Tunja,

Señores
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL TUNJA
Ciudad

Cordial saludo,

De acuerdo con la necesidad realizada por la **SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN PEDIATRÍA PARA LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA**, con las condiciones de remuneración citadas, pongo a disposición de ustedes mi propuesta.

No de horas: 160 horas /mes
Valor hora $ 87.350.00

Yo, **KAREN VANESSA ALVAYERO MEJIA**, identificado con cédula de extranjería No CE 567772 de Tunja, manifiesto bajo gravedad de juramento que no me encuentro dentro de las causales de inhabilidad e incompatibilidad del orden constitucional o legal, para ejercer cargos de empleados públicos o para celebrar contratos de prestación de servicios con administración pública.

Atentamente,

KAREN VANESSA ALVAYERO MEJIA
CE 567772 de Tunja

Código: TH-F-45	ESE. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA	
Versión: 12	VERIFICACION REQUISITOS HOJA DE VIDA Y	Fecha: 20/05/2024

Nombre del Aspirante:	KAREN VANESA ALVAYERO MEJIA		
Numero documento de	567772	Número de teléfono: 3115664747	
Oficio al que aspira:	MEDICO ESPECIALISTA EN PEDIATRIA		

MODALIDAD DE VINCULACIÓN			
SERVIDOR PÚBLICO	TRABAJADOR EN MISIÓN	CPS	OTRO
		X	

REQUISITOS GENERALES DE HOJA DE VIDA	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
HOJA DE VIDA FORMATO DAFP (Según circular externa conjunta 004 de 2003 del DAFP y el Archivo General de la Nación)				
HOJA DE VIDA FORMATO SIGEP (contratistas)	X			
FORMATO Único Declaración Juramentada De Bienes y Rentas (Circular externa 002 de 2014 del DAFP)				
DECLARACION DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS (Ley 2013 de 2019) (contratistas y personal de planta segun el cargo)	X			
Formato Declaracion situacional de conflicto de intereses servidor publico o contratista. TH-F-67				
Formato de declaracion de intereses particulares de personal en mision. TH-F-92				
Fotocopia de Cédula AL 150%	X			
Pasaporte (solo aplica para extranjeros)				
Cetificado de Situación Militar menores de 50 años (Ley 1780 de 2016 y los artículos 11 y 42 de Ley 1861 de 2017).				
Consulta de Antecedentes: 1. Judiciales 2. Fiscales 3. Disciplinarios 4. Medidas correctivas Teniendo en cuenta que ninguna persona esta obligada a presentar este documento, la institución debe consultar en línea dichos antecedentes	X			
Certificado REDAM (registro de deudores alimentarios morosos)	X			
Consulta lista de vinculantes (OUNU, OFAC)	X			
Formato de consentimiento informado consulta Inhabilidades Delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años (Ley 1918 de 2018).TH-F-57.	X			
Consulta de Inhabilidades Delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años (Ley 1918 de 2018).	X			
Formato de autorización para el tratamiento y la protección de datos personales del colaborador.	X			
Consulta de Antecedentes Profesionales (Abogado, Administrador de Empresas, Contador, Ingeniero Industrial, Trabajador Social , médico, enfermera profesional y demás).				
Registro Único Tributario RUT (Este documento es requerido en caso de ser contratado directamente por la Institución, teniendo en cuenta que para contratar con el estado es indispensable este soporte).	X			
Certificado de Afiliación a Salud y Pensión vigentes	X			
Certificación Bancaria	X			
Carnet de vacunas (según manual de Bioseguridad). Código SST-m- 03 - V 009.	X			
Titulaciones de hepatitis B y varicela	X			
Consentimiento de autorización para aseguramiento e información de la ARL.	X			
Exámen Medico Ocupacional para el cargo (Según tipo de contratación y cargo al que aspira).	X			
Exámen Medico Ocupacional casos especificos . Nota: Para el exámen Médico Ocupacional para cargos especificos, remitirse al profesiograma institucional.				
SOPORTES DE EDUCACIÓN FORMAL (Asistencial, Administrativo y Mantenimiento)				
Titulo Bachiller Y/o Acta de Grado (No aplica para profesionales)				
Título de técnico y Acta de grado				
Titulo de tecnologo y Acta de grado				
Título Profesional y Acta de grado	X			

Convalidación de Titulo Profesional (Para Estudios Realizados en el Exterior)	X			
Título Especialista y Acta de grado	X			
Título y acta de grado de maestría, doctorado o posdoctorado				
Convalidación deTitulo Especialista (Para Estudios Realizados en el Exterior)	X			
Tarjeta profesional	X			
RETHUS (Registro Unico de Talento Humano en Salud)	X			
Resolución para ejercer (Graduados Hasta el 2016)				
Poliza de seguro de responsabilidad civil profesional (profesionales en medicina).				
SOPORTES DE EDUCACIÓN NO FORMAL (Asistencial, Administrativo y Mantenimiento)				
Relacionar Cursos / Talleres / Congresos / Diplomados				
Certificado curso de Atención a Victimas de Violencia Sexual.	X			
SOPORTES DE FORMACIÓN PERSONAL ASISTENCIAL				
Curso de soporte vital (BLS, ACLS, NALS, PALS, ATLS, ALSO) de acuerdo al perfil y según normatividad vigente o necesidades de Seguridad de Paciente.	X			
Certificado curso Atención a las Victimas de Ataques con Agentes Químicos.				
Certificado curso Manejo del Duelo.	X			
Certificado curso Toma de Muestra de Laboratorio Clínico.				
Certificado curso cuidado del Donante (Medicos) Avalados por El Instituto Nacional De Salud.	X			
Soporte de entrenamiento en MMC (METODO MADRE CANGURO) SOLO APLICA PARA MEDICO ESPECIALISTA EN NEONATOLOGIA.				
Certificado pruebas en el punto de atencion del paciente (point of care Testing-POCT) Terapeutas Respiratorias.				
SOPORTES DE FORMACIÓN PERSONAL MANTENIMIENTO				
Certificado Curso trabajo seguro en alturas.				
SOPORTES DE FORMACIÓN PERSONAL RADIOLOGÍA				
Certificado de Curso de Protección Radiológica.				
SOPORTES DE FORMACIÓN BACTERIOLOGO				
Diplomado en Medicina Transfusional e Inmunohematología con certificación de 120 horas.				
SOPORTES ESPECIFICOS PARA CONDUCTOR Y CONDUCTOR DE AMBULANCIA Y MENSAJERO				
Pase de Conducción C2 (Conductor Ambulancia).				
Pase de Conducción A2 (Mensajero).				
Consulta inscripción en el RUNT y Estado de Cuenta sobre las Multas y Sanciones por Infracciones de Tránsito SIMIT.				
Certificado Curso de Mecánica Básica.				
Certificado Curso de Primeros Auxilios.				
Exámen psicosensométricos (Visiometría, Audiometría, Examen de Coordinación Motríz, Exámen de psicología) y Exámen médico.				
Pruebas teorica y práctica.				
SOPORTES DE EXPERIENCIA (Solo si la tiene)				
Copia de Certificaciones Laborales las cuales deben cumplir los siguientes requisitos: * Debe ser expedida en papel membreteado * Debe registrar su nombre y número de identificación * Debe describir el cargo desempeñado y funciones realizadas * Debe especificar tiempo laborado o mínimo registrar fecha de * Debe estar debidamente firmada * Debe registrar nombre del jefe inmediato, teléfonos y dirección de * Deben estar organizados del empleo más nuevo al más antiguo.	X			

Nuevo	**Actualización**

Revisión de hoja de vida **NOTA**: Verificada la Hoja de vida el 09/12/24 se puede evidenciar que **CUMPLE** con los requisitos de habilitacion.

Revisó. Magda Constanza Hurtado Vargas
Profesional universitario T.H
Verificó. Candy Samanta Rodríguez Castillo
Coordinadora de Actividades de Talento Humano
Verificó. Adriana Lucia Pacheco Merchan
Profesional Especializado de Salud y Seguridad en el Trabajo

Items correspondientes a vacunas y examenes medico ocupacionales y psicosensometricos, curso de alturas (según perfil)

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Alvayero	Mejia	Karen Vanessa

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. ○ C.E. ⊗ PAS ○ No. 567772

SEXO: F ⊗ M ○

NACIONALIDAD: COL. ○ EXTRANJERO ⊗ PAÍS: EL SALVADOR

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 19 MES 11 AÑO 1981

PAÍS: EL SALVADOR

DEPTO:

MUNICIPIO:

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 2 32 49 APTO 301 TORRE 1 CONJUNTO QUINTA SANTA ANA

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: BOYACÁ

MUNICIPIO: TUNJA

TELÉFONO: 7478087 EMAIL: alvayero.karen@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 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	6	X		PEDIATRIA	11	2013	567772
PREGRADO	12	X		MEDICO	07	2007	567772

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
INGLÉS	X			X			X		

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION DE SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA								
DEPARTAMENTO BOYACÁ	*MUNICIPIO* TUNJA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	17	*Mes*	10	*Año* 2024	*Día*		*Mes*		*Año*		
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO ESPECIALISTA	*DEPENDENCIA* AREA SANIDAD POLICIA NACIONAL					*DIRECCIÓN* DIAGONAL 16 15 84 tunja						
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA								
DEPARTAMENTO BOYACÁ	*MUNICIPIO* TUNJA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3115664747	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	01	*Año* 2024	*Día*		*Mes*		*Año*		
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICA PEDIATRA	*DEPENDENCIA* AREA DE MEDICINA					*DIRECCIÓN* CARRERA 11 27 27 tunja						
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA								
DEPARTAMENTO BOYACÁ	*MUNICIPIO* TUNJA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3115664747	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	10	*Año* 2023	*Día*		*Mes*		*Año*		
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICA PEDIATRA	*DEPENDENCIA* AREA DE PEDIATRIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 11 27 27						
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION DE SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA								
DEPARTAMENTO BOYACÁ	*MUNICIPIO* TUNJA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 7458626	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	18	*Mes*	09	*Año* 2023	*Día*		*Mes*		*Año*		
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICA PEDIATRA	*DEPENDENCIA* AREA DE MEDICINA					*DIRECCIÓN* DIAGONAL 16 15 84						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA								
DEPARTAMENTO BOYACÁ	*MUNICIPIO* TUNJA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 87405030	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	07	*Año* 2023	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICA PEDIATRA	*DEPENDENCIA* AREA DE MEDICINA					*DIRECCIÓN* CARRERA 11 27 27						

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 DE LA POLICIA NACIONAL			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOYACÁ	*MUNICIPIO* TUNJA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 7458626	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	04	*Año* 2018	*Día*	31	*Mes*	08	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO ESPECIALISTA	*DEPENDENCIA* AREA SANIDAD POLICIA NACIONAL					*DIRECCIÓN* DIAGONAL 16 15 84					

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	6	7
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	6	7

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 Tunja, 29 de Noviembre de 2024

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.

Tunja DIC. 9/24

Ciudad y fecha

Candy Rodriguez.

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Función Pública

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS
(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)

Tipo de declaración	PERIÓDICO	Fecha de publicación	2024-11-24 18:48

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
KAREN	VANESSA	ALVAYERO	MEJÍA

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE EXTRANJERIA	Número	567772

Lugar de nacimiento

País	EL SALVADOR	Departamento		Municipio	

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	BOYACÁ	Municipio	TUNJA

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	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	SANTANDER	Municipio	BARRANCABERMEJA

Dirección	["Calle 48 Nº 8 – 67 del Barrio Cardales de la Comuna 1\r\nCalle 47 N° 22-49 del Barrio Inscredial"]
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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.

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 año gravable 2023 fueron:

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí [ ] No [X]

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

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 [X]

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 [X]

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 [X]

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 [X]

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 [X]

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 [X]

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$167.321.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$150.000,00
Honorarios	$2.200.000,00
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$169.671.000,00

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	$6.766.130,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
KTM800	COLOMBIA	BOYACÁ	TUNJA	$114.000.000,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
DEUDA VEHICULAR	$40.000.000,00

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

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí [ ] No [X]

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 [X]

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí [ ] No [X]

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:


CA DE EL SALVADOR
Pasaporte/Passport
P
SLV
B03164275
KAREN VANESSA
VAYERO MEJIA
Salvadoreña
19 Nov / Nov 1981
F
SAN SALVADOR
EL SALVADOR(SLV)
1 Jul / Jul 2019
1 Jul / Jul 2024

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 04:53:38 PM horas del 24/11/2024, el ciudadano extranjero con:
Cédula de Extranjería N° **567772**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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.

Los resultados de esta consulta solo corresponden a antecedentes judiciales dentro del territorio nacional de Colombia.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

DIJIN

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, 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

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
GOV.CO
Todos los derechos reservados.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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 domingo 24 de noviembre de 2024, a las 16:59:57, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Extranjería
No. Identificación	567772
Código de Verificación	567772241124165957

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.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

Generación de antecedentes

Permite consultar los antecedentes disciplinarios, penales, contractuales, fiscales y de pérdida de investidura con solo digitar el número de identificación de la persona natural o jurídica.

Tipo de Identificación:

Cédula extranjeria

Número Identificación:

567772

Tipo de certificado:

◉ Ordinario ○ Especial

¿ Cuanto es 2 X 3 ?

9

Generar

"Su certificado no se encuentra disponible por vigencia de su CEDULA DE EXTRANJERIA, por favor remitir copia de dicho documento al correo siri@procuraduria.gov.co"

Señor(a) ciudadano(a): la expedición del certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación es gratuita en todo el país.

El certificado de antecedentes ordinario, refleja las anotaciones de las providencias ejecutoriadas por el término de la sanción impuesta, asi como las inhabilida impuestas por la autoridad competente y las automáticas que ordena la Constitución Política y la Ley en Colombia.

El certificado de antecedente especial, refleja todas las anotaciones que figuren en el certificado ordinario, más las inhabilidades intemporales previstas en la Le para algunos cargos de la administración pública, tales como los de eleccion popular.

DATOS PERSONALES, si los Nombres que aparecen en la consulta del certificado son inexactos, por favor de clic aqui para realizar la actualización según los datos la REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL, si luego de este paso los datos siguen erróneos por favor dirijase a la Registraduria más cercana. Mayor informació http://www.registraduria.gov.co/

Para ver este documento necesita Acrobat Reader. Si no lo tiene, haga clic aqui para descargarlo gratis.

Copyright © 2013. Procuraduría General de la Nación / Todos los derechos reservados
Desarrollado por: CDI Software Colombia
V.1.0.1

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 24/11/2024 05:45:01 p. m. para **la Cedula de Extranjeria:** Nº. **567772**

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. **105626610** . 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

Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23/81 - Artículo 63

C56777200212620
Codigo de verificacion

EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA

CERTIFICA

Que consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones del Tribunal Nacional de Ética Médica el(a) doctor(a) **KAREN VANESSA ALVAYERO MEJIA**, identificado(a) con C.E. No. 567772 y T.P. o R.M. No. 8997/2016 del(a) Ministerio de Salud, no registra sanciones vigentes.

Nota: Esta certificación de antecedentes contiene las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones que se encuentren vigentes en dicho momento. Link de Verificación de certificado de antecedentes www.tribunalnacionaldeeticamedica.org/certificados/validar/

"EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICION DE MÉDICO"

Dada en Bogotá, D. C., el domingo 24 noviembre 2024 a solicitud del(a) interesado(a).

HERMAN REDONDO GOMEZ
Presidente

Calle 147 No. 19-50 Oficina 32 Centro Comercial Futuro Tels. (601)7212847 Bogotá D. C.
E - Mail antecedentes@tribunalnacionaldeeticamedica.org, www.tribunalnacionaldeeticamedica.org
antecedentestribunal@outlook.com

TIC

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CE 567772 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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.

Se expide en Bogotá el 24/11/2024 05:51 PM

Código Verificación: **KHB7RFQDVE**

Válida hasta: **22/02/2025**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

United Nations Security Council Consolidated List

Generated on: 21 July 2023

"Generated on refers to the date on which the user accessed the list and not the last date of substantive update to the list. Information on the substantive list updates are provided on the Council / Committee's website."

Composition of the List

The list consists of the two sections specified below:
A. Individuals
B. Entities and other groups

Information about de-listing may be found at:
https://www.un.org/securitycouncil/ombudsperson(for res. 1267)
https://www.un.org/securitycouncil/sanctions/delisting(for other Committees)
https://www.un.org/securitycouncil/content/2231/list(for res. 2231)

A. Individuals

KPi.033 Name: 1: RI 2: WON HO 3: 4: na
Title: na **Designation:** DPRK Ministry of State Security Official **DOB:** 17 Jul. 1964 **POB:** na **Good quality a.k.a.:** na **Low quality a.k.a.:** na **Nationality:** Democratic People's Republic of Korea **Passport no:** 381310014 **National identification no:** na **Address:** na **Listed on:** 30 Nov. 2016 **Other information:** Ri Won Ho is a DPRK Ministry of State Security Official stationed in Syria supporting KOMID.

KPi.037 Name: 1: CHANG 2: CHANG HA 3: 4: na
Title: na **Designation:** President of the Second Academy of Natural Sciences (SANS) **DOB:** 10 Jan. 1964 **POB:** na **Good quality a.k.a.:** Jang Chang Ha **Low quality a.k.a.:** na **Nationality:** Democratic People's Republic of Korea **Passport no:** na **National identification no:** na **Address:** na **Listed on:** 30 Nov. 2016 **Other information:**

KPi.038 Name: 1: CHO 2: CHUN RYONG 3: 4: na
Title: na **Designation:** Chairman of the Second Economic Committee (SEC) **DOB:** 4 Apr. 1960 **POB:** na **Good quality a.k.a.:** Jo Chun Ryong **Low quality a.k.a.:** na **Nationality:** Democratic People's Republic of Korea **Passport no:** na **National identification no:** na **Address:** na **Listed on:** 30 Nov. 2016 **Other information:**

OFAC
Office of Foreign Assets Control

Sanctions List Search

Specially Designated Nationals and Blocked Persons list ("SDN List") and all other sanctions lists administered by OFAC, including the Foreign Sanctions Evaders List, the Non-SDN Iran Sanctions Act List, the Sectoral Sanctions Identifications List, the List of Foreign Financial Institutions Subject to Correspondent Account or Payable-Through Account Sanctions and the Non-SDN Palestinian Legislative Council List. Given the number of lists that now reside in the Sanctions List Search tool, it is strongly recommended that users pay close attention to the program codes associated with each returned record. These program codes indicate how a true hit on a returned value should be treated. The Sanctions List Search tool uses approximate string matching to identify possible matches between word or character strings as entered into Sanctions List Search, and any name or name component as it appears on the SDN List and/or the various other sanctions lists. Sanctions List Search has a slider-bar that may be used to set a threshold (i.e., a confidence rating) for the closeness of any potential match returned as a result of a user's search. Sanctions List Search will detect certain misspellings or other incorrectly entered text, and will return near, or proximate, matches, based on the confidence rating set by the user via the slider-bar. OFAC does not provide recommendations with regard to the appropriateness of any specific confidence rating. Sanctions List Search is one tool offered to assist users in utilizing the SDN List and/or the various other sanctions lists; use of Sanctions List Search is not a substitute for undertaking appropriate due diligence. The use of Sanctions List Search does not limit any criminal or civil liability for any act undertaken as a result of, or in reliance on, such use.

Download the SDN List | Sanctions List Search: Rules for use | Visit The OFAC Website

Download the Consolidated Non-SDN List | Program Code Key

Lookup

Type:	All	**Address:**	
Name:	KAREN VANESSA ALVAYERO MI	**City:**	
ID # / Digital Currency Address:	567772	**State/Province:***	
Program:	All 561-Related BALKANS BALKANS-EO14033	**Country:**	All
		List:	All
Minimum Name Score:	100		

Search | Reset

Lookup Results: 0 Found

Name	Address	Type	Program(s)	List	Score

Your search has not returned any results.

* U.S. states are abbreviated on the SDN and Non-SDN lists. To search for a specific U.S. state, please use the two letter U.S. Postal Service abbreviation.

SDN List last updated on: 12/19/2024 11:34:41 AM
Non-SDN List last updated on: 11/21/2024 10:06:25 AM

E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA		
CÓDIGO. TH-F-109	AUTORIZACION PARA EL TRATAMIENTO Y USO DE DATOS PERSONALES	HOSPITAL UNIVERSITARIO San Rafael de Tunja
Versión: 01		Fecha: 19/06/2024

De conformidad con lo dispuesto en la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015. Yo, KAREN VANESA ALVAYERO MEJIA, identificado con cedula de ciudadanía de extranjería número. 567772 en calidad de Titular o padre, representante y/o tutor legal del menor_____ identificado con _____autorizo libre, expresa e inequívocamente a La E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA, para que realice la recolección y tratamiento de los datos personales que suministro de manera veraz y completa, los cuales serán utilizados dentro del cumplimiento de la misión institucional como prestador de servicios de salud, y en el cumplimiento de las demás funciones administrativas, constitucionales y legales de la Entidad.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de los datos suministrados se realizará de conformidad con la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en la página web de la entidad , manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento y la posibilidad que tenía de no efectuar la autorización en aquella información considerada sensible.

Manifiesto que, como titular de la información, fui informado de los derechos con que cuento como titular de la información, especialmente a conocer, actualizar y rectificar mi información personal, revocar la autorización y solicitar la supresión del dato, las cuales podré ejercer a través de los canales presenciales, o a el correo electrónico: , Línea gratuita nacional: 018000918731.

Se suscribe en la ciudad de Tunja, el día 25 de Noviembre de 2024.

Firma: _____

Nombre: KAREN VANESA ALVAYERO MEJIA

Cédula: . 567772

E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA		
CÓDIGO. TH-F-57	**INHABILIDADES DELITOS SEXUALES**	HOSPITAL UNIVERSITARIO San Rafael de Tunja
Versión: 01		**Fecha: 14/07/2020**

El(la) suscrito(a) KAREN VANESA ALVAYERO MEJIA identificado (a) con C.C.__/ C.E X No. 567772 expedida en TUNJA, **AUTORIZO** libre, expresa e inequívocamente, yexclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada porel Decreto 753 de 2019, a la Empresa Social del Estado Hospital Universitario San Rafael de Tunja con Nit. 891800231, a consultar mis datos personales en el Registro de Inhabilidades por Delitos Sexuales cometidos contra personas menores edad que administra el Ministerio de Defensa-Policía Nacional de Colombia, de manera previa a mi eventual vinculación contractual, legal y reglamentariao personal en misión y, de llegarse a formalizar, cada cuatro (4) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de TUNJA, el día 25 de Noviembre de 2024

Firma
Nombre KAREN VANESA ALVAYERO MEJIA
Cedula 567772

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 18:55:23 horas del 24/11/2024, el ciudadano identificado con cédula de extranjería No. **567772.**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA**, con NIT **891800231-0** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

- https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14949831001

(415)7707212489984(8020) 000001494983100 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
7 0 0 1 5 7 6 1 5	3	Impuestos y Aduanas de Tunja	2 0	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Extranjería 2 2	5 6 7 7 7 2	2 0 1 5 1 2 1 7

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Tunja 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ALVAYERO	MEJIA	KAREN	VANESSA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Tunja 0 0 1

41. Dirección principal: CR 2 32 49 TO 1 AP 301 ED QUINTA SANTA ANA BRR MESOPOTAMIA

42. Correo electrónico: alvayero.karen@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 1 5 6 6 4 7 4 7	3 8 7 4 7 8 0 8 7

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 2 1	2 0 1 6 0 1 1 4					2 2 2 1	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 5 2

5- Impto. renta y compl. régimen ordinar

52 - Facturador electrónico

Usuarios 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 [X] | 60. No. de Folios: 0 | 61. Fecha 2023 - 09 - 22 / 00 : 06: 55

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 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Famisanar EPS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) KAREN VANESSA ALVAYERO MEJIA identificado(a) con CE 567772 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	01/10/2021
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO TUNJA
Categoría:	C

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en QUIEN , a los 24 días del mes noviembre del 2024.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra
Director Operaciones Comerciales
EPS FAMISANAR S.A.S.

CONSENTIMIENTO DE AUTORIZACION/INFORMACION PARA ARL

En mi calidad como Contratista, me permito dar a conocer a la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja, los siguientes datos:

Yo, KAREN VANESA ALVAYERO MEJIA, identificado con cedula de ciudadanía número . 567772 , manifiesto que :

SI___X___NO_____ Estoy afiliado a la ARL POSITIVA

SI___X___NO_____ Deseo seguir afiliado a la ARL POSITIVA

Solicito ser afiliado por la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja a la ARL: Positiva.

Se suscribe en la ciudad de _____TUNJA, el día _25___NOVIEMBRE de 2024

Firma _____

Nombre KAREN VANESA ALVAYERO MEJIA

Cédula 567772

SYNLAB

RESULTADOS
DE EXÁMENES

NOMBRE: Sra.KAREN VANESSA ALVAYERO MEJIA
DOCUMENTO: CE.567772
EMPRESA: GRUPOS ESPECIALES CIUDADES INTERMEDIAS
DOCTOR: NO DISPONIBLE

REFERENCIA: 223043040
FECHA INGRESO: 19.Sep.2023 1:51 p. m.
SEDE: SYNLAB TUNJA
EDAD-SEXO: 41 Años - Femenino

INMUNOQUIMICA

ESTUDIO	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA	
Hepatitis B. Anti-HBs	**106.4** mUI/mL	No Reactivo	Menor de 10.0 mUI/mL
		Reactivo	Mayor o igual a 10.0 mUI/mL

Técnica:Inmunoanálisis Quimioluminiscente de Micropartículas (CMIA)

NOTA: Según recomendación de la Organización Mundial de la Salud, una concentración de anti-HBs mayor o igual a 10 mUI/ml se considera protección frente a una infección por el virus de la hepatitis B.

Analizado por,

MIREYA VALBUENA DONOSO
LIDER DE PRODUCCION CENTRO T.P:35196097
Copiado:mvd

Fecha de Validación:20/Sep 2023 00:52

**La interpretación de este y todo examen corresponde exclusivamente al médico- [Página 1]*

VIGILADO Supersalud

Paciente: **ALVAYERO MEJIA KAREN VANESSA**
Sexo/Edad: **FEMENINO / 41 Años**
Médico: **LABORATORIO CARVAJAL E**
Empresa: **LABORATORIO CLINICO CARVAJAL S.A.S**

Identificación: **567772**
Teléfono: **NA**
Fecha servicio: **16/12/2023**

Nro. Servicio: **19764900**
Tipo servicio:
Fecha Impresión: **21/12/2023 02:04 PM**
Habitación: **41403386**

No. Paciente: **24016**

VARICELA ZOSTER Ig G- MEDICION DE ACS.

Validado: 19/12/2023 02:09 PM

Análisis	Resultado	Valores de Referencia	Unidad
VARICELA ZOSTER ANTICUERPOS IgG	**1128.10**		
Negativo: Menor de 150			mUI/mL
Indeterminado: 150 - 175			mUI/mL
Positivo: Mayor de 175			mUI/mL
Técnica: Inmunoensayo Quimioluminiscente (CLIA) para la determinación cuantitativa de los Anticuerpos específicos de clase IgG dirigidos contra el virus Varicela-Zoster (VZV). Dichos Anticuerpos se producen al cabo de unas semanas de la infección inicial y proporcionan protección a largo término. Los niveles de IgG aumentan durante la infección activa y se estabilizan cuando la infección se resuelve y el virus pasa a ser inactivo. Se modifican los valores de referencia por cambio de tecnología apartir del 31.05.2022.			mUI/mL

C. Gómez

BACTERIOLOGA
CAROLINA GOMEZ RIVERA
REG. 85-1807-02

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	5	26-AGOSTO-2021	PFIZER	ZF 1097A	HUSET	Lic Hanna Rojas	1049608122

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS Vacunadora	Nombre Vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	2da Dosis	08-08-21	Moderna	450121A	Batallon Sanidad	Hilda Robles	A0025588

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	6-08-2021	PFIZER	EW1195	ESE Santiago de Tunja	Johana Sparza	33366715
	2	26-8-2021	PFIZER	EP1267	ESE Santiago de Tunja	Johana Sparza	33366715
		26 Noviembre 2021	Moderna	014121A	Caravana IPS	Clara Inés Romero C. TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA C.C. 40388231	

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampion - Rubeola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1	19-9-23	SERUM 233200 HB	Ligia M.
	2	19-10-23	233102 DT SERUM	Ligia M.
	3	DOSIS TDA		
	4			

Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.
Influenza	06-01-17	FluQuadri™/0.5 ml Lote: 3AE5M Ligia Mateus
Influenza	30-10-19	
Influenza	8-5-20	VSD22000 Green Lig
Influenza	9-6-21	VSD22100 Green Liga
Influenza	09-4-2022	VSD222009 Green Hill
Fiebre A.	28-07-23	230047 Ligia Mateus

Certificado de Vacunación

Institución: Cruz Roja Colombiana

Nombre: Karen Vanessa Avallero Mejia

Identificación: PA-0031641275 Tel: _____

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
HB	R.	20-10-15	UFX15902	
Td	R	20-10-16	K728021	
T.V.M.I	1-	21-10-15	K5364	Luzib

Cortesía de Sanofi Pasteur

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
Influenza		06-01-17	FluQuadri™/0.5 ml Lote:	
Influenza		30-10-19	43A65	Ligia Muñoz
Influenza		8-5-20	VSD22D006	Green Li
Influenza		9-6-21	VSD22100S	Green Ligia
Influenza	R	09-8-2022	VSD22D09	GREEN HUNTSMAN
Influenza	R.	28-07-23	230047	LIGIA MUÑOZ
Influenza	R	26-04-24	VSD52A001	Ligia Muñoz

CO.COL130917

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1	19-9-23	SERUM 233LD04B	Ligia M.
	2	29-10-23	2331LD27C SERUM	Ligia M
	3	17-4-24	2331LD27C SERUM	Ligia M
	4	2-4-25		
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	5-03-2021	PFIZER	EW1195	ESE Santiago de Tunja	Johana Sparza	33366715
	2	26/3/2021	PFIZER	EP1748	ESE Santiago de Tunja	Johana Sparza	33366715
		26 Mayo 2021	Moderna	013J21A	Convajal IPS.	Clara Inés Romero C. TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA C.C. 65588231	

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS Vacunadora	Nombre Vacunador	Cédula del vacunador
	2da refuerzo	09-8-22	Moderna	060M21A	Batallon Sanidad	Hilda Robles	40025589

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	5 1	26-AGOSTO-2023	PFIZER	2F 1077A	HUSRT	Liz Hanna Rojas	1049603121

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS Vacunadora	Nombre Vacunador	Cédula del vacunador
DOSIS Adicional COVID-19	1	03-02-24	Moderna	003M22A	HUSRT		
	2						

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



Carvajal Laboratorios ips
Cuida bien de ti

CARVAJAL LABORATORIO IPS S.A.S
NIT: 900152996-7

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 567772-113681

INFORMACION GENERAL

Fecha y Lugar:	14 jun. 2023 - TUNJA	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	KAREN VANESSA ALVAYERO MEJIA	**Identificación:**	567772
Género	FEMENINO **Edad:** 41	**Teléfono**	**Móvil:** 3115664747
Fecha Nacimiento:	19/11/1981	**Cargo:**	PEDIATRA
Estado Civil:	SOLTERO(A)	**EPS:**	FAMISANAR
Dirección	carrera 2 #32-49, Tunja	**ARL:**	NO REPORTA
Escolaridad:	UNIVERSITARIO	**AFP:**	PORVENIR S.A.
Empresa	PARTICULARES -	**Peso: 97 Talla: 160 IMC: 38**	

EXAMENES DE DIAGNOSTICO LABORAL REALIZADOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	ENTRENAMIENTO EN EL ADECUADO USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL QUE LA EMPRESA LE SUMINISTRA PARA EL DESEMPEÑO DE SUS LABORES DE MANERA SEGURA, CAPACITAR EN LA PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS PROPIOS DE LA LABOR A REALIZAR, SEGUIR PAUTAS DE HIGIENE POSTURAL, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DE 5 MINUTOS POR LO MENOS CADA 2 HORAS, AUTORREGULADAS, HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO CON RECOMENDACIONES

Observaciones:

Tipo de Prevención — Condiciones, Factores, Agentes Asociados — Permanente

NO

Priorizar el Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

CARDIOVASCULAR — PPyP

Información de Remisiones

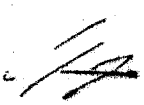
NUTRICION

'CONSENTIMIENTO INFORMADO

Autorizo a(s la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mi el exámen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es) registrado(s) en este documento. El(la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del exámen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional (es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que realizaran el(los) examen(es). Fui informado de las medidas que tomará CARVAJAL LABORATORIO IPS S.A.S para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mi en este(os) examen(es) están completas y son VERÍDICAS. Autorizo a CARVAJAL LABORATORIO IPS S.A.S para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.
CARVAJAL LABORATORIO IPS S.A.S se acoge a las disposiciones de la ley 1581 del 2012 y al derecho reglamentario 1377 del 2013 y se responsabiliza del tratamiento de protección de datos personales'







DIEGO MOISES CEPEDA ARAQUE
Médico Especialista en Salud Laboral 1659/2015 14808

KAREN VANESSA ALVAYERO MEJIA 567772
Firma y cédula del Paciente

REPÚBLICA DE CUBA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN SUPERIOR

El Rector de la Escuela Latinoamericana de Medicina

en uso de las facultades que le están conferidas y a propuesta del Decano de la Facultad, expide el presente Título de

Doctora en Medicina

a favor de **Karen Vanessa Alvayero Mejía**

en atención a que la misma ha cumplido los requisitos establecidos para los estudios de la especialidad y ha realizado los ejercicios correspondientes para la culminación de los mismos, el día doce del mes de julio de dos mil siete.

En testimonio de lo cual, se suscribe en la Ciudad de La Habana, a los veintiocho días del mes de julio de dos mil siete.

Decano

Rector

Refrendado:

Secretaria General

Médicos Frisky - Alemán

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

RESOLUCIÓN NÚMERO 08997

(23 JUN. 2015)

Por medio de la cual se resuelve una solicitud de convalidación

LA SUBDIRECTORA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD PARA LA EDUCACIÓN SUPERIOR (E)
en ejercicio de sus atribuciones legales y en especial las que le confiere el artículo 29 del Decreto 5012 de 2009 y la Resolución No 08659 del 16 de junio de 2015

CONSIDERANDO:

Que KAREN VANESSA ALVAYERO MEJÍA, ciudadana salvadoreña, identificada con pasaporte No. 003164275, presentó para su convalidación el título de DOCTORA EN MEDICINA, otorgado el 24 de julio de 2007, por la ESCUELA LATINOAMERICANA DE MEDICINA CUBA, mediante solicitud radicada en el Ministerio de Educación Nacional con el No. 2015-ER-035992-58469/15

Que de conformidad con lo dispuesto en el Decreto 5012 de 2009, corresponde al Ministerio de Educación Nacional convalidar los títulos de educación superior otorgados por instituciones de educación superior extranjeras de acuerdo con las normas vigentes.

Que en virtud del artículo 5º de la resolución 6950 del 15 de mayo de 2015, se establecen los requisitos para la convalidación de títulos en el área de la salud así: *"Para efectos de la convalidación de títulos del área de la salud, todos estos deberán someterse a evaluación académica por parte de la Sala del Área de Ciencias de la Salud de la Comisión Nacional Intersectorial de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior –CONACES- sin perjuicio de que el Ministerio pueda solicitar un concepto adicional a las asociaciones, órganos y pares evaluadores cuando así se requiera"*.

Que los estudios fueron evaluados por la Comisión Nacional Intersectorial de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior –CONACES-, la cual emitió concepto favorable, señalando que el título obtenido es equivalente al de MÉDICA.

Que con fundamento en las anteriores consideraciones y después de haber estudiado la documentación presentada, se concluye que es procedente la convalidación solicitada.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO - Convalidar y reconocer para todos los efectos académicos y legales en Colombia, el título de DOCTORA EN MEDICINA, otorgado el 24 de julio de 2007, por la ESCUELA LATINOAMERICANA DE MEDICINA CUBA, a KAREN VANESSA ALVAYERO MEJÍA, ciudadana salvadoreña, identificada con pasaporte No. 003164275, como equivalente al título de MÉDICA, que otorgan las instituciones de educación superior colombianas de acuerdo con la Ley 30 de 1992.

PARÁGRAFO - La convalidación que se hace por el presente acto administrativo no exime al profesional beneficiario del cumplimiento de los requisitos exigidos por las normas que regulan el ejercicio de la respectiva profesión.

ARTÍCULO SEGUNDO.- La presente Resolución rige a partir de la fecha de su expedición y contra la misma procede los recursos de ley, los cuales deberán ser interpuestos dentro del plazo de diez (10) días establecido por el artículo 76 de la ley 1437 de 2011.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá D. C., a los 23 JUN. 2015

LA SUBDIRECTORA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD PARA LA EDUCACIÓN SUPERIOR (E)

NANCY CONSUELO CAÑÓN SUAVITA

Proyectó: JHLOPEZ 19/06/2015
Revisó: SCORTES –Grupo de Convalidaciones

REPÚBLICA DE CUBA

El Rector de la Escuela Latinoamericana de Medicina

en uso de las facultades que le están conferidas, expide el presente Título de Especialista de:

Primer Grado en Pediatría

a favor de:

Dra. Karen Vanessa Alvayero Mejía

DILIGENCIA DE AUTENTICACION
EMPLAZADO TERCERO DEL CIRCULO DE TURNO
TESTIFICA: QUE LA PRESENTE FOTOCOPIA
COINCIDE EXACTAMENTE CON EL ORIGINAL
QUE TUVO A LA VISTA.
11 DIC 2015
Guillermo Sandoval Fonseca
NOTARIO

en atención a que ha cumplido los requisitos establecidos y realizado los ejercicios correspondientes para su conclusión, el día 25 *, del mes de* noviembre *, del año* 2013 .

En testimonio de lo cual, se suscribe en la ciudad de La Habana, a los 28 *días, del mes de* noviembre *, del año* 2013 .

Decano

Rector

Refrendado:

Secretaria General

Registrado en el tomo 1 folio 46 número 1111 del Registro de Títulos de la Secretaría General del CES

Registrado en el tomo 1 folio 65 número 2365 del Registro de Títulos de la Facultad de CM. "Enrique Cabrera"

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

RESOLUCIÓN NÚMERO 08998

(23 JUN. 2015)

Por medio de la cual se resuelve una solicitud de convalidación

LA SUBDIRECTORA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD PARA LA EDUCACIÓN SUPERIOR (E)
en ejercicio de sus atribuciones legales y en especial las que le confiere el artículo 29 del Decreto 5012 de 2009 y la Resolución No 08659 del 16 de junio de 2015

CONSIDERANDO:

Que KAREN VANESSA ALVAYERO MEJÍA, ciudadana salvadoreña, identificada con pasaporte No. 003164275 presentó para su convalidación el título de PRIMER GRADO EN PEDIATRÍA, otorgado el 28 de noviembre de 2013 por la ESCUELA LATINOAMERICANA DE MEDICINA CUBA, mediante solicitud radicada en el Ministerio de Educación Nacional con el No. 2015-ER-036009-58471/15.

Que adicionalmente la convalidante presenta para su convalidación el título de DOCTOR EN MEDICINA otorgado el 24 de julio de 2007 por la ESCUELA LATINOAMERICANA DE MEDICINA mediante solicitud radicada en el Ministerio de Educación Nacional con el número 2015-ER035992-58469, el cual cuenta con concepto favorable como equivalente al título de MEDICA.

Que de conformidad con lo dispuesto en el Decreto 5012 de 2009, corresponde al Ministerio de Educación Nacional convalidar los títulos de educación superior otorgados por instituciones de educación superior extranjeras de acuerdo con las normas vigentes.

Que en virtud del artículo 5º de la resolución 6950 del 15 de mayo de 2015, se establecen los requisitos para la convalidación de títulos en el área de la salud así: *"Para efectos de la convalidación de títulos del área de la salud, todos estos deberán someterse a evaluación académica por parte de la Sala del Área de Ciencias de la Salud de la Comisión Nacional Intersectorial de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior –CONACES- sin perjuicio de que el Ministerio pueda solicitar un concepto adicional a las asociaciones, órganos y pares evaluadores cuando así se requiera"*

Que los estudios fueron evaluados por la Comisión Nacional Intersectorial de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior –CONACES-, la cual emitió concepto favorable señalando que el título obtenido es equivalente al de ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA.

Que con fundamento en las anteriores consideraciones y después de haber estudiado la documentación presentada, se concluye que es procedente la convalidación solicitada.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- Convalidar y reconocer para todos los efectos académicos y legales en Colombia, el título de PRIMER GRADO EN PEDIATRÍA, otorgado el 28 de noviembre de 2013, por la ESCUELA LATINOAMERICANA DE MEDICINA CUBA a KAREN VANESSA ALVAYERO MEJÍA, ciudadana salvadoreña, identificada con pasaporte No. 003164275 como equivalente al título de ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA, que otorgan las instituciones de educación superior colombianas de acuerdo con la Ley 30 de 1992.

PARÁGRAFO.- La convalidación que se hace por el presente acto administrativo no exime al profesional beneficiario del cumplimiento de los requisitos exigidos por las normas que regulan el ejercicio de la respectiva profesión.

ARTÍCULO SEGUNDO.- La presente Resolución rige a partir de la fecha de su expedición y contra la misma procede los recursos de ley, los cuales deberán ser interpuestos dentro del plazo de diez (10) días establecido por el artículo 76 de la ley 1437 de 2011.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE
Dada en Bogotá D. C., a los 23 JUN. 2015

LA SUBDIRECTORA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD PARA LA EDUCACIÓN SUPERIOR (E)

NANCY CONSUELO CAÑÓN SUAVITA

Proyectó: JRLOPEZ 13/06/2015
Revisó: DCORTES-Grupo de Convalidaciones

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cedula de Extranjeria

Número de Identificación *

567772

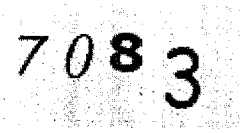
Primer Nombre

karen

Primer Apellido

alvayero

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

8332

Limpiar

Resultado General -2024-12-12→12:02:44 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:
CE	567772	KAREN	VANESSA	ALVAYERO	MEJIA	Vigente

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 VANESSA ALVAYERO MEJIA identificado(a) con CE 567772 registra La siguiente información:

2024-12-12→12:02:44 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
ESP	Extranjero	Pediatría	2015-06-23	31078	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO
UNV	Extranjero	Medicina	2016-04-21	31078	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Progra Prestac
Exonerado del SSO	Extranjero	CUBA|NO APLICA|	1900-01-01	1900-01-01	Sin Modalidad	Medici
Exonerado del SSO	No Aplica	COLOMBIA|AMAZONAS|EL ENCANTO	1900-01-01	1900-01-01	Sin Modalidad	Bacterio

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).

a 4:00 p.m. (jornada continua)

Opción 2

Opción

minsalud.gov.co

Menu

Iniciar Sesión | Registrarse

THUS

ontinuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.

o de Identificación *	Número de Identificación *	Primer Nombre	Primer Apellido
edula de Extranjeria	567772	KAREN	ALVAYERO

firme los números de la Imagen *



ambiar

025

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2023-11-30→8:00:11 AM -2023-11-30→8:08:01 AM -2023-11-30→8:40:57 AM -2023-11-30→8:49:33 AM -2023-11-30→10:36:10 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación	Detalles
CE	567772	KAREN	VANESSA	ALVAYERO	MEJIA	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 VANESSA ALVAYERO MEJIA identificado(a) con CE 567772 registra La siguiente información:



2023-11-30→10:36:10 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha Inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
ESP	Extranjero	Radiatria	2015-06-23	31078	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO
UNV	Extranjero	Medicina	2014-04-21	31078	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Programa Prestación	Entidad Reportadora
Exonerado del SSO	Extranjero	CUBA|NO APLICA|	1900-01-01	1900-01-01	Sin Modalidad	Medicina	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO
Exonerado del SSO	No Aplica	COLOMBIA|AMAZONAS|EL ENCANTO	1900-01-01	1900-01-01	Sin Modalidad	Bacteriologia	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

nformación 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 ontinuar 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 rofesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

ISPRO

lirec

33-76 (piso 1)
undinamarca, Bogotá D.C.
Código Postal: 110311

lotario de atención
nes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Contacto

elefono
onmutador:
n Bogotá: 601 330 5043 Opción 2
esto del país: 018000960020 Opción
orreo de notificaciones judiciales:
Notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co

Términos y condiciones

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

KAREN VANESSA ALVAYERO MEJIA

C.C o C.E. 567772



Profesión u Ocupación
MEDICO
Especialidad
PEDIATRIA
Institución de Educación
E. LATINOAMERICANA DE MEDICINA
Ciudad
LA HABANA, CUBA
Fecha de expedición diploma
24/07/2007
Fecha de inscripción RETHUS
21/04/2016

0071

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 al Colegio Médico Colombiano Cra. 15 A No. 121- 12 Of. 301
info@colegiomedicocolombiano.org

Firma representante Colegio Médico Colombiano

Firma

Código interno: CMC-2016-7

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN



Escaneado con CamScanner

EDUCANDO

EDUCANDO LIFE SUPPORT SAS NIT 900832159-7

CONSTA QUE:

KAREN VANESSA ALVAYERO MEJÍA

C.E. 567772

REALIZÓ Y APROBÓ a satisfacción el curso de:

ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL CON ENFOQUE DE GÉNERO

De acuerdo a lo establecido en el Decreto 1075/2015, Min Educación, Resolución 3100/2019 Min. Protección Social. Con intensidad de 40 horas
El curso está basado en las normas ISQua. Expedido en Tunja 15 JUNIO DE 2023

Para verificación gerencia@educandolifesupport.com

YERALDIN AMELIA TARAZONA SUAREZ
SUBGERENTE CIENTÍFICO EDUCANDO LIFE SUPPORT

WhatsApp 3124277818 , Facebook educando life support, Instagram educandolifes

EDUCANDO LIFE SUPPORT SAS

Colombiana de TRASPLANTES

Fundonar Colombia

La IPS Colombiana de Trasplantes SAS en alianza con Fundonar Colombia, otorgan la presente certificación a:

KAREN VANESSA ALVAYERO MEJIA

Identificado(a) con cédula

567772

Quien aprobó satisfactoriamente las actividades y módulos del **CURSO DE FORMACIÓN EN COMPETENCIAS ESENCIALES PARA DETECCIÓN Y CUIDADO DEL POTENCIAL DONANTE** con una intensidad horaria de cuarenta (40) horas

Este certificado se firma digitalmente el día 25 de julio del 2023

F. GIRON L.

212420230725

Dr. Fernando Girón Luque
Vicepresidente Científico
Colombiana de Trasplantes

212420230725

Dra. Sandra Ximena Escobar Chaves
Directora Ejecutiva
Fundonar Colombia

Escanea el código QR y podrás verificar la autenticidad de este documento

EDUCHANDO

EDUCANDO LIFE SUPPORT SAS NIT 900832159-7

CONSTA QUE:

KAREN VANESSA ALVAYERO MEJÍA

C.E. 567772

REALIZÓ Y APROBÓ a satisfacción el curso de:

ATENCIÓN EN MANEJO INICIAL DEL DUELO

De acuerdo a lo establecido en el Decreto 1075/2015, Min Educación, Resolución 3100/2019 Min. Protección Social. Con intensidad de 20 horas
El curso está basado en las normas ISQua. Expedido en Tunja 15 JUNIO DE 2023

Para verificación gerencia@educandolifesupport.com

YERALDIN AMELIA TARAZONA SUAREZ
SUBGERENTE CIENTÍFICO EDUCANDO LIFE SUPPORT
WhatsApp 3124277818 , Facebook educando life support, Instagram educandolifes

EDUCANDO LIFE SUPPORT SAS

CATALEYA
Centro de Entrenamiento Médico

CERTIFICA

Este certificado se presenta con orgullo a

KAREN V. ALVAYERO MEJÍA

Completó satisfactoriamente el curso de:

Soporte Vital Avanzado Pediátrico PALS

Según los lineamientos de la American Heart Association y Cataleya SIE.

Este curso certifica 48 horas de Educación médica no formal según Decreto 4904 de 2009

22/05/2023

Este certificado tiene vigencia de dos (2) años a partir de la fecha de expedición.

ALBERTO M. DIAZ SOSA
Instructor

ALBERTO M. DIAZ SOSA
Coordinador Académico

Calle 25 bis # 39-32 Barrio el Recuerdo – Bogotá. email: infocataleyarcp@gmail.com.

Para certificación de la validez contactar al WhatsApp 3053779196 o escanear el código QR

EDUCHANDO

EDUCANDO LIFE SUPPORT SAS NIT 900832159-7

CONSTA QUE:

KAREN VANESSA ALVAYERO MEJÍA

C.E. 567772

REALIZÓ Y APROBÓ a satisfacción el curso de:

ATENCIÓN A LAS VÍCTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUÍMICOS

De acuerdo a lo establecido en el Decreto 1075/2015, Min Educación, Resolución 3100/2019 Min. Protección Social. Con intensidad de 40 horas
Expedido en Tunja 15 JUNIO DE 2023

Para verificación gerencia@educandolifesupport.com

YERALDIN AMELIA TARAZONA SUAREZ
SUBGERENTE CIENTÍFICO EDUCANDO LIFE SUPPORT
WhatsApp 3124277818 , Facebook educando life support, Instagram educandolifes

LIFE SUPPORT SAS

65136c5c-fd8c-4ccb-b3ea-2f30ac1f1c2e

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

KAREN VANESSA ALVAYERO MEJIA

ha participado y aprobado el Curso Virtual:

Diagnóstico y manejo clínico del dengue

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 20 - Porcentaje de aprobación: 90,00 %

26 de septiembre de 2023

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Américas

OPS
CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

FIU Robert Stempel College of Public Health & Social Work
FLORIDA INTERNATIONAL UNIVERSITY

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://mooc.campusvirtualsp.org/mod/simplecertificate/verify.php?code=65136c5c-fd8c-4ccb-b3ea-2f30ac1f1c2e

66a193cc-6bdc-4e3e-ae2d-0fd7ac1f09c8

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

KAREN VANESSA ALVAYERO MEJIA

ha participado y aprobado el curso virtual:

Brote de sarampión en la era de poseliminación: Estudio de caso

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 10 - Porcentaje de aprobación: 83,33 %

24 de julio de 2024

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Américas

OPS
CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=66a193cc-6bdc-4e3e-ae2d-0fd7ac1f09c8

CURSO 50 HORAS

Decreto 1072 de 2015
Artículo 2.2.4.6.35

REGISTRO: RCO-026

MINISTERIO DEL TRABAJO

Escue unipyme

Fundación Unipymes

Hace constar que:

KAREN ALVAYERO

Número de Documento: 567772

Aprobó la capacitación de Curso 50 Horas - SG-SST

Fecha de Certificación: 2024-03-14

Intensidad Horaria: 50 horas

RCO-026 (Oferente MinTrabajo)

María Mercedes López - Directora

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOYACA

C E R T I F I C A C I O N

La suscrita Jefe Contratos de la Unidad Prestadora de Salud Boyacá, después de haber verificado el archivo documental de la oficina de Contratos de la Unidad Prestadora de Salud Boyacá, certifica que la señor (a) **KAREN VANESSA ALVAYERO MEJIA**, identificado (a) con cedula de extranjería No. **567772**; ha celebrado con la **POLICÍA NACIONAL - UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOYACÁ** contratos de Prestación de Servicios Profesionales y Apoyo a la Gestión que a continuación se relacionan y los cuales no generan relación laboral ni prestaciones sociales, de acuerdo con lo establecido en el **Artículo 32 de la Ley 80 de 1993.**

Contrato No:	**95-7-20021-18 de 02/04/2018**		
Objeto contractual:	contratos de Prestación de Servicios Profesionales y Apoyo a la Gestión como **MEDICO PEDIATRA**		
Fecha de inicio:	**02/04/2018**	**Fecha de Termino**	**29/09/2018**
Duración:	**180 días**		
Honorarios:	**CINCO MILLONES TREINTA Y TRES MIL SEISCIENTOS PESOS M/CTE; ($5.033.600,00)**		
Valor total del contrato:	**TREINTA MILLONES DOSCIENTOS UN MIL SEISCIENTOS PESOS M/CTE; ($30.201.600,00)**		
Labores profesionales:	**LAS RELACIONADAS EN LA MINUTA CONTRACTUAL.**		

Contrato No:	**95-7-20248-18 de 11/12/2018**		
Objeto contractual:	contratos de Prestación de Servicios Profesionales y Apoyo a la Gestión como **MEDICO PEDIATRA**		
Fecha de inicio:	**10/12/2018**	**Fecha de Termino**	**28/06/2019**
Duración:	**200 días**		
Honorarios:	**CINCO MILLONES TREINTA Y TRES MIL SEISCIENTOS PESOS M/CTE; ($5.033.600,00)**		
Valor total del contrato:	**TREINTA MILLONES DOSCIENTOS UN MIL SEISCIENTOS PESOS M/CTE; ($30.201.600,00)**		
Labores profesionales:	**LAS RELACIONADAS EN LA MINUTA CONTRACTUAL.**		

Los anteriores contratos de prestación de servicios profesionales y apoyo a la gestión estuvieron regidos por lo establecido en la ley 80 de 1993, "estatuto general de contratación estatal" y toda la normatividad que la reglamenta adiciona y modifica, en los términos y condiciones aceptados y formalizados por las partes.

NOTA: *Para verificación de las labores profesionales deberán remitirse a la minuta contractual, y de ser requerida esta, deberá ser solicitada al titular del contrato o en su defecto consultada en la página de Contratación http://www.colombiacompra.gov.co, toda vez que por tratarse de Contrato de Prestación de Servicios Profesionales y Apoyo a la Gestión y de acuerdo a lo tipificado en la [1]ley 80 artículo 32, declarado exequible mediante sentencia C-154 de 1997 Literal A, donde refiere "La prestación de servicios versa sobre una obligación de hacer para la ejecución de labores en razón de la experiencia, capacitación y formación profesional de una persona en determinada materia, con la cual se acuerdan las respectivas labores profesionales".*

[1] Artículo 32, Numeral 3 ° En ningún caso estos contratos generan relación laboral ni prestaciones sociales y se celebrarán por el término estrictamente indispensable

Escaneado con CamScanner

Escaneado con CamScanner

La anterior se expide a solicitud del interesado (a) el día 21 de Febrero de 2022, con el fin de ser presentada a: A QUIEN INTERESE.

Atentamente,

Patrullera. YULLY YANETH CHAPARRO PEREZ
Jefe Contratos Unidad Prestadora de Salud Boyacá

Elaborado por: IT José Rodolfo Mota Pardo. Analista Contratos Área Sanidad Boyacá
Revisado y validado por: Laura Johana Vargas Palacios Abogada Contratos Área Sanidad Boyacá
Fecha elaboración: 20 de Febrero de 2022
Ubicación y Web documentos 2022

Calle 21 No 8-78
Teléfonos 7453263; 7409732
dsan.debcy-clinea@policia.gov.co
www.policia.gov.co

Escaneado con CamScanner

[Nombre del proveedor persona natural], identificado como aparece al pie de mi firma, en mi calidad de proveedor persona natural, manifiesto que:

1. No tengo la calidad de comerciante.
2. No ejerzo de manera habitual actos de comercio.

En consecuencia, no me encuentro obligado a llevar libros de contabilidad de acuerdo con lo contemplado en el artículo 48 del Código de Comercio.

En constancia de lo anterior firmo este documento a los días [20] del mes de noviembre de 2024



Firma del proveedor persona natural no obligado a llevar libros de contabilidad

Nombre: __Karen Alvayero _____

Documento de Identidad: _____CE 567772 _____

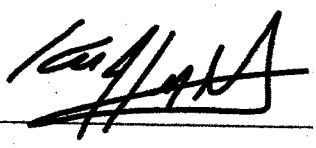
DOCUMENTO DE AUTORIZACIÓN A ENTIDADES ESTATALES PARA CONSULTA DE BASES DE DATOS PARA FINES INSTITUCIONALES

KAREN VANESSA ALVAYERO MEJIA identificado como aparece al pie de mi firma, en mi calidad de representante legal, manifiesto que:

Autorizo mediante este documento a las **entidades estatales** para que en caso de ser necesario realicen la consulta de bases de datos para fines institucionales.

En constancia de lo anterior firmo este documento a los días [20] del mes de noviembre de 2024

Cordialmente,

Firma: 

Nombre: _____Karen Vanessa Alvayero Mejía _____

Documento de Identidad: ____CE 567772 ___

LA SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL TUNJA

NIT 891800231-0

CERTIFICA:

Que una vez revisados los archivos de la **E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA** con **NIT 891.800.231-0** y de acuerdo a la información suministrada por la oficina de contratación, se evidencia que la doctora **KAREN VANESSA ALVAYERO MEJIA,** identificada con cédula de extranjería **No. 567.772,** suscribió con la **E.S.E** los siguientes Contratos de Prestación de Servicios así:

1. Contrato No. 507 de 2023, cuyo objeto es **SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN PEDIATRIA PARA LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA,** por un valor de **VEINTITRES MILLONES CUARENTA MIL PESOS M/CTE ($ 23.040.000),** con vigencia del **11 DE JULIO** hasta el **30 DE SEPTIEMBRE DE 2023.**

2. Contrato No. 660 de 2023, (en ejecución), cuyo objeto es **SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN PEDIATRÍA PARA LA UNIDAD DE CUIDADO CRÍTICO PEDIATRICA PARA LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA,** por un valor de **TREINTA Y SIETE MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA MIL PESOS M/CTE ($ 37.980.000),** con vigencia del **01 DE OCTUBRE** hasta el **31 DE DICIEMBRE DE 2023,** con las siguientes obligaciones especificas:

1). Realizar consulta ambulatoria como especialista en pediatría, con un rendimiento de tres (3) pacientes por hora según agendamiento y listado de turnos de la especialidad, asegurando los tiempos de oportunidad para la prestación de las mismas.
2). Realizar consulta como especialista en pediatría en el servicio de urgencia según agendamiento y listado de turnos de la especialidad, asegurando los tiempos de oportunidad para la prestación de las mismas. Incluye: Doce (12) horas distribuidas en un pediatra de 7:00 a 19:00 de lunes a domingo en el servicio urgencias para la atención directa en Triage de pacientes remitidos por la red y consulta por pediatría.
3). Realizar atención doce (12) horas (19:00 h - 7:00 h) de lunes a domingo en el servicio urgencias como especialista en pediatría según agendamiento y listado de turnos de la especialidad, asegurando los tiempos de oportunidad para la prestación de las mismas. Incluye: Urgencias, atención directa en Triage y consulta por pediatría, realización de procedimientos, paso de revista y revaloraciones.
4). Realizar asistencia en el área de hospitalización día como especialista en pediatría según agendamiento y listado de turnos de la especialidad, asegurando los tiempos de oportunidad para la prestación de las mismas. Incluye: Doce (12) horas de 7:00 a 19.00 de lunes a domingo paso de revista, realización de procedimientos, respuesta de interconsultas y revaloraciones.
5). Realizar asistencia en el área de hospitalización noche como especialista en pediatría según agendamiento y listado de turnos de la especialidad, asegurando los tiempos de oportunidad para la prestación de las mismas. Incluye: (12) horas diarias (19:00 h - 7:00 h) de lunes a domingo. Incluye: Paso de revista, realización de procedimientos, respuesta de interconsultas y revaloraciones.
6). Realizar asistencia en el área de observación urgencias como especialista en pediatría según agendamiento y listado de turnos de la especialidad, asegurando los tiempos de oportunidad para la prestación de las mismas.

7). Análisis diario de la evolución clínica de cada uno de los pacientes y definición de planes de cuidado, registrando en la historia clínica los ajustes diarios a los planes de manejo, verificación diaria de la complejidad del paciente según el tipo de unidad garantizando la correcta clasificación del cuidado que requiere el paciente (Cuidado crítico o Intermedio).
8). Realizar (12) horas diarias UCIP (19:00 h - 7:00 h) de lunes a domingo, en asistencia continua, paso de revista, realización de procedimientos, respuesta de interconsultas y revaloraciones.
9). Realizar la respuesta a interconsultas UCIP, dentro de las dos (2) horas siguientes a la solicitud realizada por los diferentes servicios de la entidad, según agendamiento y listado de turnos de la especialidad, asegurando los tiempos de oportunidad para la prestación de la misma.
10). Disponibilidad de la especialidad 24 horas los 7 días de la semana EN CASO DE DECLARATORIA URGENCIA MANIFIESTA, Incluye: Atención de pacientes en urgencias, interconsulta, intervenciones por parte de la especialidad y apoyo a la definición de conductas cuando el volumen de pacientes supere la capacidad del servicio.

Esta certificación se expide a solicitud del interesado y la información contenida es la registrada en los documentos contractuales.

La presente se expide a los veintitrés (23) días del mes de noviembre de dos mil veintitrés (2023).

OLGA NATALIE MANRIQUE ABRIL
Subgerente Administrativa y Financiera

Revisó: Laura Catherine Rivera Echenique (Coordinadora de actividades de contratación)
Proyectó: Yuli Ropero (Técnico Administrativo Contratación)

Tunja,

Señores
ESE HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA
Ciudad

Cordial saludo,

De acuerdo con la necesidad realizada por la **SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN PEDIATRÍA PARA LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA**, con las condiciones de remuneración citadas, pongo a disposición de ustedes mi propuesta.

No de horas: 160 HORAS/ mes
Valor hora $ 87.350.00

Yo, **KAREN VANESSA ALVAYERO MEJÍA**, identificado con cédula de ciudadanía No manifiesto bajo gravedad de juramento que no me encuentro dentro de las causales de inhabilidad e incompatibilidad del orden constitucional o legal, para ejercer cargos de empleados públicos o para celebrar contratos de prestación de servicios con administración pública.

Atentamente,

KAREN VANESSA ALVAYERO MEJÍA
C.E 567772

E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA		
CÓDIGO: C-F-10	FORMATO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE Y/O CONTRAPARTE (Sistema de administración del riesgo de lavado de activos, financiamiento del terrorismo y proliferación de armas de destrucción masiva LA/FT/PADM)	HOSPITAL San Rafael de Tunja
Versión: 05		Fecha: 26/08/2024

Fecha 20/12/2024 Ciudad Tunja Departamento Boyacá

La información reportada es confidencial y dará cumplimiento la Circular Externa 009 de 2016 y 20211700000055 de 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud y sus modificatorios. Diligenciar todos los campos sin enmiendas ni tachaduras.

CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN (MARCA CON X)

PROVEEDOR	☐	EMPLEADO	☐	CONTRATISTA OPS	☒
SERVIDOR PUBLICO	☐	TERCERIZADOS	☐	TEMPORAL	☐
JUNTA DIRECTIVA	☐	OTRO	☐	CUAL _____	

1. PERSONA NATURAL

(El Rep. Legal deberá diligenciar ítem de persona natural)

NACIONAL [ ] EXTRANJERA [X] PUBLICA [ ] PRIVADA [ ] MIXTA [ ]

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: Karen Vanessa Alvarez Mejia

TIPO DE IDENTIFICACION: C.C. [ ] C.E. [X] T. I [ ]

FECHA DE EXPEDICIÓN: 24/3/22

NUMERO DE IDENTIFICACION: 56777 2

LUGAR DE EXPEDIDA: Tunja

FECHA DE NACIMIENTO: 19/11/1981 LUGAR DE NACIMIENTO: San Salvador

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: CR 2 # 32-49 Tunja

NUMERO DE TELEFONO: 3115664447

NUMERO DE CELULAR: 3115664447

E-MAIL: alvarez.karen@gmail.com

DETALLE DE LA ACTIVIDAD

ASALARIADO [ ] INDEPENDIENTE [X] ESTUDIANTE [ ] SOCIO [ ] PENSIONADO [ ]

ACTIVIDAD "CIIU" 8621 *Opcional

OCUPACIÓN / PROFESIÓN	NOMBRE DE LA EMPRESA	CARGO QUE DESEMPEÑA
Xxxx Medico	Hospital San Rafael Tunja	Pediatra

DIRECCIÓN EMPRESA	CIUDAD	NUMERO TELEFONO	E-MAIL
Cra 11 # 27-77	Tunja	608 7405030	Rehabdeta@hospitalsanrafaeltunja.gov.co

2. PERSONA JURIDICA

(El Rep. Legal deberá diligenciar ítem de persona natural)

RAZON SOCIAL: [ ] NIT: [ ]

DIRECCIÓN OFICINA PRINICPAL	CIUDAD	NUEMERO TELÉFONO	FAX

DIRECCIÓN SUCURSAL O AGENCIA	CIUDAD	NUMERO TELÉFONO	FAX

ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD

TIPO DE EMPRESA	PUBLICA		PRIVADA		MIXTA		EXTRANJERA	
OTRA. CUAL?			CÓDIGO ACTIVIDAD "CIIU"					

3. IDENTIFICACIÓN DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MAS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL, APORTE O PARTICIPACIÓN (EN CASO DE REQUERIR MÁS ESPACIO ANEXAR RELACIÓN DE CONFORMIDAD AL PRESENTE CUADRO
*** Se debe diligenciar por la persona jurídica caso aplique.**

RAZON SOCIAL O NOMBRE COMPLETO	TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO DE IDENTIFICACION
	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐	
	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐	
	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐	
	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐	
	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ NIT ☐	

4. INFORMACIÓN FINANCIERA
*** Campo Obligatorio**

TOTAL ACTIVOS	$ 167,321,000	TOTAL, PASIVOS	$ 34,000,000
INGRESOS MENSUALES	$ 26,000,000	OTROS INGRESOS	$
EGRESOS MENSUALES	$ 72,000,000	OTROS EGRESOS	$
CONCEPTO DE LOS INGRESOS	Profesión independiente		

5. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES
*** Campo Obligatorio**

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA? SI ☐ NO ☒

TIPO DE TRANSACCIÓN: IMPORTACIÓN ☐ EXPORTACIÓN ☐ INVERSIONES ☐ PRÉSTAMOS ☐ TRANSFERENCIAS ☐

TIPO DE PRODUCTO	IDENTIFICACIÓN	ENTIDAD	MONTO	CIUDAD	PAIS	MONEDA

6. PERSONA EXPUESTA POLITICAMENTE (PEP)
*** Campo Obligatorio**

¿POR SU CARGO MANEJA RECURSOS PÚBLICOS?	SI ☐	NO ☒
¿POR SU ACTIVIDAD U OFICIO, GOZA DE RECONOCIMIENTO GENERAL?	SI ☐	NO ☒
¿EXISTE ALGÚN VÍNCULO ENTRE USTED Y UNA PERSONA PUBLICAMENTE EXPUESTA?	SI ☐	NO ☒
¿ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAIS O GRUPO DE PAISES?	SI ☐	NO ☒

ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD

¿POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGÚN GRADO DE PODER PÚBLICO? SI [ ] NO [X]

SI SU RESPUESTA ES SÍ EN ALGUNA PREGUNTA, FAVOR EXPLIQUE LA RAZÓN:

7. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS Y AUTORIZACIÓN CENTRALES DE RIESGO*

*** Campo Obligatorio**

DECLARO EXPRESAMENTE QUE:

1. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc): Honorarios medicos.
2. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del Marco Legal y los recursos que poseo no provienen de actividades Ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano
3. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.
4. De manera irrevocable autorizo a la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA, consultar en base de datos la información contenida en este formulario.
5. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos o actividades terroristas.

8. INFORMACIÓN BANCARIA

*** Campo Obligatorio**

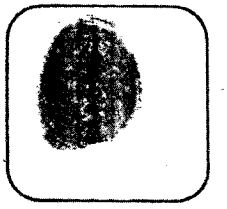
ENTIDAD	SUCURSAL Y/O TELEFONO	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA
Bancolombia	Tunja	Ahorros	00545846211
XXX	XXX	XX	XX

9. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA y VERAZ EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL SIGUIENTE DOCUMENTO:

Juan Vanesse Alvarez M.F. J/a.

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA REPRESENTANTE LEGAL DEL CLIENTE /CONTRAPARTE
C.C. No CE 547772



HUELLA INDICE DERECHO

Sandra Liliana Clavijo Borero

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE QUIEN RECEPCIONA
C.C. No 40054374

ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD

E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA		
CÓDIGO: C-F-10	FORMATO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE Y/O CONTRAPARTE (Sistema de administración del riesgo de lavado de activos, financiamiento del terrorismo y proliferación de armas de destrucción masiva LA/FT/PADM)	HOSPITAL San Rafael
Versión: 05		Fecha: 26/08/2024

DOCUMENTOS REQUERIDOS JUNTO CON EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO	
Persona Jurídica	**Persona Natural**
• Certificado de existencia y representación legal con vigencia no superior a 60 días calendario, expedida por la cámara de comercio o por la entidad competente. • Fotocopia del Régimen Único Tributario RUT actualizado. • Fotocopia de la Cédula del Representante Legal • Certificado de la Cuenta Bancaria emitido por la Entidad Financiera. • Cuando se trate de terceros aliados diferentes a Entidades Públicas Nacionales o Internacionales que aportan recursos económicos, deben presentar Certificación de Prácticas de prevención de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo y composición accionaria o fundadores del primer nivel, solo en contratación superior a 800 SMMLV	• Fotocopia del Registro Único Tributario RUT actualizado. • Fotocopia de la cédula de la persona natural. • Certificado de la Cuenta Bancaria emitido por la Entidad Financiera.

CODIGO: C-F-10	E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA	HOSPITAL San Rafael
VERSION: 05	FORMATO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE Y/O CONTRAPARTE (Sistema de administración del riesgo de lavado de activos, financiamiento del terrorismo y proliferación de armas de destrucción masiva LA/FT/PADM)	FECHA: 26/08/2024

CONTROL DE CAMBIOS

No. VERSION	FECHA	RESPONSABLE	DESCRIPCION
3	03/04/2023	Sandra Liliana Olarte Romero	Inclusión opción de persona extranjera. Inclusión de Junta directiva Se elimina Acuerdo No. 015 del 15 de noviembre de 2016.
4	29/09/2023	Sandra Liliana Olarte Romero	Inclusión de control de cambios al formato, ajuste de fecha. El formato se articula con el Manual código: AF-M-02 y subsistema de administración del riesgo de corrupción, opacidad y fraude (SICOF).
5	26/08/2024	Sandra Liliana Olarte Romero Juan Felipe García Nonsoque	Se ajusta ciudad y departamento. Se ajusta actividad CIIU respecto al numeral 1 la cual pasa a ser opcional. Se adiciona en el numeral 1 la anotación "El Rep. Legal deberá diligenciar ítem de persona natural" Se realiza la anotación de los campos que tienen carácter obligatorio Se ajusta descripción del instructivo. Se ajusta diseño del formato.

ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE LA ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA Y LA INFORMACIÓN QUE POSEE ES CONFIDENCIAL. SU REPRODUCCIÓN ESTARÁ DADA A TRAVÉS DE COPIAS AUTORIZADAS POR LA COORDINACIÓN DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD

Código: C-F-43	ESE. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA	HOSPITAL Universitario San Rafael de Tunja
Versión: 02	ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN	Fecha: 11/03/2024

Yo: KAREN VANESSA ALVAYERO MEJIA, de nacionalidad SALVADOR identificado(a) con CC___ CE_x___ No. 567772 Residente, suscribo el presente **COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN,** con respecto a la información clasificada o reservada que sea puesta a mi disposición por la de la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA con Nit No. 891.800.231-0 y domicilio en la Carrera 11 No. 27 - 27 de la ciudad de Tunja - Boyacá Colombia, en el marco del contrato No. , manteniendo su confidencialidad, disponibilidad e integridad.

Como consecuencia a lo anterior, manifiesto que me comprometo a:

1 Dar aplicación a la Ley 1581 de 2012, la Ley 1712 de 2014, el capítulo 25 del título 2 de la parte 2 del libro 2 del Decreto 1074 de 2015, así como de la Política de Tratamiento de Datos Personales y la Política de Seguridad y Privacidad de la Información del Hospital, políticas que se encuentran publicadas en la página web https://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co/
2. En el presente compromiso de confidencialidad tiene por objeto definir, mantener y garantizar las obligaciones de confidencialidad y reserva absoluta que asume en relación con la información que reciba y tenga acceso directamente o a través de los colaboradores, sistemas de información de la institución, procesos de auditorías internas y externas, rondas de liderazgo, paciente trazador y demás herramientas de mejoramiento de la calidad de la institución, que le haya sido suministrada por la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja y sus colaboradores, bien sea entregada por escrito, en medios magnéticos u otros idóneos para su transmisión, o que sea obtenida o conocida directamente y le sea suministrada, con ocasión del apoyo que aquella le brinda a ésta última para las gestiones relacionadas con la ejecución de las actividades y/o funciones que tenga asignadas.
3. Usar la información suministrada para el cumplimiento de mis funciones y no utilizarla de forma alguna que pudiere causar perjuicio directo o indirecto a los titulares o terceros de la información.
4. No divulgar, mostrar, hacer circular, reunir, sustraer, brindar, vender, intercambiar, modificar, recolectar, almacenar o replicar la información dada a conocer por el hospital, aún después de finalizada mi vinculación.
5. No publicar ni disponer de la información que tenga en mi conocimiento en sitios como Internet u otros medios de divulgación o comunicación masiva, preservando la información a la que tenga acceso según las políticas establecidas por el hospital.
6. Utilizar la información únicamente en los términos autorizados y devolver toda información a la persona designada por el hospital una vez se presente una modificación y/o terminación de su contrato, evitando mantener copia parcial o total de la información obtenida o generada con ocasión del desarrollo de las funciones del cargo desempeñado.
7. Garantizar la seguridad y privacidad de la información que se pone en mi conocimiento, haciendo uso de las medidas y medios técnicos de cuidado que ponga a disposición el hospital, todo ello de acuerdo a lo dispuesto en la Política de Seguridad y Privacidad de la Información del hospital.
8. La información del correo electrónico es propiedad del hospital, si el correo se configura en un dispositivo móvil es responsabilidad mía la correcta utilización de la cuenta, si el dispositivo se extravía es mi obligación informar el incidente a la institución.
9. Asistir a las capacitaciones de seguridad de la información y protección de datos personales brindadas por la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja.
10. Atender y cumplir las Políticas de Seguridad y Privacidad de la información de la E.S.E Hospital Universitario San Rafael de Tunja.

Con mí firma acepto los términos y condiciones impuestos en este acuerdo de confidencialidad de la información; el no cumplimiento de los anteriores compromisos podría dar lugar a acciones civiles, disciplinarias, e incluso penales por parte de la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael Tunja o de los titulares a quienes se les afecte en sus derechos.

Se suscribe en la ciudad de , el día ( ) de de 202( ).

Firma
Nombre KAREN VANESSA ALVAYERO MEJÍA
Cédula C.E 567772