



FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA  
Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Hernandez		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Velandia		NOMBRES Karol Xiomara	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> No. 1016945721			GÉNERO F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/>		NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="checkbox"/> EXTRANJERO <input type="checkbox"/>
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input checked="" type="checkbox"/> SEGUNDA CLASE <input type="checkbox"/>			NÚMERO 1016945721		D.M. 02
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA		
FECHA DIA 01 MES 12 AÑO 2004			CARRERA 3 N ESTE 11 25 valle de las alegrías		
PAÍS COLOMBIA			PAÍS COLOMBIA		
DEPTO BOGOTÁ. D.C.			DEPTO CUNDINAMARCA		
MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.			MUNICIPIO TOCANCIPÁ		
			TELÉFONO 0		
			EMAIL hernandez.20karol@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		EDUCACION MEDIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	AÑO		
											11	2021		

**EDUCACIÓN 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).

3

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:

INF (EDUCACIÓN INFORMAL)

TR\_DES (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO
SENA	EDUCACIÓN INFORMAL		X		Tecnico Nomina y prestaciones sociales	11	2021

FORMATO ÚNICO

**HOJA DE VIDA**

Persona Natural

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

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO
SENA	EDUCACIÓN INFORMAL		X		Gestión del desarrollo del talento humano	06	2022

**4 IDIOMAS**

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

**EXPERIENCIA LABORAL**

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE											
EMPRESA O ENTIDAD			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						

**EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE**

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA			PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS						
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO				CORREO ELECTRÓNICO						
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO						
	Día:		Mes:		Año:		Día:		Mes:		Año:
AREA DE CONOCIMIENTO	NIVEL EDUCATIVO				DIRECCIÓN						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

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,

Ciudad y fecha de diligenciamiento \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

Tipo de declaración  Fecha de publicación

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
KAROL	XIOMARA	HERNANDEZ	VELANDIA

Documento de identificación  
Tipo  Número

Lugar de nacimiento  
País  Departamento  Municipio

Lugar de domicilio  
País  Departamento  Municipio

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

HOSPITAL SAN ANTONIO DE SESQUILE

Lugar de sede  
País  Departamento  Municipio

Dirección

Cargo o función que cumple

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

**1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS**

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

**1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS**

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2025 fueron:

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

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	\$0,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí  No

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí  No

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

### 1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí  No

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

Detalle de las actividades	Forma participación

## 2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

### 2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí  No

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento  Número

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

### 2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

### 2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

Sí  No

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

### 2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí  No

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí  No

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

Tipo de inversión	Valor	País

## 2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones:      Sí       No

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

Nombre entidad	Valor

## 2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés:      Sí       No

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

--

2. Concepto  Inscripción

4. Número de formulario 141243497441



5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 1 0 1 6 9 4 5 7 2 1 6. DV 7 12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá 3 2 14. Buzón electrónico

IDENTIFICACIÓN

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 1 6 9 4 5 7 2 1

Lugar de expedición COLOMBIA 28. País 1 6 9 29. Departamento Cundinamarca 2 5 30. Ciudad/Municipio Gachancipá 2 9 5

31. Primer apellido HERNANDEZ 32. Segundo apellido VELANDIA 33. Primer nombre KAROL 34. Otros nombres XIOMARA

35. Razón social

36. Nombre comercial 37. Sigla

UBICACIÓN

38. País COLOMBIA 39. Departamento Cundinamarca 40. Ciudad/Municipio Tocancipá 8 1 7

41. Dirección principal CR 3 Este # 11 - 25 VALLE DE LAS ALEGRÍAS

42. Correo electrónico hernandez.20karol@gmail.com

43. Código postal 44. Teléfono 1 3 1 9 2 3 8 5 8 4 8 45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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  60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2026-03-30 / 08:21:02AM

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 HERNANDEZ VELANDIA KAROL XIOMARA  
985. Cargo Contribuyente



FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA  
EJÉRCITO NACIONAL



COMANDO DE RECLUTAMIENTO Y CONTROL RESERVAS

EL SUSCRITO OFICIAL DE ATENCIÓN AL USUARIO

CERTIFICA

Que el señor KAROL XIOMARA HERNÁNDEZ VELANDIA identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1016945721, presenta los siguientes datos referentes a la definición de su situación militar:

Primer Nombre: KAROL  
Segundo Nombre: XIOMARA  
Primer Apellido: HERNÁNDEZ  
Segundo Apellido: VELANDIA  
Tipo Documento: Cédula de Ciudadanía  
Número Documento: 1016945721  
Clase Libreta Militar: Primera Clase

ESTA CERTIFICACIÓN ES GRATUITA  
NO ES VÁLIDA COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN MILITAR  
NO REEMPLAZA SU LIBRETA MILITAR.

Se firma y se expide en Bogotá D.C. a los 29 días del mes de Marzo de 2026, a las 11:45:04 PM.

Cordialmente,

CR. JOAN MAURICIO DIAZ SÁNCHEZ

Director de Reclutamiento - Ejército Nacional

Generó: Sistema Fénix



PATRIA HONOR LEALTAD

COMANDO DE RECLUTAMIENTO DEL EJÉRCITO  
Cra. 11 B No. 104<sup>a</sup>-64 (601) 4261420 Bogotá D.C.- Colombia



CERTIFICADO DE ANTECEDENTES  
CERTIFICADO ORDINARIO  
No. 293643067



PIB  
14:32:02  
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 30 de marzo 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) KAROL XIOMARA HERNANDEZ VELANDIA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1016945721:

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>

Mario Enrique Castro González  
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 domingo 29 de marzo de 2026, a las 23:49:22, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1016945721
Código de Verificación	1016945721260329234922

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

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

Página 1 de 1



POLICÍA NACIONAL  
DE COLOMBIA

## Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

### La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 11:50:16 PM horas del 29/03/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1016945721**

Apellidos y Nombres: **HERNANDEZ VELANDIA KAROL XIOMARA**

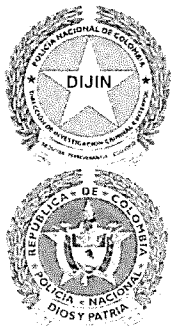
### **NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**

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: [djin.araic-  
atc@policia.gov.co](mailto:djin.araic-atc@policia.gov.co)



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, 29/03/2026 11:51:24 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1016945721** y Nombre: **KAROL XIOMARA HERNANDEZ VELANDIA.**

### 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. **137331506** . 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

E16 9000



Policía Nacional de Colombia  
Dirección General de Registro y Estadística  
Calle del Admisionado Nacional de Registro 100  
Código de Verificación: 01033-000000



# 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:

Para el caso de la persona **HERNANDEZ VELANDIA KAROL XIOMARA** con cédula de ciudadanía No. **1016945721**,  
Apellido(s): **Hernandez**, Nombre: **VELANDIA KAROL XIOMARA**

**NO REGISTRA INHABILIDAD**

El presente resultado se encuentra en consideración por haber sido registrado en el sistema de **hospital san antonio**, con NIT 000000000-0 y se encuentra en el proceso de verificación de los datos de dicho sistema al respecto, para lo cual se diligenciará el formulario de [la Ley 1712 de 2014](#), por medio de la cual se actualiza el registro de **inhabilidades** que se han sido cometidos por el/los/sus/sas condenados con respecto a los delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años, de acuerdo con el artículo 2º grado de la Ley 1712 de 2014, en virtud de la Ley 1712 de 2014, en el caso de que se haya cometido el delito de **violación** de la Ley 1712 de 2014, en el artículo 14 de la Ley 1712 de 2014, de conformidad con el artículo 14 de la Ley 1712 de 2014.

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E INTERPOL



Av. Calle 84 No. 130-132, Bogotá, Colombia

ENLACES DE INTERÉS

[Página Web](#)

[Redes Sociales](#)

[Contacto](#)

SÍGANOS EN LAS REDES SOCIALES



Consulta de Inhabilidades - 2025 - Versión 1.0

Este documento es propiedad de la Policía Nacional de Colombia y no debe ser distribuido fuera de su ámbito de aplicación.

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS  
COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Después de consultar la base de datos de deudores semestrales contra el REDAM, el/los titular/es mencionado/s de  
identificación NIT 1400915001 NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES  
ALIMENTARIOS MORSOS

Se declara que el/los titular/es de la tienda en Comercio al por Menor denominada "COMERCIO AL POR MENOR" ubicada en la  
Calle 100 No. 100-100, Barrio San Antonio, Bogotá, D.C. (Código Postal: 110131) no se encuentra en el

registro de deudores NIT 1400915001 - A11



NIT 1400915001 - 00111792001

Fecha: 01/02/2018

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS  
COMUNICACIONES - MINTIC



\*063286004\*

No. de Radicación SAT  
DIMEG

Fecha de Radicación  
06/04/2026

1. DATOS DEL TRÁMITE

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de trámite A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input type="checkbox"/>	2. Tipo de Afiliación A. Individual: - Cotizante o cabeza de familia <input type="checkbox"/> - Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> D. De oficio <input type="checkbox"/>	3. Régimen A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>	4. Contribución solidaria SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	5. Tipo de afiliado A. Cotizante <input type="checkbox"/> B. Cabeza de familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/> D. Afiliado adicional <input type="checkbox"/>	6. Tipo de cotizante A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input checked="" type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>	7. Código (a registrar por la EPS)
--	--	---	---	---	---	------------------------------------

A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y nombres				9. Tipo de documento de identidad				10. Número del documento de identidad		11. Sexo biológico Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		12. Sexo identificación Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		13. Nacionalidad	
14. Lugar de nacimiento		País		Departamento		Municipio		15. Fecha de nacimiento							

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia		17. Comunidad		18. Discapacidad SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Categoría discapacidad		19. Tiene encuesta SISBÉN SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		20. Clasificación SISBÉN Nivel <input type="text"/> Grupo <input type="text"/>		21. Grupo de población especial			
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL				23. Administradora de Pensiones				24. Ingreso base de cotización - IBC				25. Tarifa contribución solidaria			
26. Residencia				Teléfono fijo		Teléfono celular		Correo electrónico				Cabezera Municipal <input type="checkbox"/> Rural Disperso <input type="checkbox"/> Centro Poblado <input type="checkbox"/> Resto Rural <input checked="" type="checkbox"/>			

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante

27. Apellidos y nombres				28. Tipo de documento de identidad				29. Número del documento de identidad		30. Sexo biológico Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		31. Sexo identificación Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		32. Nacionalidad	
33. Lugar de nacimiento		País		Departamento		Municipio		34. Fecha de nacimiento							

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

35. Apellidos y nombres				36. Tipo de documento de identidad				37. Número del documento de identidad		38. Nacionalidad		39. Sexo biológico		40. Sexo identificación		41. Lugar de nacimiento		42. Fecha de nacimiento	
B1																			
B2																			
B3																			
B4																			
B5																			

Datos complementarios del beneficiario

43. Parentesco		44. Etnia		45. Comunidad		46. Grupo de población especial		47. Tiene encuesta SISBÉN SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		48. Clasificación SISBÉN NIVEL <input type="text"/> GRUPO <input type="text"/>		49. Discapacidad SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		50. INCAPACIDAD PERMANENTE SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

51. Datos de residencia

Departamento		Municipio / Distrito		Zona		Cabezera Municipal		Rural Disperso		Centro Poblado		Resto Rural		Teléfono fijo y/o celular		52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)	
B1																	
B2																	
B3																	
B4																	
B5																	
Dirección				Localidad / Comuna													
B1																	
B2																	
B3																	
B4																	
B5																	

ATU13006A21  
Famisanar  
06 ABR 2026  
RECIBIDO  
NO IMPLICA ACEPTACION  
HASTA VERIFICAR  
24/12/2024 V3  
dispapelet 45929

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)	
C			
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
59. Ubicación			

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación  2. Corrección de datos básicos de identificación  3. Actualización del documento de identidad  4. Actualización y corrección de datos complementarios  5. Terminación de la inscripción en la EPS Código  6. Reporte de pago a través de un tercero Código  7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales  8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales  9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar  10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando  11. Inscripción EPS retorno al país  12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas  13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas  14. Movilidad: A. Régimen Contributivo  B. Régimen Subsidiado  15. Traslado: A. Mismo Régimen  B. Diferente Régimen  16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia  17. Reporte del trámite de protección al cesante  18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado  19. Reporte de la calidad de Pensionado  20. Ingreso a Contribución Solidaria  21. Retiro de Contribución Solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación			
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	63. Sexo identificación <input type="checkbox"/>
			64. Fecha de nacimiento
65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado Código <input type="checkbox"/>	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.  75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.

70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.  76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.  77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.

72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.  78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.

73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.

74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad	

IX. FIRMAS

80. Firma del cotizante o cabeza de familia o beneficiario cuando cotiza o afiliado adicional

81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad

CN  RC  TI  CC  PA  CE  CD  SC

Cantidad:  TOTAL ANEXOS

83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.

84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.

85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.

86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.

87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.

88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.

89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 760 de 2016.

90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.

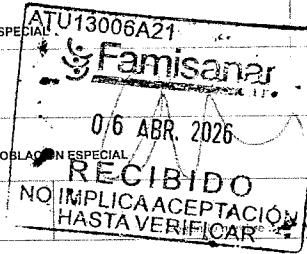
91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial	93. Nombre de la institución
Código del municipio	Código del departamento

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y nombres		
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario
96. Fecha de radicación	97. Fecha de validación	OBSERVACIONES:
		Indapendente





**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS  
PORVENIR S.A.**

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

**CERTIFICA QUE:**

**KAROL XIOMARA HERNANDEZ VELANDIA**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.016.945.721**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 30 de Marzo del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



**Tenga en cuenta:**

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.



CODIGO DE PRESTADOR: 7529508534  
N.T: 901237809 8  
DIRECCION: CRA 5 N° 19 52 TOCANCIPA  
TEL: FONDO: 509 5242797 - 3227047773 N. Fijo: 601 - 8698841  
CORREO: ips.tactica@gmail.com

**CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL**

**STY0012900**

Lugar de realización del examen		Realizado por:	Fecha		
Ciudad	TOCANCIPA	CAROLINA MARTINEZ VIDAL	Día	Mes	Año
Departamento	Cundinamarca		31-Mar-2026		
Tipo de examen		PRE INGRESO Y/O INGRESO			

Datos personales del trabajador(a)						
	1er Apellido:	HERNANDEZ	2do Apellido:	VELANDIA	Rh:	O-
	Nombres:	KAROL XIOMARA				
	Tipo doc: CC	1016945721				
	Fecha Nacimiento:	2004-12-01				
	Edad: 21	Genero: F				
	Dirección	VALLE DE LAS ALEGREIAS				
	Teléfono: 3192385848	Email: NOTENGO@GMAIL.COM				
	Empresa: Independiente					
	Empresa en Misión: Independiente					
	Cargo: AUXILIAR DE FACTURACION					

Certificado Médico Ocupacional
El presente CONCEPTO DE APTITUD LABORAL se definió a partir de la evaluación médica ocupacional y/o los siguientes exámenes practicados:
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO- PRE INGRESO

Concepto De Aptitud Ocupacional
Apto para desempeñar el cargo

Observaciones

Evaluación Médica Ocupacional Realizada Con Enfoque Especifico En:
Osteomuscular: Realizado

Conclusión Ocupacional
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL REALIZADO

Recomendaciones Médicas
NINGUNA

Restricciones
NINGUNA

Vigencia



**STYLOPTIC**

CODIGO DE PRESTADOR: 2529503534

NIT: 901217809-8

DIRECCION: CRA. 5 N. 10-52 TOCANCIPA

TELÉFONO: 300 5242297-3227047773 N. Eje 1001 5698841

CORREO: iostactics@gmail.com

NO APLICA

**Observaciones Y/O Recomendaciones Especificas Empresa**

INCLUIR EN PROGRAMAS DE VIGILANCIA DE ACUERDO A LOS RIESGOS LABORALES PRIORITARIOS PARA EL CARGO DEFINIDOS EN LA MATRIZ DE RIESGOS DE LA EMPRESA.

**Recomendaciones Ocupacionales**

OSTEOMUSCULAR: Acondicionamiento físico según requerimientos del cargo. Adecuación ergonómica de puestos de trabajo según disposición de la empresa. Pausas activas, ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas. Capacitación para manejo de cargas según criterio del cargo.

**Recomendaciones Habitos Saludables**

Adoptar hábitos y estilos de vida saludable

Medico Especialista en Seguridad y salud en el Trabajo  
Resolución N 8476 14/12/2022

CAROLINA MARTINEZ VIDAL

KAROL XIOMARA HERNANDEZ VELANDIA

Nombre, Firma y Sello del Médico

Nombre y Firma del Aspirante

52997233

CC: 1016945721

RM / Licencia SO

## DECLARACIÓN JURAMENTADA

Yo, Karel Xiomara Hernandez Velandria, identificado (a) con la cédula de ciudadanía número 1016945721 de Gochanipa, en mi condición de interesado (a) en la celebración de un contrato de prestación de servicios profesionales o de apoyo a la gestión, mediante este formato **MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO** que:

- SÍ** Tengo contratos de prestación de servicios vigentes con otra(s) entidad(es) estatales.  
 **NO** Tengo contratos de prestación de servicios vigentes con otra(s) entidad(es) estatales.

Detalle de Contratos (si aplica) Formato 147 - Pas 01 - 2013 (00001714)

Número de Contrato	Objeto del Contrato	Valor	Entidad Contratante

- SÍ** – Ejecuto o he ejecutado contratos de prestación de servicios a través de terceros. En la entidad \_\_\_\_\_.  
 **NO** – Ejecuto o he ejecutado contratos de prestación de servicios a través de terceros.

**Entrego anexo a este formato el resultado de la consulta en el Portal Anticorrupción de Colombia – PACO <https://portal.paco.gov.co/>, sobre los contratos de la presente vigencia y SECOP II, igualmente, autorizo a la Entidad para verificar la información.**

Así mismo, me comprometo a informar la suscripción de contratos de prestación de servicios (profesionales o de apoyo a la gestión) que surjan con otras entidades durante la ejecución del contrato.

Firma del contratista:	
<u>Karel Velandria</u>	
Tipo y número de documento identificación:	CC. 1016945721

Se suscribe en Sesquilé - Cundinamarca, a los 30 días del mes de Marzo de 2026

# Certificación Bancaria

Lunes, 30 de marzo de 2026

**Señores:**

A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que **KAROL XIOMARA HERNANDEZ VELANDIA** identificado(a) con CC. **1016945721** a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
Cuenta de Ahorro	912-015114-24	2026/03/30	Activa

\*Importante: Esta constancia sólo 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 país 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.



Santiago Valencia Caldeón  
Jefe Área de Conquistando Autoservicio

 **Bancolombia**



**COLEGIO JORBALÁN**  
Religiosas Adoradoras  
Chía, Cundinamarca

DANE N.º 12517000022      I.F. N.º 1000176

**ACTA INDIVIDUAL DE GRADUACIÓN**

En la ciudad de Chía, Cundinamarca, el día 03 de diciembre de 2021 se llevó a cabo el acto de graduación, presidido por las señoras Rectora y Secretaria, en el cual el Colegio Jorbalán confirió el título de:

**BACHILLER ACADÉMICO**  
con Énfasis en Comercio

a:

**Karol Xiomara Hernández Velandia**

Identificada con T.I. No. 1.016.945.721 de Tocancipá, cundinamarca

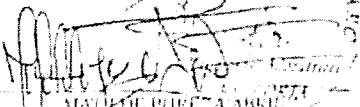
quien cumplió con los requisitos académicos y las exigencias establecidas en los reglamentos y normas legales vigentes. Le fue otorgado el diploma que le acredita con el tal.

Esta Institución está autorizada en el nivel de Educación Básica por la Secretaría de Educación de Cundinamarca, para otorgar el título de Bachiller en la Modalidad Académica con Énfasis en Comercio, según Resolución No. 2536 del 31 de julio del 2017.

Es fiel copia del Acta No. 047 en lo pertinente.

En Chía, Cundinamarca, a 03 de diciembre de 2021

Firmada y Sellada.

  
MAVIEL PURIZA ABELLO  
C.C. No. 51.878.006 de Bogotá  
Rectora

  
JULIETA VIVIANA ORDAZA FORERO  
C.C. No. 1.072.700.976 de Chía  
Secretaria

NOTA: No requiere registro, según Decreto No. 021 del 6 de mayo de 1994, expedido por el M.E.N.



REGIONAL CUNDINAMARCA  
CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL

## ACTA DE GRADO

No Y FECHA REGISTRO 65980906 - 29/11/2021

# EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

## CONSIDERANDO

Que: **KAROL XIOMARA HERNANDEZ VELANDIA**. Con Tarjeta de Identidad No. 1016945721

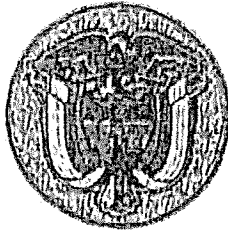
CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS POR EL SENA. RESUELVE OTORGARLE EL TÍTULO DE:

## TÉCNICO EN NOMINA Y PRESTACIONES SOCIALES .

En constancia de lo anterior se firma la presente en Chía, a los veintinueve (29) días del mes de noviembre de dos mil veintiuno (2021)

Firmado Digitalmente por

LEONORA BARRAGAN BEDOYA  
Subdirector CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL  
REGIONAL CUNDINAMARCA



En República de Colombia  
y en mi nombre, el

# Colegio Jorbalán

Religiosas Adoratrices

Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional,  
según Resolución No. 2536 del 31 de julio del 2017.

Confiere a:

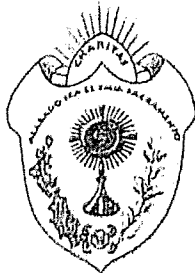
## Karol Xiomara Hernández Belandía

Identificada con C.C. No. 1.000.995.721 de Cundinamarca

El Título de

### Bachiller Académico con Énfasis en Comercio

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel  
de Educación Media (Artículo 28 del Ley 115 de 1994),  
según los planes y programas vigentes.



RELIGIOSAS ADORATRICES

Máster Juzeza Abril

C.C. No. 51.878.006 de Bogotá

Directora

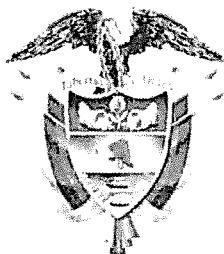
Juliet Mutaja Ortega Jurque  
C.C. No. 1.072.700.976 de Chía

Secretaria

Dada en Chía, Cundinamarca, a 03 de diciembre de 2021

No requiere registro, según Decreto No. 021 del 8 de mayo de 1994, expedido por el M.E.N.

11/2021



Libertad y orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994 y en atención a que*

**KAROL XIOMARA HERNANDEZ VELANDIA**

*Con Tarjeta de Identidad No. 1016945721*

*Cursó y aprobó el programa de Formación Profesional Integral  
y cumplió con las condiciones requeridas por la entidad. le confiere el*

**Título de**

**TÉCNICO EN**

**NOMINA Y PRESTACIONES SOCIALES .**

*En testimonio de lo anterior. se firma el presente Título en Chia.  
a los veintinueve (29) días del mes de noviembre de dos mil veintiuno (2021)*

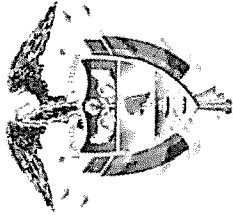
Firmado Digitalmente por

LEONORA BARRAGAN BEDOYA

Subdirector CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL  
REGIONAL CUNDINAMARCA

**65980906 - 29/11/2021**

No y FECHA REGISTRO



Libertad y orden  
REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En cumplimiento de la Ley 119 de 1994*

*Hace constar que*

**KAROL XIOMARA HERNANDEZ VELANDIA**

*Con Tarjeta de Identidad No. 1016945721*

*Cursó y aprobó la acción de Formación*

**FORTALECIMIENTO EN LECTURA CRITICA PARA ARTICULACION CON LA MEDIA**

*con una duración de 54 horas*

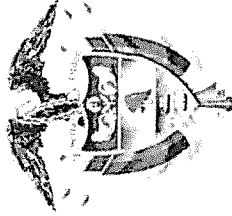
*En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Chía, a los veinticuatro (24) días del mes de septiembre de dos mil diecinueve (2019)*

Firmado Digitalmente por

LEONORA BARRAGAN BEDOYA  
Subdirectora  
CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL  
REGIONAL CUNDINAMARCA

61506136 - 24/09/2019  
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://certificados.sena.edu.co>, bajo el número 9513001935869T11016945721C.



Libertad y orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En cumplimiento de la Ley 119 de 1994*

*Hace constar que*

**KAROL XIOMARA HERNANDEZ VELANDIA**

*Con Tarjeta de Identidad No. 1016945721*

*Cursó y aprobó la acción de Formación*

**GESTION DEL DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO**

*con una duración de 48 horas*

*En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Tocancipá, a los trece (13) días del mes de junio de dos mil veintidos (2022)*

Firmado Digitalmente por

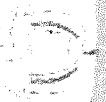
LEONORA BARRAGAN BEDOYA

Subdirector

CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL  
REGIONAL CUNDINAMARCA

8377585 - 13/06/2022

FECHA REGISTRO



Educación



FUNDS

FUNDACIÓN NUESTRA SENORA DE LA



MinSalud  
Ministerio de Salud  
Protección Social

## INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

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: Karol Xiomara Hernández Velandía CC 1016945721 de Gachancipá - Cundinamarca

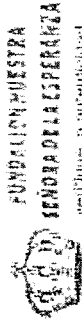
Realizó y aprobó el Curso de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual - Código Fucsia - Resolución 3100 / 2019 y Sentencia C - 55 -2022 con un total de 80 Horas.



Verificación:

Fecha de emisión: 2026-03-30

Fecha de vencimiento: 2028-03-30

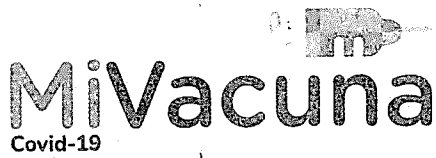


FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA  
verifique la autenticidad de su certificado en: [www.fundacionnuestraesnoradelaesperanza.com.co](http://www.fundacionnuestraesnoradelaesperanza.com.co)

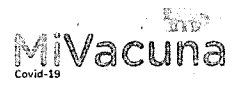
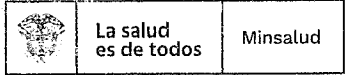
FREDDY ARREY HERNANDEZ  
CAMPUZANO  
Representante Legal  
TP. No 70976 - 051880. Copania

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO  
Jefe de Enfermería  
Nº 3208  
Docente.

Rosa Guzmán  
ROSA GUZMAN  
ESP. Orientación Educativa y  
Desarrollo Humano  
Docente Especialista



www.minsalud.gov.co



**Certificado de vacunación**

Nombres: Karol Xiomara  
 Apellidos: Hernandez Uelandia  
 Documento de identidad: C.C. T.I.  Pasaporte PEP otro cuál:  
 No. 1016945721  
 Fecha de nacimiento: Día 01 Mes 12 Año 2004

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	10 SET. 2021	Pfizer	3102560	HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL TRÁNSITO FOCANCIA	María Barrera Enfermera Aux. Vacunación 20 964. 7:	
	0.9 MAR 2022		Pfizer	Ace 5857	HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL TRÁNSITO FOCANCIA	María Barrera Enfermera Aux. Vacunación 20 964. 7:	
	3	14 OCT 2022	Pfizer	PCA 0075	Hospital Escatavita		

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.



MINISTERIO DE SALUD  
Y PROTECCIÓN SOCIAL

Certificado de vacunación del adulto

Nombres:

Karol

Apellidos:

Hernandez

Documento de identidad:

C.C.  C.E. P.A. C.D. S.C. P.E. P.P.T. D.E.

Número de documento:

1016945729

Fecha de nacimiento:

Día 01 Mes 12 Año 2004

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1	30-05-24	23330120	IPS vacunadora: [Handwritten Signature]
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH	1			
	2			
Influenza estacional	Anual			
	Anual			
Covid 19	1ª			
	2ª			
	1er Ref.			
	2do Ref.			
Otras				

Medellín, 07 de abril de 2026

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES  
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

**CERTIFICA:**

Que KAROL XIOMARA HERNANDEZ VELANDIA identificado(a) con cédula de ciudadanía 1016945721 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 08/04/2026

Fecha fin cobertura: 31/12/2026

**INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE**

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN ANTONIO N899999158

**ACTIVIDAD ECONÓMICA:**

3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDILOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

**CLASE DE RIESGO:** 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2.436%

**CENTRO DE TRABAJO:** 0000000001 - PRINCIPAL CUNDINAMARCA

**CLASE:** 3 **PORCENTAJE:** 2.436% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

**ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:**

3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDILOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

**INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA**

**ACTIVIDAD ECONÓMICA:**

3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDILOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

**CODIGO DE ACTIVIDAD:** 3861001

**CLASE DE RIESGO:** 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2.436%

**Su pago lo debe realizar con riesgo null (null %), teniendo en cuenta lo siguiente:**

**Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago:** La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.
2. El propio de la actividad ejecutada por el contratista.

**Parágrafo 1:** Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

null

**Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios**

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

07/04/2026 11:04 AM

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el:

Dirección IP: 179.51.123.150, 192.230.104.15, 172.16.42.57