

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTIÓN TALENTO HUMANO FORMATO LISTA DE CHEQUEO INGRESO PERSONAL OPS		CÓDIGO: AP-TH-FT-013 VERSIÓN: 05 FECHA: 2017-11-08	
A. DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA					
PROCESO SOLICITANTE:		FECHA:	25/03/2018	Nº FOLIOS:	
NOMBRE DEL CANDIDATO	KAREN LIZETH REYES SÁNCHEZ		DOCUMENTO:	1020794308	
TELEFONO	3013497478		ACTIVIDAD SOLICITADA:		
NINGUNA PERSONA SE ENCUENTRA AUTORIZADA PARA INICIAR ACTIVIDADES SIN HABER SUSCRITO PREVIAMENTE EL CONTRATO (FIRMA DE LAS DOS PARTES). TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS DEBEN SER PRESENTADOS EN FISICO					
B. DOCUMENTOS DE LA ENTIDAD PARA SOLICITUD DEL CONTRATO					
1	NECESIDAD DE PERSONAL OPS				
2	SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL				
3	CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL				SI ☐ NO ☐
C. DOCUMENTOS PERSONALES PARA ELABORACIÓN DEL CONTRATO					
1	SOPORTE INSCRIPCIÓN SECOP II	SI ☐	SE DEBE ADJUNTAR EL PANTALLAZO INDICADO - GUARDE SU CONTRASEÑA Y USUARIO YA QUE EL		
2	FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)	SI ☐	FIRMADO CON FECHA ACTUAL Y CIUDAD		
3	DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)	SI ☐	FIRMADO CON FECHA ACTUAL Y CIUDAD		
4	DIPLOMAS ACADÉMICOS	SI ☐	N/A ☐	TECNICOS: DIPLOMA TECNICO Y DIPLOMA BACHILLER - PROFESIONALES: SOLO DIPLOMA PREGRADO - ESPECIALISTAS: DIPLOMA PREGRADO Y DIPLOMA ESPECIALISTA	
5	ACTAS DE GRADO DE CADA TÍTULO ACADÉMICO	SI ☐	N/A ☐	TECNICOS: ACTA TECNICO Y ACTA BACHILLER - PROFESIONALES: SOLO ACTA PREGRADO - ESPECIALISTAS: ACTA PREGRADO Y ACTA ESPECIALISTA	
6	CERTIFICACIONES DE CURSOS FORMALES E INFORMALES	SI ☐	NO ☐		
7	SI ES TITULO DEL EXTRANJERO, RESOLUCIÓN DE CONVALIDACIÓN DE TITULO ANTE MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL / ICFES. (Res. 06950 del 15 de mayo de 2015)	SI ☐	N/A ☐		
8	FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA DE TÍTULOS ACADÉMICOS (Técnicos, Tecnólogos, Profesionales)	SI ☐	N/A ☐		
9	CERTIFICADOS LABORALES REGISTRADOS EN FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA	SI ☐	N/A ☐	ÚNICAMENTE LOS QUE REGISTRADOS EN EL FORMATO DE HOJA DE VIDA	
10	FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA AMPLIADA AL 150%	SI ☐			
11	REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT: CÓDIGO CIU _____ FECHA _____	SI ☐	CON MARCA DE AGUA QUE DIGA: CERTIFICADO O COPIA CERTIFICADO		
12	REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT	SI ☐			
13	LIBRETA MILITAR (Hombres)	SI ☐	N/A ☐		
14	TARJETA PROFESIONAL	SI ☐	N/A ☐		
15	RESOLUCION EXPEDIDA POR SECRETARIA DE SALUD (DISTRITAL O DEPARTAMENTAL) - (Personal en Salud)	SI ☐	N/A ☐	APLICA PARA PROFESIONALES Y TECNICOS DEL AREA DE LA SALUD	
16	CERTIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN EN RETHUS (Personal de salud)	SI ☐	N/A ☐	APLICA PARA PROFESIONALES Y TECNICOS DEL AREA DE LA SALUD	
17	ANTECEDENTES ÉTICO PROFESIONALES DISCIPLINARIOS (Medicina, Enfermería, Odontología, Ingenierías, medicina veterinaria, Derecho, Contaduría, Administración)	SI ☐	N/A ☐		
18	CARNÉ DE VACUNAS DE HEPATITIS B (Personal Asistencial) - Mínimo tres dosis vigentes (0 / 1 mes/ 6 meses/ 1 año - 10 años de vigencia) Y/O O TITULACIÓN (reactiva)	SI ☐	N/A ☐	APLICA A TODOS LOS PERFILES	
19	EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO (Vigencia no mayor a 3 años - Dec. 723/2013)	SI ☐	APLICA A TODOS LOS PERFILES Y DEBE APLICARSELO EN CUALQUIER INSTITUCION LEGALMENTE CONSTITUIDAS		
20	CARNÉ DE RADIOPROTECCIÓN (Personal expuesto a Radiaciones Ionizantes) - Vigencia 4 años	SI ☐	N/A ☐		
21	CERTIFICADO SOPORTE VITAL BÁSICO (Enfermería, Auxiliar de Enfermería, Auxiliar Ambulancias)	SI ☐	N/A ☐		
22	CERTIFICADO SOPORTE VITAL AVANZADO (Médicos Urgencias, atención ambulatoria SPA, salud mental y personal APH)	SI ☐	N/A ☐		
23	CERTIFICADO PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancia - Camilleros)	SI ☐	N/A ☐		
24	LICENCIA DE CONDUCCIÓN (Conductores)	SI ☐	N/A ☐		
25	ESTADO DE MULTAS (Conductores administrativos y ambulancia)	SI ☐	N/A ☐		
26	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL (SARLAF) - Completamente diligenciado	SI ☐	DILIGENCIAR LO QUE SE ENCUENTRA EN GRIS - ESTE FORMATO DEBE VENIR ESCANEADO E IMPRESO CON HUELLA Y FIRMA ORIGINAL		
27	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A EPS - NOMBRE: _____	SI ☐	CERTIFICADO COMO INDEPENDIENTE		
28	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A FONDO DE PENSIÓN - NOMBRE: _____	SI ☐			
29	FORMULARIO DE AFILIACIÓN A ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES - NOMBRE: _____	SI ☐			
30	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES - PROCURADURÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☐			
31	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES FISCALES - CONTRALORÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☐			
32	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PERSONERÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☐			
33	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☐			
34	CERTIFICACIÓN BANCARIA (Debe contener nombre, N° de documento y N° de cuenta)	SI ☐			
D. VERIFICACIÓN Y REGISTRO DE LA INFORMACIÓN					
Vº/Bº Proceso Solicitante		Fecha:			
Vº/Bº Talento Humano:		Fecha:			
Vº/Bº Contratación:		Fecha:			

Buscar[\(Búsqueda avanzada\)](#)

Últimas modificaciones

<u>Nombre</u> ⚙	<u>Correo electrónico</u> ⚙	<u>Fecha de registro</u>	<u>Acceso a la cuenta</u>	<u>Última actualización de estado</u>	<u>Usuario</u> ⚙	
Karen Reyes	kaliresa@gmail.com	12/23/2017 9:48:12 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	Aceptado	12/23/2017 11:12:00 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	Activo	Editar Detalle

OPCIONES

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

VER

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

HERRAMIENTAS

Herramientas no está disponible.



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Reyes	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Sánchez	NOMBRES Karen Liseth
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1.020 994.308		SEXO F ☒ M ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO _____ D.M. _____		NACIONALIDAD PAÍS Colombia COL. ☒ EXTRANJERO ☐
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 30 MES 06 AÑO 1994 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. MUNICIPIO Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA C/ 155 BIS 7 69 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. MUNICIPIO Bogotá D.C. TELÉFONO 3013497478 EMAIL Kaliresa@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:
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	☒	MES 12 AÑO 2011

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRUCTURA EN 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		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
TL	6	☒		Tecnología en Saneamiento Ambiental	07	2015	25520-044194 CND
UN	10		☒	Ingeniería Ambiental			

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		☒			☒			☒	

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 469 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 Gubred Centro Oriente E.S.E	PÚBLICA x	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C	MUNICIPIO Bogotá D.C	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD atencionusuario@subredcentrooriental.gov.co	
TELÉFONOS 3444484	FECHA DE INGRESO DÍA 22 MES 06 AÑO 2017	FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 03 AÑO 2018	
CARGO O CONTRATO ACTUAL Técnico Ambiental	DEPENDENCIA Vigilancia Sanitaria	DIRECCIÓN Dg 34 5 43	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Hidráulicas Reyes S.A.S	PÚBLICA	PRIVADA x	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C	MUNICIPIO Bogotá D.C	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD hidraulicasreyes@yahoo.com	
TELÉFONOS 3202262139	FECHA DE INGRESO DÍA 01 MES 06 AÑO 2016	FECHA DE RETIRO DÍA 20 MES 05 AÑO 2017	
CARGO O CONTRATO Coordinadora SGSSST	DEPENDENCIA SGSSST	DIRECCIÓN Cl 151 111A 25	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Hidráulicas Reyes S.A.S	PÚBLICA	PRIVADA x	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C	MUNICIPIO Bogotá D.C	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD hidraulicasreyes@yahoo.com	
TELÉFONOS 314 4752196	FECHA DE INGRESO DÍA 10 MES 07 AÑO 2014	FECHA DE RETIRO DÍA 20 MES 12 AÑO 2014	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO	FECHA DE RETIRO 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		10
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	6
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	2	4

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 Bogotá D.C - 25/03/2018

Karen de la H. Reyes Sánchez
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

FORMATO ÚNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEYES 180 DE 1995 Y 443 DE 1996)

INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO

COBERTURA: Este Formulario Único de Declaración Juramentada de Bienes y Rentas y Actividad Económica Privada debe ser diligenciado por todo servidor público, antes de tomar posesión de un cargo o empleo público y al momento de su retiro. Además, debe ser diligenciado como actualización, por todo servidor público, que al último día del mes de marzo de cada año, se encuentre vinculado con el Estado, de acuerdo con lo establecido en el artículo 1º del Decreto 736 de 1996.

INSTRUCCIONES GENERALES :

Diligencie este formato en letra imprenta y en tinta únicamente de color negro. No omita ningún dato. Si los espacios no permiten la relación completa y adecuada de la información, amplíe los datos en hojas en blanco, haciendo referencia al numeral que requiere complementar.

DEFINICIONES :

Acreencias y obligaciones vigentes : Hace referencia al conjunto de deudas que posee el servidor público a la fecha de posesión, actualización de datos o retiro de la entidad.

Actividades económicas de carácter privado : Son todas aquellas actividades que el servidor público realiza de forma ocasional o permanente, con el propósito de lograr recursos adicionales a los devengados con el Estado.

Bienes patrimoniales : Es el conjunto de activos que una persona posee. Estos activos incluyen los bienes muebles e inmuebles. El valor que se debe presentar es el comercial, o el resultante de la utilización de los métodos de depreciación y de ajustes admitidos por las normas contables del país.

Calidad de miembro : Hace referencia al tipo de nombramiento o participación que una persona posee dentro de una junta directiva, un consejo o una sociedad legalmente establecida.

Carácter de la entidad : Hace referencia a si estas entidades son públicas o privadas.

Ciudad y fecha : Corresponde al corte de cuentas establecido en el Decreto 2232 de 1995.

Declaración juramentada : Se considera como declaración juramentada la presentación de este formulario, debidamente diligenciado y firmado, ante la entidad empleadora. Con el artículo 10 del Decreto 2150 de 1995 quedó abolida la obligatoriedad de su presentación ante Notario Público.

Ingresos y rentas del último año gravable : Son todos los ingresos obtenidos en el año calendario inmediatamente anterior al de la presentación de esta declaración.

Participación en juntas, consejos y sociedades : Hace referencia a cualquier vínculo como socio, asociado y/o propietario de cualquier tipo de corporación, sociedad o asociación legalmente establecida.

Primer grado de consanguinidad : Se refiere estrictamente a padres e hijos del servidor público.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS :

1. Declaración juramentada

1.1 Bienes y rentas.

- Escriba su nombre completo, marque con una X el documento de identificación. Escriba el número respectivo y todos los datos de su domicilio principal.
- Relacione todos los parientes de primer grado, escribiendo los apellidos y nombres, el documento de identidad y su parentesco.
- Marque con una X la razón por la cual está diligenciando la presente declaración.
- Relacione todos los ingresos y rentas obtenidos en el año inmediatamente anterior.
- Relacione todas las cuentas corrientes y de ahorro que posea en Colombia y en el exterior, de forma directa o por interpuesta persona.
- Relacione todos los bienes que posee, según tipo (casa, apartamento, carro, etc.), indicando las características respectivas de cada uno de ellos y el valor comercial.
- Relacione todas las obligaciones que posee a la fecha, indicando el acreedor, el concepto y el valor.

1.2 Participación en juntas y sociedades:

- Relacione los concejos directivos y las juntas a que pertenece.
- Relacione las corporaciones, sociedades o asociaciones en las que tiene participación como socio, propietario o empleado.
- Marque con una X la casilla correspondiente a si posee o no sociedad conyugal o de hecho vigente, indicando el nombre y el documento de identidad del cónyuge o compañero permanente.

2. Información sobre Actividades Económicas Privadas:

Incluya en este cuadro la información de todas las actividades económicas privadas que le generan ingresos adicionales a los obtenidos en el sector público, indicando las características de dichas actividades y la forma en que se beneficia de ellas.

3. Firma del Servidor Público:

Con la firma, manifiesta usted bajo la gravedad del juramento que los datos consignados en el presente formulario son veraces.

I. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO: Karen Liseth Reyes Sánchez

IDENTIFICADO CON: C.C. ☒ C.E. ☐ OTRO ☐ No. 1.020.794.308 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

DIRECCIÓN: C/ 155 BIS 7 69 TELÉFONOS: 6740793/3013497478

MUNICIPIO: Bogotá D.C. DEPARTAMENTO: Bogotá D.C. PAÍS: Colombia

Y TENIENDO COMO PARIENTES EN PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD (PADRES E HIJOS) A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
Antonio María Reyes Reyes	80409075	Padre
Maria Libia Sánchez Medina	39773238	Madre

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3o., 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	\$4.500.000
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	
ARRIENDOS	
HONORARIOS	\$15.000.000
OTROS INGRESOS Y RENTAS	
TOTAL	\$19.500.000

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
Banco de Bogotá	Ahorros	043348333	C/ 116 18640	0

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR

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 ☒ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

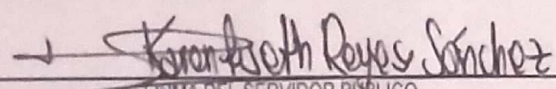
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CÓNYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	Nº
	C.C. ☐ C.E. ☐ OTRO ☐	

2 ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN

3. FIRMA


FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO

Bogotá D.C - 25/03/2018
CIUDAD Y FECHA



La República de Colombia
El Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre, el

Colegio María Inmaculada

Bogotá D.C.

Aprobado mediante resoluciones vigentes Nos. 5565 del 13 de octubre de 1971, 19365 del 4 de Noviembre de 1980 del Ministerio de Educación Nacional, y resoluciones Nos. 073 del 31 de enero de 1992 4633 del 27 de octubre de 1994, 2222 del 31 de julio de 1995 y 1378 del 26 de abril de 1999 de la Secretaría de Educación

Confiere a:

Karen Liseth Reyes Sánchez

Identificada con I.D. No. 94063001214 de Bogotá D.C.

El Título de

Bachiller Comercial

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



Mrs. Gloria Rocio Chiriboga
Rectora

Liseth Fonseca Fonseca
Secretaria

Expedido al folio No. 37 Acta General No. 034 del 2 de diciembre de 2011

Dado en Bogotá D.C., a 2 de diciembre de 2011

No requiere registro, según Decreto No. 921 del 6 de Mayo de 1994, expedido por el M.E.N.


A UNIVERSIDAD DISTRITAL FRANCISCO JOSÉ DE CAI

CONFIERE EL TÍTULO DE

Tecnóloga en Saneamiento Ambiental

A
Karen Lizeth Reyes Sánchez

Con C.C. No. 1.020.794.308 de Bogotá D.C.

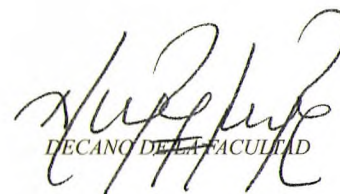
*QUIEN CUMPLIÓ CON LAS CONDICIONES ACADÉMICAS REQUERIDAS.
EN TESTIMONIO DE ELLO OTORGA EL PRESENTE*

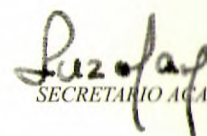
DIPLOMA

EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D. C., A LOS 31 DÍAS DEL MES DE Julio DE 2015


RECTOR


SECRETARIO GENERAL


DECANO DE LA FACULTAD


SECRETARIO ACADÉMICO

No. **22414**

Registro No. FMA 9877 Folio No. 127 Libro No. 1



COLEGIO MARIA INMACULADA

Av. Carrera 7ª. No.166-71
Tel. 6711177 - 6796686
Bogotá D.C.

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

Inscripción S.E.D. 182
Inscripción DANE 311848-002416

En la ciudad de Bogotá, D.C. a los dos (02) días del mes de diciembre del año 2011, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de las estudiantes de último grado, las suscritas Rectora y Secretaria Académica del **COLEGIO MARIA INMACULADA**, Aprobado mediante Resoluciones vigentes Nos. 5565 del 13 de octubre de 1971, 19365 del 4 de noviembre de 1980, Ministerio de Educación Nacional y Resolución No.073 del 31 de enero de 1992, 4633 del 27 de octubre de 1994, 2222 del 31 de julio de 1995 y 1378 del 26 de abril de 1999, de Secretaría de Educación Bogotá, para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad Comercial.

Comprobada la situación legal y académica de cada una de las estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el **TÍTULO DE BACHILLER COMERCIAL**, a la graduanda cuyos nombres, apellidos y número del documento de identidad se relaciona a continuación:

Karen Liseth Reyes Sánchez

T.I. No. 94063001214 de Bogotá

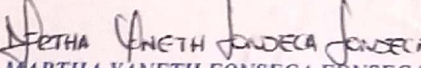
Es fiel copia tomada del Acta original general No.034 del dos (02) de diciembre del año 2011, que consta de 26 estudiantes, que inicia con el nombre de: LUZ HELENA ARROYO ARÉVALO y se cierra con el nombre de: CINDY ALEJANDRA URREA RAMÍREZ.

Firmada y sellada por: HNA.GLORIA ROCÍO ARISTIZABAL ARISTIZABAL Rectora y MARTHA YANETH FONSECA FONSECA Secretaria.

Dada en Bogotá D.C. a los dos (02) días del mes de diciembre del año dos mil once (2011).

Firman,


HNA. GLORIA ROCÍO ARISTIZABAL ARISTIZABAL
Rectora
C.C.No.24. 868.808 de Pensilvania


MARTHA YANETH FONSECA FONSECA
Secretaria
C.C.No.52.500.650 de Bogotá D.C.



LA UNIVERSIDAD DISTRITAL FRANCISCO JOSÉ DE CALDAS

Con Personería Jurídica reconocida por el Ministerio de Justicia mediante resolución No. 139 de 1950 en cumplimiento del Decreto Presidencial 0844 de 1999 y la resolución 1017 de 1996 del ICFES.

Acta de Grado No. *FMA 9877*

LA SECRETARIA ACADEMICA DE LA FACULTAD DE MEDIO AMBIENTE Y RECURSOS NATURALES DE LA UNIVERSIDAD DISTRITAL "FRANCISCO JOSÉ DE CALDAS", COMPULSA A CONTINUACION EL ACTA DE GRADO DE:

KAREN LIZETH REYES SÁNCHEZ

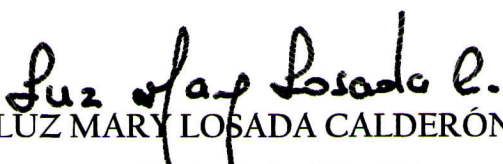
En Bogotá D.C., a los 31 días del mes de Julio de 2015, se efectuó en el Auditorio de la Sede Macarena 'A' de la Universidad Distrital Francisco José de Caldas, el acto solemne de grado de **KAREN LIZETH REYES SÁNCHEZ**, identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía No. 1020794308 de Bogotá D.C., quien terminó sus estudios de acuerdo a los pénsumes y reglamentos de la Universidad y presentó el Trabajo de Grado titulado:

"EVALUACIÓN BIOCIDA DEL EXTRACTO ETANÓLICO DE LA SEMILLA DE Capsicum Annuum Linnaeus (Solanales, Solanaceae) "AJÍ" SOBRE LARVAS DE IV ESTADIO DE Culex quinquefasciatus say (díptera: culicidae) EN CONDICIONES DE LABORATORIO".

Del cual fue director (a) **Veterinario. DIEGO TOMAS CORRADINE MORA**

Según Acta de sustentación el Trabajo mereció el carácter de **APROBADO** con una calificación de 4.0.

Acto seguido el señor Rector de la Universidad Distrital, tomó juramento de rigor y le confirió el título de **TECNÓLOGA EN SANEAMIENTO AMBIENTAL** y dispuso la entrega inmediata del Acta del presente Grado y la del Diploma que acredita el correspondiente título universitario.


LUZ MARY LOSADA CALDERÓN
SECRETARIA ACADEMICA

FACULTAD DEL MEDIO AMBIENTE Y RECURSOS NATURALES

Registro de Diploma No. FMA 9877 Folio 127

Bogotá D.C

Señores:

Universidad Distrital Francisco José de Caldas
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

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

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

Tecnólogo en Geroambiente Ambiental
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

Karon Liseth Reyes Sánchez

No. de documento:

1.020.794.308

Tarjeta profesional No:

25520-044194 CND

Dirección de contacto:

C/ 155 BIS 7 69

Teléfono:

6740793 / 3013497478



Hidráulicas Reyes S.A.S

NIT. 900.752.960-7

Bogotá, 13 de Enero de 2015

HIDRAULICAS REYES S.A.S

CERTIFICA

Que la señorita KAREN LISETH REYES SÁNCHEZ identificada con CC. 1020794308 de Bogotá laboro con nosotros en el área ambiental, diseñando y supervisando un plan de gestión de residuos de construcción y demolición, durante un período de 6 meses, tiempo en el cual demostró responsabilidad, honestidad y cumplimiento en todas sus labores encomendadas.

Para constancia se firma a solicitud del interesado a los 13 días del mes de Enero de 2015.

Atentamente,



Hidráulicas Reyes S.A.S
NIT. 900.752.960-7

José Reyes
CC. 80.416.274
Representante Legal
HIDRAULICAS REYES S.A.S
Nit. 900.752.960-7



Hidráulicas Reyes S.A.S
NIT 900.752.960-7

**INSTALACIONES
HIDRAULICAS, SANITARIAS, GAS
Y REDES CONTRA INCENDIO**



CALLE 151 No. 111 A 25 CASA 115
TELEFAX: 6891835 CEL. 314 4752196 / 315 6492332
E-mail. hidraulicasreyes@yahoo.com



Hidráulicas Reyes S.A.S

NIT. 900.752.960-7

Bogotá, Mayo 22 de 2017

Ref. RECOMENDACIÓN LABORAL

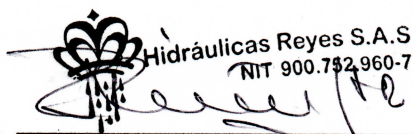
A QUIEN PUEDA INTERESAR

Con la presente certifico que la señorita **KAREN LISETH REYES SANCHEZ SUAREZ** identificada con cedula de ciudadanía N° 1.020.794.308 de Bogotá, trabajó para esta empresa desde el día 1 de Junio de 2016 hasta el día 20 de Mayo de 2017, desempeñando el cargo de coordinadora del sistema de gestión en seguridad y salud en el trabajo SGSST.

Durante ese tiempo demostró ser una persona honesta, responsable y cumplidora de sus deberes encomendados a la cual puedo recomendar ampliamente.

Se expide a solicitud de la interesada el día (22) veintidos de mayo del año 2017.

ATENTAMENTE


Hidráulicas Reyes S.A.S
NIT 900.752.960-7

JOSE CLAUDIO REYES R.
Representante legal

**INSTALACIONES
HIDRAULICAS, SANITARIAS, GAS
Y REDES CONTRA INCENDIO**



CALLE 151 No. 111 A 25 CASA 115
TELEFAX: 6891835 CEL. 314 4752196 / 315 6492332
E-mail. hidraulicasreyes@yahoo.com

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.020.794.308**
REYES SANCHEZ

APELLIDOS
KAREN LIZETH

NOMBRES

Karen Lizeth Reyes Sanchez

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **30-JUN-1994**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.67
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

04-JUL-2012 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1500150-00636615-F-1020794308-20141107

0040848312A 4

1333043903

Formulario del Registro Unico Tributario Hoja Principal		 Modelo Único de Registro - Servicio y Control Automatizado	001
2. Concepto: ☐ 0 ☒ 2 Actualización <small>Espacio reservado para la DIAN</small>		4. Número de formulario: 14417908130 <small>(415)7707212489984(80/0) 000001441790813 0</small>	
5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 1 0 2 0 7 9 4 3 0 8 - 3		6. DV: 3 12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá 14. Buzón electrónico: 3 2	
IDENTIFICACION			
24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida ☒ 2		25. Tipo de documento: Cédula de ciudadanía ☒ 1 3	
26. Número de identificación: 1 0 2 0 7 9 4 3 0 8		27. Fecha expedición: 2 0 1 2 0 7 0 4	
Lugar de expedición: COLOMBIA		28. País: 1 6 9	
29. Departamento: Bogotá D.C.		30. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C.	
31. Primer apellido: REYES		32. Segundo apellido: SANCHEZ	
33. Primer nombre: KAREN		34. Otros nombres: LIZETH	
35. Razón social:			
36. Nombre comercial:			
37. Sigla:			
UBICACION			
38. País: COLOMBIA		39. Departamento: Bogotá D.C.	
40. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C.		41. Dirección principal: CL 155 BIS 7 69 BRR BARRANCAS	
42. Correo electrónico: qarenre@hotmail.com		43. Código postal: 6 7 4 0 7 9 3	
44. Teléfono 1: 3 0 1 3 4 9 7 4 7 8		45. Teléfono 2:	
CLASIFICACION			
Actividad económica			Ocupación
Actividad principal		Otras actividades	
46. Código: 3 9 0 0	47. Fecha inicio actividad: 2 0 1 2 0 2 1 2	48. Código: 8 2 9 9	
49. Fecha inicio actividad: 2 0 1 4 0 5 1 4		50. Código: 1 2	
51. Código:		52. Numero establecimientos: 0	
Responsabilidades, Calidades y Atributos			
53. Código: 1 2			
12- Ventas régimen simplificado			
Obligados aduaneros		Exportadores	
54. Código:		55. Forma:	
56. Tipo:		57. Modo:	
58. CPC:		59. Anexo: SI ☐ NO ☒	
60. No. de folios: 0		61. Fecha: 2 0 1 7 0 6 1 0	
La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada. Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013 Firma del solicitante:		Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice. Firma autorizada:	
984. Nombre: REYES SANCHEZ KAREN LIZETH		985. Cargo: CONTRIBUYENTE	



DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 12-06-2017
Hora: 7:11:51 AM
Página 1 de 1

CONTRIBUYENTE NIT 1020794308-3 KAREN LIZETH REYES SANCHEZ

Información General

Dirección CL 155 BIS 7 69

Teléfonos 6740793/3013497478

Dirección electrónica karenre@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 05/02/2015

Soporte Inscripción 16517240

Fecha Inicio Actividades 14/05/2014

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 39002-ACTIVIDADES DE SANEAMIENTO AMBIENTAL Y OTROS SERVICIOS DE GESTION DE DESECHOS PRESTADOS POR CONTRATISTAS DE CONSTRUCCION, CONSTRUCTORES Y

Actividad 2: 8299-OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIO DE APOYO A LAS EMPRESAS N.C.P.

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 17002012737



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

Kr 30 25 90 Dirección Distrital de Impuestos Bogotá D.C. Colombia

Fuente ICA TE TOCA



REPÚBLICA DE COLOMBIA
COPNIA
Consejo Profesional Nacional de Ingeniería

Certificado de Inscripción Profesional Auxiliar No.

25520-044194 CND

Fecha de Expedición: **21/08/2015**

Nombre:

**KAREN LIZETH
REYES SANCHEZ**

Cédula:

C.C. 1020794308

Profesión:

**TECNOLOGA EN SANEAMIENTO
AMBIENTAL**

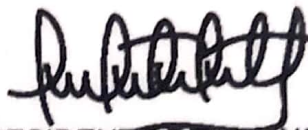
Institución:

**UNIVERSIDAD DISTRITAL
FRANCISCO JOSE DE CALDAS**



156599/5915

Este es un documento público expedido en virtud de la Ley 842 de 2003,
que autoriza al titular ejercer como Profesional Auxiliar de la Ingeniería
en el Territorio Nacional.



PRESIDENTE DEL CONSEJO

TERMINAL NACIONAL DE INGENIERIA

TERMINAL NACIONAL

TERMINAL NACIONAL DE INGENIERIA CONSEJO PROFESIONAL NACIONAL DE INGENIERIA CONSEJO PROFESIONAL NACIONAL DE INGENIERIA CONSEJO PROFESIONAL NACIONAL DE INGENIERIA

En caso de extravío debe ser remitida al COPNIA. Calle 78 No. 9-57 primer piso
Línea Nacional: 01 8000 116590

REPÚBLICA DE COLOMBIA
CONSEJO PROFESIONAL NACIONAL DE
INGENIERÍA
COPNIA
EL DIRECTOR GENERAL

CERTIFICA:

1. Que REYES SANCHEZ KAREN LIZETH identificado (a) con Cédula de Ciudadanía N° 1020794308, se encuentra inscrito(a) en el Registro Profesional Nacional que lleva esta entidad, como TECNÓLOGO EN SANEAMIENTO AMBIENTAL con Certificado de Inscripción Profesional N° 25520-044194 CND desde el (los) veintiuno (21) día(s) del mes de agosto del año dos mil quince (2015).
2. Que la (el) Certificado de Inscripción Profesional es la autorización que expide el Estado para que el titular ejerza su profesión en todo el territorio de la República de Colombia, de conformidad con lo dispuesto en la Ley 842 de 2003.
3. Que la (el) referida (o) Certificado de Inscripción Profesional se encuentra vigente, por lo cual el profesional certificado actualmente NO está impedido para ejercer la profesión.
4. Que el profesional NO tiene antecedentes disciplinarios ético-profesionales.
5. Que la presente certificación tiene una validez de seis (6) meses y se expide en Bogotá, D.C., a los veinticinco (25) días del mes (marzo) del año dos mil dieciocho (2018).



RUBÉN DARÍO OCHOA ARBELÁEZ

Firma del titular (*)

(*) Con el fin de verificar que el titular autoriza su participación en procesos estatales de selección de contratistas. La falta de firma del titular no invalida el Certificado.

El presente es un documento público expedido electrónicamente con firma digital que garantiza su plena validez jurídica y probatoria según lo establecido en la Ley 527 de 1999.

Para verificar la integridad e inalterabilidad del presente documento consulte en el sitio web <http://gdocumental.copnia.gov.co/invesiteCSV> indicado el código que se encuentra en el costado izquierdo de este documento

Calle 78 N° 9 - 57 Piso 13 - Bogotá D.C. Pbx: 3220102 - Correo-e: contactenos@copnia.gov.co
www.copnia.gov.co

Este carné es válido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

Consérvelo

En caso de requerir el certificado Internacional de Vacunación
o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO



MinSalud

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Kolien Liseth
Apellidos: Reyes Sanchez
Documento de identidad: C.C. ☒ T.I. ☐ Pasaporte ☐ No. 102074308
Fecha de Nacimiento: Día Mes Año

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	10 JUN. 2017	compensar salud 3402805/19	Johanna Sanchez M.
	2	15 JUL 2017	43402805	GINNA SILVA
	3	26 MAR. 2018	43402805	IMUNIZACION
	R	26/03/2019	43402805	COMUNIDAD Viana Castiblanco B.

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Virus de Papiloma Humano				



PORSALUD LTDA

Calle 145A No. 94 A - 17 Bogotá Colombia
PBX: 7462603 - 7462753 Página web: www.porsaludips.com



N° 5.831

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
12	06	2017	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO			
DÍA	MES	AÑO	Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
PARTICULAR				PARTICULARES			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
REYES SANCHEZ KAREN LIZETH				Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres				FEMENINO	22 AÑOS 11 MESES 12 DÍAS	CC	1020794308
Cargos							
TECNICO AMBIENTAL							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL				APTO CON PATOLOGÍAS			
Observaciones: NO APLICA							
NO SE EVALUARÁN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)				N/A			
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO	RECOMENDACIONES		
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NINGUNA	NINGUNA		
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO				✓			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
				USO DE EPP		HABITOS SALUDABLES	
				PAÚSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
				SVE OSTEOMUSCULAR		DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
Autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento el doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad 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 al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema 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 completamente diligenciados en mi presencia y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.							
Médico				Aspirante o Trabajador			
Firma:				Firma:			
Nombre: BOLIVAR HERNANDEZ ALEJANDRO				Nombre: REYES SANCHEZ KAREN LIZETH			
R. M.: 3699-11 L.S.O.: 7317				CC: 1020794308			



SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO - SARLAFT

FECHA: 25/03/18 **CIUDAD:** Bogotá D.C. **DEPARTAMENTO:** Bogotá D.C.
 Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el numeral 5.2.2.2.1. de la Circular Externa No. 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de carácter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

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

PROVEEDOR ☐ **PARTICULAR** ☐ **CONTRATISTA OPS** ☒ **SERVIDOR PÚBLICO** ☐ **OTRO** ☐ **CUAL:**

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO Rojas	SEGUNDO APELLIDO: García	PRIMER NOMBRE Karen	SEGUNDO NOMBRE Lizeth
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐	No IDENTIFICACIÓN 1 020 994 308	Bogotá D.C.	2012/07/04
PASAPORTE ☐ OTRO ☐	ES RESIDENTE EN COLOMBIA SI ☒ NO ☐		
FECHA NACIMIENTO: 30/06/1994	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio) Bogotá D.C.	PAIS NACIMIENTO Colombia	NACIONALIDAD: Colombiana
ESTADO CIVIL		PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS
SOLTERO(A) ☒ CASADO ☐ DIVORCIADO(A) ☐ EN LIBRE ☐			
TELEFONO CELULAR 3013497478			

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACIÓN ACADÉMICA

MAESTRO ☐ **POSGRADO** ☐ **UNIVERSITARIO** ☐ **BACHILLER** ☐ **OTRO** ☐ **PRIMARIA** ☐ **TÉCNICO** ☐ **TÉCNOLOGO** ☒ **CUAL:** Técnico Ambiental

DIRECCIÓN RESIDENCIA: Cl 155 BIS 7 69	CIUDAD RESIDENCIA Bogotá D.C.	DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	PAIS RESIDENCIA: Colombia	TELEFONO RESIDENCIA 67407993
CORREO ELECTRÓNICO: Kaliresa@gmail.com	PORTAL O PÁGINA INTERNET		TIPO DE VIVIENDA	
		PROPIA ☐ FAMILIAR ☒ ARRENDADA ☐		
DIRECCIÓN ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELÉFONO/FAX

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD)
C.C. ☐ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐	NUMERO IDENTIFICACIÓN		
PASAPORTE ☐ OTRO ☐	CUAL:	ES RESIDENTE EN COLOMBIA SI ☐ NO ☐	NACIONALIDAD

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA:

ASALARIADO ☐	ESTUDIANTE ☐	HOJAR ☐	PENSIONADO ☐	CUAL:
SOCIO ☐	CONTRATISTA ☒	COMERCIANTE ☐	EMPLEADO PÚBLICO ☐	
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐	EMPLEADO SOCIO ☐		OTRA ☐	
INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA	SI ☐ IVA NO ☒ ICA	SI ☐ NO ☒ SI ☐ NO ☒	CÓDIGOS C.U.U. ACTIVIDAD ECONÓMICA 3900
				PRINCIPAL: ☒ SECUNDARIA: ☐
GRAN CONTRIBUYENTE SI ☐ NO ☒	AGENTE RETENEDOR	SI ☐ NO ☒	AGENTE AUTORETENEDOR	SI ☐ NO ☒

FUNCIONARIO PÚBLICO SI ☐ NO ☒		ADMINISTRAR RECURSOS PÚBLICOS SI ☐ NO ☒		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente	
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA GOBIERNO ☐ VECIOS ☐ UD ☐ # NIT ☐					
EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ BIOLOGIA ☐ AERONAUTICA ☐ MEDICINA ☐					
OTRA ☐ CUAL ☒					
DIRECCION DE LA EMPRESA Dg 34.5.43		TELEFONO 3444484		CIUDAD/MUNICIPIO Bogotá D.C.	
CARGO ACTUAL Técnico Ambiental		DEPARTAMENTO Bogotá D.C.		PAIS Colombia	
		FECHA VINCULACION 22/06/17			

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	\$1.500.000	GASTOS FAMILIARES	\$300.000	AHORROS	\$0	SALDO HIPOTECA	\$0
HONORARIOS	\$0	ARRIENDOS	\$0	INVERSIONES	\$0	TARJETAS DE CREDITO	\$0
ARRIENDOS	\$0	CUOTA VEHICULO	\$0	VEHICULOS	\$0	DEUDA VEHICULOS	\$0
COMISIONES	\$0	CUOTA VIVIENDA	\$0	PROPIEDADES	\$0	DEUDAS TERCEROS	\$0
OTROS INGRESOS*	\$0	OTROS EGRESOS*	\$0	OTROS ACTIVOS*	\$0	OTROS PASIVOS*	\$0
TOTAL INGRESOS	\$1.500.000	TOTAL EGRESOS	\$300.000	TOTAL ACTIVOS	\$0	TOTAL PASIVOS	\$0
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS	

6. REFERENCIAS PERSONALES

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Jimenez	Bocanegra	Jenny	Alexandra
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR
Cl 61 BIS SUR 92 25	Bogotá D.C.	Cuñada	314 3208310

7. REFERENCIA FINANCIERA (cuenta de ahorros)

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Banco de Bogotá	Cuenta de Ahorros	043348333	Cl 116 18b 40	3820000

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS:

IMPORT ☐ EXPORT ☐ TRANSFERENCIA ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐

CUAL: _____

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

Técnico Ambiental

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

5. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 días o constancia de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de sustracción y retención de impuestos - declaración de renta si es declarante.
Pensionado: Certificado de pensión o dependencia de pago de los últimos tres meses o declaración de Renta si es declarante.
Profesional Independiente/Contratista por OPS: Constancia de Honorarios o Certificación de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de sustracción o constancia de arrendamiento o extracción bancaria de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o ciudadanías financieras certificadas o declaración de renta si es declarante. *Nota:* Si presenta estudios financieros o certificaciones de ciudades, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legítimo.
Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio o extracción bancaria de los últimos tres meses o declaración de renta si es declarante.

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio (Para Comerciantes)
 2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT
 3. Fotocopia Inscripción en el Rr DISTRITAL
 4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.
 5. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
 6. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso (Obligados a llevar contabilidad)
- APODERADO:** Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.
- NOTA:** Todos los conceptos de ingreso deben estar debidamente soportados (Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

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

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son recogidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratan observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900 959 051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 43, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:

A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministraré mis datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.

B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:

1. **FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES.** Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Público, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION. Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivadas de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios. d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelanten gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, y a cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES. Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.

5. DATOS SENSIBLES. Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.

6. DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES. Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

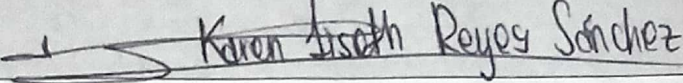
7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION. Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION. Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal c) del numeral 3 anterior, serán: a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, teléfono 344 44 84, e-mail sarilafta@subredcentroorient.gov.co) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude (INDICAR DIRECCION, CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO).

9. AUTORIZACION. De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizo, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.

NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentroorient.gov.co) en el Link "POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES".

COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACION QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERIDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO



Firma Cliente / Representante Legal



Huella Indice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

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

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SURA

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **KAREN LIZETH REYES SANCHEZ** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **1020794308** aparece registrado(a) en **EPS SURA** con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1020794308
NOMBRES Y APELLIDOS	KAREN LIZETH REYES SANCHEZ
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	12-06-2017
FECHA RETIRO LABORAL EPS SURA	VIGENTE
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	389
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	0
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	50

*Se reportan, a partir de la fecha de este certificado, los empleadores con los cuales ha estado afiliado a EPS SURA en los últimos 12 meses.

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES

Fecha de generación: **25/03/2018**

**ESTE DOCUMENTO SÓLO ES VÁLIDO PARA CERTIFICAR
SEMANAS COTIZADAS EL SGSSS**



**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS
PORVENIR S.A.
NIT 800.144.331-3**

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **KAREN LIZETH REYES SANCHEZ**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **1,020,794,308**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 25 días del mes de Marzo de 2018.

Gerente de Clientes

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1.070.794.308

Numero de Documento

SEGUROS BOLIVAR

ARL

Karen

Primer Nombre

Liseth

Segundo Nombre

Reyes

Primer Apellido

Sánchez

Segundo Apellido

30/06/1994

F. Nacimiento dd/mm/aa

Bogotá D.C

Ciudad de Nacimiento

Cl 155bis 7 69

Dirección de Residencia

6740793

Teléfono Fijo

Sura

EPS - Salud

Porvenir

AFP - Pensiones

\$ 1.500.000

Honorarios

Técnico Ambiental

Objeto Contractual (Cargo)

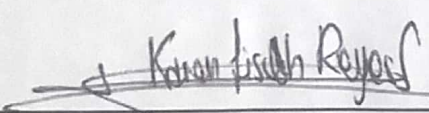
Fecha Inicio del Contrato

Kaliresa@gmail.com

Correo Electrónico

3013497498

Celular


Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

Consulta 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:

Número Identificación:

¿Cuanto es 22+8? 

[Consultar](#)

Datos del ciudadano

Señor(a) KAREN LIZETH REYES SANCHEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía Número 1020794308.

El ciudadano no presenta antecedentes

Señor(a) ciudadano(a): la expedición del certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación es gratuita en todo el país.
Fecha de consulta: domingo, marzo 25, 2018 - Hora de consulta: 15:53:32

Nombres, si los datos del nombre que aparecen en la consulta del certificado son inexactos, por favor de clic [aquí](#) para realizar la actualización según los datos de la REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL, si luego de este paso los datos siguen erróneos por favor diríjase a la REGISTRADURÍA más cercana. Mayor información en <http://www.registraduria.gov.co/>

El certificado de antecedentes ordinario, refleja las anotaciones de las sanciones impuestas en los últimos cinco (5) años, al cabo de los cuales, el sistema inactiva automáticamente el registro salvo que la sanción supere dicho término, caso en el cual el antecedente se reflejará hasta que dicho término expire.

El certificado de antecedente especial, refleja todas las anotaciones que figuren en la base de datos, y se expide para acreditar requisitos de cuya elección, designación o nombramiento y posesión exige ausencia total o parcial de antecedentes.

Para ver este documento necesita Acrobat Reader. Si no lo tiene, haga [clic aquí](#) para descargarlo gratis.

LA CONTRALORA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS
FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy domingo 25 de marzo de 2018, a las 15:57:27, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1020794308
Código de Verificación	1020794308180325155727

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

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



SORAYA VARGAS PULIDO



Bogotá D.C., 25 de Marzo de 2018 - 16:05 pm

**CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS
LA PERSONERÍA DE BOGOTÁ, D.C.**

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., la identificación CÉDULA DE CIUDADANÍA No: **UN MIL VEINTE MILLONES SETECIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS OCHO**

1020794308

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

Esta Certificación es válida, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado. El certificado de Antecedentes Disciplinarios expedido por la Personería de Bogotá D.C., contiene las anotaciones de sanciones e inhabilidades disciplinarias que reporten las Entidades Distritales y las dependencias de la Personería de Bogotá D.C., con atribuciones Disciplinarias.

ADVERTENCIAS:

La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.

Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 174 - Ley 734 de 2002).

Tres o más sanciones disciplinarias en los últimos cinco (5) años por faltas graves o leves dolosas o por ambas, constituye inhabilidad para desempeñar cargos públicos (Numeral 2, art. 38 - Ley 734 de 2002).

Certificado expedido de conformidad con el artículo 102 numeral 5 del Decreto Ley 1421 de 1993, Ley 734 de 2002 y las Resoluciones Nos. 328 del 27 de junio de 2002, 042 del 14 de febrero de 2003 y 616 del 10 de noviembre de 2004, de la Personería de Bogotá D.C.

Para todos los efectos esta certificación debe ser complementada con la expedida por la Procuraduría General de la Nación.

El presente certificado tiene vigencia de tres (3) meses a partir de la fecha de su expedición.

Certificado expedido sin costo alguno.

ROSALBA JAZMIN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora de Jurídica (E)

Este Certificado ha sido generado a través de la página web www.personeriabogota.gov.co. Para verificar su validez comuníquese con la Personería de Bogotá D.C.

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: **3_6MQ54_0516**

Link de verificación -> <http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios>

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 16:00:26 horas del 25/03/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1020794308**

Apellidos y Nombres: **REYES SANCHEZ KAREN LIZETH**

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.

[Volver al Inicio](#)





Nit. 890.032.964-4
Calle 35 N° 7-47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que REYES SANCHEZ, KAREN LIZETH, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía número 1.020.794.308 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuenta de ahorro No. 043348333, abierta/o desde el 09/05/2014.

Se expide en Bogotá el día 12 del mes de Junio del año 2017

Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO