



Acta Individual de Grado

COLEGIO ENRIQUE OLAYA HERRERA

Institución Educativa Distrital

Carrera 10a. No. 32 - 05 Sur - 361 42 00

Jornada Tarde

Inscripción S.E. :2972

Dane: 111-00130019

En la ciudad de Bogotá, D.C., a los 28 días del mes de Noviembre de 2008 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría del COLEGIO ENRIQUE OLAYA HERRERA Institución Educativa Distrital, Institución aprobada hasta Nueva Visita en el nivel de Educación Media y Autorizada por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C., para otorgar el Título de Bachiller en la modalidad Académica, según Resolución No. 4241 del 30 de Octubre de 2008.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media se procedió a otorgar el Título de:

BACHILLER ACADÉMICO

CON ÉNFASIS EN PROGRAMACIÓN Y DISEÑO DE SOFTWARE

al graduando cuyos Nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

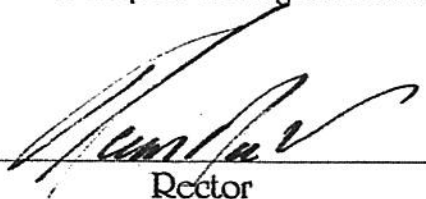
Karen Viced Torralva Pereira
C.I. No. 920406-14372 de Bogotá, D.C.

Es fiel copia tomada del Acta original general No. 35 de fecha 28 de Noviembre de 2008

Firmada y sellada por Alirio Alfredo Osorio Valero (Rector) y Elizabeth Santoya Forero (Secretaria)

Dada en Bogotá D.C., a los 28 días del mes de Noviembre de 2008

En constancia se firma la presente por quienes intervinieron en cumplimiento a lo ordenado en el Artículo 7o. del Decreto 180 de 1981.
No Requiere ser Registrado en la Secretaría de Educación según Decreto No. 921 del 6 de Mayo de 1994


Rector

Alirio Alfredo Osorio Valero
C.C. No. 19.113.950 de Bogotá


Secretaria
Elizabeth Santoya Forero
C.C. No. 60.332.766 de Cúcuta



CORPORACIÓN DE EDUCACIÓN SAN JORGE

"CESCO"

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO
Calle 39A sur No. 3c - 45 Este B. La Victoria Tel: 206 0281 - 206 3018
Resolución No. 8003 del 16 de Diciembre de 1998

Aprobado por el Ministerio de Protección acuerdo ejecutivo No. 063 del 21 de Diciembre de 2005 con aprobación 1913 del 24 de Mayo de 2006 emanado por la Secretaria de Educación de Bogotá, D.C.

ACTA GENERAL DE REGISTRO No. 08

En Bogotá. D.C. el día 7 de Diciembre del año 2010, se reunieron en el aula de conferencias de la Corporación de Educación San Jorge "CESCO", la Rectora, la Secretaria Académica, el Coordinador General y el cuerpo de Docentes, con previo juramento de rigor se le hizo entrega a:

ACTA INDIVIDUAL No. 08

Torralva Pereira Karen Yiced

Identificado (a) con C.C. No. 1.033.743.500 de Bogotá, D.C.

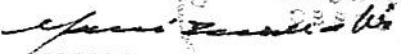
Confiere Certificado de Aptitud Ocupacional por Competencias

(Según Decreto 3616 de 2005 Art. 5º)

TÉCNICO AUXILIAR EN ENFERMERÍA

Por haber cumplido con todos los requisitos Académicos y las practicas Hospitalarias reglamentadas, conforme a disposiciones de ley

En constancia se firma y sella la presente en Bogotá, D.C. el 7 de Diciembre del 2010


MARIA RANGEL DE RIOS
RECTORA


MARGARITA ORTIZ MALAGON
SECRETARIA ACADÉMICA

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1033743500

Numero de Documento

Seguros Bolivar

ARL

Karen

Primer Nombre

Ticed

Segundo Nombre

Torralva

Primer Apellido

Percira

Segundo Apellido

06/04/1992

F. Nacimiento dd/mm/aa

Bogotá

Ciudad de Nacimiento

Kr 5 # 48g 04 sur

Dirección de Residencia

5105074

Teléfono Fijo

Cruz Blanca

EPS - Salud

Protección

AFP - Pensiones

\$ 1.410.000

Honorarios

Auxiliar de Enfermería

Objeto Contractual (Cargo)

Fecha Inicio del Contrato

Karyideangels@hotmail.com

Correo Electrónico

3142991337

Celular

KAREN TORRALVA

Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

HEPATITIS B HEPAVAX-GENE	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE N°	FIRMA
1a	0.5	07-02-09	UVA08036	
2a	1.0	07-02-09	UVA08036	
3a	1.0	19-02-2011	UVA08036	
		02 AGO 2011		

TÉTANOS DIFTERIA (Dif-Tet-Ab)	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE N°	FIRMA
1a	0.5	21-09-09	EU40880	
2a	0.5	26-11-09	EU40880	
3a	0.5	11-08-10	EU40880	
		02 AGO 2011		

INFLUENZA ACRIPPAL S1	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE N°	FIRMA
1	0.5			

VARICELA VARICELLA ZOSTERES	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE N°	FIRMA
1	0.5			

TRIPLE VIRAL MORUPAR	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE N°	FIRMA
1	0.5	07-09-09	A232 042012	

OTRAS	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE N°	FIRMA
F. Amarilla	0.5	07-09-09	096N10102	06-11

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5	30-03-14	002584	11/12/14
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Otras				

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza		04-06-13	57062	ci/el HUH
Virus de Papiloma Humano	1	23-01-14	300989	DIANA G

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1	21/10/12	0124 1017	50/13 Jhenifer H. C.
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Otras				

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.033.743.500

TORRALVA PEREIRA

APELLIDOS

KAREN YICED

NOMBRES

KAREN TORRALVA

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 06-ABR-1992

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.54

ESTATURA

AB+

G.S. RH

F

SEXO

12-ABR-2010 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



P-1500150-00245536-F-1033743500-20100723

0022918876A 2

34153066

BANCO COLPATRIA MULTIBANCA COLPATRIA S.A**NIT. 860.034.594-1****CERTIFICA QUE:**

La cuenta de ahorros **No. 4.722.010.551** con fecha de apertura **18 de Abril de 2017**, de la(los) cual(es) es(son) titular(es):

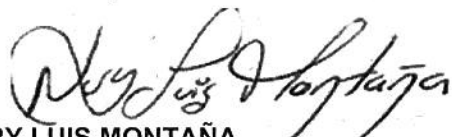
El(la) señor(a) **KAREN YICED TORRALVA PEREIRA**,
identificado(a) con tipo de documento **CC No. 1033743500**

La cuenta en mención ha sido manejada de acuerdo a las normas establecidas por la entidad.

Damos esta información con la acostumbrada reserva bancaria.

La presente se expide a solicitud del interesado en la ciudad de **BOGOTÁ**,
a los **17 días del mes Marzo del 2018**

Cordialmente,



NURY LUIS MONTAÑA
DIRECCIÓN SERVICIO RETAIL
Gerencia Relaciones con Clientes



Bogotá 7561616
Cali 4891616
Medellín 6041616
Barranquilla 3851616
Ibagué 2771616
Pereira 3401616
Cartagena 6931616
Neiva 8631616
Bucaramanga: 6971616
Resto del País
01 8000 522 222



INGRESA EN:
www.colpatria.com



ENCUÉTRANOS EN
MÁS DE **175**
oficinas por todo el país.



Multibanca Colpatria



@Colpatria

**EL SUSCRITO SUBGERENTE ADMINISTRATIVA DE HOGARES
DE PASO LA MALOKA S.A.S.**

CERTIFICA

Que la Señora, **KAREN YICED TORRALVA PEREIRA**, identificada con la Cédula de Ciudadanía N°.1.033.743.500 de Bogotá D.C., prestó sus servicios a esta empresa como Auxiliar de Enfermería, en los periodos que relaciono a continuación:

TIPO DE CONTRATO	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
Contrato Terminó Definido	Julio 09 de 2011	Octubre 08 de 2011
Contrato Terminó Definido	Octubre 09 de 2011	Enero 08 de 2012
Contrato Terminó Definido	Enero 09 de 2012	Abril 08 de 2012
Contrato Terminó Definido	Abril 09 de 2012	Julio 08 de 2012
Contrato Terminó Definido	Julio 26 de 2012	Octubre 25 de 2012

La presente certificación se expide, a solicitud de la interesada, el día Seis (06) del mes de Noviembre del año dos mil doce (2.012).



JOAN DAVID GALEANO AVENDAÑO
Subgerente Administrativo

c.c. Hoja de Vida

LA "SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD E.S.E."
SEDE VISTA HERMOSA
CERTIFICA:

En la base de datos del área de contratación se encontró que el (la) contratista TORRALVA PEREIRA KAREN YICED, identificado(a) con CC. 1.033.743.500, ha suscrito los siguientes contratos de prestación de servicios:

No. Contrato	Fecha de Duración	Valor
1633	23 de abril de 2013 AL 30 de junio de 2013	3.332.700
3957	01 de julio de 2013 AL 31 de agosto de 2013	2.898.000
5477	01 de septiembre de 2013 AL 15 de septiembre de 2013	724.500
6369	17 de septiembre de 2013 AL 30 de septiembre de 2013	724.500
7530	01 de octubre de 2013 AL 09 de octubre de 2013	434.700
9049	10 de octubre de 2013 AL 31 de octubre de 2013	1.014.300
10679	01 de noviembre de 2013 AL 31 de diciembre de 2013	2.898.000
Adicion 10679	01 de enero de 2014 AL 10 de enero de 2014	483.000
00929	11 de enero de 2014 AL 31 de enero de 2014	966.000
02038	01 de febrero de 2014 AL 28 de febrero de 2014	1.449.000
03053	01 de marzo de 2014 AL 30 de abril de 2014	2.898.000
04188	01 de mayo de 2014 AL 31 de julio de 2014	4.347.000
05590	01 de agosto de 2014 AL 31 de agosto de 2014	1.449.000
06635	01 de septiembre de 2014 AL 30 de septiembre de 2014	1.449.000
07595	01 de octubre de 2014 AL 31 de octubre de 2014	1.449.000
08632	01 de noviembre de 2014 AL 30 de noviembre de 2014	1.449.000
10188	01 de diciembre de 2014 AL 31 de diciembre de 2014	1.449.000
Adicion 10188	01 de enero de 2015 AL 15 de enero de 2015	241.500

Calle 67 a Sur No 18C-12 Juan Pablo II
Código Postal: 111951
PBX: 730 0000
FAX: 765 2625
www.hospitalvistahermosa.gov.co
Info: Línea 195



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



**ALDEAS
INFANTILES SOS
COLOMBIA**

**La suscrita Directora del Servicio de Familias de Origen Región Bogotá –
Cundinamarca de
ALDEAS INFANTILES SOS COLOMBIA**

CERTIFICA:

Que, KAREN YICED TORRALVA PEREIRA, identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.033.743.500 de Bogotá, D.C., laboró en nuestra organización ALDEAS INFANTILES SOS COLOMBIA, desempeñando el cargo de RESPONSABLE DE APOYO EN SALUD Y NUTRICIÓN en el CENTRO DE DESARROLLO FAMILIAR Y COMUNITARIO CAZUCÁ, desde el día 17 de Abril de 2.017 hasta el día 10 de Noviembre de 2.017.

Anexamos carta de funciones del cargo.

La presente se expide a los diez (10) días del mes de Noviembre del año dos mil diecisiete (2.017).

Atentamente,



**ALDEAS
INFANTILES SOS
COLOMBIA**


ALDEAS INFANTILES SOS COLOMBIA

Nit. 860.024.041 - 6

YAMID MABESoy TORRES

Directora Servicio Familias de Origen Región Bogotá - Cundinamarca

Teléfonos: 9.00.31.10 y 316-6.90.21.95

e-mail: yamid.mabesoy@aldeasinfantiles.org.co

Bogotá D.C

Señores:

Corporación educativa San Jorge "cesco"
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

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

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

Auxiliar de Enfermería
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

KAREN TORRALVA

No. de documento:

1033743500

Tarjeta profesional No:

1033743500

Dirección de contacto:

carrera 5 #48 g al sur

Teléfono:

3142991337

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS
FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 30 de julio de 2018, a las 10:38:09, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1033743500
Código de Verificación	1033743500180730103808

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

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



SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB





Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

KAREN YICED TORRALVA PEREIRA

Con Cedula de Ciudadanía No. 1.033.743.500

Cursó y aprobó la acción de Formación

WINDOWS BÁSICO

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Soacha, a los veintisiete (27) días del mes de septiembre de dos mil diecisiete (2017)

Firmado Digitalmente por

ROBERTO PRIETO LADINO

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

Autenticidad del Documento

Bogotá - Colombia

ROBERTO PRIETO LADINO

SUBDIRECTOR

CENTRO INDUSTRIAL Y DE DESARROLLO EMPRESARIAL DE SOACHA

REGIONAL CUNDINAMARCA

47370223 - 27/09/2017

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 9232001526843CC1033743500C.



REGIONAL CUNDINAMARCA

EL CENTRO INDUSTRIAL Y DE DESARROLLO EMPRESARIAL DE SOACHA

CERTIFICA

Que KAREN YICED TORRALVA PEREIRA identificado(a) con Cedula de Ciudadania No 1.033.743.500 de Bogotá, realizó y aprobó el curso de WINDOWS BÁSICO con una intensidad horaria de Cuarenta (40) y obtuvo una evaluación Apto (A) con una equivalencia de (4.5).

Equivalencia de Evaluaciones:

D: Reprobó
A: Aprobó

Se expide en Soacha, a los veintisiete (27) días del mes de septiembre de dos mil diecisiete (2017)

Firmado Digitalmente por
ROBERTO PRIETO LADINO
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

ROBERTO PRIETO LADINO
SUBDIRECTOR CENTRO INDUSTRIAL Y DE DESARROLLO EMPRESARIAL DE SOACHA
REGIONAL CUNDINAMARCA

SENA: Una Organización con Conocimiento



Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento del Decreto 933 de 2003

otorga

Certificado de Competencia Laboral a

KAREN YICED TORRALVA PEREIRA

Con CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 1.933.743.500

Quien demostró su Competencia Laboral en la

Norma

NIVEL INTERMEDIO - Cuidar niñas y niños de acuerdo con políticas nacionales y normativa legal.

Código: 230101256

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en SOACHA, A los cinco (5) días del mes de Octubre de dos mil diecisiete (2017)

Firmado Digitalmente por
ROBERTO PRIETO LADINO
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento

172606 - 05/10/2017
No Y FECHA REGISTRO

VIGENCIA
5 de Octubre de 2020

ROBERTO PRIETO LADINO
SUBDIRECTOR CENTRO INDUSTRIAL Y DESARROLLO EMPRESARIAL DE SOACHA
REGIONAL CUNDINAMARCA

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 923200230101256CC1033743500C.



**Departamento
Administrativo
de la Función
Pública**

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

ENTIDAD RECEPTORA

I. DECLARACIÓN JURAMENTADA				
1.1 DE BIENES Y RENTAS				
Yo, <u>Karen Ticed Torralva Pereira</u>				
IDENTIFICADO CON: C.C. ☒ C.E. ☐ OTRO ☐ No. <u>1033743500</u> CON DOMICILIO PRINCIPAL EN: <u>Bogotá</u>				
DIRECCIÓN <u>Carrera 5 # 48904 sur</u>			TELÉFONOS <u>3142991337</u>	
MUNICIPIO <u>Bogotá</u>		DEPARTAMENTO <u>Cundinamarca</u>		PAÍS <u>Colombia</u>
Y TENIENDO COMO PARIENTES EN PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD (PADRES E HIJOS) A:				
NOMBRES Y APELLIDOS		DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		PARENTESCO
<u>Olga Lucia Pereira Garcia</u>		<u>52.173.599</u>		<u>Mama</u>
<u>Oscar Hernando Torralva Moreno</u>		<u>79.527.668</u>		<u>Papa</u>
DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3o., DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTÍCULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, PARA TOMAR POSESIÓN ☐ PARA RETIRARME ☐ PARA ACTUALIZACIÓN ☐ PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ☐ QUE LOS ÚNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACIÓN:				
a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:				
CONCEPTO				VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES				<u>5.100.000</u>
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS				
GASTOS DE REPRESENTACIÓN				
ARRIENDOS				
HONORARIOS				
OTROS INGRESOS Y RENTAS				
TOTAL				<u>5.100.000</u>
b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:				
ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
<u>Colpatria</u>	<u>ahorros</u>	<u>4722010551</u>	<u>Bosca</u>	<u>0</u>
c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:				
TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN			VALOR

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACIÓN)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

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

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

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

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

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN

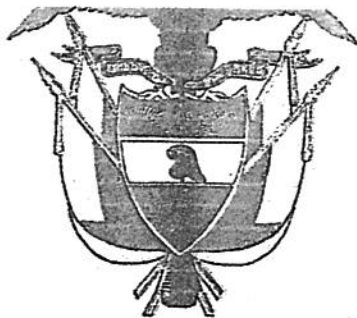
3. FIRMA

KAREL TORRALBA

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO

Bogotá / 17-03-2018

CIUDAD Y FECHA



LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL
Y EN SU NOMBRE EL

COLEGIO ENRIQUE OLAYA HERRERA
INSTITUCIÓN EDUCATIVA DISTRITAL

JORNADA TARDE

APROBADO POR LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DE BOGOTÁ, D.C.,
SEGÚN RESOLUCIÓN No. 4241 DEL 30 DE OCTUBRE DE 2008

CONFIERE A:

Karen Viced Torralva Pereira

C.I. No. 920406-14372 de Bogotá, D.C.

EL TÍTULO DE
BACHILLER ACADÉMICO
CON ÉNFASIS EN PROGRAMACIÓN Y DISEÑO DE SOFTWARE
POR HABER CURSADO Y APROBADO LOS ESTUDIOS CORRESPONDIENTES AL
NIVEL DE EDUCACIÓN MEDIA, SEGÚN LOS PLANES Y PROGRAMAS VIGENTES



RECTOR

SECRETARÍA

REGISTRO INTERNO

ACTA No 35 FOLIO No 126

ESTE DIPLOMA NO REQUIERE SER REGISTRADO EN LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN
DE CONFORMIDAD CON EL DECRETO No 921 DEL 6 DE MAYO DE 1994



La República de Colombia

El Ministerio de Educación Nacional y en su Nombre

LA CORPORACIÓN DE EDUCACIÓN SAN JORGE



"CESCO"

Calle 39A Sur No. 3C-45 Este La Victoria Tels.: 2060281 - 2068764

Educación Para El Trabajo Y Desarrollo Humano

Con Autorización Oficial según Resolución No. 1913 del 24 de Mayo de 2006 Emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá D.C. y Acuerdo No. 063 del 21 de Diciembre de 2005 del Consejo Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud

CONFIERE CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS

Auxiliar de Enfermería

A:

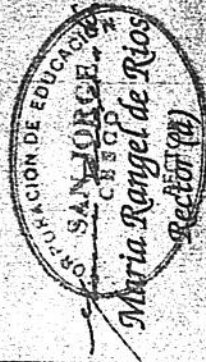
Toralva Pereira Karen Yiced

Identificado (a) con C.C. No. 1.033.743.500 de Bogotá, D.C.

Por haber cursado y aprobado el programa Auxiliar en Enfermería con intensidad total de 1.800 Horas

En fe de lo cual Firmamos y Sellamos esta Certificación

Dado en Bogotá, D.C. a 07 de Diciembre de 2010 Anotado al Folio 15
del Libro para Control Interno No. 04





Certificado de Afiliación

La Señora Karen Yiced Torralva Pereira , identificada con Cédula Ciudadanía 1.033.743.500, Presenta los siguientes datos, referentes al Plan Obligatorio de Salud POS en nuestra EPSS23.

Información del Afiliado:

Nombre:	Karen Yiced Torralva Pereira	Tipo Identificación:	Cédula Ciudadanía
Número de identificación:	1033743500	Fecha de retiro:	
Fecha afiliación (dd/mm/aaaa):	14/12/2010	Razón de estado:	Usuario activo en el sistema
Estado actual:	VIGENTES	Nombre de Régimen	SUBSIDIADO
Tipo de Afiliado:	Cabeza Fija Subsidiado	Municipio residencia:	Bogotá D.C.
Dirección actual de residencia:		Depto. Residencia:	Bogota D.C.
Teléfono actual de residencia:	5105074		

Información de los beneficiarios:

Tipo de Afiliado	Identificación	TD	Nombre	Fecha afiliación	Estado	Fecha retiro	Parentesco
------------------	----------------	----	--------	------------------	--------	--------------	------------

Señor afiliado por favor verifique sus datos básicos y de ser necesario realice la actualización de los mismos comunicándose con los siguientes teléfonos en Bogotá: 6446100 y en el resto del país 018000113337.

Se firma y expide en Bogotá a los 16 días del mes de Marzo de 2018, a solicitud del interesado.

****INFORMACION NO VALIDA PARA TRASLADO ENTRE EPS, NI PARA ACLARAR MULTIAFILIACION****

SEÑOR USUARIO: RECUERDE QUE EL TRASLADO DE EPS ES UN MANEJO ENTRE LAS MISMAS.

CORDIALMENTE

NELSON ENRIQUE SANCHEZ CAICEDO

Coordinador Nacional de Operaciones

Elaboro:

DATOS PACIENTE

Nombres:	KAREN YICED TORRALVA PERERIRA		
Tipo de Documento:	CC Documento	1033743500	
Sexo:	F	F. Nacimiento:	06/04/1992
Entidad:	HOSPITAL PABLO VI DE BOSA		
Centro de Costo:	N/A		
Cargo:	AUXILIAR DE ENFERMERIA		
Fecha de Atencion:	2018-02-02		
Fecha y Hora entrega resultados:	02/02/2018 10.06 AM		



CERTIFICADO MEDICO DE CONDICIONES GENERALES DE SALUD
Resolución No. 2346 de 2007 y Resolución No. 1918 de 2009

Realizado la valoración Médico Ocupacional de INGRESO, el suscrito médico certifica que el aspirante al cargo es:

APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

Tipo de Restricciones ó Limitaciones:

SI: USO DE CORRECCION VISUAL PERMANENTE

Recomendaciones:

NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILO DE VIDA DIETA BAJA EN AZUCARES, GRASAS Y CARBOHIDRATOS - EJERCICIO REGULAR

VALORACION OPTOMETRICA. ANUAL-USO DE CORRECCIÓN VISUAL

OTRAS: USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS Y VISUALES, HIGIENE POSTURAL

Se Sugiere Control en Programas de Vigilancia Epidemiológica

CONDICION VISUAL

RIESGO BIOMECANICO

CARDIOVASCULAR

Exámenes Realizados:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que halla lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

ANALISIS Y CONCEPTO: DR. (A): BEATRIZ HELENA WILCHES RM: 13197-2013
ACUÑA

Beatriz Wilches Acuña
B. Helena Wilches Acuña
Médico
RM: 113197/2013

Firma y sello del Médico Evaluador

KAREN YICED TORRALVA PERERIRA

1033743500

C.C

Firma del trabajador Evaluado

* BOGOTA SEDE PRINCIPAL
Calle 19 No. 3-50 Edificio Barichara
Tel.: (+1) 281 4505 - 286 5893 - 286 5382

SEDE SUR
Autopista Sur (Transversal. 35) No. 42 Sur,
Villamayor Tel.: (+1) 458 5819 - 203 9594

SEDE CENTRO
Cra. 5 No. 19-06
Tels.: (+1) 282 6426 - 342 4634

SEDE OCCIDENTE
Av. Cra. 68 No. 17-02
Tels.: (+1) 447 0088 - 447 1401 - 414 8387

SEDE OCCIDENTE
Av. Cra. 68 No. 17-05
Tels.: (+1) 4146397 - 280 84

SEDE NORTE
Autopista Norte No. 63-29
Tels.: 805 1875 - 610 57 71

SEDE NORTE 2
Autopista Norte No. 63-39
Tels.: (+1) 257 9325 - 256 2352

SEDE ZONA FRANCA
Carrera 105 No. 15 A - 25 Edificio Bussalinas Center
Interior 141 - Oficina 408

BUCARAMANGA
Calle 55 No 31 - 113, Barrio Antiguo Campestre,
Tels.: (+7) 697 37 34 - 301 737 25 37

VILLAVICENCIO
Calle 34 No. 41 - 74 Barrio Barzal Alto
Tels.: (+6) 674 0915 - 674 0915

CARTAGENA DE INDIAS
Avenida Pedro de Heredia, Sector La Amador,
Calle 32 No 20B - 21 Piso 2 Tels.: (+6) 844 69 71

SEDE BARRANQUILLA
Carrera 51B No. 94 - 334 Oficina 504 Centro Médico Vital

SANTA MARTA
Calle 22 No 14 - 70, Centro Médico
Portas del Caribe, Tels.: (+5) 421 46 44 - 421 65

BUENAVENTURA
Calle 7 No. 3-11 Oficina 2001 Edificio Pacific
Trader Center Tels.: (+2) 240 4734 - 240 2059

MEDELLIN
Carrera 60 No. 44 B-91 Barrio la America
Tels.: (+4) 412 1145 - 416 7011

CALI
Calle 18 Norte No. 4 N - 47 Barrio Versalles
Tels.: (+2) 380 9956 - 382 7337





FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO <u>Torralba</u>	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) <u>Percira</u>	NOMBRES <u>Karen Yiced</u>
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. <u>1033743500</u>	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD PAÍS COL. ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA <u>06</u> MES <u>04</u> AÑO <u>1992</u> PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Cundinamarca</u> MUNICIPIO <u>Bogota</u>		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA <u>Carrera 5 # 48 y 45 sur</u> PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Cundinamarca</u> MUNICIPIO <u>Bogota</u> TELÉFONO <u>3142991337</u> EMAIL <u>Karyideangels@hotmail.com</u>

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: <u>Bachiller académico</u>	
PRIMARIA					SECUNDARIA			MEDIA		FECHA DE GRADO	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	MES	AÑO
									X	<u>12</u>	<u>2008</u>

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
<u>TC</u>	<u>3</u>	<u>X</u>		<u>Auxiliar de Enfermería</u>	<u>12</u>	<u>2010</u>	<u>1033743500</u>

ESPECIFIQUE 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

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.			
EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD <u>Aldeas Infantiles SOS</u>	PÚBLICA ☐	PRIVADA ☒	PAÍS <u>Colombia</u>
DEPARTAMENTO <u>Cundinamarca</u>	MUNICIPIO <u>Soacha</u>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS <u>9003110</u>	FECHA DE INGRESO DÍA <u>17</u> MES <u>04</u> AÑO <u>2017</u>		FECHA DE RETIRO DÍA <u>10</u> MES <u>11</u> AÑO <u>2017</u>
CARGO O CONTRATO ACTUAL <u>Auxiliar de enfermería</u>	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN <u>calle 45 a # 7-44 etc.</u>	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <u>Hospital Vista Hermosa</u>	PÚBLICA ☒	PRIVADA ☐	PAÍS <u>Colombia</u>
DEPARTAMENTO <u>Cundinamarca</u>	MUNICIPIO <u>Bogotá</u>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS <u>7300000</u>	FECHA DE INGRESO DÍA <u>23</u> MES <u>04</u> AÑO <u>2013</u>		FECHA DE RETIRO DÍA <u>31</u> MES <u>03</u> AÑO <u>2016</u>
CARGO O CONTRATO <u>Auxiliar de enfermería</u>	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN <u>calle 67 a sur # 18c12</u>	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <u>Hogares de Paso la malva</u>	PÚBLICA ☐	PRIVADA ☒	PAÍS <u>Colombia</u>
DEPARTAMENTO <u>Cundinamarca</u>	MUNICIPIO <u>Bogotá</u>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS <u>3344660</u>	FECHA DE INGRESO DÍA <u>07</u> MES <u>07</u> AÑO <u>2011</u>		FECHA DE RETIRO DÍA <u>26</u> MES <u>10</u> AÑO <u>2012</u>
CARGO O CONTRATO <u>Auxiliar de enfermería</u>	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN <u>calle 19 # 5-51 of 1106</u>	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA ☐	PRIVADA ☐	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	

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

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

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

Persona Natural
(Leyes 190 de 1.995, 489 y 443 de 1.998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PUBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	9
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	3	1
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	4	10

5 FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ☐ O ☒ E ENCUESTRO 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, (ARTICULO 5o. DE LA LEY 190/95).

KAREN TORRALBA

FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO O CONTRATISTA

6

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



Colombia Compaficiente

Buscar por proceso Merid ▾

Confirmación de registro de la entidad

Para actualizar el registro concluya la sesión.

Felicitaciones karen yiced torralva pereira ,

karen yiced torralva pereira con el NIT 1033743500 creada

Su usuario es el usuario administrador, usted puede administrar la información de su entidad y dar acceso a nuevos usuarios.

Haga clic aquí para continuar >

[Aumentar el contraste](#)



UTC-5:20:50:13



Buscar ...



Id de página: 14001741 Ayuda ②

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT

FECHA: 30-07-2019 CIUDAD: Bogotá DEPARTAMENTO: Cundinamarca

Distiguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Politicas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.

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

PROVEEDOR ☐ PARTICULAR ☐ CONTRATISTA OPS ☒ SERVIDOR PUBLICO ☐ OTRO ☐ CUAL:

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO: Toralva SEGUNDO APELLIDO: Pereira PRIMER NOMBRE: Karen SEGUNDO NOMBRE: Yiced

TIPO DE IDENTIFICACION: C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐ No IDENTIFICACION: 1033913500 LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio): Bogotá FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD): 2010-04-12

PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐ NO ☐

FECHA NACIMIENTO: 06-04-1982 LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio): Bogotá PAIS NACIMIENTO: Colombia NACIONALIDAD: Colombiana

ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐ PERSONA A CARGO: NUMERO DE HIJOS: TELEFONO CELULAR:

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA

MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☐ BACHILLER ☐ OTRO ☐ PRIMARIA ☐ TECNICO ☒ TECNOLOGO ☐ CUAL: PROFESION / OFICIO: Auxiliar Enfermeria

DIRECCION RESIDENCIA: Carrera 5 # 49 goltur CIUDAD RESIDENCIA: Bogotá DEPARTAMENTO: Cundinamarca PAIS RESIDENCIA: Colombia TELEFONO RESIDENCIA: 5105074

CORREO ELECTRONICO: karyidcangels@hotmail.com PORTAL O PAGINA INTERNET: TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ☐ FAMILIAR ☒ ARRENDADA ☐

DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene): CIUDAD: DEPARTAMENTO: PAIS: TELEFONO/FAX:

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO: SEGUNDO APELLIDO: PRIMER NOMBRE: SEGUNDO NOMBRE:

TIPO DE IDENTIFICACION: C.C. ☐ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐ NUMERO IDENTIFICACION: LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio): FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD):

PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐ NACIONALIDAD:

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO ☐ ESTUDIANTE ☐ HOGAR ☐ PENSIONADO ☐ SOCIO ☐ CONTRATISTA ☒ COMERCIANTE ☐ EMPLEADO PUBLICO ☐ OTRA ☐ PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐ EMPLEADO SOCIO ☐ CUAL:

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA	SI ☐	IVA	SI ☐	NO ☒	CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
		NO ☒	ICA	SI ☐	NO ☒	2692	1702-206
GRAN CONTRIBUYENTE	SI ☐	NO ☐	AGENTE RETENEDOR	SI ☐	NO ☒	AGENTE AUTORETENEDOR	SI ☐
							NO ☒
FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS			NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA			
SI ☐	NO ☒	SI ☐	NO ☒				
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA			GOBIERNO ☐	COMERCIAL ☐	SERVICIOS ☐	INDUSTRIAL ☒	# NIT
							900959051
EXPORTACIONES	AGRICOLA ☐	ENERGETICA ☐	FINANCIERA ☐	TRANSPORTE ☐	TECNOLOGIA ☐	ALIMENTOS ☐	MEDICAMENTOS ☐
OTRA ☐	CUAL: X						
DIRECCION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS			
Dg 34# 5-43	5966600 ext 1034	Bogotá	Cundinamarca	Colombia			
CARGO ACTUAL			Auxiliar atención al usuario		FECHA VINCULACION		
4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO							
NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	DESCRIPCION ACTIVIDAD			FECHA CONSTITUCION	TIPO SOCIEDAD
5. INFORMACIÓN FINANCIERA							
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES	700.000	AHORROS	0	SALDO HIPOTECA	0
HONORARIOS	1410.000	ARRIENDOS		INVERSIONES	0	TARJETAS DE CREDITO	0
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS	0	DEUDA VEHICULOS	0
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES	0	DEUDAS TERCEROS	0
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	300.000	OTROS ACTIVOS*	0	OTROS PASIVOS*	0
TOTAL INGRESOS	1.410.000	TOTAL EGRESOS	1.000.000	TOTAL ACTIVOS	\$ 0	TOTAL PASIVOS	\$ 0
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS	
6. REFERENCIAS PERSONALES (No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE				
Medina	Roncancio	Angela	Carolina				
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR				
Calle 73 sur #42-85	Bogotá	Amiga	3232246007				
7. REFERENCIA FINANCIERA							
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO			
Colpatria	Cuenta ahorros	4722010551	Bosa				
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒							
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	PAIS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO		
DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:							
IMPORTACION ☐	EXPORTACION ☐	TRANSFERENCIAS ☐	PRESTAMOS ☐	ALQUILER DE SERVICIOS ☐	OTRAS ☐	CUAL: <input type="text"/>	

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

Auxiliar atención al usuario

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

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses + copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.

Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.

Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados financieros certificados + declaración de renta si es declarante. **Nota:** Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.

Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los últimos tres meses + declaración de renta si es declarante

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio. (Para Comerciantes)

2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.

3. Fotocopia Inscripción en el Rit Distrital.

4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.

5. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)

6. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso. (Obligados a llevar contabilidad)

APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.

NOTA: Todos los conceptos de ingreso deben estar debidamente soportados. (Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

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

CONSIDERACIONES

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

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 4 3, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:

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

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

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

2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

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

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

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

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

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

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

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

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

IX. FIRMA Y HUELLA

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

KAREN TORRALBA

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

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

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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



Certificado de Afiliación

La Señora Karen Yiced Torralva Pereira , identificada con Cédula Ciudadanía 1.033.743.500, Presenta los siguientes datos, referentes al Plan Obligatorio de Salud POS en nuestra EPS023.

Información del Afiliado:

Nombre:	Karen Yiced Torralva Pereira	Tipo Identificación:	Cédula Ciudadanía
Número de identificación:	1033743500	Fecha de retiro:	
Fecha afiliación (dd/mm/aaaa):	14/12/2010	Razón de estado:	Al día - empleador pago al día
Estado actual:	VIGENTES	Nombre de Régimen	CONTRIBUTIVO
Tipo de Afiliado:	COTIZANTE	Municipio residencia:	Bogotá D.C.
Dirección actual de residencia:	KR 5 # 48 G - 04 Sur	Depto. Residencia:	Bogota D.C.
Teléfono actual de residencia:	3142991337		

Documento Aportante	Razón Social	Fecha Inicio	Fecha Fin
1033743500	Karen Yiced Torralva Pereira	27/03/2018	

Información de los beneficiarios:

Tipo de Afiliado	Identificación	TD	Nombre	Fecha afiliación	Estado	Fecha retiro	Parentesco
------------------	----------------	----	--------	------------------	--------	--------------	------------

Señor afiliado por favor verifique sus datos básicos y de ser necesario realice la actualización de los mismos comunicándose con los siguientes teléfonos en Bogotá: 6446100 y en el resto del país 018000113337.

Se firma y expide en Bogotá a los 31 días del mes de Julio de 2018, a solicitud del interesado.

****INFORMACION NO VALIDA PARA TRASLADO ENTRE EPS, NI PARA ACLARAR MULTIAFILIACION****

SEÑOR USUARIO: RECUERDE QUE EL TRASLADO DE EPS ES UN MANEJO ENTRE LAS MISMAS.

CORDIALMENTE

NELSON ENRIQUE SANCHEZ CAICEDO

Coordinador Nacional de Operaciones

Elaboro:

 Centro Oriente E.S.E. Subred Integrada de Servicios de Salud		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO - GESTION TALENTO HUMANO FORMATO LISTA DE CHEQUEO INGRESO PERSONAL OPS		CODIGO: AP-TII-FT-013 VERSION: 05 FECHA: 2017-11-08	
A. DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA					
PROCESO SOLICITANTE:		FECHA:		Nº FOLIOS:	
NOMBRE DEL CANDIDATO:	Karen Tomalva P.		DOCUMENTO:	1.033.743.500	
TELEFONO:	3142991337		ACTIVIDAD SOLICITADA:	Aux. Enfermería	
NINGUNA PERSONA SE ENCUENTRA AUTORIZADA PARA INICIAR ACTIVIDADES SIN HABER SUSCRITO PREVIAMENTE EL CONTRATO (FIRMA DE LAS DOS PARTES). TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS DEBEN SER PRESENTADOS EN FISICO					
B. DOCUMENTOS DE LA ENTIDAD PARA SOLICITUD DEL CONTRATO					
1	NECESIDAD DE PERSONAL OPS				
2	SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL				
3	CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL				
	SI	☐	NO	☐	
C. DOCUMENTOS PERSONALES PARA ELABORACIÓN DEL CONTRATO					
1	SOPORTE INSCRIPCIÓN SECOP II				
	SI	☒			
2	FORMATO UNICO DE HOJA DE VIDA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)				
	SI	☒			
3	DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)				
	SI	☒			
4	DIPLOMAS ACADÉMICOS				
	SI	☒	N/A	☐	
5	ACTAS DE GRADO DE CADA TÍTULO ACADÉMICO				
	SI	☒	N/A	☐	
6	CERTIFICACIONES DE CURSOS FORMALES E INFORMALES				
	SI	☒	N/A	☐	
7	SI ES TÍTULO DEL EXTRANJERO, RESOLUCIÓN DE CONVALIDACIÓN DE TÍTULO ANTE MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL / ICFES (Res. 06950 del 15 de mayo de 2015)				
	SI	☐	N/A	☒	
8	FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA DE TÍTULOS ACADÉMICOS (Técnicos, Tecnólogos, Profesionales)				
	SI	☒	N/A	☐	
9	CERTIFICADOS LABORALES REGISTRADOS EN FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA				
	SI	☒	N/A	☐	
10	FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA AMPLIADA AL 150%				
	SI	☒			
11	REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT: CÓDIGO CHU 8692 FECHA				
	SI	☒			
12	REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT				
	SI	☒			
13	LIBRETA MILITAR (Hombres)				
	SI	☐	N/A	☒	
14	TARJETA PROFESIONAL				
	SI	☒	N/A	☐	
15	RESOLUCIÓN EXPEDIDA POR SECRETARÍA DE SALUD (DISTRITAL O DEPARTAMENTAL) - (Personal en Salud)				
	SI	☒	N/A	☐	
16	CERTIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN EN RETHUS (Personal de salud)				
	SI	☒	N/A	☐	
17	ANTECEDENTES ÉTICO PROFESIONALES DISCIPLINARIOS (Medicina, Enfermería, Odontología, Derecho, Ingenierías, Contaduría, Administración)				
	SI	☐	N/A	☒	
18	CARNE DE VACUNAS DE HEPATITIS B (Personal Asistencial) - Mínimo tres dosis vigentes (0 / 1 mes/ 6 meses / 1 año - 10 años de vigencia) Y/O TITULACIÓN (reactiva)				
	SI	☒	N/A	☐	
19	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO (Vigencia no mayor a 3 años - Dec. 723/2013)				
	SI	☒			
20	CARNE DE RADIOPROTECCIÓN (Personal expuesto a Radiaciones Ionizantes) - Vigencia 4 años				
	SI	☐	N/A	☒	
21	CERTIFICADO SOPORTE VITAL BÁSICO (Enfermería, Auxiliar de Enfermería, Auxiliar Ambulancias)				
	SI	☒	N/A	☐	
22	CERTIFICADO SOPORTE VITAL AVANZADO (Médicos Urgencias, atención ambulatoria SPA, salud mental y personal APH)				
	SI	☐	N/A	☒	
23	CERTIFICADO PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancia - Camilleros)				
	SI	☐	N/A	☒	
24	LICENCIA DE CONDUCCIÓN (Conductores)				
	SI	☐	N/A	☒	
25	ESTADO DE MULTAS (Conductores administrativos y ambulancia)				
	SI	☐	N/A	☒	
26	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL (SARLAF) - Completamente diligenciado				
	SI	☒			
27	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A EPS - NOMBRE: <u>Dee Blanca</u>				
	SI	☒			
28	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A FONDO DE PENSION - NOMBRE: <u>Proteccion</u>				
	SI	☒			
29	FORMULARIO DE AFILIACIÓN A ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES - NOMBRE: <u>Seguro B.</u>				
	SI	☒			
30	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES - PROCURADURÍA (vigencia no mayor a 3 meses)				
	SI	☒			
31	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES FISCALES - CONTRALORÍA (vigencia no mayor a 3 meses)				
	SI	☒			
32	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PERSONERÍA (vigencia no mayor a 3 meses)				
	SI	☒			
33	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA (vigencia no mayor a 3 meses)				
	SI	☒			
34	CERTIFICACIÓN BANCARIA (Debe contener nombre, Nº de documento y Nº de cuenta)				
	SI	☒			
D. VERIFICACIÓN Y REGISTRO DE LA INFORMACIÓN					
Vº/Bº Proceso Solicitante		Fecha:			
Vº/Bº Talento Humano:		Fecha:			
Vº/Bº Contratación:		Fecha:			

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **TORRALVA PEREIRA KAREN YICED** identificado(a) con CC número **1.033.743.500** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a **PROTECCIÓN**, desde el día 10 de diciembre de 2010 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 16 de marzo de 2018.

Cordialmente,



Laura Patricia Merchan Metaute
Dirección servicios transaccionales para clientes
Protección S.A.

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

***Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:**

Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**

Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**

www.proteccion.com clientes@proteccion.com.co

2018031617345



Bogotá D.C., 30 de Julio de 2018 - 10:36 am

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **KAREN YICED TORRALVA PEREIRA**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **UN MIL TREINTA Y TRES MILLONES SETECIENTOS CUARENTA Y TRES MIL QUINIENTOS** de BOGOTÁ D.C.

1033743500

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

ADVERTENCIAS:

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: **7_BTBW_3610**

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



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:47:09 horas del 30/07/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1033743500**

Apellidos y Nombres: **TORRALVA PEREIRA KAREN YICED**

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.



Carrera 27 N° 18 - 41
(Paloquemao), Bogotá DC
Atención administrativa de lunes
a viernes de 8:00 am - 12:00 pm y
2:00 pm - 5:00 pm
Línea de Atención al Ciudadano -
Bogotá D.C. (571) 5159111 / 9112
Resto del país: 018000 910 112
Requerimientos ciudadanos 24
horas
Fax (571) 5159581 - E-mail:
lineadirecta@policia.gov.co.



Presidencia de
la República



Ministerio de
Defensa Nacional



Portal Único
de Contratación

Todos los derechos reservados.



Gobierno en
Línea



Generación de antecedentes

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

Tipo de Identificación:	<input type="text" value="Cédula de ciudadanía"/>	Número Identificación:	<input type="text" value="1033743500"/>
Tipo de certificado:	☒ Ordinario ☐ Especial		
¿ Cual es la Capital de Antioquia? (Sin tilde)			<input type="text" value="Medellin"/>
<input type="button" value="Generar"/>			

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

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

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

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

Copyright © 2013. Procuraduría General de la Nación / Todos los derechos reservados
Desarrollado por: [CDI Software](#) Colombia
V.0.0.4

Por Robert Pineda, para CDI Software. 2013



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

Secretaría
Salud

Resolución No 198 de 05/01/2011

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.

Por la cual se autoriza el ejercicio de la profesión en el Territorio Nacional.

EL DIRECTOR DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el decreto 1875 de 1994 y resoluciones 02085 de Febrero 7 de 1989 y 449 de Febrero 8 de 1993 suscritas por el Ministerio de Salud y, Resolución No. 001390 del 10 de Marzo de 1997 y

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) **TORRALVA PEREIRA KAREN YICED** Identificado(a) con CC número 1033743500 expedida en BOGOTÁ D.C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según **CERTIFICADO de AUXILIAR DE ENFERMERIA** otorgado por **CORPORACION DE EDUCACION SAN JORGE "CESCO"**, el día **07/12/2010** y registrado en el libro 4 Folio 15 año 2010 Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes;

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: autorizar a **TORRALVA PEREIRA KAREN YICED** identificado(a) con CC número 1033743500 expedida en BOGOTÁ D.C para desempeñarse como **AUXILIAR DE ENFERMERIA** en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D.C.

ARTICULO SEGUNDO: Para poder ejercer la profesión en zona geográfica diferente a donde se autorizo el título o certificado la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud del departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

ARTICULO TERCERO: Contra la presente resolución procede el recurso de reposición ante la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud en los términos establecidos en el código contencioso administrativo.

NOTIFIQUESE, Y CUMPLASE

Dada en Bogotá, D.C. a los 15 de 01 de 2011.

HERMAN REDONDO GÓMEZ

Director de Desarrollo de Servicios.

Revisó : Isabel Cristina Arango.

Elaboró : Víctor Sánchez

Bogotá, D.C. 14-02-2011

A la fecha notifiqué personalmente al

señor (a) KAREN TORRALVA

CC. # 1.033.743.500

Firma

**SISPRO - APLICATIVOS MISIONALES**Sistema Integral de Información de la Protección Social
Ministerio de Salud y Protección Social[Iniciar Sesión](#)[Registrarse](#)[Mesa de Ayuda](#)

Principal

+ SIDAM Cliente

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía ▼

Número de Identificación *

1033743500

Primer Nombre *

karen

Primer Apellido *

torralva

[Verificar Registro en ReTHUS](#)[Limpiar](#)

Resultado General

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Detalles
CC	1033743500	KAREN	YICED	TORRALVA	PEREIRA	Ver

Información Detallada [CC: 1033743500] KAREN YICED TORRALVA PEREIRA

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha desde que puede ejercer	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar de	2011/1/05	DTS SECRETARIA

Conmutador: +57(1) 330 5000 - Central de fax: +57(1) 330 5050

Punto de atención presencial: Carrera 13 No. 32-76 piso 1, Bogotá, código postal 110311

Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:00 p.m. en jornada continua

Línea de atención de desastres: +57(1) 330 5071 - 24 horas

Solicitudes, sugerencias y reclamos PQRSD

Notificaciones judiciales

Términos y condiciones de uso.

Atención telefónica a través del Centro de Contacto:

En Bogotá: +57(1) 5893750 Resto del país: 018000960020

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. en jornada continua.

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

Fecha: 18-10-2017
Hora: 1:22:41 PM
Página 1 de 1

CONTRIBUYENTE NIT 1033743500-0 KAREN YICED TORRALVA PEREIRA

Información General

Dirección CR 5 BIS A 48 G 08 SUR

Teléfonos 5671997/3106075460

Dirección electrónica karyideangels@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 10/02/2011

Soporte Inscripción 13348508

Fecha Inicio Actividades 10/02/2011

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 86921-ACTIVIDADES DE APOYO TERAPEUTICO (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PUBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 17002297944

2. Concepto: **02 Actualización**

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14411066949



5. Número de identificación Tributaria (NIT):

1 0 3 3 7 4 3 5 0 0

6. DV

0

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento:

Cédula de ciudadanía

1 3

26. Número de identificación:

1 0 3 3 7 4 3 5 0 0

27. Fecha expedición:

2 0 1 0 0 4 1 2

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País:

1 6 9

29. Departamento:

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio:

Bogotá D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

TORRALVA

32. Segundo apellido

PEREIRA

33. Primer nombre

KAREN

34. Otros nombres

YICED

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento:

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CR 5 BIS A 48 G 08 SUR BRR PRINCIPE DE BOCHICA

42. Correo electrónico:

karyidangeles@hotmail.com

43. Código postal

5 6 7 1 9 9 7

44. Teléfono 1:

3 1 0 6 0 7 5 4 6 0

45. Teléfono 2:

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal

46. Código:

8 6 9 2

47. Fecha inicio actividad:

2 0 1 6 0 2 1 7

Actividad secundaria

48. Código:

49. Fecha inicio actividad:

50. Código:

1 2

Otras actividades

51. Código

Ocupación

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:

2 0

20- Otención NIT

Obligados 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

57. Mod.

58. CP.

1

2

3

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:

2 0 1 7 1 0 1 8

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.

Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre TORRALVA PEREIRA KAREN YICED

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT

FECHA:	20/03/18	CIUDAD:	Bogotá	DEPARTAMENTO:	Cundinamarca
--------	----------	---------	--------	---------------	--------------

Distiguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Politicas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.

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

PROVEEDOR	☐	PARTICULAR	☐	CONTRATISTA OPS	☒	SERVIDOR PUBLICO	☐	OTRO	☐	CUAL:	
-----------	--------------------------	------------	--------------------------	-----------------	-------------------------------------	------------------	--------------------------	------	--------------------------	-------	--

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
Torralva		Pereira		Karen		Liced	
TIPO DE IDENTIFICACION		No IDENTIFICACION		LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)		FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
CC ☒ CE ☐ RC ☐ NUP ☐		1033743500		Bogotá		2010/04/12	
PASAPORTE ☐		OTRO ☐		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐			
FECHA NACIMIENTO:		LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)		PAIS NACIMIENTO		NACIONALIDAD:	
06/04/92		Bogotá		Colombia		Colombiana	
ESTADO CIVIL				PERSONA A CARGO		NUMERO DE HIJOS	
SOLTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐				0		0	
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA						PROFESION / OFICIO	
MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO TECNOLÓGICO ☐ BACHILLER ☐ PRIMARIA ☐ TECNICO ☒ CUAL: Auxiliar de Enfermería							

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
carrera 5 #48 galsur	Bogotá	Cundinamarca	Colombia	3105074
CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET		TIPO DE VIVIENDA	
karyideangels@hotmail.com			PROPIA ☐ FAMILIAR ☒ ARRENDADA ☐	
DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
TIPO DE IDENTIFICACION		NUMERO IDENTIFICACION		LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)		FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
CC ☐ CE ☐ RC ☐ NUP ☐							
PASAPORTE ☐		OTRO ☐		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐		NACIONALIDAD:	

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO	☐	ESTUDIANTE	☐	JOGAR	☐	PENSIONADO	☐	CUAL:
SOCIO	☐	CONTRATISTA	☒	COMERCIANTE	☐	EMPLEADO PUBLICO	☐	
PROFESIONAL INDEPENDIENTE	☐	EMPLEADO SOCIO	☐		☐	OTRA	☐	

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. ESTRATÉGICO - GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL				CÓDIGO: ET-CA-FT-011 VERSIÓN: 02 FECHA: 2017-08-22	
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA	SI ☐	IVA	SI ☐	NO ☒	CÓDIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
		NO ☒	ICA	SI ☐	NO ☒	8692	1710212016
GRAN CONTRIBUYENTE	SI ☐ NO ☒	AGENTE RETENEDOR			SI ☐ NO ☒	AGENTE AUTORETENEDOR	SI ☐ NO ☐
FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS			NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA			
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒			Subred integrada de servicios de salud co			
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		GOBIERNO ☐ COMERCIAL ☐ SERVICIOS ☒ ALUD ☐		# NIT		900957051-7	
EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECN ☐ LOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐		OTRA ☐ CUAL ☒					
DIRECCION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO		DEPARTAMENTO	PAIS		
Dg 34 # 5-43	3444484	Bogotá		Cundinamarca	Colombia		
CARGO ACTUAL		Auxiliar de Enfermería		FECHA VINCULACION			
4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO							
NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	DESCRIPCION ACTIVIDAD		FECHA CONSTITUCION	TIPO SOCIEDAD	
5. INFORMACIÓN FINANCIERA							
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES	200.000	AHORROS	0	SALDO HIPOTECA	0
HONORARIOS	\$ 1.410.000	ARRENDOS		INVERSIONES	0	TARJETAS DE CREDITO	0
ARRIENJOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS	0	DEUDA VEHICULOS	0
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES	0	DEUDAS TERCEROS	0
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	300.000	OTROS ACTIVOS*	0	OTROS PASIVOS*	0
TOTAL INGRESOS	\$ 1.410.000	TOTAL EGRESOS	\$ 300.000	TOTAL ACTIVOS	\$ 0	TOTAL PASIVOS	\$ 0
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS	
6. REFERENCIAS PERSONALES							
* No debe ser familiar ni vivir con el Cliente u Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral							
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
Cuero		Valencia		Jazmin			
DIRECCION		CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS		TIPO RELACION		TELEFONO FIJO Y/O EXTENSION/CELULAR	
Dg 38 # 37-19 sur		Soacha		Amiga		3208985155	
7. REFERENCIA FINANCIERA							
NOMBRE ENTIDAD		TIPO DE PRODUCTO		NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO	
Banco Colpatría		Cuenta de ahorros		4722010 351	Bosa	7561616	
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒							
NOMBRE ENTIDAD		TIPO DE PRODUCTO		NUMERO	PAIS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO
DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:							
IMPORTACION ☐	EXPORTACION ☐	TRANSFERENCIAS ☐	PRESTAMOS ☐	PAGO SERVICIOS ☐	OTRA ☐	CUAL: _____	

 <p>Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</p>	<p>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL</p>	<p>CÓDIGO: ET-CA-FT- 011 VERSIÓN: 02 FECHA: 2017-08-22</p>
<p>8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS</p>		
<p>Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aqui consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupcion".</p>		
<p>1. Que los recursos que entregue y entregare a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesion, negocio, etc)</p> <p style="font-size: 1.2em; margin-left: 40px;"><i>Auxiliar de Enfermería</i></p>		
<p>2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique) 3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas 4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinaran a actividades lícitas 5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma 6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo 7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE</p>		
<p>9. DOCUMENTOS REQUERIDOS</p>		
<p>Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador publico o estados financieros certificados + declaración de renta si es declarante <i>Nota:</i> Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los últimos tres meses + declaración de renta si es declarante</p>		
<p>1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio (Para Comerciantes) 2. Fotocopia del Registro Unico Tributario- RUT 3. Fotocopia Inscripción en el Rit Distrital 4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150% 5. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar) 6. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso (Obligados a llevar contabilidad) APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público <i>NOTA:</i> Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados (Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc)</p>		
<p>10. AUTORIZACION REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO.- AUTORIZACION EXPRESA PARA REPORTAR,CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAISES.</p>		
<p>CONSIDERACIONES</p>		
<p>1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo. 2. Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley. 3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratan observando las disposiciones legales vigentes. 4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:</p>		

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900 959 051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 4 3, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:

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

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

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

2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

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

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

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

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

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

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

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

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

IX. FIRMA Y HUELLA

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

KAREN TORRALVA

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

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

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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



Acta Individual de Grado

COLEGIO ENRIQUE OLAYA HERRERA

Institución Educativa Distrital

Carrera 10a. No. 32 - 05 Sur - 361 42 00

Jornada Tarde

Inscripción S.E. :2972

Dane: 111-00130019

En la ciudad de Bogotá, D.C., a los 28 días del mes de Noviembre de 2008 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría del COLEGIO ENRIQUE OLAYA HERRERA Institución Educativa Distrital, Institución aprobada hasta Nueva Visita en el nivel de Educación Media y Autorizada por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C., para otorgar el Título de Bachiller en la modalidad Académica, según Resolución No. 4241 del 30 de Octubre de 2008.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media se procedió a otorgar el Título de:

BACHILLER ACADÉMICO

CON ÉNFASIS EN PROGRAMACIÓN Y DISEÑO DE SOFTWARE

al graduando cuyos Nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

Karen Viced Torralva Pereira

C.I. No. 920406-14372 de Bogotá, D.C.

Es fiel copia tomada del Acta original general No. 35 de fecha 28 de Noviembre de 2008

Firmada y sellada por Alirio Alfredo Osorio Valero (Rector) y Elizabeth Santoya Forero (Secretaria)

Dada en Bogotá D.C., a los 28 días del mes de Noviembre de 2008

En constancia se firma la presente por quienes intervinieron en cumplimiento a lo ordenado en el Artículo 7o. del Decreto 180 de 1981.
No Requiere ser Registrado en la Secretaría de Educación según Decreto No. 921 del 6 de Mayo de 1994

Rector

Alirio Alfredo Osorio Valero
C.C. No. 19.113.950 de Bogotá

Secretaria

Elizabeth Santoya Forero
C.C. No. 60.332.766 de Cúcuta



CORPORACIÓN DE EDUCACIÓN SAN JORGE

"CESCO"

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO
Calle 39A sur No. 3c - 45 Este B. La Victoria Tel: 206 0281 - 206 3018
Resolución No. 8003 del 16 de Diciembre de 1998

Aprobado por el Ministerio de Protección acuerdo ejecutivo No. 063 del 21 de Diciembre de 2005 con aprobación 1913 del 24 de Mayo de 2006 emanado por la Secretaria de Educación de Bogotá, D.C.

ACTA GENERAL DE REGISTRO No. 08

En Bogotá, D.C. el día 7 de Diciembre del año 2010, se reunieron en el aula de conferencias de la Corporación de Educación San Jorge "CESCO", la Rectora, la Secretaria Académica, el Coordinador General y el cuerpo de Docentes, con previo juramento de rigor se le hizo entrega a:

ACTA INDIVIDUAL No. 08

Torralva Pereira Karen Yiced

Identificado (a) con C.C. No. 1.033.743.500 de Bogotá, D.C.

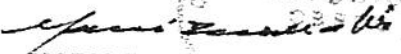
Confiere Certificado de Aptitud Ocupacional por Competencias

(Según Decreto 3616 de 2005 Art. 5º)

TÉCNICO AUXILIAR EN ENFERMERÍA

Por haber cumplido con todos los requisitos Académicos y las practicas Hospitalarias reglamentadas, conforme a disposiciones de ley

En constancia se firma y sella la presente en Bogotá, D.C. el 7 de Diciembre del 2010


MARIA RANGEL DE RIOS
RECTORA


MARGARITA ORTIZ MALAGON
SECRETARIA ACADÉMICA



FUMEFI SAS

FUMEFI SAS
APH Y GESTION DE RIESGO
900.806.660-6

CORPORACIÓN TÉCNICA
EMPRESARIAL PARA EL TRABAJO
NTT: 900790014



*AUTORIZADA POR LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DE CUNDINAMARCA,
SEGÚN RESOLUCIÓN No 003697 DEL 29 DE OCTUBRE DE 2004 Y APROBACIÓN
OFICIAL POR EL MINISTERIO DE SALUD MEDIANTE EL ACUERDO EJECUTIVO
No 058 DEL 16 DE MARZO DE 2004*

CERTIFICA A:
TORRALVA PEREIRA KAREN VICED
C.C 1.033.743.500

*Asistió y aprobó el curso de Soporte Vital Básico (BLS)
con una intensidad de 40 horas
Otorgado en Bogotá D.C. a los 28 días del mes de Febrero del 2018*



Héctor M. Chala
Gerente



Sede principal: Carrera 10 N° 26 - 24 Sur
Contacto: 7011026 - 3143606143



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE INSCRIPCION

**KAREN YICED
TORRALVA PEREIRA**

C.C. 1033743500

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Expedicion 14/02/2011

COORDINADORA VIGILANCIA Y CONTROL DE LA OFERTA

ESTE CARNÉ ES PERSONAL E INTRANSFERIBLE
Y AUTORIZA AL PROFESIONAL PARA LABORAR
ÚNICAMENTE EN BOGOTÁ, D.C.

