Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Florez		Karen Melissa

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1006089810

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 23 MES 11 AÑO 1999

PAÍS Colombia

DEPTO Tolima

MUNICIPIO Dolores

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Cll 7A 41 B/ Jardines

PAÍS Colombia DEPTO Tolima.

MUNICIPIO Dolores

TELÉFONO 3134277438 EMAIL Karenmelissaflorez12@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO: Bachiller Académico.
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES 07 AÑO 2019

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No.SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
T.C	3	X		Auxiliar de enfermeria	08	2022	003984.

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Hospital San Rafael E.S.E	x		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Tolima	Dolores	hospitalsanrafaeldolores@gmail.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3175173293	DÍA 15 MES 08 AÑO 2025	DÍA 31 MES 15 AÑO 2025

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Auxiliar de enfermería	APS	cra 6 #9-02 B/San Rafael

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Hospital San Rafael E.S.E	x		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Tolima	Dolores	hospitalsanrafaeldolores@gmail.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3175173293	DÍA 08 MES 07 AÑO 2024	DÍA 08 MES 12 AÑO 2024

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Auxiliar de enfermería	APS	cra 6#9-02 B/San Rafael

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Hospital San Rafael E.S.E	x		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Tolima	Dolores	hospitalsanrafaeldolores@gmail.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3175173293	DÍA 06 MES 02 AÑO 2024	DÍA 06 MES 06 AÑO 2024

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Auxiliar de enfermería	APS	cra 6#9-02 B/San Rafael

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA .

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Alcaldia Municipal	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Tolima	Dolores	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA 01 MES 02 AÑO 2023	DÍA 31 MES 05 AÑO 2023

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Auxiliar de enfermeria	Salud pública	cll 3 #7-14 Bl La Paz

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Hospital San Rafael E.S.E.	X		Colombia.

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Tolima	Dolores	hospitalsanrafaeldolores@gmail.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3175173243	DÍA 07 MES 01 AÑO 2019	DÍA 07 MES 08 AÑO 2019

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Auxiliar de archivo	Administrativo	cra 6 #9-02 Bl San Rafael

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA .

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDOR PÚBLICO	2	1
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	2	1

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO ⊗ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD 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 Dolores Tolima - Enero 2026

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

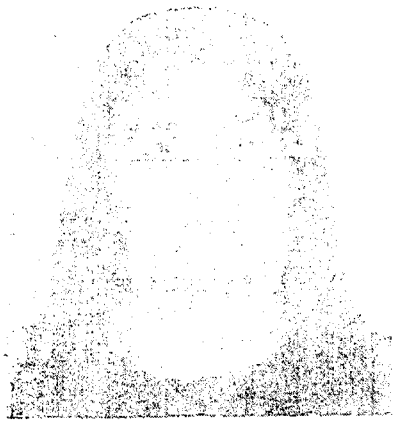
Ciudad y fecha

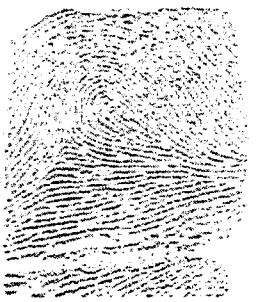
NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

1.003.089.810

FLORES

KAREN MELISSA





PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 287647491

PIB
17:26:28

Bogotá DC, 05 de enero del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) KAREN MELISSA FLOREZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1006089810:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Política y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

Carlos William Rodríguez Millán
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

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 lunes 05 de enero de 2026, a las 17:27:04, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1006089810
Código de Verificación	1006089810260105172704

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 05:27:46 PM horas del 05/01/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1006089810**

Apellidos y Nombres: **FLOREZ KAREN MELISSA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

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

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio 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

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, 05/01/2026 05:28:14 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1006089810** y Nombre: **KAREN MELISSA FLOREZ .**

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. **131777359** . 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

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 17:28:52 horas del 05/01/2026, el ciudadano identificado con cédula de extranjería No. **1006089810.**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **HOSPITAL SAN RAFAEL ESE**, con NIT **890700568-4** 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

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

Que [illegible] Asamblea de Fin de Curso y la acta del Departamento de Diseño, según Resolución N° 151 del 10 de Diciembre de 2018

Certifica a:

FLOREZ MARIN MELISSA

(con identidad) C.C. 1 121 909.011 Duitama (Boy)

El Título de

BACHILLER ACADÉMICO

Por haber cursado y aprobado las asignaturas correspondientes al Plan de Estudios del Nivel de Educación Media Académica, según lo dispuesto en la Ley 115 de 1994, artículo 27 del Decreto 1860 de 1994, artículo 11 y demás normas vigentes.

JORGE ELIECER SALAMANCA
C.C. N° 74.181.187 Santiago
Rector

[illegible]
C.C. N° 1.192.711.109 Santander
Secretaria

Libro de Control Interno N° 001 - Folio N° 1211

Dado en Duitama - Boyacá a los 14 días del mes de Julio de 2019.

INSTITUTO DE EDUCACIÓN [illegible]

[illegible]

BACHILLERATO POR CICLOS

Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Calle [illegible] Barrio [illegible] Dolores - Tolima

Resolución [illegible]

Inscripción DANE No. [illegible]

[illegible]

Acta Individual de Graduación

En la ciudad de Dolores Tolima a los Catorce (14) días del mes de julio de 2016 se reunieron con el fin de formular la graduación de los estudiantes de último ciclo los señores Doctor Jorge Eliecer Gallindo Pyla Secretaria Sandra Liliana Serrano D. en la Rectoría del Instituto de Educación Formal "CEDEDIT30" Bachillerato por Ciclos.

Institución Aprobada en los estudios correspondientes a los Ciclos Lectivos Especiales Integrados (CLEI III y IV de Básica Secundaria y CLEI V y VI de Media Académica) para otorgar el Título de BACHILLER ACADÉMICO según Resolución No. [illegible] de 05 diciembre de 2013. Emanada por la Gobernación del Departamento del Tolima Secretaría de Educación del Tolima.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Académica (Artículo 28 Ley 115 de 1994, Artículo 27 del Decreto 3011 de 1997), se procedió a otorgar el título de:

Bachiller Académico

Al graduando cuyos nombres, apellidos e identificación se relacionan a continuación:

FLOREZ KLAREN DANIELA

Identificado(a) C.C [illegible] Dolores (Tol)

Es Fiel copia tomada del libro de Actas Individuales de graduación No. 001 Folio No 10-11 Acta No 05 que consta de unos (11) estudiantes, inicia con el nombre de [illegible] y cierra con el nombre de [illegible] se encontraron todos conformes y determinaron en cumplimiento a lo ordenado en las disposiciones legales vigentes.

Firmada por JORGE ELIECER [illegible] Rector y SANDRA LILIANA SERRANO, Secretaria.

Dada en Dolores Tolima a los Catorce (14) días del mes de julio del año dos mil dieciseis (2016).

JORGE ELIECER [illegible]
C.C. No. [illegible] Espinal (Tol)
Rector

[illegible]
C.C. No. [illegible] Espinal (Tol)
Secretaria

Instituto de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano
Dirección de Educación Técnica
Especialización en Salud y Salud

Certificado

Entrega de Certificado

Institución Técnica

Con licencia de funcionamiento para dictar de manera de cooperación entre el Instituto de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano en Salud y Salud de la Región de Agosto de 2015, Resolución de Duración de Programa de 2 años de Diplomado de 2020.
Instituto de Educación y Cultura Técnica

Confiere el Certificado de Técnico Laboratorista

Especialidad en

Laboratorio Clínico y Hematología

a

Rosa Elena Flores

Identificado(a) con C.I. N° 12.345.678 de Colón - Cuba

Por haber cursado y aprobado el Programa de Técnico Laboratorista especialidad en Laboratorio de Enfermería con una duración total de 1200 horas.

Dada en Capitanía-Colonia a los 15 días del mes de Agosto del año 2022.

Director/a

Secretario/a

Coordinador/a de Especialidades

[illegible]

"Calidad Educativa con Proyección Empresarial"

Acta conclusión de Graduandos

En la ciudad de Purificación – Tolima a los Doce (12) días del mes de Agosto de 2022, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los egresados de último nivel, los suscritos Directora General y Secretaria, en la dirección del Instituto de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano "ESPINAL EDUCATIVO TOLIMENSE ESPECIALIZADO EN DISTINTAS SALUD" (ESPINAL) Aprobado según acuerdo No. 0045 del 21 Enero de 2011 del Ministerio de Protección Social, Resolución de Registro de Programa 3488 del 20 de Agosto de 2015 y Renovación de programa No. 0132 del 28 de Diciembre de 2020 con la Secretaría de Educación y Cultura del Tolima, en el nivel de Técnico Laboral, para otorgar el certificado que lo acredita como "TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA. Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel Técnico Laboral se procedió a otorgar el certificado de "TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA al graduando cuyos nombres, apellidos y números de documento de identidad se relacionan a continuación:

[illegible]

Identificado (a) con C.C. No. 1.[illegible] de Dolores - Tolima

Es Fiel copia del Libro de acta original de Graduados No. 017, Folio 30, Registro No. 111 De 12 de agosto de 2022; Que consta de treinta y seis (36) folios útiles Graduandos que corresponden con el nombre de Edwin Julián Alvarez Castellanos y se clausura con el nombre de Linda Estefanía Vela Lenis.

Firmada y sellada por Embita Galindo Rodríguez C.C. No. 38.[illegible] de Espinal – Tolima (Directora) y María Alejandra Manjarrés De la C.C No. 1.[illegible] de Ibagué – Tolima (Secretaria).

Dada en Purificación – Tolima a los Doce (12) días del mes de agosto del 2022.

Embita Galindo Rodríguez
Directora

María Alejandra Manjarrés De la
Secretaria

ESPINAL

Calle 14 No. 9-55 El Caballero y Góngora
Tel.: 2394567 - Cel.: 316 3401578

PURIFICACIÓN

Carrera 4 No. 3-56 El Puente
Tel.: 2281234 - Cel.: 317 6789012

E-mail: espinales1@hotmail.com www.espinales.edu.co

GOBERNACIÓN DEL TOLIMA
Secretaría De Salud Del Tolima

RESOLUCIÓN N° [illegible]

"Por la cual se Registra un título y se concede autorización para ejercer como AUXILIAR EN ENFERMERIA"

SECRETARIA DE SALUD DEL TOLIMA
En uso de la facultad conferida por los Decretos 1° 1378 de Agosto 8 de 1994 y 1382 de 2000, del Ministerio de Salud y

CONSIDERANDO

Que KAREN MELISSA FLOREZ identificado (a) con Cédula de Ciudadanía N° 1006038981, ha solicitado el registro del certificado de Aptitud Ocupacional como AUXILIAR EN ENFERMERIA, según diploma N° 311 de fecha 2022-03-10 otorgado por CENTRO EDUCATIVO TOLIMENSE ESPECIALIZADO EN SISTEMAS Y SALUD "CENTECS" y acta de grado N° 317

Que dicho Certificado de Aptitud Ocupacional no requiere registro de la Secretaría de Educación, de conformidad con la directriz trazada en la circular N° 030 del 11 de mayo de 1994,

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO: Registrar el Certificado de Aptitud Ocupacional como AUXILIAR EN ENFERMERIA a KAREN MELISSA FLOREZ identificado (a) con Cédula de Ciudadanía N° 1006038981, título otorgado por CENTRO EDUCATIVO TOLIMENSE ESPECIALIZADO EN SISTEMAS Y SALUD "CENTECS", según acta de grado N° 317 del 2022-03-12.

ARTICULO SEGUNDO: Este registro tiene validez en todo el territorio Nacional y tiene efectos de inscripción para laborar en el Departamento del Tolima.

ARTICULO TERCERO: NOTIFICAR a KAREN MELISSA FLOREZ, el contenido de la presente resolución, en los términos del artículo 67 y s.s. del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

ARTICULO CUARTO: Contra la presente resolución procede el recurso de reposición ante el Secretario de Salud del Tolima y el de apelación ante el Gobernador del Tolima dentro de los 10 días siguientes a la fecha de notificación.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE

Fecha: [illegible] 2022

MARITZA [illegible]
Secretaria de Salud Del Tolima

Elaboró: Oscar Villarreal [illegible] Aprobó: Viviana Eugenia [illegible] Revisó: Diana De Benito [illegible] Sandra Paola Sanchez Melgas

EL TOLIMA ES [illegible]
Secretaría de Salud - Teléfono: [illegible] ext 310 info@saludtolima.gov.co

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *

1006089810

Primer Nombre

Primer Apellido

Confirme los números de la Imagen *

5849

Cambiar

5255

Resultado General -2026-01-05→5:31:29 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	D
CC	1006089810	KAREN	MELISSA	FLOREZ		Vigente	V

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 MELISSA FLOREZ identificado(a) con CC 1006089810 registra La siguiente información:

2026-01-05→5:31:29 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA	2022-11-04	3984	GOBERNACION DEL TOLIMA

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

Educación

FUNSE
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Hace Constar que:

Karen Melissa Florez

CC 1006089810 de Dolores - Tolima

Realizó y aprobó el Curso Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial a Víctimas de Conflicto Armado - Resolución 1166 de 2018
con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-12-31
Fecha de vencimiento: 2027-12-31

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.com.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

FUNSE
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Hace Constar que:

Karen Melissa Florez

CC 1006089810 de Dolores - Tolima

Realizó y aprobó el Curso Soporte Vital Básico RCP (BLS) Resolución 3100 -2019 con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-01-02
Fecha de vencimiento: 2028-01-02

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.com.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

CORPORACIÓN
IBEROAMERICANA
DE PEDAGOGÍA

Hace Constar Que:

Reanara Melissa Alvarez

C.C. 1.006.089.810

Asistió y aprobó los contenidos académicos correspondientes al curso

de

FORMACIÓN EN ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD
PARA VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Con una Intensidad de Cincuenta y Cinco (55) horas.

Se expide el presente Certificado en la ciudad de Ibagué (tolima) a los Doce (12) días del mes de Enero del Año 2024
En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo 2015 Educación Nacional Libro 6 de Educación Art 2.6.4.3.2

JOSE LUIS LOPEZ MURILLO
Director
Corporación Iberoamericana de Pedagogía

FERNEY SANCHEZ CORTES
Profesional especializado en psicología clínica

ORGANIZACIÓN
IBEROAMERICANA
DE PEDAGOGIA

Hace Constar Que:

Karen Melissa Flores

C.C. 1.006.089.810

Asistió y aprobó los estudios correspondientes al

curso

FORMACIÓN EN ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE AGRESIÓN CON AGENTES QUÍMICOS

Con una intensidad de [illegible] y [illegible] horas

Se expide el presente Certificado en la ciudad de Bogotá (Colima) a los Diez (10) días del mes de Enero del Año 2024

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo 2015 Educación Nacional Ministerio de Educación Art. 2.6.6.2

JOSE LUIS RODRIGUEZ ZAMORELLO
Director
Organización Iberoamericana de Pedagogía

ELIZABETH SANCHEZ CORTES
Profesional especializada en [illegible]

CORPORACIÓN
IBEROAMERICANA
DE PEDAGOGÍA

Hace Constar Que:

Mariana Melissa Blanco

C.C. 1.006.089.810

Asistió y aprobó los contenidos académicos del programa de formación en

CURSO

FORMACIÓN EN GESTIÓN DEL DUELO

Con una Intensidad de Cincuenta y Cinco (55) horas

Se expide el presente Certificado en la ciudad de Bogotá (Bolívar) a los Once (11) días del mes de Enero del Año 2024
En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo 2015 Educación Informal Ministerio de Educación Art 2.6.6.8

JOSÉ LUIS RODRIGUEZ MARTINEZ
Director
Corporación Iberoamericana de Pedagogía

PAOLA ALEJANDRA BUITRAGO ARIAS
PSICOLOGA ESPECIALISTA EN PSICOLOGIA CLINICA

CORPORACIÓN
IBEROAMERICANA
DE PEDAGOGÍA

Hace Constar Que:

Yuseisy Melissa Blanquez

C.C. 1.006.089.810

Aprobó y superó las actividades académicas correspondientes al programa de

CURSO:

FORMACIÓN EN TEMA DE: MUESTRAS PARA ANALISIS MICROBIOLOGICO

Con una Intensidad de Cuarenta y Cinco (45) horas

Se expide el presente Certificado en la ciudad de Ibagué (Tolima) a los Diez (10) días del mes de Enero del Año 2024
En cumplimiento del decreto 3075 del 23 de mayor 2013 Educación Formal Ministerio de Educación Art 2.6.6.3

JOSE LUIS RODRIGUEZ ARGUELLO
Director
Corporación Iberoamericana de Pedagogía

BRAYAN ESTEBAN TORRALBA CAÑON
ESPECIALISTA EN GERENCIA DE PROYECTOS
LICENCIADO EN SALUD

IBEROAMERICANA
DE PEDAGOGIA

Hace Constar Que:

Maicen Melissa Blanco

C.C. 1.006.089.810

Asistió y aprobó las actividades académicas del

CURSO

FORMACIÓN EN HUMANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Con una duración de cuarenta y cinco (45) horas

Se expide el presente Certificado en la ciudad de Ibague (Tolima) a los Doce (12) días del mes de Enero del Año 2024
En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo 2015, Libro 2 del Sector Educación del Ministerio de Educación. Art. 2.6.3.3.

JOSE LUIS RODRIGUEZ MURILLO
Director
Corporación Iberoamericana de Pedagogía

BRAYAN FELIPE PINZON PALACIOS
DIRECTOR ESPECIALIZACIONES
CORPORACIÓN IBEROAMERICANA DE PEDAGOGÍA

CORPORACIÓN
IBEROAMERICANA
DE PEDAGOGÍA

Hace Constar Que:

Mariana Melissa Flórez

C.C. 1.006.089.810

Asistió y aprobó los estudios correspondientes al

CURSO

FORMACIÓN EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

Con una intensidad de cincuenta y cinco (55) horas

Se expide el presente Certificado en la ciudad de Ibagué (Tolima) a los Diez (10) días del mes de Enero del Año 2024

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo 2015 | Resolución 3326 del Ministerio de Educación Art 2.6.6.8

JOSÉ LUIS RODRÍGUEZ MORENO
Director
Corporación Iberoamericana de Pedagogía

BRAYAN FELIPE TORRALBA CARDOZO
ESPECIALISTA EN GERENCIA DE PROYECTOS
HECHO PARA LA SALUD

Educación

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Hace Constar que:

Karen Melissa Florez

CC 1006089810 de Dolores - Tolima

Realizó y aprobó el Curso en Promoción y Mantenimiento de la Salud - 3280 / 2018 y Resolución 295 del 2023
con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-01-06
Fecha de vencimiento: 2028-01-06

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.com.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermeria
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

FUNSE
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Hace Constar que:

Karen Melissa Florez

CC 1006089810 de Dolores - Tolima

Realizó y aprobó el Curso Diagnóstico y Manejo Clínico de la Fiebre Amarilla con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-01-04
Fecha de vencimiento: 2028-01-04

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.com.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

6ad60319-9972-4aa4-9c93-f49e239ba57c

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

KAREN MELISSA FLOREZ

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: 75,00 %

6 de enero de 2026

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://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=6ad60319-9972-4aa4-9c93-f49e239ba57c

f44d8dbd-7df3-4d00-bdc6-b162417e8bbc

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

KAREN MELISSA FLOREZ

ha participado y aprobado el Curso Virtual

Precauciones básicas: higiene de manos (COVID-19)

(versión en español revisada y adaptada para la región de las Américas del material disponible en OpenWHO)

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 1 - Porcentaje de aprobación: 88,50 %

6 de enero de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Región de las 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=f44d8dbd-7df3-4d00-bdc6-b162417e8bbc

-4147-89b9-0553bdbf3f6e

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

KAREN MELISSA FLOREZ

ha participado y aprobado el

Curso virtual para gerentes del Programa Ampliado de Inmunización - Enfermedades Prevenibles por Vacunación

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 20 - Porcentaje de aprobación: 71,11 %

5 de enero de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Región de las 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=5c81acc8-cf57-4147-89b9-0553bdbf3f6e

0-45b0-a69e-8eaaff0d5d42

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

KAREN MELISSA FLOREZ

ha participado y aprobado el

Curso virtual para gerentes del Programa Ampliado de Inmunización - Vigilancia y sistemas de información

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 7 - Porcentaje de aprobación: 100,00 %

5 de enero de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Región de las 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=baaabada-e5e0-45b0-a69e-8eaaff0d5d42

8-4aad-b207-48e2e4fc0f68

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

KAREN MELISSA FLOREZ

ha participado y aprobado el

Curso virtual para gerentes del Programa Ampliado de Inmunización - Gerencia del PAI

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 7 - Porcentaje de aprobación: 83,33 %

5 de enero de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Región de las 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=d9108196-cfe8-4aad-b207-48e2e4fc0f68

Cruz Roja Colombiana

HACE CONSTAR QUE:

Karen melissa Florez

N° de identificación: 1006089810

Realizo y completo los requisitos para el curso virtual en:

FORMACIÓN VIRTUAL EN MISIÓN MEDICA

Esta constancia fue generada en Bogotá D.C., Colombia

Insignia: e88a05fd-4bc0-4377-83af-95e9fa6a40c

martes 2 de julio de 2024

VICTORIA EUGENIA RUIZ TORRES

Líder Educación Nacional

Sociedad Nacional de la Cruz Roja Colombiana

Esta constancia no constituye título de idoneidad para el ejercicio de las profesiones de salud

CORPORACIÓN
UNIVERSIDAD AMERICANA
DE EDUCACIÓN

Hace Constar Que

Ramon Melisson Flores

C.C. 1.006.082.810

Aprobó y cumplió las actividades correspondientes al

CURSO

FORMACIÓN EN MANEJO Y USO DEL DRA

Con una intensidad de Cuarenta y Ocho (48) horas

Se expide el presente Certificado en la ciudad de Ibagué (tolima) a los Trece (13) días del mes de Enero del Año 2024
En cumplimiento del decreto 3075 del 26 de mayo 2013 Educación laboral Ministerio de Educación Art 2.6.6.3

JOSE LUIS RODRIGUEZ ZULUAGA
Director
Corporación Universitaria Americana de Educación

BRAYAN BELTRAN TORRALBA CAÑON
Director Programa Académico
Corporación Universitaria Americana de Educación

CORPORACIÓN
IBEROAMERICANA
DE PEDAGOGIA
CIENCIA Y TECNOLOGIA

Hace Constar Que:

Kaiser Mateus Flores

C.C. 1.006.089.810

Asistió y aprobó los contenidos académicos correspondientes al

CURSO

FORMACION EN SALUD MENTAL

Con Una Intensidad de Cuarenta y Cinco (45) horas.

Se expide el presente Certificado en la ciudad de Ibagué (Tolima) a los Once (11) días del mes de Junio del Año 2024
En cumplimiento del decreto 0175 del 26 de mayo 2005 Educación Informal Ministerio de Educación Art 2.6.6.3

JOSE LUIS RODRIGUEZ RUBIO
Director
Corporación Iberoamericana de Pedagogía

CARLOS ALFONSO RAMIREZ VALENCIA
ESPECIALISTA EN PSICOLOGIA DE LA SALUD

UNIVERSIDAD
UNIVERSAL SERICANA
DE PEDAGOGÍA

Hace Constar Que

Kenneth Mathisson Flores

C.C. 1.006.089.810

Asistió y Aprobó los estudios correspondientes al

CURSO

FORMACIÓN EN MANEJO PACIENTE PREVENTIVO COVID-19

Con una Intensidad de Veinte y Cinco (25) horas

Se expide el presente Certificado en la ciudad de Ibague (Tolima) a los Cinco (5) días del mes de Enero del Año 2022
En cumplimiento del decreto 4616 del 26 de noviembre 2008 emanado por el Ministerio de Educación Art 3,4,6,8

JOSE LUIS RODRIGUEZ MURILLO
Director
Corporación Universal Sericana de Pedagogía

CARLOS TORRENTE BUSTAMANTE
Gerente
Auditoria y control Interno

CORPORACIÓN
IBEROAMERICANA
DE PEDAGOGÍA

El Rector del Centro Educativo

Karen Melissa Flores

C.C. 1.006.089.810

Ha aprobado y superado los estándares de competencia establecidos en el

CURSO

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN - PAI

Con una intensidad de Cincuenta y Cinco (55) horas.

Se expide el presente Certificado en la ciudad de Ibagué (Tolima) a los Doce (12) días del mes de Enero del Año 2024
En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo 2015 Educación Informal Ministerio de Educación Art 2.6.6.3

JOSE LUIS RODRIGUEZ BURGOS
Director
Corporación Iberoamericana de Pedagogía

GERMAN TORRENTE BUSTAMANTE
Profesional especializado en gerencia en salud
Auditoria y control interno

CORPORACIÓN
IBEROAMERICANA
DE PEDAGOGÍA
CIENCIA Y TECNOLOGÍA

Hacer Constar Que:

Ramona Melissa Flores

C.C. 1.0066.0889.810

Asistió y aprobó las actividades correspondientes al

CURSO

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN - PAI CON
PROFUNDIZACIÓN EN COVID - 19

Con Una Intensidad de Cuarenta y Cinco (45) horas

Se expide el presente Certificado en la ciudad de Ibagué (Tolima) a los Doce (12) días del mes de Enero del Año 2024
En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo 2015 Educación Informal Ministerio de Educación Art 2.6.6.3

JOSE LUIS RODRIGUEZ BURILLO
Director
Corporación Iberoamericana de Pedagogía

BRAYAN FELIPE TORRALBA CAÑON
REPRESENTANTE LEGAL
CORPORACIÓN IBEROAMERICANA DE PEDAGOGÍA



República
de Colombia

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

Por cuanto dentro de la ley [illegible] para

Hace constar que

KAREN MELISSA [illegible]

Con cédula de Ciudadanía No. [illegible]

Cursó y aprobó la carrera de Formación

[illegible]

con una duración de [illegible] horas

En consecuencia de la anterior, se firma el presente en Bogotá, a los veintiún (21) días del mes de abril de dos mil veintiuno (2021).

Firmado Digitalmente por

[illegible]

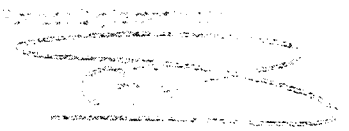
DIRECTOR(A) REGIONAL (E)
Ordenador(a)
CARRERA DE [illegible]
REGIONAL [illegible]

[illegible]
DIRECTOR(A)

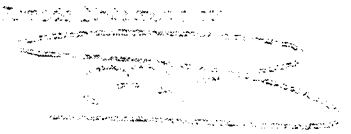
La autenticidad de este documento puede ser validada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número [illegible]

Escaneado con CamScanner









Escaneado con CamScanner

HOSPITAL San Rafael E.S.E Unidos por la efectividad y humanizacion en la atencion en salud NIT. 890-700-568-4	*CERTIFICACIÓN*	
VERSION:1.0	CODIGO: FECHA DE REALIZACION:	PAGINA _ DE _

EL SUSCRITO PROFESIONAL UNIVERSITARIO DEL HOSPITAL SAN RAFAEL E.S.E. DE DOLORES TOLIMA

CERTIFICA:

Que la señora **KAREN MELISSA FLOREZ,** identificada con cédula de ciudadanía No. 1.006.089.810 de Dolores Tolima, presto satisfactoriamente sus servicios en el hospital San Rafael E.S.E bajo los siguientes contratos:

AÑO 2025
CONTRATO #147-2025
FECHA DE INICIO: 15 de agosto de 2025
FECHA DE FINALIZACION: 31 de diciembre de 2025
OBJETO: Prestación de servicios como auxiliar de enfermería para el programa de atención primaria en salud del Hospital San Rafael E.S.E. de Dolores Tolima.

La presente se expide a solicitud del interesado.

En constancia de lo anterior se firma en Dolores Tolima, a los seis (06) días del mes de enero del 2026.

PLACIDO ALEXANDER PEREZ MARTINEZ
Profesional universitario

EL SUSCRITO PROFESIONAL UNIVERSITARIO DEL HOSPITAL SAN RAFAEL E.S.E. DE DOLORES TOLIMA

CERTIFICA:

Que la señora **KAREN MELISSA FLOREZ**, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.006.089.810 de Dolores Tolima, presto satisfactoriamente sus servicios en el hospital San Rafael E.S.E bajo los siguientes contratos:

AÑO 2024
CONTRATO #039-2024
FECHA DE INICIO: 08 de febrero de 2024
FECHA DE FINALIZACION: 08 de junio de 2024
OBJETO: Prestación de servicios como auxiliar de enfermería para el programa de atención primaria en salud del Hospital San Rafael E.S.E. de Dolores Tolima.

CONTRATO #102-2024
FECHA DE INICIO: 08 de julio de 2024
FECHA DE FINALIZACION: 08 de diciembre de 2024
OBJETO: Prestación de servicios como auxiliar de enfermería para el programa de atención primaria en salud del Hospital San Rafael E.S.E. de Dolores Tolima.

La presente se expide a solicitud del interesado.

En constancia de lo anterior se firma en Dolores Tolima, a los catorce (14) días del mes de agosto del 2025.

PLACIDO ALEXANDER PEREZ MARTINEZ
Profesional universitario

[illegible]

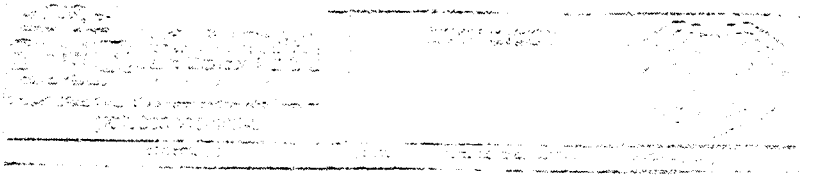
CERTIFICA:

Me permito certificar que KAREN MILEDI FLOREZ, identificada con cedula de ciudadanía N° 1006305812 de [illegible], prestó su servicio como auxiliar de enfermería en salud pública de la alcaldía municipal del municipio de Palmira.

Con contrato N° 163 de 2023, su fecha de inicio corresponde a 01 febrero de 2023, hasta 31 mayo 2023, mediante contrato por prestación de servicios.

Quedo a su completa disposición.

Secretaria de salud, desarrollo social y comunitario



Función Pública

FORMULARIO ÚNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS
Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, Karen Melissa Florez.

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 1.006.089.810 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País	Departamento	Municipio
Colombia	Tolima	Dolores

Dirección	Teléfonos
cll 7A #41 B / Jardines	3134277438

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTÍCULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESIÓN** **PARA RETIRARME** **PARA ACTUALIZACIÓN** **PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** ,QUE LOS ÚNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACIÓN:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	$ -

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Bancolombia.	Ahorros	14158803641	Ruitoque.	

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACIÓN)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

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

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. C.E. T.I.	N°

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Dolores Tolima-Enero 2026

CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 88f83a3c-8544-459a-af38-8f1e8dddb3f4

Nombres y apellidos / Full name

KAREN MELISSA FLOREZ

Tipo de identificación / ID Type

CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number

1 0 0 6 0 8 9 8 1 0

Fecha de nacimiento / Date of birth

23/11/1999

País nacimiento / Country of birth

COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number

NO REGISTRA

Correo electrónico / e-mail

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
		Día / Day	Mes / Month	Año / Year				
VPH	Primera	25	4	2013		J000002	DOLORES ESE HOSPITAL SAN RAFAEL	
VPH	Segunda	31	10	2013		J005613	DOLORES ESE HOSPITAL SAN RAFAEL	
INFLUENZA TRIVALENTE PEDIÁTRICA	Primera	17	9	2014		V501024	DOLORES ESE HOSPITAL SAN RAFAE	
Sarampión Rubéola	Adicional	12	7	2019		0128M411	DOLORES ESE HOSPITAL SAN RAFAE	MELANIA HERRERA HERRERA
COVID JANSSEN	Única	9	7	2021	Janssen	212A21A	DOLORES ESE HOSPITAL SAN RAFAEL	ROSA BETANCOURTH
COVID PFIZER	Primer Refuerzo	10	5	2022	PFIZER	ACC5853	DOLORES ESE HOSPITAL SAN RAFAEL	ROSA ANA BETANCOURTH BARON
Fiebre Amarilla	Única	30	10	2024	Fabricante	X3A871V	DOLORES ESE HOSPITAL SAN RAFAEL	LUISA FERNANDA LOZANO SANCHEZ

El Mnisterio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema deInformación **PAIWEB** del **Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.**

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

El camé podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Mnistery of Health and Social Protection certifies that the informatión in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.

Medical Center IPS

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACION DEL EXAMEN				TIPO DE EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL
07 DIA	02 MES	2024 AÑO	IBAGUÉ (TOLIMA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARA O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULARES CONTADO	PARTICULARES CONTADO
Nombre o razón empresa	Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC Cédula de Ciudadanía, CE Cédula de Extranjería, TI Tarjeta de Identidad, PT Pasaporte)

FLOREZ KAREN MELISSA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	24 AÑOS 2 MESES 19 DIAS	CC Tipo	1006069810 Numero
Apellidos y Nombres				

Cargo
AUXILIAR DE ENFERMERIA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
CON DEFECTO FISICO O ENFERMEDAD QUE NO INTERFIERE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA.

Observaciones: LUMBAGO NO ESPECIFICADO

APTO PARA TRABAJAR EN LA LABOR ASIGNADA

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

RECOMENDACIONES MEDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MEDICO / PROMOCION Y PREVENCION	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE VISUAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
AUDIOMETRIA DE CONTROL EN UN AÑO	SVE AUDITIVO	CONTROL DE PESO
VALORACION POR EPS: LUMBAGO NO ESPECIFICADO	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	ACTIVIDAD FISICA AEROBICA
	SVE OSTEOMUSCULAR: LUMBAGO NO ESPECIFICADO	NO DEP DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Consentimiento Informado del Aspirante o Trabajador autorizo a (compañía) para realizarme el examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen, mis compromisos y mi derecho a conocer oportunidades de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo a (compañía) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento dando el cumplimiento del esquema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación. Igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico	Aspirante o Trabajador
Firma:	Firma:
Nombre: ALVIS BOTELLO ADENAUER	Nombre: FLOREZ KAREN MELISSA
R.M.: 7311698 L.S.O.: 26-10-2018	CC: 1006069810

Nota: Se realizó encuesta epidemiológica al ingreso del paciente a la institución sobre síntomas de COVID -19, contacto con pacientes sospechosos o confirmados de COVID-19 y la realización de viajes en los últimos 15 días. Se realizó la toma de manos según las recomendaciones de la OMS, en los cinco momentos, en técnica y duración. Adicional se utiliza equipo de protección personal y las medidas de protección del paciente para COVID-19 también se realiza limpieza y desinfección de los equipos y áreas después de la atención de cada paciente

Certificación
Bancaria

Lunes, 05 de enero de 2026

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que KAREN MELISSA FLOREZ identificado(a) con CC 1006089810, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta Ahorros	14158803641	2023-10-18	ACTIVO	*****

*Importante: Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.
*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345.Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario

Bancolombia

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com.co

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141197837776

(415)7707212489984(8020) 000014119783777 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
1 0 0 6 0 8 9 8 1 0	5	Impuestos y Aduanas de Ibagué	9	

IDENTIFICACIÓN

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

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Tolima 7 3	Dolores 2 3 6

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
FLOREZ		KAREN	MELISSA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Tolima 7 3	Dolores 2 3 6

41. Dirección principal
CL 9 5 28 BRR MONSERRATE

42. Correo electrónico Karenmeliss321@icloud.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
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 2 2 1 1 0 4						4 1 4 1	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

20- Obtención NIT

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

Exportadores					
55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

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 FLOREZ KAREN MELISSA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO