FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Cordoba	Castro	Karen Edith

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1053818814	F (X) M ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 04 MES 05 AÑO 1992

PAÍS COLOMBIA

DEPTO PUTUMAYO

MUNICIPIO PUERTO ASÍS

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 8 N 6 45 APARTAMENTO OLIMPICO

PAÍS COLOMBIA DEPTO PUTUMAYO

MUNICIPIO MOCOA

TELÉFONO 3134904770 EMAIL karencordoba.cm@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	2008
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA ESPECIALIZADA) **UN** (UNIVERSITARIA)

ES (ESPECIALIZACIÓN) **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER) **DOC** (DOCTORADO O PHD)

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
POSTGRADO	2	X		ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE PROYECTOS	03	2015	
PREGRADO	10	X		FONOAUDIOLOGIA	03	2015	16-03521 Y RESOLUCION
PREGRADO	7		X	TRABAJO SOCIAL (CURSANDO)			

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE PUTUMAYO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO PUTUMAYO	*MUNICIPIO* MOCOA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4201515	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	20	*Mes*	01	*Año* 2022	*Día*	19	*Mes*	06	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA DE LA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DE SALUD PUTUMAYO					*DIRECCIÓN* CALLE 8 - 7 40					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE PUTUMAYO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO PUTUMAYO	*MUNICIPIO* MOCOA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4201515	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	09	*Año* 2021	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA DE LA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DE SALUD PUTUMAYO					*DIRECCIÓN* CALLE 8 - 7 40					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE PUTUMAYO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO PUTUMAYO	*MUNICIPIO* MOCOA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4201515	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	07	*Mes*	05	*Año* 2021	*Día*	06	*Mes*	08	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA DE LA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DE SALUD PUTUMAYO					*DIRECCIÓN*					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE PUTUMAYO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO PUTUMAYO	*MUNICIPIO* MOCOA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	30	*Mes*	03	*Año* 2021	*Día*	29	*Mes*	04	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA DE LA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DE SALUD PUTUMAYO					*DIRECCIÓN* CALLE 8 - 7 40					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE PUTUMAYO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO PUTUMAYO	*MUNICIPIO* MOCOA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4201515	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	28	*Mes*	01	*Año* 2021	*Día*	27	*Mes*	03	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA DE LA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DE SALUD PUTUMAYO					*DIRECCIÓN* CALLE 8 - 7 40					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE PUTUMAYO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO PUTUMAYO	*MUNICIPIO* MOCOA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4201515	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	20	*Mes*	05	*Año*	2020	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA DE LA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DE SALUD PUTUMAYO						*DIRECCIÓN* CALLE 8 - 7 40					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE PUTUMAYO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO PUTUMAYO	*MUNICIPIO* MOCOA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 4201515	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	10	*Mes*	02	*Año*	2020	*Día*	09	*Mes*	05	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA DE LA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DE SALUD PUTUMAYO						*DIRECCIÓN* CALLE 8 - 7 40					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DEL PUTUMAYO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 0384206600	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	20	*Mes*	06	*Año*	2019	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIA						*DIRECCIÓN* CALLE 8 N 7 40					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SDL MAFETTO- SUMINISTROS, DOTACIONES, LOGISTICA			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 0384206408	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	05	*Año*	2019	*Día*	20	*Mes*	08	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* PROYECTO RENDICION DE CUENTAS						*DIRECCIÓN* CALLE 10A BARRIO MODELO					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION SEPRAES			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	16	*Mes*	08	*Año*	2018	*Día*	15	*Mes*	06	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* CARRERA 17 N 11 35					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION SAN DAMIAN - ESCUELA DE VIDA			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3143630510	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	05	*Año* 2018	*Día*	31	*Mes*	05	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* COORDINADORA GENERAL					*DIRECCIÓN* Avenida San Francisco, Calle 14 No 9 ? 23					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION SEPRAES			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO PUTUMAYO	*MUNICIPIO* MOCOA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3207002734	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	08	*Año* 2018	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* REGIONAL PUTUMAYO					*DIRECCIÓN* PASTO					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD CORPORACION UNIVERSITARIA AUTONOMA DEL CAUCA			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO PUTUMAYO	*MUNICIPIO* VALLE DEL GUAMUEZ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 821300	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	27	*Mes*	12	*Año* 2017	*Día*	17	*Mes*	08	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* REGIONAL PUTUMAYO					*DIRECCIÓN* POPAYAN - CAUCA					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION SEPRAES			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 27364277	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	01	*Año* 2018	*Día*	30	*Mes*	07	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* COORDINADORA GENERAL					*DIRECCIÓN* Sin dirección					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION HUELLAS DE AFECTO Y FELICIDAD			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO PUTUMAYO	*MUNICIPIO* MOCOA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	18	*Mes*	05	*Año* 2017	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* Sin dirección					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO AMIGONIANO			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO PUTUMAYO	*MUNICIPIO* MOCOA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	12	*Año*	2016	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL APOYO AREA PEDAGOG	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* VEREDA PUEBLO VIEJO					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD IPS SALUD TERAPIA DEL PUTUMAYO			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO PUTUMAYO	*MUNICIPIO* MOCOA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2017	*Día*	27	*Mes*	09	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* Sin dirección					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION SEPRAES			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO NARIÑO	*MUNICIPIO* PASTO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3207002734	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	02	*Año*	2016	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* COORDINADORA GENERAL						*DIRECCIÓN* MANZANA 19 CASA 16 B URBANIZACION SUMATAMBU					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E. HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO PUTUMAYO	*MUNICIPIO* MOCOA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	06	*Año*	2016	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* Sin dirección					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD UNIMAP EU			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO PUTUMAYO	*MUNICIPIO* MOCOA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4295375	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	18	*Mes*	01	*Año*	2016	*Día*	31	*Mes*	05	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* BARIRO AVENIDA COLOMBIA					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD IPS REHABILITAR DEL PUTUMAYO LTDA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO PUTUMAYO	*MUNICIPIO* MOCOA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	12	*Año* 2014	*Día*	31	*Mes*	01	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SALUD					*DIRECCIÓN* CARRERA 9 N 6 73 BARRIO KENEDDY					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION PARA E DESARROLLO INFANCIA Y LA EQUIDAD			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO PUTUMAYO	*MUNICIPIO* PUERTO ASÍS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	03	*Mes*	08	*Año* 2015	*Día*	29	*Mes*	12	*Año*	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* CARRERA 28 N 27 28					

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	2	1
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	8	6
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	7
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	11	2

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6 **FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA**

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento KAREN CORDOBA C.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7 **OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS**

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.053.818.814
CORDOBA CASTRO
APELLIDOS
KAREN EDITH
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 04-MAY-1992
PUERTO ASIS
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64 ESTATURA
O- G.S. RH
F SEXO

09-JUN-2010 MANIZALES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

P-0900100-00244844-F-1053818814-20100715 0022800968A 1 34166717

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14871413269

(415)7707212489984(8020) 000001487141326 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 5 3 8 1 8 8 1 4	4	Impuestos y Aduanas de Puerto Asís 4 6	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 5 3 8 1 8 8 1 4	2 0 1 0 0 6 0 9

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Caldas 1 7	Manizales 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CORDOBA	CASTRO	KAREN	EDITH

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Putumayo 8 6	Mocoa 0 0 1

41. Dirección principal: CR 8 N 6 45

42. Correo electrónico: karencordoba.cm@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 3 4 9 0 4 7 7 0	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	2 0 2 0 0 1 0 1	8 4 1 3	2 0 2 0 0 1 2 0	8 6 9 9		2 2 2 9	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

Obligados aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
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 [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2022 - 10 - 13 / 16 : 36: 17

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 CORDOBA CASTRO KAREN EDITH
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

La República de Colombia

MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL
Y EN SU NOMBRE

LA UNIVERSIDAD DE PAMPLONA

CON PERSONERÍA JURÍDICA RECONOCIDA MEDIANTE DECRETO 1559 DE 1971

CONFIERE EL TÍTULO DE

FONOAUDIÓLOGA

A

KAREN EDITH CORDOBA CASTRO

CC 1.053.818.814 Expedida en MANIZALES

Quien cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos. En testimonio de ello otorga el presente

DIPLOMA

En la ciudad de Pamplona. *27 de Marzo* de *2015*

Elio Daniel Serrano Velasco
Rector(a)

Clara Liliana Parra Zubiola
Secretaria(o) General

Registro 70998 Folio 282 Libro 10 de Diplomas de Grado

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA

Secretaría General

Acta de Grado N° 542

En la ciudad de Pamplona, Departamento de Norte de Santander, República de Colombia, a los 27 días del mes de Marzo 2015, se llevó a cabo la Ceremonia de Graduación en la cual la Universidad de Pamplona aprobada por el Decreto N° 1550 del 13 de agosto de 1971, emanado de la Presidencia de la República, otorgó el grado de FONOAUDIÓLOGA

a KAREN EDITH CORDOBA CASTRO

Identificado(a) con C.C. N° 1.063.818.814 de MANIZALES

quien aprobó todas las asignaturas que conforman el Plan de Estudio y dio cumplimiento a los demás requisitos de grado exigidos por la Universidad. Presidió el Acto de Graduación el señor Rector de la Universidad Doctor(a) Elio Daniel Serrano Velasco

Quien después de tomar el juramento de rigor procedió a entregar al graduando el diploma correspondiente, marcado en su orden con el Número 75057 y registrado con el Número 70998, Folio 282, Libro 10 de Diplomas.

Para constancia se extiende y firma la presente Acta.

El Rector (ldo) Doctor(a) Elio Daniel Serrano Velasco

El Decano (ldo) Facultad de Salud
Henry Alfonso Becerra Riaño

El Secretario (a) General (ldo) Doctor(a) Clara Liliana Parra Zabala

Es fiel copia tomada en su original, en Pamplona a los 27 días del mes de Marzo de 2015

CLARA LILIANA PARRA ZABALA

Secretario(a) General

Asofono
Asociación Colombiana de Fonoaudiología

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL - MINISTERIO DE EDUCACIÓN
TARJETA PROFESIONAL
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE FONOAUDIOLOGÍA
ASOFONO



REGISTRO ÚNICO NACIONAL
RUN NO. 16-03521
FONOAUDIOLOGA
EXPEDIDA 20 DE ENERO DE 2016
APELLIDOS
CORDOBA CASTRO
NOMBRES
KAREN EDITH
C.C. 1.053.818.814
UNIVERSIDAD
U DE PAMPLONA
AÑO GRADO: 2015 I

©Cenitco S.A.

Esta tarjeta profesional es el único documento idóneo que autoriza a su titular para ejercer la profesión de fonoaudiólogo en todo el territorio Colombiano. Dentro de las normas y los parámetros establecidos por la Ley 376 de julio 4 de 1997, por medio de la cual se reglamentó la profesión de fonoaudiología.

Calle 79 No. 18 - 18 Ofc. 206
Tel. 218 51 09 Bogotá D.C.

www.asofono.org
E-mail: info@asofono.org

PRESIDENTE

16-028

[redacted]


web.sispro.gov.co/THS/Cliente/ConsultasPublicas/ConsultaPublicaDeTHxIdentificacion.aspx
Search
SIDAM- SI Estandares de ...
SIDAM Cliente
2
Verificar Registro en ReTHUS
Limpiar
Resultado General -2023-01-27→11:24:02 AM
Tipo Identificación Nro. Identificación Primer Nombre Segundo Nombre Primer Apellido Segundo Apellido Estado Identificación: Detalles
CC 1053818814 KAREN EDITH CORDOBA CASTRO 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 EDITH CORDOBA CASTRO identificado(a) con CC 1053818814 registra La siguiente información:
2023-01-27→11:24:02 AM
Información Académica
Tipo Programa
Origen Obtención Título
Profesión u Ocupación
Fecha inicio ejercer Acto Administrativo
Acto Administrativo
Entidad Reportadora
UNV
Local
FONOAUDIOLOGIA
2015-05-14
1673
INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER
La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).
Atención telefónica a través del Centro de Contacto:
En Bogotá: +57(1) 3305043 Resto del país: 018000960020
Horario de atención:

SOLUCIONES INTEGRALES EN GESTION OCUPACIONAL "IPS SIGO SAS" NIT. 900774181-0

HACE CONSTAR

Que **KAREN EDITH CORDOBA CASTRO,** identificada con cédula de ciudadanía número 1.053.818.814 expedida en Puerto Asís- Putumayo, labora en nuestra empresa desempeñando el cargo de **FONOAUDIOLOGA**, desde 01 Febrero de 2020 hasta la fecha. Con contrato prestación de servicios.

Para constancia se expide a solicitud del interesado a los seis (06) días de Marzo de 2023.

Soluciones Integrales en Gestión Ocupacional

WENDY SANCHEZ
Gerente IPS SIGO SAS
Cc. 63556236 de Bucaramanga

IPS REHABILITAR DEL PUTUMAYO LTDA
NIT 846.003.158-8
TELEFONO (098) 4206217

Oficio 023

LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL DE LA IPS REHABILITAR DEL PUTUMAYO

CERTIFICA:

Que la doctora **KAREN EDITH CORDOBA CASTRO**, identificada con cedula de ciudadanía N° 1.053.818.814 expedida en Manizales Caldas, labora en esta institución en calidad de **FONOAUDIOLOGA**; contrato de prestación de servicios profesionales a término fijo, por un periodo de 13 meses contados a partir del 01 de diciembre de 2014, objeto de contrato; atención a pacientes en fonoaudiología clínica, intervención con población desplazada, niños en condición de discapacidad, población indígena, adulto mayor, infancia, adolescencia y sus sistemas familiares, brindando intervención terapéutica a nivel individual, familiar, grupal y social/comunitaria. Demostrando responsabilidad en el cumplimiento de las funciones laborales.

En constancia se firma en la ciudad de Mocoa a los 29 días del mes de diciembre de 2015, a solicitud de la interesada.

RUTH MENESES CASTILLO
Representante Legal

Elaboró: Jimena Cañar
Revisó: Ruth Meneses
Aprobó: Ruth Meneses