\$ 0

Explique a qué corresponde los otros ingresos y rentas

LOS DEPÓSITOS EN ENTIDADES FINANCIERAS Y BANCARIAS EN COLOMBIA Y EN EL EXTERIOR (Incluye Cuentas Corrientes, Cuentas de Ahorro, Depósitos a la vista y a término fijo, Depósitos en Cuentas AFC, Depósitos y Aportes en Entidades del Sector Solidario) SON:

Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y/o en el exterior son:				
Entidad financiera/País	Sede de la cuenta	Tipo de cuenta	Número de cuenta	Saldo
Danubanda	Quindío	Ahorros	05503591600012181	21000.000

Bienes Patrimoniales (si tiene más debe colocarlos al final)		
Tipo de bien	Identificación del bien	Valor
vehículo	Hyundai cuenta 2020 Platón Joo 096	\$ 79.000.000

Obligaciones crediticias a la fecha		
Entidad	Valor	Concepto

¹ Artículo 122, Inciso 3°, de la Constitución Política de Colombia y los artículos 13, 14 y 15 de la Ley 190 de 1995 "Por la cual se dictan normas tendientes a preservar la moralidad en la Administración Pública y se fijan disposiciones con el fin de erradicar la corrupción administrativa".

² Título IX Delitos Contra la Fe Pública, Capítulo Tercero, De la Falsedad de Documentos. Artículos 286 al 296. Ley 599 de 2000. "Por la cual se expide el Código Penal".

³ Artículo 38 "Compromiso de la Reserva" Ley 1621 de 2013 "Por medio del cual se expiden normas para fortalecer el marco jurídico que permite a los organismos que llevan a cabo actividades de inteligencia y contrainteligencia cumplir con su misión constitucional y legal, y se dictan otras disposiciones.

RESTRINGIDO

Participación en organizaciones, corporaciones, sociedades, asociaciones, ONG's u otros:	
Nombre organización	Calidad de miembro
_____	_____
Actividad económica privada del aspirante y su familia	
Empresa y/o Razón Social	Actividad que desarrolla
_____	_____

VI. VIAJES AL EXTERIOR

Fecha	País Visitado	Motivo	Tiempo de Permanencia
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Describe las actividades realizadas en el país o países visitados:

VII. OTROS DATOS

Tiene información sobre actos de corrupción o actividades que atenten contra la imagen de la Institución?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
En caso afirmativo y de manera voluntaria explique:		

Antecedentes Judiciales (Penales, Disciplinarios y/o Administrativos)			
Fecha	Tipo de Investigación	Causa	
_____	_____	_____	
Autoridad	Estado actual del Proceso	Responsable	
_____	_____	SI	NO
_____	_____	_____	_____
Fecha	Tipo de Investigación	Causa	
_____	_____	_____	
Autoridad	Estado actual del Proceso	Responsable	
_____	_____	SI	NO
_____	_____	_____	_____

Datos adicionales:

Autorizo a que se me efectuó una visita domiciliaria. SI

La Institución le podrá exigir el cumplimiento de los perfiles profesionales y de seguridad necesarios para el cargo, grado y funciones a desarrollar.

VIII. DOCUMENTOS ANEXOS

- Fotocopia Cédula de Ciudadanía ampliada al 120%
- Fotocopia Cedula Militar ampliada al 120%
- Fotocopia Diplomas Estudios
- Fotocopia Declaración de Renta último año gravable

DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE NO HE SUMINISTRADO DOCUMENTACIÓN O INFORMACIÓN FALSA Y QUE NO ME ENCUENTRO INCURSO EN CAUSAL ALGUNA DE INHABILIDAD O INCOMPATIBILIDAD ESTABLECIDA EN LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y LA LEY.

Firma – Post firma y N° de Documento.

Este formato consta de Seis (06) páginas.

¹ Artículo 122, Inciso 3°, de la Constitución Política de Colombia y los artículos 13, 14 y 15 de la Ley 190 de 1995 "Por la cual se dictan normas tendientes a preservar la moralidad en la Administración Pública y se fijan disposiciones con el fin de erradicar la corrupción administrativa".

² Título IX Delitos Contra la Fe Pública, Capítulo Tercero, De la Falsedad de Documentos. Artículos 286 al 296. Ley 599 de 2000. "Por la cual se expide el Código Penal".

³ Artículo 38 "Compromiso de la Reserva" Ley 1621 de 2013 "Por medio del cual se expiden normas para fortalecer el marco jurídico que permite a los organismos que llevan a cabo actividades de inteligencia y contrainteligencia cumplir con su misión constitucional y legal, y se dictan otras disposiciones".

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANIA

NÚMERO **1.116.550.224**

BOHORQUEZ SANCHEZ

APELLIDOS

KAREN VIVIANA

NOMBRES

Karen Bohorquez

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

30-NOV-1994

**AGUAZUL
(CASANARE)**

LUGAR DE NACIMIENTO

1.63

B+

F

ESTATURA

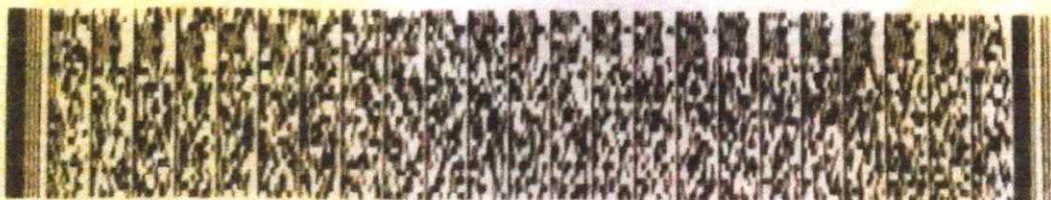
G.S. RH

SEXO

18-DIC-2012 AGUAZUL

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

Juan Carlos Galindo Vacha
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A-4604000-00882711-F-1116550224-20170209

0053595662A 1

47668271

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL



**UNIVERSIDAD
COOPERATIVA DE COLOMBIA**

Proceso de Jurisdicción, Resolución 41797 del 20 de Diciembre de 1989 del Ministerio de Educación Nacional.
Resolución No. 905 del 7 de Mayo de 1974 de la Superintendencia Nacional de Cooperativas.
Resolución No. 1890 del 11 de Julio de 2005, Consejo de la Universidad Cooperativa de Colombia.

En atención a que

KAREN VIVIANA BOHORQUEZ SANCHEZ

con cédula de ciudadanía No. 1.116.559.224 de Aguazul

Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos
por la Universidad, le confiere el título de

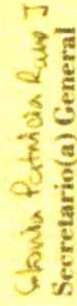
ESPECIALISTA EN GERENCIA DE LA CALIDAD Y AUDITORÍA EN SALUD

En testimonio de ello le expide el presente diploma y se firma en

Bogotá el día 17 de Abril de 2020


Director(a) Sede


Rector(a)


Secretario(a) General

Libro de Registros No. 00550120201 Folio No. 062 Registro No. 0811 Refrendado en Bogotá el día 16 de Abril de 2020

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL



UNIVERSIDAD
COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería Jurídica, Resolución 24195 del 20 de Diciembre de 1963 del Ministerio de Educación Nacional.
Resolución No. 501 del 7 de Mayo de 1974 de la Superintendencia Nacional de Cooperativas.
Resolución No. 1850 del 31 de Julio de 2002, emanada del Ministerio de Educación Nacional.

Acta Individual de Graduación No. 01-7257-2020

PROGRAMA: ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE LA CALIDAD Y
AUDITORIA EN SALUD
CODIGO SNIES: 7283
FECHA GRADO: 17 DE ABRIL DE 2020
LUGAR: UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA, CAMPUS
BOGOTÁ

En atención a que KAREN VIVIANA BOHORQUEZ SANCHEZ
con Cédula de Ciudadanía No 1.116.550.224 de Aguazul
cumplió todos los requisitos exigidos por las normas legales y estatutarias, le expide el título
de: ESPECIALISTA EN GERENCIA DE LA CALIDAD Y AUDITORIA EN SALUD.

Lo anterior, atendiendo la aprobación del Consejo Académico del Campus Bogotá, mediante
acta No 005 en sesión del día 13 de marzo de 2020.

Para constancia se citan en este título las autoridades competentes: Rector(a), Director(a) de
Campus, Decano(a) facultad y Secretario(a) General de la Universidad, así:

Rector(a): MARITZA RONDON RANGEL
Director(a) de Campus: EVA JANETTE PRADA GRANDAS
Decano(a) facultad: JOSÉ LUIS SANDOVAL DUQUE
Secretario(a) General: GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS

Se expide la presente Acta en la ciudad de Bogotá D.C el día 17 DE ABRIL DE 2020

Gloria Patricia Rave J
GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS
Secretario(a) General



REPÚBLICA DE COLOMBIA
Ministerio de Educación Nacional

UNISANGIL

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE SAN GIL

Debidamente autorizada por el Gobierno Nacional, considerando que:

Karen Viviana Bohórquez Sánchez

C.C. 1.116.550.224 Expedida en Aguazul

Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos
por la legislación colombiana y esta Institución, le otorga el Título de:

ENFERMERA

En constancia le expide el presente Diploma, firmado y refrendado,
en San Gil, Santander, República de Colombia,
a los dieciséis (16) días del mes de marzo del año dos mil diecisiete (2017)

Rector

Juliana Rodríguez
Decano de Facultad

Dlog Follo Rodríguez
Secretaría General

Registrado en el Libro de Grado 04 Folio 534 Registro No.6798 en San Gil a los dieciséis (16) días del mes de marzo de 2017

UNISANGIL Personería Jurídica otorgada mediante Resolución 10989 expedida
por el Ministerio de Educación Nacional

Código ICFES 2724

2499



UNISANGIL

FUNDACION UNIVERSITARIA DE SAN GIL - UNISANGIL

RES. 10989 del 18 de Octubre de 1991 MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

ACTA DE GRADO

La Secretaría General de la Fundación Universitaria de San Gil - UNISANGIL

CERTIFICA

Que en el Libro de Registro de Actas de Grado No. 04 de la Fundación Universitaria de San Gil - UNISANGIL en el Folio No. 534 se halla inscrita el Acta de Grado No. 489 cuyo texto se transcribe:

"En el Municipio de Yopal, Departamento de Casanare, República de Colombia el día 16 del mes de Marzo de 2017, la Fundación Universitaria de San Gil - UNISANGIL, en nombre de la República de Colombia y con autorización del Ministerio de Educación Nacional según Resolución No. 10989 del 18 de octubre de 1991, en desarrollo del Programa Académico de ENFERMERÍA programa en Extensión en Yopal, con Código SNIES 54296 y bajo la presidencia del Señor Rector, Doctor Franklin Figueroa Caballero y actuando como Secretaria General la Doctora Olga Fiallo Rodríguez, en acto público otorgó el título a los alumnos aspirantes al grado.

Comprobado el cumplimiento de todos los requisitos legales y de los establecidos en el Reglamento Estudiantil de la Institución, confirió el título de:

ENFERMERA

A: **KAREN VIVIANA BOHÓRQUEZ SÁNCHEZ**
c.c. 1.116.550.224 de Aguazul

Los graduandos emitieron el juramento de rigor por el que se comprometieron a cumplir los deberes propios del ejercicio de la profesión, de conformidad con la Constitución Política de Colombia, las Leyes de la República y la ética, y a mantener irrestricta lealtad a la Fundación Universitaria de San Gil - UNISANGIL.

Según consta en Acta de Consejo Académico 315 de Febrero 13 de 2017, se concedió reconocimiento a la estudiante KAREN VIVIANA BOHÓRQUEZ SÁNCHEZ, por haber obtenido un desempeño destacado en la presentación del Examen de Estado de Calidad de la Educación Superior, SABER PRO.

Acto seguido se procedió a hacer entrega del Acta y del Diploma, que los acredita para el ejercicio de la profesión, en concordancia con la legislación vigente."

En constancia se firma y sella la presente Acta, válida para todos los efectos legales correspondientes.

Fdo. EL RECTOR

Franklin Figueroa Caballero

Fdo. LA DECANA

Eulalia Medina Díaz

Fdo. LA SECRETARIA GENERAL

Olga Fiallo Rodríguez

Es fiel copia del original tomada a:

16 de Marzo de 2017

La Secretaria General

Olga Fiallo Rodríguez
Olga Fiallo Rodríguez



La República de Colombia

En su nombre, el

Instituto Educativo Jorge Eliécer Gaitán

Municipio de Aguazul

Aprobado por la Secretaría de Educación del Departamento de Casanare

Mediante Resolución No. 1897 de Noviembre 23 de 2006

Confiere a:


Bohórquez Sánchez Karen Viviana

C.I. 94113014916

El Título de

Bachiller Académico

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


Jorge Hernán Suárez Suárez
Rector


Jessica Manrique Roa
Secretaria

Dado en Aguazul, a los 3 Días de Diciembre de 2010

Según Decreto 921 del 6 de Mayo de 1994 del Ministerio de Educación Nacional este diploma
no necesita registro en la Secretaría de Educación de Casanare.

INSTITUTO EDUCATIVO "JORGE ELIECER GAITÁN"
AGUAZUL – CASANARE JORNADA DIURNA
DANE No. 185010000629
NIT No 844001559-1



ACTA INDIVIDUAL DE GRADUACIÓN

En la ciudad de Aguazul a los tres (03) días del mes de Diciembre del año 2010 se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del último grado, el Rector y la Secretaria en la rectoría del INSTITUTO EDUCATIVO JORGE ELIECER GAITÁN, reconocida oficialmente mediante Resolución No 1897 del 23 de Noviembre de 2006 y Autorizado por la Secretaria de Educación del Departamento de Casanare, para otorgar el título de BACHILLER ACADÉMICO.

Comprobada la Situación legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de Educación Media y Vocacional, se procedió a otorgar el título de:

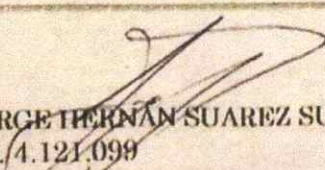
BACHILLER ACADÉMICO


Al graduado cuyo nombre apellido y numero de identidad se relaciona a continuación:

KAREN VIVIANA BOHORQUEZ SANCHEZ
T. I. No 94113014916

Es copia tomada del libro Acta general de Graduación, Acta No 07, folio No 033 de esta fecha, que consta de (70) Graduandos, que comienza con el nombre de: ALEJANDRO CAMACHO LADINO y se cierra con el nombre de: YURY LORENA DUARTE PEREZ

Original firmada y sellada por el Licenciado JORGE HERNÁN SUAREZ SUAREZ, Rector y JESSICA MANRIQUE ROA, Secretaria Académica.


Lic. JORGE HERNÁN SUAREZ SUAREZ
CC. No. 4.121.099
Rector


JESSICA MANRIQUE ROA
CC. No. 24.228.456
Secretaria



FORMULARIO UNICO
DECLARACION 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, **KAREN VIVIANA BOHORQUEZ SANCHEZ**

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.J. N° **1.116.560.224** CON DOMICILIO PRINCIPAL EN: **TOLEMAIDA**

País **COLOMBIA** Departamento **CUNDINAMARCA** Municipio **NILO**

Dirección **B. MIRADOR CASA B218** Teléfonos **3229128922**

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
CONSUELO SANCHEZ PEREZ	CC. 24.227.203 DE AGUA AZUL	MADRE
JOSE GABRIEL BOHORQUEZ BOHORQUEZ	CC. 74.750.755	PADRE

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 P PARA ACTUALIZ A 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 DEMAS INGRESOS LABORALES	2.312.506
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	-
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	\$ 2.312.506

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	DE
DAVIVIENDA	AHORROS	05603599000121 81	GIRARDOT	\$ 1.200.000	

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
CARRO	HUNDAY CRETA 2022, PLACAS JSO-096	\$ 79.000.000

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:

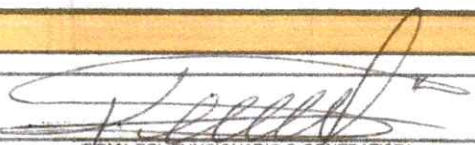
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	N°
FERNANDO COLLAZOS LLANOS	C.C. X <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/>	7.715.399

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


 FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Tolomada 29-DIC-2022
 CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 03:40:31 PM horas del 29/12/2022, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1116550224**

Apellidos y Nombres: **BOHORQUEZ SANCHEZ KAREN VIVIANA**

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.



Dirección: Avenida El Dorado # 75 –
25 barrio Modelía, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a
Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00
pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano:
5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: [dijin.araic-
atc@policia.gov.co](mailto:dijin.araic-atc@policia.gov.co)



Presidencia de
la República



Ministerio de
Defensa Nacional



Portal Único de
Contratación



GOV.CO

Todos los derechos reservados.

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 29 de diciembre de 2022, a las 15:35:17, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1113550224
Código de Verificación	1113550224221229153517

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.



YEZID LOZANO PUENTES
Contralor Delegado

Generó: WEB

Con el Código de Verificación puede constatar la autenticidad del Certificado.
Carrera 69 No. 44-35 Piso 1. Código Postal 111071. PBX 5187000 - Bogotá D.C
Colombia Contraloría General NC, BOGOTÁ, D.C.

CGR

Página 1 de 1





Bogotá DC, 29 de diciembre del 2022

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 VIVIANA BOHORQUEZ SANCHEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1116550224:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. 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 238 Ley 1952 de 2019)

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>

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

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.



Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 29/12/2022 04:35:45 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1116550224** .

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **49637558** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando <https://www.policia.gov.co>, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda

Imprimir

515 9000



Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Cra. 59 Nº 26 - 21
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.
Línea de atención: 018000-910112



El futuro
es de todos

Gobierno
de Colombia

ES UN
HONOR
SER POLICÍA

2. Concepto **1 3** Actualización de oficio

4. Número de formulario

14579425303



(415)7707212489984(8020) 000001457942530 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT) **1 1 1 6 5 5 0 2 2 4 4** 6. DV **4** 12. Dirección seccional **Impuestos y Aduanas de Yopal** 14. Buzón electrónico **4 4**

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente **Persona natural o sucesión ilíquida** 25. Tipo de documento **Cédula de Ciudadanía** 26. Número de Identificación **1 1 1 6 5 5 0 2 2 4** 27. Fecha expedición **2 0 1 2 1 2 1 8**
 28. País **COLOMBIA** 29. Departamento **Casanare** 30. Ciudad/Municipio **Aguazul**
 31. Primer apellido **BOHORQUEZ** 32. Segundo apellido **SANCHEZ** 33. Primer nombre **KAREN** 34. Otros nombres **VIVIANA**

35. Razón social
 36. Nombre comercial
 37. Sigla

UBICACIÓN

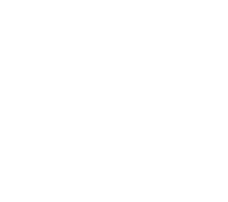
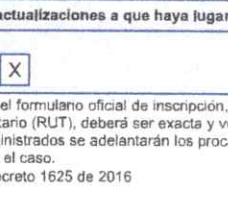
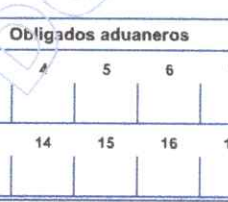
38. País **COLOMBIA** 39. Departamento **Casanare** 40. Ciudad/Municipio **Yopal**
 41. Dirección principal **CR 9 A 46 63**
 42. Correo electrónico **kv-bs@hotmail.com**
 43. Código postal 44. Teléfono 1 **3 1 0 2 3 0 1 6 4 5** 45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica
 Actividad principal: 46. Código **8 2 9 9** 47. Fecha inicio actividad **2 0 1 5 1 1 1 1**
 Actividad secundaria: 48. Código **8 6 9 2** 49. Fecha inicio actividad **2 0 1 5 1 1 1 1**
 Otras actividades: 50. Código **1 2**
 Ocupación: 51. Código
 52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código **4 9**
 49 - No responsable de IVA



Obligados aduaneros
 54. Código
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 60. No. de Folios: **0** 61. Fecha **2019 - 06 - 03**

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
 Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
 Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
 Firma autorizada:
 984. Nombre **ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA**
 985. Cargo

[¿Dónde estoy?](#) Inicio | Usuarios registrados

Consulte su estado RUT.

REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO.

Por favor suministre los siguientes datos

NIT	<input type="text" value="1116550224"/>	DV	4
Primer Apellido	BOHORQUEZ	Segundo Apellido	SANCHEZ
Primer Nombre	KAREN	Otros Nombres	VIVIANA
Fecha Actual	29-12-2022 16:47:05		
Estado	REGISTRO ACTIVO		

Registro Activo: Corresponde a los NIT que se encuentran vigentes en la base de datos de la DIAN.

 Buscar

 Limpiar


[Búsqueda](#)
[Mis procesos](#)
[Menú](#)
[Ir a](#)

[Escritorio](#) → Configuración Entidad Estatal/Proveedor

 Id de página: 14005969 [Ayuda](#)

Datos de la Entidad Estatal/Proveedor

Datos guardados

Áreas de interés

Configuración Entidad Estatal / Proveedor

Administración de usuarios


Recomendaciones (no disponible)

Biblioteca de documentos

Suscripción a notificaciones

[Editar datos resumir](#) [Editar datos completos](#)

Información general

Logo de la entidad 

Nombre de la entidad karen viviana bohorquez

Nombre abreviado karen

Fecha de creación 16/01/2018 ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)

País de origen COLOMBIA

Tipo de documento Cédula de Ciudadanía

Número de documento 1116550224

Tipo Entidad Estatal / Proveedor Persona Natural colombiana

Código UNSPSC

Zona horaria

Idioma

Moneda por defecto

Información de contacto

Dirección calle 75 #89 b 33

País COLOMBIA

Ciudad Cundinamarca

Municipio Nilo

Código postal

Teléfono de oficina 3108746733

Fax de oficina

Correo electrónico de la oficina kv-bs@hotmail.com

Correo electrónico para notificaciones SECOP II kv-bs@hotmail.com

Dirección	Estado	País	Teléfono
Fuerte militar tolemaida Casa B218 B. el mirador	cundinamarca	CO	3229128922

Página web

Página web

Facebook

URL linkedin

URL de youtube

Twitter URL

Contacto principal

Título Mrs

Nombre Bohorquez Sanchez

Cargo Enfermera

Teléfono

Móvil 3229128922

Fax

GIRARDOT, Diciembre 29 de 2022

Señora:
BOHORQUEZ SANCHEZ KAREN VIVIANA
CC. 1116550224
CL 1 FUERTE MILITAR TOLEMAIDA - 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Enero 20 de 2022. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
BOHORQUEZ SANCHEZ KAREN VIVIANA	1116550224	C	Ene-20-2022	38	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
JUNICAL MEDICAL SAS	1116550224	Dependiente	CERRADO
JUNICAL MEDICAL SAS	1116550224	Dependiente	CERRADO
KAREN VIVIANA BOHORQUEZ SANCHEZ	1116550224	Contrato de prestación de servicios Superior a 1 m	VIGENTE
KAREN VIVIANA BOHORQUEZ SANCHEZ	1116550224	Trabajador Independiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

JAVIER CARREÑO SÁNCHEZ
Gerente de Operaciones Comercial
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) KAREN VIVIANA BOHORQUEZ SANCHEZ identificado(a) con C.C No. 1.116.550.224, 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 29 de diciembre del 2022.

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 inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción contáctanos, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 7484888, Barranquilla 386 9888, Bucaramanga 698 5888, Cali 489 9888, Cartagena 694 9888, Medellín 604 2888 y en el resto del país 604 2888.



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

Afiliaciones de una Persona en el Sistema

INFORMACIÓN BÁSICA

Número de Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Sexo	Fecha de Corte:	2022-12-22
CC 1118550224	KAREN	VIVIANA	BOHORQUEZ	SANCHEZ	F		

AFILIACIÓN A SALUD

Administradora	Régimen	Fecha Afiliación	Estado de Afiliación	Tipo de Afiliado	Departamento -> Municipio	Fecha de Corte:	2022-12-22
SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO S.A.	Contributivo	01/03/2022	Activo	COTIZANTE	GRARDOT		

AFILIACIÓN A PENSIONES

Régimen	Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Fecha de Corte:	2022-12-22
PENSIONES: AHORRO INDIVIDUAL	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIA PROTECCION SA		2017-05-03 Retirado		
PENSIONES: AHORRO INDIVIDUAL	COMPAÑIA COLOMBIANA ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS SA COLFONDOS		2019-07-01 Inactivo		

AFILIACIÓN A RIESGOS LABORALES

Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Actividad Económica	Municipio Labora	Fecha de Corte:	2022-12-22
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	2022-08-02	Activa	EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCIÓN MÉDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL	Cundinamarca- NILO		
SEGUROS DE VIDA COLPATRIA SA	2021-10-12	Activa	EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCIÓN MÉDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL	Toima- MELGAR		

AFILIACIÓN A COMPENSACIÓN FAMILIAR

Administradora CF	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Tipo de Miembro de la Población Cubierta	Tipo de Afiliado	Municipio Labora	Fecha de Corte:	2022-12-22
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	2021-10-12	Activo	Afiliado	Trabajador afiliado dependiente			
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE CUNDINAMARCA COMFACUNDI	2019-05-20	Activo	Afiliado	Trabajador afiliado dependientes			

AFILIACIÓN A CESANTIAS

Régimen	Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Municipio Labora	Fecha de Corte:	2022-12-22
CESANTIAS: TRADICIONAL	FONDO NACIONAL DEL AHORRO	2017-07-14	VIGENTE			

PENSIONADOS

No se han reportado pensiones para esta persona.

VINCULACIÓN A PROGRAMAS DE ASISTENCIA SOCIAL

No se han reportado vinculaciones para esta persona.

CONFORME CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE, LAS ADMINISTRADORAS SON LAS RESPONSABLE DEL CONTENIDO Y LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN REPORTADA AL RUAF, CUALQUIER INCONSISTENCIA DEBE SER INFORMADA A LA ADMINISTRADORA RESPECTIVA, QUIEN DEBE RESOLVERLA.

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección: Cra. 13 # 32 - 76, Colombia, Bogotá D.C. PRX: (57-1) 330 5000. Fax: (57-1) 330 5050.

Commutador: (57-1) 450 5000 - Central de fax: (57-1) 450 5050
Punto de atención presencial: Carrera 13 No. 32-76 piso 3, Bogotá, código postal 110231
Lunes a viernes de 8:00 am a 4:00 pm en jornada continua

Atención telefónica a través del Centro de Contacto:
En Bogotá: (57-1) 589 3750 Resto del país: 01800949070
Horario de atención: Lunes a viernes de 7:00 am a 4:00 pm, sábados de 8:00 am a 1:00 pm en jornada continua.

Versión 2.5
 ISO 27001



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

VIGILADO

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que la señora KAREN VIVIANA BOHORQUEZ SANCHEZ, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1116550224, contratista de la empresa DISPENSARIO MEDICO DE TOLEMAIDA, con NIT No. 901540973, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 02/08/2022 y fecha fin de contrato 15/12/2022 con riesgo 3.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior en caso de tener un nuevo contrato deberá realizar una nueva afiliación, para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202201022459864.

Esta certificación se expide a los 29 días del mes de Diciembre de 2022.

Cordialmente

**GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.**



Positiva Compañía de Seguros S.A. • NIT: 860.011.153-6 • Línea gratuita: 01-8000-111-170.
Bogotá: 330-7000 / Portal Web: www.positiva.gov.co

Positiva Compañía de Seguros @PositivaCel PositivaColombia



El emprendimiento
es de todos

Minihacienda



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
GRUPO DE TALENTO HUMANO

Formato Acta de compromiso acatamiento normas de bioseguridad
DIGSA

Código: MDN-COGFM-PROATH-DIGSA-FU.95.1-91 V1

Proceso: Administración del Talento Humano – Sistema de Gestión
de Seguridad y Salud en el Trabajo

Fecha: 02 de enero 2023 Acta No. _____

ESM: DISPENSARIO MEDICO SATELITE DEL BATALLON DE INFANTERIA SUMAPAZ

Sección REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Tipo Vinculación: Prestación de Servicios

Cargo: AUDITORA

Yo; **KAREN VIVIANA BOHORQUEZ SANCHEZ** identificado (a) con C.C. **1116550224** de **AGUAZUL CASANARE** me comprometo a dar cumplimiento a las normas de Bioseguridad en el desarrollo de las actividades propias de mi trabajo, utilizando los elementos de protección personal (EPP), e informar y/o reportar todo accidente de trabajo por riesgo biológico que se pueda presentar, dentro del tiempo establecido por la normatividad legal vigente.

NORMAS DE BIOSEGURIDAD:

- Todas las personas que laboran en el área deben conocer los riesgos a los cuales se encuentran expuestos y reportar o informar oportunamente sobre cualquier condición insegura.
- Todos los trabajadores que participen en un procedimiento invasor deben evitar el contacto de su piel o mucosas con la sangre o líquidos corporales del paciente mediante Elementos de Protección Personal como: guantes, mascarillas, protectores oculares o faciales, batas entre otros.
- Durante todo procedimiento se debe observar estricto cuidado en la técnica del mismo y evitar la entrega a ciegas de instrumentos corto punzante, tales como hojas de bisturí y agujas.
- Se deben conservar siempre las precauciones universales, las cuales se presentan en el Antes y después de cada procedimiento con pacientes se deberá realizar el lavado de manos.
- No deben consumirse bebidas o comidas con los guantes puestos, ni en áreas de trabajo.
- Al observar un acto inseguro por parte de un compañero debe realizársele la observación directa con el fin que estos actos sean corregidos.
- **Nunca se debe reenfundar una aguja** para desecharla, se deben utilizar los recipientes para corto punzantes o guardianes; en caso de requerirse colocarle la funda al elemento corto punzantes se deberá utilizar la técnica de **UNA SOLA MANO**.
- No guardar alimentos en las neveras ni en los equipos de refrigeración de sustancias contaminantes o químicos.
- Abstenerse de tocar con las manos enguantadas alguna parte de su cuerpo y de manipular objetos diferentes a los requeridos durante el procedimiento
- Utilizar la mascarilla y protectores oculares durante procedimientos que puedan generar salpicaduras o gotitas, aerosoles de sangre u otros líquidos corporales.
- Usar delantal en aquellos procedimientos en que se esperen salpicaduras, aerosoles o derrames importantes de sangre u otros líquidos orgánicos.
- No deambular con los elementos de protección personal fuera de su área de trabajo.
- Mantener lugar seguro y de fácil acceso.
- Si presenta alguna herida, por pequeña que sea debe estar cubierta.
- Mantener actualizado su esquema de vacunación especialmente contra Hepatitis B.

Antes de diligenciar e imprimir este documento por favor lea con atención las siguientes instrucciones:

- Para el correcto diligenciamiento de éste formato tenga en cuenta las instrucciones que se encuentran de color gris, replácelas con color negro de acuerdo a la instrucción.
- Las instrucciones que se encuentran de color negro no las cambie ni elimine.
- Diligencie el documento de forma digital o manual con color negro y con letra legible, sin borrones ni enmendaduras.
- Cuando diligencie el formato de forma digital no cambie el tipo de letra (Arial, tamaño 10) ni los espacios entre cada numeral.
- No cambie el orden del documento, no adicione, ajuste o elimine campos.
- Si tiene dudas por favor comuníquese con el responsable del SG-SST en su Dirección de Sanidad.



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
GRUPO DE TALENTO HUMANO

Formato Acta de compromiso acatamiento normas de bioseguridad DIGSA

Código: MDN-COGFM-PROATH-DIGSA-FU.95.1-91 V1

Proceso: Administración del Talento Humano – Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo

- Utilizar las técnicas correctas en la realización de todo procedimiento.
- Manejar con estricta precaución los elementos corto punzante y desecharlos en los guardianes ubicados en cada servicio.
- No cambie elementos corto punzantes de un recipiente a otro.
- Lavado las manos antes y después de cada procedimiento e igualmente si se tiene de contacto con material patógeno.
- Las gafas de seguridad, respiradores y caretas deben permanecer guardadas en su empaque original.
- Los Elementos de protección personal son de uso personal e intransferible.
- La ropa de trabajo (bata, uniforme, etc.) deben ser lavados por separado.

Todos los pacientes y sus fluidos corporales independientemente del diagnóstico de ingreso o motivo por el cuál haya entrado al dispensario deberán ser considerados como potencialmente infectantes y se debe tomar las precauciones necesarias para prevenir que ocurra una transmisión.

Es obligación del trabajador informar a su superior inmediato la ocurrencia de un accidente de trabajo en el momento que este suceda. Este debe ser reportado a la ARL y la DISAN dentro de los dos días hábiles siguientes (48 horas) de ocurrido el accidente de trabajo.

Me comprometo a dar cumplimiento por escrito a lo que aquí contenido siendo conecedor de los riesgos biológicos a las cuales estoy expuesto.

En constancia firman:

Firma Trabajador y/o Funcionario

C.c. 1116550224

De AGUAZUL CASANARE

Firma Líder de SST del centro de trabajo de la DGSM/DISAN/ESM

Antes de diligenciar e imprimir este documento por favor lea con atención las siguientes instrucciones:

- Para el correcto diligenciamiento de éste formato tenga en cuenta las instrucciones que se encuentran de color gris, replácelas con color negro de acuerdo a la instrucción.
- Las instrucciones que se encuentran de color negro no las cambie ni elimine.
- Diligencie el documento de forma digital o manual con color negro y con letra legible, sin borrones ni enmendaduras.
- Cuando diligencie el formato de forma digital no cambie el tipo de letra (Arial, tamaño 10) ni los espacios entre cada numeral.
- No cambie el orden del documento, no adicione, ajuste o elimine campos.
- Si tiene dudas por favor comuníquese con el responsable del SG-SST en su Dirección de Sanidad.



Cendiatra

SEDE
TELÉFONO

FECHA DE EXAMEN

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

Dirección: CALLE 19 No. 3-50 p 12 Cs 1202 y 1203
Teléfono: (57 1) 7443001
Web: www.cendiatra.com
Email: cendiatra@cendiatra.com

CENDIATRA VILLAVICENCIO

DIRECCIÓN
EMAIL

Calle 32 # 38-58 Barzal Alto
citas.villavicencio@cendiatra.com

2021-01-13

TIPO DE EXAMEN

PREINGRESO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	KAREN VIVIANA BOHORQUEZ SANCHEZ	identificación CC	Nro 1116550224
Fecha de Nacimiento	1994-11-30	Edad	26
Empresa	PACIENTE OCASIONAL	Sexo	F
Cargo	ENFERMERA		
Fecha Ingreso	2021-01-13 10:37:15	Fecha Salida	2021-01-13 10:37:24

EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

CONCEPTO DE APTITUD

CONCEPTO DE APTITUD

SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES

OTRAS:

· SI
Observaciones:
UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL,
MANTENER POSTURAS CORRECTAS. LAVADO FRECUENTE DE
MANOS, MANTENER DISTANCIAMIENTO SOCIAL, REALIZAR PAUSAS
ACTIVAS.

CONTROLES

título

OTROS

NO PRESENTA

Dra. Alexandra Guerrero V.
Esp. Seguridad y Salud en el Trabajo
Lic. 4492 de 2017

NANCY ALEXANDRA GUERRERO VELASCO
RM: 53077274
Firma y sello del medico

KAREN VIVIANA BOHORQUEZ SANCHEZ
CC 1116550224
Firma del trabajador

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.



EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS

Código del Prestador: 5000101385 NIT: 900491982-8

Dirección: Calle 32 No. 39-35 Barzal

Teléfono: 6849725

Web: <http://www.equividasaludocupacional.com/>

Email: diradministrativo@equividaso.com.co

Descripción del Informe

Fecha de Impresión: 2021/03/15 10:02:09

FORMATO INSTITUCIONAL PARA EL USO Y MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA OPTOMETRIA

Impreso por: SANDRA LILIANA CRUZ 0

Datos del Paciente

Identificación:	CC - 1116550224	Nro Historia:	1116550224
Paciente:	BOHORQUEZ SANCHEZ KAREN VIVIANA	Nro Ingreso:	20210315020150
Fecha Nac:	1994/11/30	Fecha Ingreso:	2021-03-15 09:11:44.000
Dirección:	APIAY PABELLON 2	Tipo de Evaluación:	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO
Edad:	26 años	Enfasis:	OSTEOMUSCULAR
Teléfono:	0		
Nombre del Cargo:	ENFERMERA		

Optometria - Anamnesis

NO REFIERE

Optometria - Antecedentes Quirurgicos

Refractiva no NO REFIERE
 Catarata no NO REFIERE
 Pterigio: no NO REFIERE
 Otra: NO REFIERE

Usa correccion visual no - NO REFIERE

Permanente

Lejos

Cerca

Descanso

Ocacional

Ultimo Examen Mayor a 2 años

Optometria - Antecedentes Personales

Presenta	Descripcion
Glaucoma: No	NO REFIERE
Cataratas: No	NO REFIERE
Rinitis: No	NO REFIERE
Traumas Oculares: No	NO REFIERE
Patologia Visual: No	NO REFIERE
Hipertension Arterial No	NO REFIERE
Diabetes No	NO REFIERE

Optometria - Antecedentes Laborales

Iluminacion inadecuada

Usuario de computador

Radiaciones Ultravioleta

Otros Antecedentes: NO REFIERE

Cambios de temperatura

Mala ventilación

Gases o humos toxicos

Optometria - Sintomas

<input type="checkbox"/> Fotofobia	<input type="checkbox"/> Ojo Rojo	<input type="checkbox"/> Mala Vision Cercana	<input type="checkbox"/> Cansancio
<input type="checkbox"/> Lagrimeo	<input type="checkbox"/> Vision Borrosa	<input type="checkbox"/> Mala Vision Lejana	<input type="checkbox"/> Dolor
<input type="checkbox"/> Ardor	<input type="checkbox"/> Vision Doble	<input type="checkbox"/> Cefalea	<input type="checkbox"/> Secreción

Otros Sintomas: NO REPORTA

Optometria - Examen Externo

	Presenta	Descripcion
Parpados:	Normal	SIN HALLAZGOS
Conjuntivas:	Normal	SIN HALLAZGOS
Escleras:	Normal	SIN HALLAZGOS
Pupilas:	Normal	SIN HALLAZGOS
Cornea:	Normal	SIN HALLAZGOS
Globo Ocular:	Normal	SIN HALLAZGOS

Optometria - Rx en Uso

	Tipo	Rx en Uso	Observaciones
Ojo Derecho:	NO APLICA	NO REFIERE	NO REFIERE
Ojo Izquierdo:	NO APLICA	NO REFIERE	NO REFIERE

Optometria - Agudeza Visual

Vision Lejana			Vision Proxima			
	Sin Correccion	Con Correccion	Ph		Sin Correccion	Con Correccion
Ojo derecho	20/20	-	NO REFIERE	Ojo derecho	0.50M	-
Ojo izquierdo	20/20	-	NO REFIERE	Ojo izquierdo	0.50M	-
Ambos Ojos	20/20	-	NO REFIERE	Ambos Ojos	0.50M	-
Observaciones NO REFIERE				Observaciones NO REFIERE		

Optometria - Vision

	Normal	Anormal
Cromatica	NORMAL	
Profundidad	40 Sec Arco	
Observaciones NO REFIERE		

Optometria - Motilidad Ocular

* Punto proximo de convergencia:	NORMAL
* Cover Test - Lejos:	ORTHO
* Cover Test - Cerca:	ORTHO

Optometria - Oftalmoscopia

Ojo Derecho: MEDIOS CLAROS**Ojo Izquierdo: MEDIOS CLAROS**

Optometria - Retinoscopia

Ojo Derecho: +0.50**Ojo Izquierdo: +0.50**

Optometria - Queratometria

Ojo Derecho: NORMAL**Ojo Izquierdo: NORMAL**

Optometria - Refraccion

RX Final

O.D	<input type="text"/>	ADD+	<input type="text"/>	NO APLICA	AV	<input type="text"/>	NO REFIERE	DP	<input type="text"/>	NO REFIERE
O.I	<input type="text"/>	ADD+	<input type="text"/>	NO APLICA	AV	<input type="text"/>	NO REFIERE	DP	<input type="text"/>	NO REFIERE

Optometria - Diagnosticos

Diagnostico Principal: EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION

Observaciones al Diagnostico:

Diagnostico Relacionado 1:

Diagnostico Relacionado 2:

Diagnostico Relacionado 3:

Optometria - Conducta

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Se continúa con misma RX | <input type="checkbox"/> Se da Nuevo Control |
| <input type="checkbox"/> Se da Remisión | <input checked="" type="checkbox"/> No Requiere RX |
| <input type="checkbox"/> Se da Tx Medicamentos | <input type="checkbox"/> Requiere Nueva Rx |
| <input type="checkbox"/> Topografía Corneal | <input type="checkbox"/> Test de Farnsworth |
| <input type="checkbox"/> Realizar prueba ambulatoria | |

Optometria - Recomendaciones

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Debe usar correccion visual para trabajar | <input type="checkbox"/> Uso EPP Visual | <input type="checkbox"/> Uso de Rx para Vision Proxima | <input type="checkbox"/> PyP |
| <input type="checkbox"/> Uso de AR video Terminales | <input type="checkbox"/> Pausas Activas | <input type="checkbox"/> Uso de Rx de Descanso | <input type="checkbox"/> Lubricante Ocular |
| <input type="checkbox"/> Uso de Lentes de Proteccion Solar | <input type="checkbox"/> Uso de Rx para Vision Lejana | <input type="checkbox"/> Uso Permanente de Rx Optica | |

Observaciones de las Recomendaciones: NO REFIERE

Optometria - Remisiones

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Valoracion Oftalmologica | <input type="checkbox"/> Valoracion Ortoptica | <input type="checkbox"/> Valoracion Lentes de Contacto |
|---|---|--|

Otras Remisiones: NO REFIERE

Optometria - Controles

- | | | | | | |
|----------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mensual | <input type="checkbox"/> Bimensual | <input type="checkbox"/> Trimestral | <input type="checkbox"/> Semestral | <input checked="" type="checkbox"/> Anual | <input type="checkbox"/> Confirmatoria |
|----------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|---|--|

Optometria - Resultado

Resultado de Optometria No Interviene

* Descripcion de la observacion general

NO REFIERE

Consentimiento Informado del Trabajador

Autorizo al médico quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y pro de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las resp que doy son completas y verídicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Nombre Profesional: SANDRA LILIANA CRUZ D

Nombre del Paciente: **KAREN ' BOHORQUEZ SANCHEZ**

Registro Profesional: 010

Identificación del Paciente: **CC - 1116550224**

Todos los derechos reservados Innovasoft Colombia S.A.S.



EQUIVIDA SALUD OCUPACIONAL SAS

Código del Prestador: 5000101385 NIT: 900491982-8

Dirección: Calle 32 No. 39-35 Barzal

Teléfono: 6849725

Web: <http://www.equivasaludocupacional.com/>

Email: diradministrativo@equividaso.com.co

EQUIVIDA
salud ocupacional

Descripción del Informe

Fecha de Impresión: **2021/03/15 10:39:20**

Impreso por: **CLAUDIA ESTHER AGUILAR OLARTE 0**

FORMATO INSTITUCIONAL PARA EL USO Y MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA AUDIOMETRÍA

Datos del Paciente

Identificación:	CC - 1116550224	Nro Historia:	1116550224
Paciente:	BOHORQUEZ SANCHEZ KAREN VIVIANA	Nro Ingreso:	20210315020150
Fecha Nac:	1994/11/30	Fecha Ingreso:	2021-03-15 09:11:44.000
Dirección:	APIAY PABELLON 2	Tipo de Evaluación:	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO
Edad:	26 años	Enfasis:	OSTEOMUSCULAR
Teléfono:	0		
Nombre del Cargo:	ENFERMERA		

Audiometria - Antecedentes personales

Otologicos

	<i>Presenta</i>	<i>Descripcion</i>
Otitis	no	NO REFIERE
Sinusitis	no	NO REFIERE
Rinitis	no	NO REFIERE
Otalgia	no	NO REFIERE
Vértigo	No	NO REFIERE
Hipertension Arterial	No	NO REFIERE
Diabetes	No	NO REFIERE
Acúfenos	no	NO REFIERE
Enfermedades Virales	no	NO REFIERE
Otorrea	no	NO REFIERE
Otorragia	no	NO REFIERE
Prurito	no	NO REFIERE
Sensación de Oído Tapado	no	NO REFIERE
Tinnitus	no	NO REFIERE
Hipoacusia Subjetiva	no	NO REFIERE
Otros Otologicos	NO REFIERE	

Sintomaticos

	<i>Presenta</i>	<i>Descripcion</i>
Sintomas Oído	no	NO REFIERE
Sintomas Nariz	no	NO REFIERE
Sintomas Garganta	no	NO REFIERE

Extralaborales

	<i>Presenta</i>	<i>Descripcion</i>
Servicio Militar	no	NO REFIERE
Otros Extralaborales	NO REFIERE	

Patologicos

	<i>Presenta</i>	<i>Descripcion</i>
Parotiditis	no	NO REFIERE
Sarampión	no	NO REFIERE
Rubeola	no	NO REFIERE
Alteración de Tiroides	no	NO REFIERE
Otros Patologicos	NO REFIERE	

Traumaticos

	<i>Presenta</i>	<i>Descripcion</i>
Trauma Craneoencefálico	no	NO REFIERE
Trauma Directo	no	NO REFIERE
Trauma Acústico	no	NO REFIERE
Otros Traumaticos	NO REFIERE	

Quirurgicos

	<i>Presenta</i>	<i>Descripcion</i>
Cirugia de Oído	no	NO REFIERE
Cirugia de Garganta	no	NO REFIERE
Cirugia de Nariz	no	NO REFIERE
Cirugia de Cabeza y Cuello	no	NO REFIERE
Timpanoplastia	no	NO REFIERE
Otros Quirurgicos	NO REFIERE	

Toxicos y Farmacos

	<i>Presenta</i>	<i>Descripcion</i>
Medicamentos Ototoxicos	no	NO REFIERE
Fármacos Tóxicos Industriales	no	NO REFIERE
Ultima Audiometria Realizada	De 6 a 1 año	Normal
Observaciones	NO REFIERE	

Audiometria - Habitos

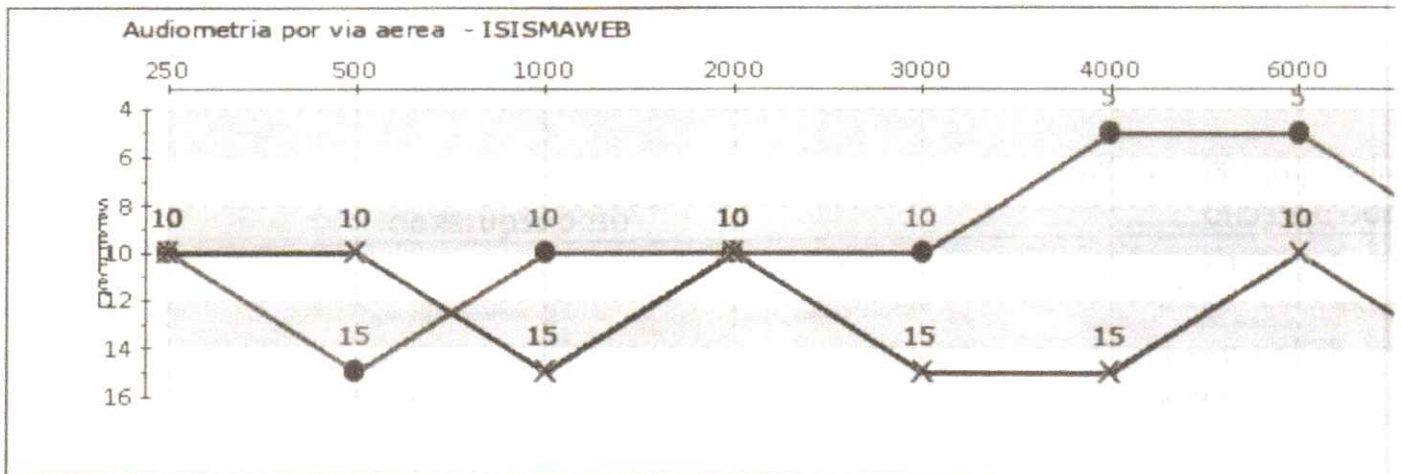
Tejo	No Practica	NO REFIERE
Poligono	No Practica	NO REFIERE
Musica a Alto Volumen	No Practica	NO REFIERE
Walkman, Ipod, Mp3, Mp4	No Practica	NO REFIERE
Otros habitos	NO REFIERE	

Audiometria - Examen Fisico

OIDO DERECHO			OIDO IZQUIERDO		
Pabellon Auricular	Normal	SIN HALLAZGOS	Pabellon Auricular	Normal	SIN HALLAZGO
Conductos Auditivos	Normal	SIN HALLAZGOS	Conductos Auditivos	Normal	SIN HALLAZGO
Membrana Timpanica	Normal	SIN HALLAZGOS	Membrana Timpanica	Normal	SIN HALLAZGO
Otro	SIN HALLAZGOS		Otro	SIN HALLAZGOS	

Audiometria - Grafica





Audiometria - Audiograma Actual

Tipo de Examen:

Aerea - OD Osea - OD
 Aerea - OI Osea - OI
 Aerea Enmascarada - OD Osea Enmascarada - OD
 Aerea Enmascarada - OI Osea Enmascarada - OI

PTA (5123)

OI 12.5 dB
OD 11.25 dB

Audiometría Pre
1900-01-01T00:

Frecuencias								Oído
250	500	1.000	2.000	3.000	4.000	6.000	8.000	
10	15	10	10	10	5	5	10	Derecho
10	10	15	10	15	15	10	15	Izquierdo

Audiometria - Audiograma Anterior

250	500	1.000	2.000	3.000	4.000	6.000	8.000	Oído
0	0	0	0	0	0	0	0	Derecho
0	0	0	0	0	0	0	0	Izquierdo

Cambio Significativo

No

Audiometria - Audiograma Diferencia

250	500	1.000	2.000	3.000	4.000	6.000	8.000	Oído
0	0	0	0	0	0	0	0	Derecho
=	=	=	=	=	=	=	=	STS
0	0	0	0	0	0	0	0	Izquierdo
=	=	=	=	=	=	=	=	STS

Observaciones

NO REFIERE

Audiometria - Recomendaciones

- Remision ORL
- Pruebas Complementarias
- Reposo auditivo Extralaboral
- Rotar Diadema Telefonica
- Remision a Medicina Laboral
- Limpieza OD

- Control según PVE
- Auditiva según PVE
- Pausa Auditiva

- Uso de EPP Auditivo
- Elemento de protección
- Conducir con ventanas cerradas

- Limpieza OI
- Lavado de Oído

Audiometría - Controles

- Mensual
- Trimestral
- Anual
- Bimensual
- Semestral
- Audiometría Confirmatoria

Audiometría - Impresión Diagnostica

Diagnostico Principal EXAMEN DE OÍDOS Y DE LA AUDICION

Diagnostico Interno AUDICION NORMAL BILATERAL

Descripción del GATI-SO AUDICION BILATERAL NORMAL CONTROL ANUAL USO DE EPA SI REQUIERE

Diagnostico Rel 1

Diagnostico Rel 2

Diagnostico Rel 3

Diagnostico Bilateral AUDICION NORMAL BILATERAL Control Anual Uso de EPA

Diagnostico O.D AUDICION NORMAL OD Control Anual Uso de EPA

Diagnostico O.I AUDICION NORMAL OI Control Anual Uso de EPA

Audiometría - Resultado

Resultado de Audiometría: **Normal**

* Descripción del Resultado general

AUDICION BILATERAL NORMAL CONTROL ANUAL USO DE EPA SI REQUIERE

Consentimiento Informado del Trabajador

Autorizo al médico quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas son verdicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidad que lo requiera.




Nombre Profesional: **MARIA FERNANDA MIRANDA RANGEL O**

Registro Profesional: **0**

Nombre del Paciente: **KAREN VIVIANA BOHORQUEZ**

Identificación del Paciente: **CC - 1116550224**

Todos los derechos reservados Innovasoft Colombia S.A.S.



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
GRUPO DE TALENTO HUMANO

Formato Compromiso Requisitos de Vacunación DIGSA

Código: MDN-COGFM-PROATH-DIGSA-FU.95.1-108-V1

Proceso: Administración del Talento Humano – Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Este formato de compromiso se podrá firmar únicamente para completar el esquema de vacunación
varicela, DPTA, neumococo

con fecha para el _____.

Fecha: _____

Tipo de vinculación: Planta OPS Tercerización de servicios

DIGSA DISAN EJC DISAN ARC JEFSA FAC

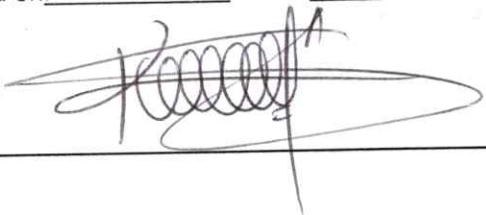
ESM: _____

Yo; _____ identificado (a) con Cedula de Ciudadanía No _____ me permito suscribir la presente acta de compromiso para la aplicación de las vacunas faltantes en las fechas establecidas así:

VACUNA	GENERO	DOSIS	FECHA DE APLICACIÓN - N/A
TOXOIDE TETÁNICO Y DIFTÉRICO	Mujeres	2da	
		3ra	
		4ta	
		5ta	
	Hombre	2da	
		3ra	
HEPATITIS B	Mujer/Hombre	2da	
		3ra	

VACUNA	OBSERVACIÓN	FECHA DE APLICACIÓN - N/A
INFLUENZA	<ul style="list-style-type: none"> - Si la contratación se realiza antes del mes de mayo se debe solicitar la vacuna del año anterior. - Si la contratación se realiza posterior al mes de mayo se debe solicitar la vacuna del año vigente 	

La presente se firma en: Tderranda a los 13 días del mes 01 del año 2023.

Firma del aspirante: 

Observaciones SST: _____

- Antes de diligenciar e imprimir este documento por favor lea con atención las siguientes instrucciones:
- Para el correcto diligenciamiento de éste formato tenga en cuenta las instrucciones que se encuentran de color gris, replácelas con color negro de acuerdo a la instrucción.
 - Las instrucciones que se encuentran de color negro no las cambie ni elimine.
 - Diligencie el documento de forma digital o manual con color negro y con letra legible, sin borrones ni enmendaduras.
 - Cuando diligencie el formato de forma digital no cambie el tipo de letra (Arial, tamaño 10) ni los espacios entre cada numeral.
 - No cambie el orden del documento, no adicione, ajuste o elimine campos.



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
GRUPO DE TALENTO HUMANO

Formato Compromiso Requisitos de Vacunación DIGSA

Código: MDN-COGFM-PROATH-DIGSA-FU.95.1-108-V1

Proceso: Administración del Talento Humano – Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Firma Líder de Seguridad y Salud en el Trabajo del centro de trabajo.

Grado. Nombre completo:

Diligencie el Grado y/o denominación del empleo y el nombre del Líder de Seguridad y Salud en el Trabajo del centro de trabajo.

Firma Líder de Vacunación del centro de trabajo.

Grado. Nombre completo:

Diligencie el Grado y/o denominación del empleo y el nombre del Líder de vacunación del centro de trabajo.

- Antes de diligenciar e imprimir este documento por favor lea con atención las siguientes instrucciones:
- Para el correcto diligenciamiento de éste formato tenga en cuenta las instrucciones que se encuentran de color gris, rempícelas con color negro de acuerdo a la instrucción.
 - Las instrucciones que se encuentran de color negro no las cambie ni elimine.
 - Diligencie el documento de forma digital o manual con color negro y con letra legible, sin borrones ni enmendaduras.
 - Cuando diligencie el formato de forma digital no cambie el tipo de letra (Arial, tamaño 10) ni los espacios entre cada numeral.
 - No cambie el orden del documento, no adicione, ajuste o elimine campos.



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
GRUPO DE TALENTO HUMANO

Formato Compromiso Requisitos de Vacunación DIGSA

Código: MDN-COGFM-PROATH-DIGSA-FU.95.1-108-V1

Proceso: Administración del Talento Humano - Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Este formato de compromiso se podrá firmar únicamente para completar el esquema de vacunación INFLUENZA, VARICELA, DPTA, NEUMOCOCO

con fecha para el _____.

Fecha: _____

Tipo de vinculación: Planta OPS Tercerización de servicios

DIGSA DISAN EJC DISAN ARC JEFSA FAC

ESM: _____

Yo; _____ identificado (a) con Cedula de Ciudadanía No _____ me permito suscribir la presente acta de compromiso para la aplicación de las vacunas faltantes en las fechas establecidas así:

VACUNA	GENERO	DOSIS	FECHA DE APLICACIÓN - N/A
TOXOIDE TETÁNICO Y DIFTÉRICO	Mujeres	2da	
		3ra	
		4ta	
		5ta	
	Hombre	2da	
		3ra	
HEPATITIS B	Mujer/Hombre	2da	
		3ra	

VACUNA	OBSERVACIÓN	FECHA DE APLICACIÓN - N/A
INFLUENZA	<ul style="list-style-type: none"> - Si la contratación se realiza antes del mes de mayo se debe solicitar la vacuna del año anterior. - Si la contratación se realiza posterior al mes de mayo se debe solicitar la vacuna del año vigente 	

La presente se firma en: _____ a los _____ días del mes _____ del año _____.

Antes de diligenciar e imprimir este documento por favor lea con atención las siguientes instrucciones.

- Para el correcto diligenciamiento de éste formato tenga en cuenta las instrucciones que se encuentran de color gris, replácelas con color negro de acuerdo a la instrucción.
- Las instrucciones que se encuentran de color negro no las cambie ni elimine.
- Diligencie el documento de forma digital o manual con color negro y con letra legible, sin borrones ni enmendaduras.
- Cuando diligencie el formato de forma digital no cambie el tipo de letra (Arial, tamaño 10) ni los espacios entre cada numeral.
- No cambie el orden del documento, no adicione, ajuste o elimine campos.
- Si tiene dudas por favor comuníquese con el responsable del SG-SST en su Dirección de Sanidad.



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
GRUPO DE TALENTO HUMANO

Formato Compromiso Requisitos de Vacunación DIGSA

Código: MDN-COGFM-PROATH-DIGSA-FU.95.1-108-V1

Proceso: Administración del Talento Humano – Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Firma del aspirante:

Observaciones SST:

Firma Líder de Seguridad y Salud en el Trabajo del centro de trabajo.

Grado. Nombre completo:

Diligencie el Grado y/o denominación del empleo y el nombre del Líder de Seguridad y Salud en el Trabajo del centro de trabajo.

Firma Líder de Vacunación del centro de trabajo.

Grado. Nombre completo:

Diligencie el Grado y/o denominación del empleo y el nombre del Líder de vacunación del centro de trabajo.

Antes de diligenciar e imprimir este documento por favor lea con atención las siguientes instrucciones:

- Para el correcto diligenciamiento de éste formato tenga en cuenta las instrucciones que se encuentran de color gris, replácelas con color negro de acuerdo a la instrucción.
- Las instrucciones que se encuentran de color negro no las cambie ni elimine.
- Diligencie el documento de forma digital o manual con color negro y con letra legible, sin borrones ni enmendaduras.
- Cuando diligencie el formato de forma digital no cambie el tipo de letra (Arial, tamaño 10) ni los espacios entre cada numeral
- No cambie el orden del documento, no adicione, ajuste o elimine campos.
- Si tiene dudas por favor comuníquese con el responsable del SG-SST en su Dirección de Sanidad



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
GRUPO DE TALENTO HUMANO

Formato Requisitos de Vacunación Actividades Administrativas y Alternamente Asistenciales pero que No Realizan Procedimientos DIGSA

Código: MDN-COGFM-PROATH-DIGSA-FU.95.1-110 V1

Proceso: Administración del talento humano – Sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo

I. DATOS PERSONALES

Apellidos: Bchoquez Sanchez	Nombres: Karen Viviana
N° de Documento: 1116550724	Edad: 29
Genero: <input type="checkbox"/> Mujer <input checked="" type="checkbox"/> Hombre	
Profesión u ocupación: Enfermera	Número de contacto: 3229178977
Correo electrónico: Karenbchoquez2014@gmail.com	

II. DATOS LABORALES

DIGSA	<input checked="" type="checkbox"/>	DISAN EJC	<input checked="" type="checkbox"/>	DISAN ARC	<input type="checkbox"/>	JEFSA FAC	<input type="checkbox"/>
Establecimiento de Sanidad Militar:	Dispensario Medico Planada y Sanelinc						
Cargo al que aspira:	Auditor(a)						

III. TIPO DE VINCULACIÓN

Nombramiento en Planta DIGSA	<input type="checkbox"/>	Servicio Social Obligatorio (SSO)	<input type="checkbox"/>	Prestación de Servicio (OPS)	<input checked="" type="checkbox"/>
------------------------------	--------------------------	-----------------------------------	--------------------------	------------------------------	-------------------------------------

IV. DATOS CARNÉ DE VACUNACIÓN

PREGUNTA	SI	NO
¿Adjunta Carné de Vacunación?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Validación contra el carnet de vacunación?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN PERSONAL CON **ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS Y ALTERNAMENTE ACTIVIDADES ASISTENCIALES PERO QUE NO REALIZAN PROCEDIMIENTOS**

* Que por su labor atiende brotes, epidemias, etc. y tiene desplazamientos a los Establecimientos de Sanidad.
* Médicos auditores de concurrencia.

VACUNA	GENERO	OBSERVACIÓN	DOSIS	CUMPLE SI / NO /N/A	FECHA DE APLICACIÓN / PENDIENTE / N/A
Influenza Estacional	Hombre/Mujer	Si la contratación se realiza antes del mes de mayo se debe solicitar la vacuna del año anterior. Si la contratación se realiza posterior al mes de mayo se debe solicitar la vacuna del año vigente La única justificación para la NO aplicación es la no disponibilidad en el país.	1ra	No	
Fiebre amarilla	Hombre/Mujer	Solo se debe solicitar al personal que desarrolle actividades en zonas inferiores a 2.000 m sobre el nivel del mar. Solo se debe solicitar a menores de 60 años, sin antecedentes de enfermedades que afectan el sistema inmunológico.	1ra	SI	
Varicela	Hombre/Mujer	Solo se debe solicitar a menores de 60 años sin antecedente de vacunación o de haber tenido la enfermedad, y sin antecedentes de enfermedades que afecten el sistema inmunológico.	1ra	No	
Triple Viral (TV) (sarampión, rubeola y parotiditis)	Hombre/Mujer	Solo se debe solicitar a menores de 60 años, para todo el país y sin antecedente de enfermedades que afecten el sistema inmunológico. No es válida la bivalente (sarampión y rubeola)	TV (SRP) 1 dosis con cepa Jeryl Lynn adultos.	SI	
DPTA - Difteria - Tétano - Tosferina a celular	Hombre/Mujer	** Si certifica esta vacuna, se puede homologar por Td, pero no lo contrario.	1ra 1 Refuerzo cada 10 años al terminar esquema	No	
Neumococo	Hombre/Mujer	Ninguna Se deberá solicitar al personal que fue vacunado con vacuna polisacárido	1ra 1 Refuerzo cada 5 años al terminar esquema	No	
Meningococo preferiblemente ACYW135	Hombre/Mujer	Ninguna	1ra 1 Refuerzo a los 5 años		

**V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN PERSONAL CON ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS Y ALTERNAMENTE ACTIVIDADES ASISTENCIALES
PERO QUE NO REALIZAN PROCEDIMIENTOS**

* Que por su labor atiende brotes, epidemias, etc. y tiene desplazamientos a los Establecimientos de Sanidad.
* Médicos auditores de concurrencia.

VACUNA	GENERO	OBSERVACIÓN	DOSIS	CUMPLE SI / NO / N/A	FECHA DE APLICACIÓN / PENDIENTE / N/A
--------	--------	-------------	-------	-------------------------	---

NOTA: Es importante informar al aspirante que si dentro de su esquema no cuenta con dos o tres vacunas de este grupo: Fiebre Amarilla, Varicela y/o Triple Viral, estas deben ser administradas simultáneamente; lo anterior teniendo en cuenta que de no seguir esta recomendación se interfiere en la respuesta inmunitaria.

VI. VERIFICACIÓN DEL ESQUEMA EN PAI

Aplicativo PAI 2.0 Secretaria Distrital de Salud de Bogotá	SI			NO	
PAI Nacional del Ministerio de Salud y Protección Social	SI			NO	

OBSERVACIONES:

VII. FIRMA DE COMPROMISO

SI		NO		
----	--	----	--	--

VIII APROBACIÓN

SI		NO		
----	--	----	--	--

NOTA: Partiendo del principio de la buena fe, lo certificado en el carné de vacunas presentado por el aspirante, se asume como un hecho cierto y veraz; la rendición de información no comprobable mediante evidencia, se configura como falsedad en documento público, hecho que puede ser objeto de sanciones disciplinarias.

Firma Jefe de Vacunación del centro de trabajo

Clara Guzmán

Firma Responsable del área de SST de la DIGSA/DISAN/JEFSA

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Como aspirante a contrato o nombramiento certifico que he leído, entiendo y acepto los términos, condiciones y la información suministrada por la Dirección General de Sanidad Militar.

[Firma manuscrita]

Firma del aspirante

INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO

I. DATOS PERSONALES: Diligencie Apellidos, Nombres, Número de Documento, Edad, Profesión u ocupación, Número de contacto, correo electrónico y marque con una (X) en Mujer u Hombre de acuerdo al genero del aspirante.

II. DATOS LABORALES: Marque con un (X), en la casilla correspondiente, el centro de trabajo en donde el personal esta realizando el proceso de verificación del esquema de vacunación, DIGSA= Dirección General de Sanidad Militar, DISAN EJC = Dirección de Sanidad Ejército, DISAN ARC = Dirección de Sanidad Armada, JEFSA FAC = Jefatura de Salud de la Fuerza Aérea Colombiana.

III. TIPO DE VINCULACIÓN: Marque con una (x), en la casilla correspondiente el tipo de vinculación que va a tener el aspirante con la institución.

IV. DATOS CARNÉ DE VACUNACIÓN: Responda SI o NO las preguntas correspondientes al esquema de vacunación que presenta el aspirante.

V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN: Verifique con la copia del carné de vacunación si cumple con el esquema establecido, marcando con una X si cumple o no con cada dosis y diligencie la fecha de aplicación, y No Aplica de acuerdo a lo establecido en el Procedimiento requisitos de vacunación de acuerdo a labor personal DIGSA. Verifique si el esquema de vacunación presentado por el aspirante se encuentra en el Aplicativo PAI 2.0 Secretaria Distrital de Salud de Bogotá y en el PAI Nacional del Ministerio de Salud y Protección Social, si el esquema de vacunación no se encuentra en ninguno de los dos aplicativos, describa la observación en el espacio establecido para esto.

VI. VERIFICACIÓN DEL ESQUEMA EN EL PAI: Verifique y marque con una (X) SI el esquema de vacunación presentado por el aspirante se encuentra o NO en el Aplicativo PAI 2.0 Secretaria Distrital de Salud de Bogotá y en el PAI Nacional del Ministerio de Salud y Protección Social, si el esquema de vacunación no se encuentra en ninguno de los dos aplicativos, describa la observación en el espacio establecido para esto.

VII. FIRMA DE COMPROMISO: Marque con una (X) SI el aspirante tuvo o NO que firmar el Formato de compromiso requisitos de vacunación DIGSA, cumpliendo con lo establecido en el Procedimiento requisitos de vacunación de acuerdo a labor personal DIGSA.

VIII. APROBACIÓN: Marque con una (X) SI aprueba o NO el esquema de vacunación presentado por el aspirante.

Certificado de Vacunación

Institución: Preserva Salud
 Nombre: Karen Juliana Buitrago Sánchez
 Identificación: 1116550224 Tel: 3229128922

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
Wgq PU		31-5-22	02411015	Anna Lorenz

Cortésia de Sanofi Pasteur

Biológico	Dosis	Laboratorio y Lote	Firma vacunador
Tétano	1	25 08 11 02411015	[Firma]
	2	12 1 12 02411015	
	3	13 02 13 02411015	
	4	13 02 14 02411015	
	5	13 5 15 02411015	
1 Refuerzo			
Varicela	UNICA		
Influenza	ANUAL	19/12/12 R3E54	[Firma]
Tifoidea			
VPH	1		
	2		
	3		
Fiebre Amarilla	UNICA	25 08 11 R5661	[Firma]

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Neumococo	UNICA	13 3 12	012216	[Firma]
HA+B	1			
	2			
	3			
Contra Hepatitis A	1			
	2			
Contra Hepatitis B	1	21 07 12	01211007	[Firma]
	2	10 8 12	01211007	[Firma]
	3	14 02 13	01211007	[Firma]

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única	31/1/23	V31173	Kaira Galdino
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Tdap acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	17-09-21	V3BB71V	Sandra Ofelia
Otras				

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	22-02-21	PFIZER	EN1194	ESE MUNICIPAL	Pilar Chacon	1122649757
	2	15-03-2021	PFIZER	EN1195	ESE MUNICIPAL	Leidy Cruz	1121852091
	3	30-11-21	Moderna	940895	Juñical	[Firma]	1070622831

Atención telefónica a través del Centro de Contacto:
 En Bogotá: +57(1) 3305043 Resto del país: 018000960020

Horario de atención:
 Lunes a Viernes de 7:00 a.m. a 9:00 p.m. y sábados de 8:00a.m. a 1:00 p.m. en jornada continua.

[Solicitudes, sugerencias y reclamos PQRSD](#)
[Notificaciones judiciales](#)
[Términos y condiciones de uso.](#)



Camblar

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2022-12-29--5:16:28 PM

Tipo	Nro.	Primer	Segundo	Primer	Segundo	Estado	Detalles
Identificación	Identificación	Nombre	Nombre	Apellido	Apellido	Identificación	
CC	1116550224	KAREN	VIVIANA	BOHORQUEZ	SANCHEZ	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) KAREN VIVIANA BOHORQUEZ SANCHEZ identificado(a) con CC 1116550224 registra La siguiente información:

2022-12-29 --5:16:28 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesion u Ocupación	Fecha Inicio Acto Administrativo	Fecha ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	ENFERMERIA	2018-06-18		1116550224	ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Programa Prestación	Entidad Reportadora
Presto SSO	Local	COLOMBIA CAQUETÁ SAN VICENTE DEL CAGUÁN	2017-05-02	2018-05-01	Prestación de Servicios Profesionales de Salud en IPS Habilitada	Enfermería	ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA

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).

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJÉRCITO NACIONAL



DIRECCIÓN DE SANIDAD EJÉRCITO

G. DATOS GENERALES

Quien suscribe: **KAREN VIVIAN BOHORQUEZ SANCHEZ**, mayor de edad, de nacionalidad COLOMBIANO, de este domicilio, identificado con cédula de ciudadanía N°. 1.116.550.224 de AGUAZUL CASANARE actuando en nombre propio.

Declaro bajo la gravedad de juramento que la información que se consigna a continuación es real y autorizo para que el Ministerio de Defensa - Ejército Nacional bajo cualquier medio legal corrobore la veracidad de la misma:

Nombre Completo Cédula de Ciudadanía Pregrado - Universidad Posgrado - Universidad	KAREN VIVIANA BOHORQUEZ SANCHEZ N°.1.116.550.224 de AGUAZUL CASANARE ENFERMERA- UNISANGIL GERENCIA DE LA CALIDAD Y AUDITORIA EN SALUD - UCC
Hace parte reserva activa	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> Indique causal de retiro <input type="checkbox"/> Solicitud propia <input type="checkbox"/> Por cumplir dos (2) años en Grado de General, Almirante o General del Aire. <input type="checkbox"/> Por llamamiento a calificar servicios. <input type="checkbox"/> Por sobrepasar la edad correspondiente al grado. <input type="checkbox"/> Por disminución de la capacidad psicofísica para la actividad militar. <input type="checkbox"/> Por inasistencia al servicio sin causa justificada de acuerdo con el tiempo previsto en el Código Penal Militar para el delito de abandono del servicio. <input type="checkbox"/> Por incapacidad profesional. <input type="checkbox"/> Por retiro discrecional. <input type="checkbox"/> Por no superar el periodo de prueba. Número y fecha del acto administrativo mediante el cual pasa a ser parte de la reserva activa. Número y fecha del acto administrativo mediante el cual se le liquida y reconoce la asignación de retiro. Se ha afiliado a pensión SI Indique cual Fecha NO

Experiencia especifica (relacionada con el objeto contractual). Los certificados deben estar en la plataforma SIGEP

- Contratante: MINDEFENSA- DGSM-DISAN-BICAZ/2017

Años de Experiencia (01) AÑO

Objeto contractual PRESTACION DE SERVICIOS SOCIAL OBLIGATORIO RESOLUCION 0417 DEL 27 ABRIL DE 2017, DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN SU CONDICIÓN DE ENFERMERA PROFESIONAL, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES Y DEMÁS ASIGNADAS, EN LOS DIFERENTES SERVICIOS, CONFORME A LAS NECESIDADES DEL DISPENSARIO MEDICO DEL BATALLON CAZADORES EN SAN VICENTE DEL CAGUAN.

Vigencia 02/05/2017 A 01/05/2018

- Contratante: MINDEFENSA- 428-DISAN- CRH/2018

Años de Experiencia (08) MESES

Objeto contractual PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES, DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN SU CONDICIÓN DE ENFERMERA PROFESIONAL EN REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS, ASISTENCIALES Y DEMÁS ASIGNADAS, EN LOS DIFERENTES SERVICIOS, CONFORME A LAS NECESIDADES DEL CENTRO DE REHABILITACION HOSPITALARIA EN EL BATALLON DE SANIDAD EN BOGOTA.

Vigencia 01/05/2018 A 31/12/2018

- Contratante: MINDEFENSA- 148-DISAN -DMSOC/2019

Años de Experiencia (05) MESES

Objeto contractual PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES, DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN SU CONDICIÓN DE ENFERMERA PROFESIONAL, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES, ASISTENCIALES Y DEMÁS ASIGNADAS, EN LOS DIFERENTES SERVICIOS, CONFORME A LAS NECESIDADES DEL DISPENSARIO MEDICO SUR OCCIDENTE EN BOGOTA.

Vigencia 15/01/2019 A 20/05/2019

- Contratante: PRIVADA- COMFACUNDI /2019

Años de Experiencia (08) MESES

Objeto contractual TERMINO INDEFINIDO COMO PROFESIONAL DE APOYO EN SALUD PUBLICA DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN SU CONDICIÓN DE ENFERMERA ESPECIALISTA, PARA IMPLEMENTACION MODELO DE ATENSION

CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA
EPS EN BOGOTA Y CUNDINAMARCA.

Vigencia 20/05/2019 A 31/12/2019

- Contratante: MINDEFENSA- 076-DMORI/2020

Años de Experiencia (18) MESES

Objeto contractual PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES, DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN SU CONDICIÓN DE ENFERMERA PROFESIONAL, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES Y DEMÁS ASIGNADAS, EN LOS DIFERENTES SERVICIOS, CONFORME A LAS NECESIDADES DEL DISPENSARIO MEDICO DE VILLAVICENCIO.

Vigencia 16/01/2020 A 30/06/2021

- Contratante: GOBERNACION DEL META- 1093,1658 y 2961-HDV/2021

Años de Experiencia (08) MESES

Objeto contractual PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES, DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN SU CONDICIÓN DE ENFERMERA PROFESIONAL, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES Y DEMÁS ASIGNADAS, EN LOS DIFERENTES SERVICIOS, CONFORME A LAS NECESIDADES DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO.

Vigencia 15/01/2021 A 30/09/2021

- Contratante: PRIVADA- JUNICAL /2021

Años de Experiencia (10) MESES

Objeto contractual TERMINO INDEFINIDO COMO PROFESIONAL EN AL AREA DE GARANTIA DE LA CALIDAD DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN SU CONDICIÓN DE ESPECIALISTA, PARA SER AUDITORA LIDER DE SEGURIDAD DEL PACIENTE CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA IPS EN GIRARDOT CUNDINAMARCA.

Vigencia 12/10/2021 A 31/07/2022

- Contratante: MINDEFENSA- 036-DMTOL/2022

Años de Experiencia (05) MESES

Objeto contractual PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES, DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN SU CONDICIÓN DE ENFERMERA PROFESIONAL, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES Y DEMÁS ASIGNADAS, EN LOS DIFERENTES

	SERVICIOS, CONFORME A LAS NECESIDADES DEL DISPENSARIO MEDICO DE TOLEMAIDA. Vigencia 01/08/2022 A 15/12/2022
Dirección de residencia (indicar ciudad)	Dirección Casa B-218 Tolemaida Ciudad: Melgar
Teléfono fijo - Teléfono celular	Tel. fijo: Tel. celular: 322-9128922
Entidad bancaria y No. De la cuenta Bancaria (indicar si es ahorros - corriente).	Entidad Bancaria Davivienda Sucursal Bogotá No. de cuenta 0550359600012181 Ahorros X Corriente
Correos electrónicos en los que recibo cualquier comunicación oficial emanada del Ejército.	kv-bs@hotmail.com
Contratos vigentes de prestación de servicios (indique entidad - objeto - plazo de vigencia - Vlr. Total, contratado)	Contratista (Indique NIT) OMITIDO
Otros contratos vigentes (laboral - labor - aprendizaje - ocasional de trabajo - otros)	Tipo de contrato: Objeto Plazo Vlr. Total, contrato
Otros contratos vigentes (laboral - labor - aprendizaje - ocasional de trabajo - otros)	Tipo de contrato No. de contrato objeto Plazo Vlr. Total, contratado
Pertenezco al régimen tributario	Común Simplificado X
Régimen de excepción	NOTA 1: APLICA__ NO APLICA X Pertenece a regímenes excepción razón por la cual debe cancelar los aportes correspondientes a salud al Ministerio de Protección Social - Fondo de Solidaridad y Garantías (FOSYGA), en las condiciones establecidas por esta entidad.
Pago de pensión	NOTA 2: APLICA__ NO APLICA X El (la) suscrita bajo la gravedad de juramento informa que, de acuerdo a la circular externa 0032 del 23 de mayo de 2007 del Ministerio de Salud y la Protección Social y el artículo 61 de la Ley 100 de 1993 se encuentra exceptuado de cotizar a pensión, toda vez que: (en caso de aplicar, señalar con "X", la excepción que aplique) 1. Nunca ha cotizado en materia pensional y cuenta con 50 años de edad o más, si se es mujer, o 55 años de edad o más, si se es hombre. ____ 2. Se encuentra pensionado por invalidez por el Instituto Seguros Sociales o por cualquier Fondo, Caja o Entidad del sector público o recibió la indemnización sustitutiva de la pensión de vejez o de invalidez por riesgo común (esta excepción no aplica en caso que la invalidez hubiere cesado o desaparecido, en virtud de los programas de readaptación y rehabilitación por parte del Instituto) ____ (Adjuntar acto administrativo)

Estado civil	Casada
Datos cónyuge o compañero permanente: Nombre completo - identificación - empresa o entidad con la cual labora o presta sus servicios - aclare si labora con el MINISTERIO DE DEFENSA - EJC - FAC - ARMADA NACIONAL - Entidad adscrita o vinculada a MINDEFENSA y bajo que condición.	Nombre FERNANDO COLLAZOS Identificación: 7715399 Empresa. – NIT No. – tel. Es militar o civil vinculado bajo cualquier modalidad al Ministerio de Defensa – EJC – FAC-ARMADA NACIONAL – entidad adscrita o vinculada al MINDEFENSA: EJC SI X Especifique: Sargento Mayor NO
No. De hijos - nombre - identificación	No. De hijos Nombre Identificación
Tiene familiares que pertenecen al MINISTERIO DE DEFENSA - EJC - FAC - ARMADA NACIONAL - Entidad adscrita o vinculada a MINDEFENSA	SI <input checked="" type="checkbox"/> Grado de consanguinidad EJC Cargo que desempeña SARGENTO MAYOR No
Inhabilidades e incompatibilidades.	Me encuentro incurso en alguna causal de inhabilidad e incompatibilidad Constitucional o legal: SI <input type="checkbox"/> Especifique: NO <input checked="" type="checkbox"/>

KAREN VIVIAN BOHORQUEZ SANCHEZ

No. 1.116.550.224 de AGUAZAUZ CASANARE


FIRMA



**DIRECCIÓN DE SANIDAD
CONCEPTO PSICOLOGICO**

Nilo, 25-07-2022

DATOS PERSONALES

NOMBRE : KAREN VIVIANA BOHORQUEZ SANCHEZ
 CEDULA : 1116550224
 TELEFONO : 3229128922
 GRADO : PS
 EDAD : 28 AÑOS
 ESTADO CIVIL : CASADA
 UNIDAD DESTINO : DISPENSARIO MEDICO DE TOLEMAIDA
 PROFESIÓN : ENFERMERA JEFE
 UNIVERSIDAD : UNISANGIL
 ESPECIALIDAD : GERENCIA DE LA CALIDAD Y AUDITORIA EN SALUD- UCC

EXAMEN MENTAL

Orientada alopsíquicamente y autopsíquicamente, sin afectaciones en memoria, lenguaje o atención. Afecto modulado y acorde a las situaciones narradas, porte y actitud acorde a la edad. Sin delirios u alucinaciones a la fecha. CI impresiona normal a la media, pensamiento hilado y coherente. Actitud reflexiva y autocrítica, juicio y raciocinio conservado. Niega ideación o conducta suicida, niega consumo de SPA. Proyecto de vida estructurado.

VALORACIÓN PSICOLÓGICA

RESULTADOS DE LA PRUEBA PSICOLÓGICA MMPI-2 (INVENTARIO MULTIFACÉTICO DE PERSONALIDAD MINNESOTA-2):

ESCALAS	P.Directas	P.D.+ K	P.Típicas Valido
? (Interrogantes)	1	1	
L (Mentira)	11	11	77
F (Incoherencia)	8	8	53
K (Corrección)	26	26	77
Hs (Hipocondría)	0	13	44
D (Depresión)	18	18	38
Hy (Histeria de conversión)	21	21	45
Pd (Desviación psicopática)	13	23	49
Mfv (Masculinidad)	32	32	50
Pa (Paranoia)	10	10	46
Pt (Psicastenia)	1	27	43
Sc (Esquizofrenia)	0	26	43
Ma (Hipomanía)	13	18	47
Si (Introversión social)	20	20	41



DIRECCIÓN DE SANIDAD
CONCEPTO PSICOLOGICO

INTERPRETACION DE LA PRUEBA:

MMPI II valido.

Dentro de las escalas de valoración clínica no se observan desviaciones de consideración. Se corroboran escalas por medio de la entrevista.

RESULTADOS DE LA ENTREVISTA:


Áreas de ajuste

Familia: Actualmente convive con el esposo con quien lleva 6 años de matrimonio, manejo de la comunicación asertiva. Apoyo mutuo y trabajo en equipo.

Emocional: durante la entrevista impresiona estabilidad emocional, no se observan desviaciones a nivel emocional.

Laboral: Enfermera jefe con 5 años y 6 meses de experiencia laboral, en la actualidad se encuentra haciendo entrega del cargo desempeñado en la clínica Junical de Girardot como líder de seguridad del paciente; la profesional, se caracteriza por la experiencia, adaptación, conocimiento.

EL PERFIL PSICOLOGICO: APTO


Niyeth Caminos Oviedo
Psicóloga
Esp. en Evaluación
e Intervención psico-educativa
T.P 215087

APELLIDOS Y NOMBRES
UNIDAD, FIRMA Y SELLO PSICÓLOGO EVALUADOR

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR



DIRECCIÓN DE SANIDAD EJÉRCITO
DISPENSARIO MEDICO DE TOLEMAIDA

PACTO DE INTEGRIDAD

PACTO DE INTEGRIDAD PARA FORTALECER LA TRANSPARENCIA EN EL PROCESO CONTRATACIÓN DIRECTA CUYO OBJETO ES "PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA PROFESIONAL CON ESPECIALIZACION EN AUDITORIA EN EL DISPENSARIO MEDICO DE TOLEMAIDA Y SUS SATELITES (EMSUB, GIRARDOT, ESPRO, BISUM Y CACSA).

Ante la opinión pública nacional e internacional, nosotros: por una parte, LOS PROPONENTES en el proceso de Selección Contratación cuyo objeto es "PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA PROFESIONAL CON ESPECIALIZACION EN AUDITORIA EN EL DISPENSARIO MEDICO DE TOLEMAIDA Y SUS SATELITES (EMSUB, GIRARDOT, ESPRO, BISUM Y CACSA), actuando en nombre propio, en este proceso de contratación, y por la otra los FUNCIONARIOS Y ASESORES DEL MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DIRECCION DE SANIDAD EJERCITO, que han participado y/o participarán en la estructuración técnica, económica y jurídica del presente proceso de contratación, o en su trámite, impulso, revisión y definición, hemos acordado suscribir el presente "PACTO DE INTEGRIDAD", teniendo en cuenta que en Colombia todas las formas de corrupción son ilegales, y que el Estado procesa y continuará procesando a los infractores.

Sin perjuicio del cumplimiento de la ley Colombiana, el Pacto de Integridad se enfoca en el compromiso de no soborno con el fin de obtener o retener un contrato u otra ventaja impropia, incluyendo la colusión con otros con el fin de limitar la competencia para este contrato, y la actuación desleal y contraria a la libre competencia y al interés de propiciar la selección objetiva dentro de las instancias del proceso de contratación.

Lo anterior incluye cualquier tipo de pagos, dádivas u otros favores ofrecidos o concebidos de manera directa o a través de terceros, a funcionarios o asesores del MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DIRECCIÓN DE SANIDAD EJERCITO - DISPENSARIO MEDICO TOLEMAIDA, con el fin de:

1. Procurar que se diseñe el proyecto o partes de éste de una manera que ofrezca ventajas a uno o varios participantes.
2. Dar ventaja indebida a cualquiera de los participantes en la evaluación y elección de los mismos para la adjudicación del contrato.
3. Ganar la adjudicación del contrato.
4. Lograr cambios sustanciales en el contrato ajustando las especificaciones, los plazos o cualquier otro componente importante del contrato.
5. Lograr que sean aprobados por funcionarios públicos, asesores o por el interventor o supervisor del contrato (o por su personal, asesores y subcontratistas) resultados por debajo de los parámetros que sean propuestos por el contratista y pactados con el MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DIRECCIÓN DE SANIDAD EJERCITO - DISPENSARIO MEDICO TOLEMAIDA.
6. Abstenerse de monitorear apropiadamente la implementación del proyecto, de informar sobre violaciones de especificaciones del contrato y otras formas de incumplimiento, o de hacer plenamente responsable al contratista de sus obligaciones legales.
7. Evadir impuestos, derechos, licencias o cualquier otra obligación legal que se debería satisfacer.
8. Inducir a un funcionario a quebrantar sus deberes oficiales de cualquiera otra manera.

EJERCITO NACIONAL

PATRIA HONOR LEALTAD

Fuerte Militar de Tolemaida

Km 3 Via Melgar – Girardot, Fuerte Militar de Tolemaida

juridicadmto@gmail.com , hosmit@ejercito.mil.co

Dentro de este marco, los firmantes adquieren los siguientes compromisos, en todo de acuerdo con las leyes colombianas:

1. El contratista participante y EL MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DIRECCIÓN DE SANIDAD EJERCITO - DISPENSARIO MEDICO TOLEMAIDA asignan importancia a la presentación de propuestas en un entorno libre, imparcial, competitivo y no sujeto a abuso.

A los oferentes les complace confirmar que:

- a) No han ofrecido o concedido, ni han intentado ofrecer o conceder y no ofrecerán ni concederán, ni directa ni indirectamente mediante agentes o terceros, ninguna inducción o recompensa impropias a ningún funcionario o asesor del MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DIRECCIÓN DE SANIDAD EJERCITO - DISPENSARIO MEDICO TOLEMAIDA, sus parientes o socios de negocios, con el fin de obtener o retener este contrato u otra ventaja impropia, y
- b) No han coludido y no coludirán con otros con el fin de limitar indebidamente la competencia para este contrato. El contratista comprende la importancia material de estos compromisos para EL MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DIRECCIÓN DE SANIDAD EJERCITO - DISPENSARIO MEDICO TOLEMAIDA.

Por su parte los FUNCIONARIOS O ASESORES DEL MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DIRECCION DE SANIDAD EJERCITO - DISPENSARIO MEDICO TOLEMAIDA, también confirman que no han pedido ni aceptado, ni pedirán ni aceptarán, de manera directa o a través de terceros, ningún pago u otro favor por parte del contratista participante a cambio de favorecerlos en la obtención o retención del contrato.

2. El contratista desarrollará sus actividades en el marco de principios éticos de comportamiento y se comprometen a tomar las medidas necesarias a fin de que este compromiso de "No" Soborno sea acatado por todos sus gerentes y empleados, así como por todos los terceros que trabajan con esta compañía en este proyecto, incluyendo agentes, consultores y subcontratistas.

3. Este compromiso se presenta en nombre de los oferentes participantes.

4. Con respecto a la presentación de las propuestas, los oferentes participantes se comprometen a estructurar una propuesta seria, con información fidedigna y con una oferta económica ajustada a la realidad que asegure la posibilidad de prestar el servicio en las condiciones de calidad y oportunidad exigidas en el proceso.

5. Para efectos de salvaguardar el contenido del Pacto de Integridad del presente proceso frente a eventuales incumplimientos de los compromisos de carácter ético adquiridos por los funcionarios y por los participantes, se pronunciará un árbitro denominado "Defensor para la Transparencia", cuyos fallos serán en equidad al amparo de lo dispuesto en la Ley 446 de 1998.

De las materias relacionadas anteriormente conocerá el árbitro por solicitud del MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL, del Programa Presidencial de Lucha contra la Corrupción, o por manifestación de alguna de los participantes.

Dicho árbitro deberá tener las mismas calidades que dispone la Constitución Nacional, para ser Magistrado de la Corte Constitucional o la Corte Suprema de Justicia y será seleccionado de la lista de árbitros de la Cámara de Comercio de Bogotá, mediante el sistema de sorteo público.

6. Si un participante incumple su compromiso de no soborno y de dicho acto ha sido declarado culpable por parte del árbitro se generarán además de los procesos contemplados en la legislación colombiana u otra legislación que cobije el proceso de contratación, los siguientes efectos jurídicos:

- a) Si el participante que hubiere incumplido fuere el adjudicatario del proceso, cualquiera de las partes del presente documento podrá solicitar ante el juez competente la nulidad absoluta del contrato con fundamento en que el mismo adolece de una causa lícita.
- b) El contrato estatal terminará por causa imputable al contratista. El participante que hubiere incumplido los compromisos de no soborno derivados del presente documento se obliga incondicional e irrevocablemente a aceptar la terminación del contrato por causa imputable al mismo, en el momento en que el árbitro declare el

EJERCITO NACIONAL

PATRIA HONOR LEALTAD

Fuerte Militar de Tolomaida

Km 3 Vía Melgar – Girardot, Fuerte Militar de Tolomaida

juridicadmtol@gmail.com , hosmit@ejercito.mil.co

incumplimiento de los compromisos referidos, y a asumir las consecuencias contractuales que se deriven de tal terminación.

- c) Una pena económica equivalente al diez por ciento (10%) del valor del contrato a título de estimación anticipada de perjuicios a favor de los demás proponentes que participaron en el proceso de contratación y que no hubieran incumplido los compromisos consignados en el presente documento. Si hubiere más de un proponente el valor referido se repartirá en partes iguales entre dichos proponentes.
- d) Abstenerse de participar en procesos de contratación de cualquier naturaleza de entidades públicas de la República de Colombia, que se lleven a cabo durante un periodo de cinco (5) años.

Para asegurar la efectividad de las disposiciones precedentes, el presente acuerdo se entenderá incluido dentro de las cláusulas del contrato que vaya a ser suscrito con el participante favorecido, como una causal de terminación anticipada del contrato por causa imputable al contratista, derivada del fallo del árbitro en la cual se comprueben faltas graves a los compromisos contenidos en el presente Pacto.

El efecto jurídico señalado en los subnumerales a) y b) de este numeral será aplicable solamente al proponente adjudicatario. Los efectos jurídicos previstos, en los subnumerales c) y d) aplicarán al proponente adjudicatario o al cualquiera de los proponentes.

7. Adicionalmente, todos los jefes del MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – DIRECCIÓN DE SANIDAD EJERCITO - DISPENSARIO MEDICO TOLEMAIDA se obligarán a realizar todas y cada una de las gestiones y actuaciones necesarias para que las entidades competentes impulsen y desarrollen las investigaciones correspondientes con ocasión de las conductas de los funcionarios de la entidad contratante o de los asesores externos de la misma que pudieren haber infringido el presente Pacto y cualquier ley aplicable.

8. En caso de presentarse un incumplimiento probado del compromiso de no soborno de acuerdo con lo establecido en el numeral 8 de este Pacto, el MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DIRECCIÓN DE SANIDAD EJERCITO- DISPENSARIO MEDICO TOLEMAIDA podrá excluir a futuro a aquel infractor para la elegibilidad de contratos en procesos de contratación directa.

9. El contratista declarará públicamente que conoce y acepta las condiciones de participación establecidas en los documentos del proceso de contratación y en las modificaciones que se han hecho a los mismos hasta la fecha de cierre del proceso de contratación, en términos de su transparencia y equidad. En este marco, se comprometen a no utilizar, en la etapa de evaluación de las propuestas, argumentos sobre efectos de buscar la descalificación de sus competidores.

10. El DISPENSARIO MEDICO TOLEMAIDA acepta que durante la evaluación de las propuestas prime el criterio de respetar los aspectos de fondo por encima de los de forma, buscando siempre favorecer la libre competencia y la participación del mayor número posible de propuestas dentro del proceso de contratación.

11. Adicionalmente, el Gobierno Nacional ha establecido el Programa Presidencial de Lucha contra la Corrupción con la facultad de servir de canal para la tramitación de cualquier investigación sobre cualquier forma de extorsión o soborno en la contratación pública. El contratista participante denunciará ante este Programa cualquier información sobre manejos irregulares sobre los que tengan conocimiento en lo referente al presente proceso de contratación.

Para constancia de lo anterior, los FUNCIONARIOS DEL MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DIRECCIÓN DE SANIDAD EJERCITO- DISPENSARIO MEDICO TOLEMAIDA , firman el presente documento en Bogotá, D.C., enero de 2025.

FUNCIONARIOS Y ASESORES DEL MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - DIRECCIÓN DE SANIDAD EJERCITO- DISPENSARIO MEDICO TOLEMAIDA .


VoBo. Mayor PEÑA JIMENEZ OSCAR EDUARDO
Ordenador del Gasto DMTOL



IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

NIT 901.513.529-4

Certifica que:

KAREN VIVIANA BOHÓRQUEZ SÁNCHEZ

IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 1.116.550.224

Asistió al Curso de:

BIOSEGURIDAD Y DESINFECCIÓN DE ÁREAS LOCATIVAS (BDC)

Con una intensidad horaria de 45 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE IBAGUE A LOS 30 DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DEL 2022, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

Carlos Andrés Losada Meñaca
GERENTE GENERAL



Dancy Sidney Monje Pérez
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.
DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL DECRETO 376 DEL 2022 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD.
PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO, SOLICITAR AL CORREO ELECTRÓNICO academico@imavss.com O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN 321 405 9500



IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

NIT 901.513.529-4

Certifica que:

KAREN VIVIANA BOHÓRQUEZ SÁNCHEZ

IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 1.116.550.224

Asistió al Curso de:

ATENCIÓN INTEGRADA DE ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA CLÍNICO (AIEPI)

Con una intensidad horaria de 70 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE IBAGUE A LOS 31 DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DEL 2022, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

Carlos Andrés Losada Meñaca
GERENTE GENERAL



IMAVSS
INSTITUTO COLOMBIANO DE MEDICINA Y SEGURIDAD SOCIAL

Dancy Sidney Monje Pérez
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE DOS AÑOS A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.
DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL DECRETO 376 DEL 2022 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD.
PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO, SOLICITAR AL CORREO ELECTRÓNICO academico@imavss.com O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN 321 405 9500



IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

NIT 901.513.529-4

Certifica que:

KAREN VIVIANA BOHÓRQUEZ SÁNCHEZ

IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 1.116.550.224

Asistió al Curso de:

SOPORTE CARDIOVASCULAR AVANZADO (ACLS)

Con una intensidad horaria de 70 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE IBAGUE A LOS 28 DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DEL 2022, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

Carlos Andrés Losada Meñaca
GERENTE GENERAL



IMAVSS
IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

Dancy Sidney Monje Pérez
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE DOS AÑOS A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.
DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL DECRETO 376 DEL 2022 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD.
PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO, SOLICITAR AL CORREO ELECTRÓNICO academico@imavss.com O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN 321 405 9500



IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

NIT 901.513.529-4

Certifica que:

KAREN VIVIANA BOHÓRQUEZ SÁNCHEZ

IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 1.116.550.224

Asistió al Curso de:

HUMANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD (HSS)

Con una intensidad horaria de 45 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE IBAGUE A LOS 2 DÍAS DEL MES DE ENERO DEL 2023, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

Carlos Andrés Losada Meñaca
GERENTE GENERAL



Dancy Sidney Monje Pérez
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.
DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL DECRETO 376 DEL 2022 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD.
PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO, SOLICITAR AL CORREO ELECTRÓNICO academico@imavss.com O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN 321 405 9500



IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

NIT 901.513.529-4

Certifica que:

KAREN VIVIANA BOHÓRQUEZ SÁNCHEZ

IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 1.116.550.224

Asistió al Curso de:

SOPORTE VITAL BÁSICO (BLS)

Con una intensidad horaria de 45 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE IBAGUE A LOS 29 DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DEL 2022, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

Carlos Andrés Losada Meñaca
GERENTE GENERAL



IMAVSS
INSTITUTO COLOMBIANO DE MEDICINA AVANZADA Y SALUD

Dancy Sidney Monje Pérez
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE DOS AÑOS A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.
DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL DECRETO 376 DEL 2022 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD.
PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO, SOLICITAR AL CORREO ELECTRÓNICO academico@imavss.com O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN 321 405 9500



IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

NIT 901.513.529-4

Certifica que:

KAREN VIVIANA BOHÓRQUEZ SÁNCHEZ

IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 1.116.550.224

Asistió al Curso de:

ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE LA VIOLENCIA Y EL ABUSO SEXUAL CON ENFOQUE DIFERENCIAL (AVS)

Con una intensidad horaria de 45 Horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE IBAGUE A LOS 3 DÍAS DEL MES DE ENERO DEL 2023, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

Carlos Andrés Losada Meñaca
GERENTE GENERAL



Dancy Sidney Monje Pérez
REPRESENTANTE LEGAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.
DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL DECRETO 378 DEL 2022 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD.
PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO, SOLICITAR AL CORREO ELECTRÓNICO academico@imavss.com O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN 321 405 9500