Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Romero	Gomez	Karol Yineth

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1073515026	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 15 MES 07 AÑO 1994

PAÍS COLOMBIA

DEPTO CUNDINAMARCA

MUNICIPIO FACATATIVÁ

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 18A 7 65

PAÍS COLOMBIA DEPTO CUNDINAMARCA

MUNICIPIO FUNZA

TELÉFONO 3105880985 EMAIL karol_romero.1507@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	2012

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD Cargando...			PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO BOLÍVAR	MUNICIPIO CARTAGENA DE INDIAS						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS 3117342129	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
	Día	17	Mes	03	Año	2025	Día	13	Mes	03	Año	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE PRODUCCION ACONDIC	DEPENDENCIA ABASTECIMIENTO Y LOGISTICA						DIRECCIÓN TRANSVERSAL 44 31 35				

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)

7 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	11
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento * Koral Romero
18 Agosto 2026

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 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.

Valentina G.
Ciudad y fecha 12/08/26.

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

• Verificar y Aprobar Hoja de Vida •

Esta hoja de vida de: Karol Yineth Romero Gomez con Tipo doc: CEDULA DE CIUDADANIA – No doc: 1073515026, ya tiene aprobación de parte suya. Por favor indique si desea:

- (•) Reversar la aprobación12/08/2026
- ( ) Realizar aprobación para un cargo/contrato/UTL-UAN diferente
- ( ) Realizar aprobación para el mismo cargo/contrato/UTL-UAN

Continuar Cancelar

La República de Colombia
y en su nombre, el

Colegio Cooperativo Comunal de Funza

Bachillerato Técnico Comercial

Funza, Cundinamarca

Autorizado por la Secretaría de Educación de Cundinamarca,
según Resolución No. 002027 del 1o. de agosto de 2002,

Confiere a:

Karol Yineth Romero Gómez

Identificada con C.C No. 1.073.515.026 Funza

El Título de

Bachiller Técnico

con Especialidad en Comercio

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

COOPERATIVO COLEGIO COMUNAL FUNZA

Luis Enrique Hernández Cruz
Rector

Ruth Myriam Melo Castro
Secretaria Académica

Dado en Funza, Cundinamarca, a 1 de diciembre de 2012

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

Prom 8°

COLEGIO COOPERATIVO COMUNAL DE FUNZA
Bachillerato Técnico Comercial
Calle 15 No. 16-46/50 Teléfono 821 83 53 /54
Funza, Cundinamarca

DANE No. 325286000289 NIT. 860.031.432-1

ACTA INDIVIDUAL DE GRADUACIÓN

En la ciudad de Funza, Cundinamarca, el día 1 del mes de diciembre del año 2012, se llevó a cabo el acto de graduación, presidido por los suscritos Rector y Secretaria Académica, en el cual el Colegio Cooperativo Comunal de Funza confirió el título de:

BACHILLER TÉCNICO
CON ESPECIALIDAD EN COMERCIO
a:

Karol Yineth Romero Gómez

Identificada con C.C No. 1.073.515.026 Funza

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 como tal.

Esta Institución está aprobada oficialmente por la Secretaría de Educación de Cundinamarca, según Resolución No. 002027 del 1o. de agosto de 2002.

Es fiel copia del Acta General No. 46 en lo pertinente.

En Funza, Cundinamarca, el día 1 del mes de diciembre del año 2012.

Firmada y Sellada.

LUIS ENRIQUE HERNÁNDEZ CRUZ
C.C. No. 19.313.785 de Bogotá
Rector

RUTH MYRIAM MELO CASTRO
C.C. No. 21.102.941 de Villapinzón
Secretaria Académica

CERTIFICADO LABORAL

Por medio de la presente, certificamos que la persona ROMERO GOMEZ KAROL YINETH, identificada con CÉDULA DE CIUDADANÍA., Nº 1073515026, laboró en INTERNATIONAL LABOR SERVICE S.A.S. (INLASERV S.A.S.), como trabajador en misión en la empresa usuaria LAMITECH SAS desde el 17 DE MARZO DE 2025 hasta 13 DE MARZO DE 2026, desempeñándose en el cargo de OPERADOR DE PRODUCCION V con un contrato de trabajo por duración obra o labor contratada y un salario de $1.750.905 mensuales.

Expedimos este certificado a solicitud de la persona interesada, el día 13 días del mes de Marzo de 2026. En Cartagena de Indias, Bolívar.

ALEXIS RUEDA JIMENEZ
Coordinador de Servicios

Escanee para verificar la validez de este certificado.

Para consultar las declaraciones por periodo

¿Qué información encontraré en los resultados?

En los resultados de su búsqueda encontrará la siguiente información: **Declarante**: nombre o razón social y número de documento de identidad de quien declara; **Entidad**: sobre la cual el declarante registra sus posibles conflictos de intereses; **Cargo/Contratista**: cargo del declarante en la entidad señalada, o si es contratista en ella; **Tipo de publicación**: si la declaración es de Ingreso, Retiro, Periódica u Otra (Ley 2013 de 2019); **Declaración No.**: número y versión de la declaración, y versión que corrige/modifica; **Fecha de publicación**: fecha en la cual el declarante publicó la declaración y **Estado declaración**: Finalizado o En revisión.

El estado Finalizado indica que el sujeto obligado seleccionó su Entidad y Cargo de las listas disponibles en el sistema; En revisión indica que la Entidad o el Cargo fueron diligenciados por el sujeto obligado y el Departamento Administrativo de la Función Pública verificará la información consignada para precisar su validez legal antes de marcar el registro con estado Finalizado.

Realice una consulta

Tipo de persona	NATURAL
Primer nombre	
Segundo nombre	
Primer apellido	
Segundo apellido	
Número de documento de identidad	1073515026
Nombre entidad	(Opcional)
Fecha de publicación	dd/mm/yyyy hasta dd/mm/yyyy

Buscar | Limpiar búsqueda | Ir a Módulo de reporte de información

RECUERDE QUE: En virtud del principio de buena fe, se presume que la información consignada por los sujetos obligados por la Ley 2013 de 2019 es verídica y, por ende, es de uso legal hasta tanto se desvirtúe con los mecanismos consagrados por el ordenamiento jurídico vigente.

Si tiene alguna duda o presenta algún inconveniente, escríbanos a: **soporteaplicativointegridad@funcionpublica.gov.co** indicando su requerimiento, nombre, tipo y número de documento y teléfono de contacto.

Resultados de la búsqueda

Declarante	Descargar	Entidad	Cargo/Contratista	Tipo de publicación	Declaración No.	Fecha de publicación	Estado declaración
KAROL YINETH ROMERO GOMEZ CEDULA DE CIUDADANIA - 1073515026	**Declaración Ley 2013 de 2019**	INSTITUTO MUNICIPAL PARA LA RECREACION Y EL DEPORTE DE FUNZA	CONTRATISTA	INGRESO	**4002217-01** Declaración inicial	2026-08-12 12:50	FINALIZADO

Función Pública

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

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2026-08-12 12:50

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
KAROL	YINETH	ROMERO	GOMEZ

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1073515026

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	CUNDINAMARCA	Municipio	FACATATIVÁ

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	CUNDINAMARCA	Municipio	FUNZA

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	INSTITUTO MUNICIPAL PARA LA RECREACION Y EL DEPORTE DE FUNZA

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	CUNDINAMARCA	Municipio	FUNZA

Dirección	["Carrera 6 15-85 Coliseo municipal barrio mexico"]
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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

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

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 [X]

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

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 [X] 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 [X]

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
CARLOS	ALBERTO	LOPEZ	LUQUE

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 1073506612

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con Intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño:

Sí [ ] No [X]

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

Sí [ ] No [X]

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

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

Tipo de inversión	Valor		País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad		Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:
> Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
> Establecimientos que posee.
> Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
> Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.073.515.026

ROMERO GOMEZ

APELLIDOS

KAROL YINETH

NOMBRES

Karol Romero

FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 15-JUL-1994

FUNZA
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.67 O+ F

ESTATURA G.S. RH SEXO

19-JUL-2012 FUNZA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

A-1508900-00880061-F-1073515026-20170131 0053376811A 1 1424272285

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14936921132

(415)7707212489984(8020) 000001493692113 2

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 7 3 5 1 5 0 2 6	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Cundinamarca 2 5	Funza 2 8 6

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ROMERO	GOMEZ	KAROL	YINETH

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Funza 2 8 6

41. Dirección principal
CL 18 A # 7 - 65 BRR MEXICO

42. Correo electrónico karol_romero.1507@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 0 5 8 8 0 9 8 5	

CLASIFICACIÓN

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros																				Exportadores						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código																						57. Modo			
																						58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2023-08-11 / 02:46:14PM

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:

964. Nombre ROMERO GOMEZ KAROL YINETH

985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 10-08-2026 10:54:05AM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Scanned with CamScanner

PROCURADURÍA
GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 301072695

PIB
16:02:07

Bogotá DC, 12 de agosto 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 YINETH ROMERO GOMEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1073515026:

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 Politica 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 miércoles 12 de agosto de 2026, a las 10:40:47, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1073515026
Código de Verificación	1073515026260812104047

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:41:48 AM horas del 12/08/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1073515026**

Apellidos y Nombres: **ROMERO GOMEZ KAROL YINETH**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

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

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 18/08/2026 04:20:41 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1073515026** y Nombre: **KAROL YINETH ROMERO GOMEZ.**

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. **145909724** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:52:30 horas del 12/08/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1073515026,** Apellidos y Nombres **ROMERO GOMEZ KAROL YINETH**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **CUNDEPORTES**, con NIT **832000829-7** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

TIC

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1073515026 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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

Se expide en Bogotá el 10/08/2026 10:33 AM

Código Verificación: **H9W5JP3M6L**

Válida hasta: **08/11/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC


10:49
4G
registro.redam.gov.co
gov.co
Registro REDAM
Válido
El ciudadano identificado con CC 1073515026 NO SE ENCUENTRA INSCRITO en el registro de deudores alimentarios morosos.
Fecha de generación: 10 agosto 2026, 10:33 am
VER PDF
ACEPTAR
Información y las Comunicaciones
Dirección: Edificio Murillo Toro Cra. 8a entre calles 12A y 12B Bogotá, Colombia

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9013034959
9013034959

No. de Radicación SAT: 30867129

Fecha de Radicación: 06 08 2026

1. DATOS DEL TRÁMITE

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

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

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

8. Apellidos y nombres			
ROMERO (Primer Apellido)	GOMEZ (Segundo Apellido)	KAROL (Primer Nombre)	YINETH (Segundo Nombre)

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CC	1073515026	Femenino: X Masculino:	F: T: NB: Otro: Cual:	

14. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
				D: 15 M: 07 A: 1994

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad (Categoría discapacidad)	19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial
		SI: NO: X	SI: NO:	Nivel: Grupo:	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa contribución solidaria
		$1.750.905	

26. Residencia		Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
CL 18 A 7 65 BRR MEXICO		3143087929		karol_romero.1507@hotmail.

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona
CUNDINAMARCA	FUNZA		Cabezera Municipal: Rural Disperso: Centro Poblado: Resto Rural:

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			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad
		Femenino: Masculino:	F: M: T: NB: Otro: Cual:	

33. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	34. Fecha de nacimiento
				D: D: M: M: A: A: A: A:

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

	35. Apellidos y nombres			
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	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
				Femenino / Masculino	F / M / T / NB / Otro / Cual	País / Departamento / Municipio	D D M M A A A A
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

Datos complementarios del beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN		48. Clasificación SISBÉN		49. Discapacidad			50. Incapacidad permanente	
					SI	NO	NIVEL	GRUPO	SI	NO	CATEGORÍA DISCAPACIDAD	SI	NO
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	Correo electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO FUNZA	463
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)
	CC	1073515026	

59. Ubicación				
Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
	NT			

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 [X]
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			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	Femenino [ ] Masculino [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual	D D / M M / A A A A

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
NINGUNA	06 08 2026	Código	
	D D / M M / A A A A		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

[X] 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
[ ] 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
[ ] 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.
[ ] 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
[X] 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.
[X] 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.
[X] 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.
[X] 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
[ ] 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
[ ] 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.

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. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique 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 780 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	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario

96. Fecha de radicación	97. Fecha de validación	OBSERVACIONES:
D D / M M / A A A A	D D / M M / A A A A	CARGO: INDEPENDIENTE

Vigilado Supersalud

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

Fui

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

9013034959
9013034959

CUESTIONARIO ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO

	SI	NO
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	X	
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	X	
¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	X	
¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	X	
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	X	
¿Autoriza a EPS FAMISANAR S.A.S. el envío de la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño al correo electrónico?	X	

Firma del Afiliado:

Nombres y Apellidos: KAROL YINETH ROMERO GOMEZ Identificación: CC 1073515026

AUTORIZACIÓN PREVIA PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y DATOS PERSONALES SENSIBLES

En mi calidad de cotizante, manifiesto de manera clara, expresa, libre, inequívoca y espóntanea que le otorgo a la Entidad Promotora de Salud EPS FAMISANAR S.A.S. en su calidad de RESPONSABLE del tratamiento de mis datos personales, mi consentimiento previo para recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, reportar y en general para tratar los DATOS PERSONALES, DATOS PERSONALES SENSIBLES y demás información susceptible de tratamiento, registrada a mi nombre y/o de los beneficiarios de mi grupo familiar en sus Bases de Datos, con la finalidad de realizar las actividades propias del aseguramiento en salud y en los términos previstos en su POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN y AVISO DE PRIVACIDAD, disponibles en ***www.famisanar.com.co***, todo lo cual conforme lo establecido en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y demás normas que la sustituyan, adicionen, reglamenten, complementen o modifiquen.

Asi mismo manifiesto que mis derechos como titular de los datos son los consagrados en la Constitución Nacional y la Ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar; y, a suprimir mi información personal y revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales cuando ello fuera procedente (artículo 9° Decreto 1377 de 2013).

*"**Datos sensibles:** se entiende por datos sensibles aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo uso indebido puede generar su discriminación, tales como aquellos que revelen el origen racial o étnico, la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, la pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales, de derechos humanos o que promueva intereses de cualquier partido político o que garanticen los derechos y garantías de partidos políticos de oposición, así como los datos relativos a la salud, a la vida sexual, y los datos biométricos." (Numeral 3° artículo 3° Decreto 1377 de 2013).*

"Autorizo a EPS FAMISANAR S.A.S. a contactarme por llamadas, mensajes de texto (SMS), correo electrónico, WhatsApp u otros medios de mensajería instantánea, conforme a la Ley 2300 de 2023 y la Ley 1581 de 2012. Entiendo que el tratamiento de mis datos se hará bajo dichas normas y que puedo revocar esta autorización y ejercer mis derechos como titular en cualquier momento."

AUTORIZACIÓN DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS – LEY 1805 DE 2016

De acuerdo con lo definido en el artículo 4 de la Ley 1805, manifiesto a continuación que mi voluntad de ser donante de órganos y tejidos es:

SI [ ] NO [X]

Firma del Afiliado:

Nombres y Apellidos: KAROL YINETH ROMERO GOMEZ Identificación: CC 1073515026

Artículo 15. Los menores de edad podrán ser donantes de órganos y tejidos, siempre y cuando sus representantes legales expresen su consentimiento informando para la donación de órganos y/o tejidos dentro de las (8) ocho horas siguientes a la concurrencia de la muerte cerebral. El médico responsable deberá informarles sus derechos y los beneficios de la donación.

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor (a) _____ identificado (a) con el documento _____ No. _____ quien manifiesta no poder o no saber firmar, lo hace en su nombre el (la) señor (a) _____ quien es mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que está recibiendo.

Como testigo, da fe de todo lo anterior y certifica que la huella aquí impuesta pertenece al señor (a) _____

Firmante a Ruego:

Nombres y Apellidos: _____
Identificación: _____
Edad: _____
Dirección de Domicilio: _____

Nombres y Apellidos de quien no sabe o no puede firmar: _____

Huella

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1073515026
NOMBRES	KAROL YINETH
APELLIDOS	ROMERO GOMEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CUNDINAMARCA
MUNICIPIO	FUNZA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS FAMISANAR S.A.S.	CONTRIBUTIVO	11/03/2015	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	08/12/2026 10:45:13	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra que los datos de su afiliación en el Sistema

Protección

Una empresa sura

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **ROMERO GOMEZ KAROL YINETH** identificado(a) con **CC** número **1.073.515.026** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 12 de diciembre de 2013 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 12 de agosto de 2026.

Cordialmente,

Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 482 33 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80** -
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a **https://customer0001.wolkvox.com/proteccion/index.php**

SISPRO
Sistema Integral de Información de la Protección Social

RUAF
Registro Único de Afiliados

Afiliaciones de una Persona en el Sistema

INFORMACIÓN BASICA Fecha de Corte: 2026-08-07

Número de Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Sexo
CC 1073515026	KAROL	YINETH	ROMERO	GOMEZ	F

AFILIACIÓN A SALUD Fecha de Corte: 2026-08-07

Administradora	Régimen	Fecha Afiliacion	Estado de Afiliación	Tipo de Afiliado	Departamento -> Municipio
EPS FAMISANAR S.A.S.	Contributivo	31/08/2016	Activo	BENEFICIARIO	PUNZA

AFILIACIÓN A PENSIONES Fecha de Corte: 2026-08-07

Régimen	Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación
PENSIONES: AHORRO INDIVIDUAL	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIA PROTECCION SA	2013-12-12	Activo cotizante

AFILIACIÓN A RIESGOS LABORALES Fecha de Corte: 2026-08-07

Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Actividad Economica	Municipio Labora
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	2024-01-16	Activa		Bogotá, D.C.- BOGOTÁ
Seguros de Vida Suramericana	2026-06-11	Activa	"Actividades de envase y empaque incluye envase de seguridad de preparados farmacéuticos, etiquetado estampado e impresión, empaque de paquetes y envoltura de regalos,"	Bogotá, D.C.- BOGOTÁ

AFILIACIÓN A COMPENSACION FAMILIAR Fecha de Corte: 2026-08-07

No se han reportado afiliaciones para esta persona

AFILIACIÓN A CESANTIAS Fecha de Corte: 2026-08-07

Régimen	Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Municipio Labora
CESANTÍAS: ESPECIAL	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIA PROTECCION SA	2018-02-12	VIGENTE	Bogotá, D.C.- BOGOTÁ
CESANTÍAS: ESPECIAL	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIA PROTECCION SA	2022-02-11	VIGENTE	Bogotá, D.C.- BOGOTÁ
CESANTÍAS: ESPECIAL	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIA PROTECCION SA	2026-02-13	VIGENTE	Bolívar- CARTAGENA

PENSIONADOS Fecha de Corte: 2026-08-07

No se han reportado pensiones para esta persona.

VINCULACIÓN A PROGRAMAS DE ASISTENCIA SOCIAL Fecha de Corte: 2026-08-07

No se han reportado vinculaciones para esta persona.

CONFORME CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE, LAS ADMINISTRADORAS SON LAS RESPONSABLE DEL CONTENIDO Y LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN REPORTADA AL RUAF. CUALQUIER INCONSISTENCIA DEBE SER INFORMADA A LA ADMINISTRADORA RESPECTIVA, QUIEN DEBE RESOLVERLA.

Ministerio de Salud y Protección Social.
Dirección: Cra. 13 # 32 - 76. Colombia, Bogotá D.C. PBX; (57-1) 330 5000, Fax: (57-1) 330 5050.

Conmutador: (601) 330 5000 - Línea Fuera de Bogotá: 018000960020
Línea de atención de emergencias y desastres: (601) 330 5071 - 24 horas
Punto de atención presencial: Carrera 13 No. 32-76 piso 1, Bogotá, código postal 110311
Mesa de Ayuda: En Bogotá: (601) 3305043
Horario de atención: lunes a viernes de 7:00 a.m. a 6:00 p.m. y sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m.
Denuncias por actos de corrupción: soytransparente@minsalud.gov.co
Versión 2.5
ISO 27001



Nueva Búsqueda

- (•) Empresa / Persona
- ( ) Entidad
- ( ) Departamento

Soy humano hCaptcha Privacidad - Condiciones

1073515026

Powered b

La CC/NIT que ha buscado

No evidencia contratación en el SECOP.

Cerrar

¿Es hec

La Secre cia de hechos de corrupción. Puede denunciar de manera segura cualquier irregularidad que conozca.

¡Denuncie!

¡Haga clic aquí!

Contacto

Conmutador: +57 (601) 562 9300

Correo institucional:

contacto@presidencia.gov.co

Notificaciones judiciales:

notificacionesjudiciales@presidencia.gov.co

Política de seguridad de la información

Acerca del sitio

Reporte

Mapa de noticias

Indicadores

Normatividad

Contacto

Denuncie

A⁻ A⁺



La CC/NIT que ha buscado

No evidencia contratación en el SECOP.

ALCALDÍA DE FUNZA | CUNDEPORTES FUNZA

EL INSTITUTO MUNICIPAL PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE
CUNDEPORTES FUNZA
NIT 832000829-7

CERTIFICA

Que, una vez consultadas las plataformas oficiales del Estado colombiano correspondientes a Procuraduría General de la Nación, Contraloría General de la República, Policía Nacional, Registro Nacional de Medidas Correctivas, Registro de Deudores Alimentarios Morosos – REDAM, inhabilidades por delitos sexuales contra menores de edad y Rama Judicial, para verificar los antecedentes del contratista:

Nombre: KAROL YINETH ROMERO GOMEZ
Documento de identidad: 1.073.515.026

NO SE REGISTRARON NOVEDADES, INHABILIDADES O INCOMPATIBILIDADES PARA CONTRATAR CON LA ENTIDAD, y la información obtenida coincide con los documentos físicos y/o digitales aportados por el contratista dentro del proceso contractual.

La presente certificación se expide bajo la gravedad de juramento, como constancia de la debida diligencia en la verificación de antecedentes y hace parte integral del expediente contractual.

Se expide a los doce (12) días del mes de agosto de 2026.

YAMILE ANDREA GARZÓN MURILLO
Profesional Universitario – Jurídica y Contractual

VALENTINA PEÑA YEPES
Contratista – Apoyo Contratación

	Nombre del funcionario	Cargo	Firma
Reviso y Aprobó:	Katherine González Ovalle	Subdirectora Administrativa y financiera.	
Reviso y Aprobó:	Yamile Andrea Garzón Murillo	Profesional Universitario – Jurídica y Contractual	
Elaboró y revisó	Valentina Peña Yepes	Contratista – Apoyo Contratación	

Tecnisalud B.C. IPS
Centro de Reconocimiento de Conductores
"Los mejores previniendo y protegiendo en salud laboral"

Cra 15 # 12-35, Piso 1
Funza, Cundinamarca
317 3703157
NI 900231225

Impreso con MedSystem®

Certificado laboral

900231225-6 - PARTICULARES

Paciente	**KAROL YINETH ROMERO GOMEZ**	**Ocupación**	AUXILIAR
CC	1073515026	**Entidad**	Famisanar
Sexo	Femenino		
Nacimiento	15 de jul. 1994 (32 años, 3 semanas)	**Examen**	**Pre-ingreso laboral**
Estado civil	Union Libre	**Fecha**	lun., 10 de ago. 2026 11:37 AM
Ciudad	Funza		
Dirección	CALLE 18A # 7-65		
Teléfono	+573105880985		



Servicios realizados

Medicina Ocupacional

Concepto

Tipo de concepto

Sin restricción para el cargo

Énfasis

Osteomuscular

Cardiovascular

Generación: lun., 10 de ago. 2026

Observaciones y/o recomendaciones

CONCEPTO MÉDICO LABORAL

Satisfactorio

Si

CONCEPTO OCUPACIONAL

Sin restricción para el cargo + con recomendaciones

Limitaciones O Restricciones

No

RECOMENDACIONES MÉDICAS

Solicitar en su EPS valoración anual por Audiometría, Solicitar en su EPS valoración anual por Optometría, Uso de Elementos de Protección Personal. Dieta y ejercicio. Uso de medias de compresion

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

Realizar Actividad Física Constantemente, Capacitar en manejo de cargas, Capacitar en pausas activas e higiene postural, Realizar pausas activas durante la jornada laboral.

La presente certificación se expide con base en la historia laboral del trabajador , la cual tiene caracter confidencial y su manejo es regulado por la resolución 2346 del 2007 y 1918 del 2009

Funza, Agosto de 2026

Señores
INSTITUTO MUNICIPAL PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE
CUNDEPORTES FUNZA
Ciudad,

Ref.: Declaración de no estar incurso en causales de conflicto de intereses, Inhabilidad e Incompatibilidad.

Cordial saludo,

Por medio de la presente, manifiesto bajo la gravedad de juramento que no me encuentro incurso en ninguna causal de conflicto de intereses, inhabilidades, incompatibilidades y/o prohibiciones, establecidas en la Constitución Política de Colombia, así como en los artículos 8 y 9 de la Ley 80 de 1993, la Ley 1474 de 2011, el Decreto Ley 019 de 2012, la Ley 1952 de 2019 y las demás normas concordantes y vigentes sobre la materia.

Conforme a lo anterior, manifiesto ser el único responsable por los efectos de la presente declaración, y en consecuencia asumo todas las consecuencias jurídicas que de ella se deriven, tanto de carácter penal, disciplinario y fiscal.

Igualmente, manifiesto conocer el contenido del artículo 442 del Código Penal, el cual establece: "Falso testimonio. El que, en actuación judicial o administrativa, bajo la gravedad del juramento ante autoridad competente, falte a la verdad o la calle total o parcialmente, incurrirá en prisión de cuatro (4) a ocho (8) años".

Cordialmente,

Karol Romero

KAROL YINETH ROMERO GOMEZ
CC: 1.073.515.026 DE FUNZA

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

FUNZA, **10/08/2026**
CUNDINAMARCA,
COLOMBIA,
A quien interese

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora KAROL YINETH ROMERO GOMEZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **1073515026**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	**0570008090535793**
Fecha de apertura	**23/04/2014**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA



Mis datos de usuario

Noticias SECOP

Mis registros

Accesos del usuario

Términos y condiciones de uso

Accesos

Usuarios delegados

Agregar | Borrar

	Nombre	Nombre de usuario	Tipo de acceso	Inicio del acceso	Fin del acceso	
☐	Karol Yineth Romero Gómez	karolromero94	Nombre de usuario	-	-	Editar Detalle

Histórico de accesos

Accesos efectuados

Inicio del acceso	Fin del acceso	Nombre	Nombre de usuario	Entidad	Tipo de acceso
1 minuto de tiempo transcurrido *(08/11/2026 8:55:37 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	-	Karol Yineth Romero Gómez	karolromero94	Karol Yineth Romero Gómez	Nombre de usuario