



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a


[Escritorio](#) → **Configuración Entidad Estatal/Proveedor**

Datos de la Entidad Estatal/Proveedor
Áreas de interés
<b>Configuración Entidad Estatal / Proveedor</b>
Administración de usuarios
Recomendaciones (no disponible)
Biblioteca de documentos
Suscripción a notificaciones

## Datos guardados

[Editar datos resumen](#)[Editar datos completos](#)

### Información general

Logo de la entidad	
Nombre de la entidad	KAREN JHOJANA THOMAS SANCHEZ
Nombre abreviado	KAREN JHOJANA THOMAS SANCHEZ
Fecha de creación	5/06/2023 ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
País de origen	COLOMBIA
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	1083454070
Tipo Entidad Estatal / Proveedor	Persona Natural colombiana
Código UNSPSC	
Zona horaria	(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito
Idioma	Español (Colombia)
Moneda por defecto	COP
País	COLOMBIA
Ciudad	Distrito Capital de Bogotá
Municipio	Bogotá

### Información de contacto

Dirección	CARRERA 67 65 22 SUR		
Código postal			
Teléfono de oficina	3144228688		
Fax de oficina			
Correo electrónico de la oficina	KATHO8@HOTMAIL.COM		
Correo electrónico para notificaciones SECOP II	KATHO8@HOTMAIL.COM		
Dirección	Estado	País	Teléfono

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

### Página web

Página web
Facebook
URL linkedin
URL de youtube
Twitter URL

### Contacto principal

Título

Nombre karen jhojana thomas sanchez

**Cargo** enfermera

**Teléfono** 3144228688

**Móvil** 3144228688

**Fax**

**Correo electrónico** katho8@hotmail.com

Información financiera (No diligencie la tabla de información financiera si no está obligado a tener estados financieros.)

---

<b>Año fiscal</b>	<b>Ingresos</b>	<b>Ebitda</b>	<b>Número de empleado</b>
-------------------	-----------------	---------------	---------------------------

*No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados*

Ciénaga - Magdalena, 30/01/2026

Sr.

**ARMANDO ORTIZ SALAS**

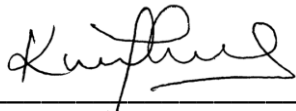
**GERENTE**

E.S.E Hospital San Cristóbal de Ciénaga.

Cordial Saludo;

De la manera más atenta me dirijo a usted y por su digno intermedio a quien corresponda liderar la propuesta de servicio, la cual tiene como propósito ejecutar la **“PRESTACION DE SERVICIOS COMO ENFERMERA”** Aceptando por tanto las condiciones establecidas en los estudios previos.

Cordialmente,



---

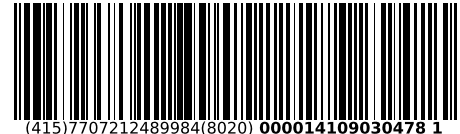
**KAREN JHOJANA THOMAS SANCHEZ**

**C.C N° 1.083.454.070 Exp Cienaga – Magd**

2. Concepto   Actualización de oficio

4. Número de formulario

141090304781



(415)7707212489984(8020) 000014109030478 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 8 3 4 5 4 0 7 0

6. DV

7

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

## IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

1 0 8 3 4 5 4 0 7 0

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Magdalena

4 7

30. Ciudad/Municipio

Ciénaga

1 8 9

31. Primer apellido

THOMAS

32. Segundo apellido

SANCHEZ

33. Primer nombre

KAREN

34. Otros nombres

JHOJANA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

## UBICACIÓN

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

CL 57 R SUR 63 45 TO 7 AP 202 CON PORTAL DE MADELENA

42. Correo electrónico

kath08@hotmail.com

43. Código postal

1 1 0 1 1 1

44. Teléfono 1

3 1 4 4 2 2 8 6 8 8

45. Teléfono 2

6 3 5 7 1 3 2

## CLASIFICACIÓN

## Actividad económica

## Ocupación

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		51. Código	52. Número establecimientos
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1 2		
8 6 9 2	2 0 2 3 0 5 0 1	8 6 9 9	2 0 2 3 0 5 0 3			3 4 1 4	

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

49 - No responsable de IVA

## Usuarios aduaneros

## Exportadores

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código															
												57. Modo			
												58. CPC			

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

## Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI NO 

60. No. de Folios:

0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NÚMERO **1.083.454.070**

**THOMAS SANCHEZ**

APELLIDOS

**KAREN JHOJANA**

NOMBRES



*[Handwritten signature]*



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **19-JUL-1985**  
**CIENAGA**  
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO  
**1.50**

ESTATURA

**A+**

S.S. RH

**F**

SEXO

**29-JUN-2004 CIENAGA**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*[Handwritten signature]*  
REGISTRADOR NACIONAL  
AL MAGISTRO VENUTO LOPEZ



P-2101800-51130052-F-1983454070-20040922

01114 04266A 02 108140770



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO THOMAS	SEGUNDO APELLIDO ( O DE CASADA ) SANCHEZ	NOMBRES KAREN JHOJANA	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. <b>1083454070</b>		SEXO F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>	NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/> PAÍS <b>COLOMBIA</b>
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> NÚMERO _____ D.M. _____			
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA PAÍS DÍA <input type="text" value="19"/> MES <input type="text" value="07"/> AÑO <input type="text" value="1985"/> DEPTO <b>MAGDALENA</b> MUNICIPIO <b>CIENAGA</b> EMAIL U.N. _____		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CALLE 29 NO. 13-93 PAÍS <b>COLOMBIA</b> MUNIC. <b>MAGDALENA</b> LOCAL/ZONA _____ BARRIO <b>CARREÑO</b> TELÉFONO _____ EMAIL <b>katho8@hotmail.com</b> CELULAR <b>314 4228688</b>	

## 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: <b>BACHILLER COMERCIAL</b>
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES <input type="text" value="12"/> AÑO <input type="text" value="2001"/>

### 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				
UN	8	X		ENFERMERA	12	2	0	1	1	

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

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

# 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.			
<i>EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE</i>			
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i>	<i>PÚBLICA</i>	<i>PRIVADA</i>	<i>PAÍS</i>
<i>DEPARTAMENTO</i>	<i>MUNICIPIO</i>		<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>
<i>TELÉFONOS</i>	<i>FECHA DE INGRESO</i> DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<i>FECHA DE RETIRO</i> DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<i>CARGO O CONTRATO ACTUAL</i>	<i>DEPENDENCIA</i>		<i>DIRECCIÓN</i>
<i>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</i>			
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> <b>FUNDACION HOSPITAL SAN CARLOS</b>	<i>PÚBLICA</i>	<i>PRIVADA</i> <b>X</b>	<i>PAÍS</i> <b>COLOMBIA</b>
<i>DEPARTAMENTO</i> <b>BOGOTA DC</b>	<i>MUNICIPIO</i> <b>BOGOTA DC</b>		<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>
<i>TELÉFONOS</i>	<i>FECHA DE INGRESO</i> DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<i>FECHA DE RETIRO</i> DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<i>CARGO O CONTRATO</i> <b>ENFERMERA</b>	<i>DEPENDENCIA</i>		<i>DIRECCIÓN</i> <b>CRA 12 D # 32 – 44 SUR</b>
<i>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</i>			
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i>	<i>PÚBLICA</i>	<i>PRIVADA</i>	<i>PAÍS</i>
<i>DEPARTAMENTO</i>	<i>MUNICIPIO</i>		<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>
<i>TELÉFONOS</i>	<i>FECHA DE INGRESO</i> DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<i>FECHA DE RETIRO</i> DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<i>CARGO O CONTRATO</i>	<i>DEPENDENCIA</i>		<i>DIRECCIÓN</i>
<i>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</i>			
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i>	<i>PÚBLICA</i>	<i>PRIVADA</i>	<i>PAÍS</i>
<i>DEPARTAMENTO</i>	<i>MUNICIPIO</i>		<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i>
<i>TELÉFONOS</i>	<i>FECHA DE INGRESO</i> DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<i>FECHA DE RETIRO</i> DÍA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<i>CARGO O CONTRATO</i>	<i>DEPENDENCIA</i>		<i>DIRECCIÓN</i>

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

FORMATO ÚNICO  
**HOJA DE VIDA**

Persona Natural

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

**4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA**

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SECTOR PÚBLICO		
SECTOR PRIVADO	1	1
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
	1	1

**5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA**

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

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



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

**6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS**

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

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

# ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

INSTITUTO TECNICO NACIONAL DE COMERCIO

**"VIRGINIA GOMEZ"**

CIENAGA - MAGDALENA

JORNADA:

COPIA.

DANE 147159000210 TELEFONO 4101259-4241997

ACTA DE GRADUACION No. 033. (11o. A. Mañana)

En la ciudad de Ciénaga Magdalena a los 21 días del mes de diciembre del año se reunieron con el fin de formalizar la graduación de las alumnas, de último grado, las suscritas Rectora Y Secretaria en la Rectoría del INSTITUCION EDUCATIVA TECNICA NACIONAL DE COMERCIO "VIRGINIA GOMEZ" Aprobada hasta undécimo grado en el nivel de Educación Media Técnica por la Secretaría de Educación Nacional, según Resolución No. 3279 del 17 de Noviembre del año 2000. para otorgar el Título de BACHILLER COMERCIAL.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada una de las alumnas que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Técnica, Artículo 25 Ley 715 de 1994. Según los planes y programas vigentes. -

Se procedió a otorgar el

## TITULO DE BACHILLER COMERCIAL

KAREN JHOJANA THOMAS SANCHEZ.

Identificada con el Documento de Identidad No. 850719-48494 Cga-Magd

Es fiel copia del Acta Original General No. 033 Folio No. 33 De fecha 21 de Dic. del año 2001 que consta de 49 alumnas, que comienza con el nombre de AGUIRRE EGUIB HUZ MERY SUAY y se cierra con el nombre de VILORIA SANTRICH LEILA ROCIO.

Firmado por:

Lic. CECILIA AVENDAÑO DE DEL TORO  
ROSA ZUÑIGA DE MELENDEZ

Rectora  
Secretaria

NOTA: ES FIEL COPIA DEL ACTA ORIGINAL 033, de dic. 21 del 2001

Dado en Ciénaga Magdalena a los 6 días del mes de Marzo de 2007

*Cecilia Avendaño de Del Toro*

Lic. CECILIA AVENDAÑO DE DEL TORO  
C.C. 39.025.866 de Ciénaga (Mag)  
RECTORA

*Rosa Zuñiga de Melendez*

ROSA ZUÑIGA DE MELENDEZ  
C.C. 39.027.975 Ciénaga (Mag)  
SECRETARIA

rxdem.





UNIVERSIDAD  
COOPERATIVA DE COLOMBIA

Decreto Jurídico, Resolución 2179 del 29 de Diciembre de 2011 del Ministerio de Educación Nacional,  
Resolución No. 001 del 7 de Mayo de 1978 de la Superintendencia Nacional de Cooperativas,  
Resolución No. 1419 del 11 de Julio de 2002, emanada del Ministerio de Educación Nacional.

Acta Individual de Graduación No. 68

PROGRAMA: ENFERMERÍA

CÓDIGO SNIES: 4176

FECHA: 10 DE DICIEMBRE DE 2011

LUGAR: UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA, SEDE SANTA MARTA

En atención a que KAREN JHOJANATHOMAS SANCHEZ  
con cédula de ciudadanía No 1.083.454.070 de Ciénaga  
cumplió todos los requisitos exigidos por las normas legales y estatutarias, le expide  
el título de ENFERMERA

Lo anterior, atendiendo la aprobación del Consejo Académico de la Sede SANTA MARTA  
mediante Acta No. 10 en sesión del día 10 de noviembre de 2011

Para constancia se autorizó este título por parte del Rector, Director Académico de la Sede,  
Decano de la facultad y la Secretaria General de la Universidad, así:

Rector (E) CÉSAR AUGUSTO PÉREZ GONZÁLEZ

Director(a) Académico de la Sede OMAR VARGAS VARGAS

Decano(a) Facultad MONICA CABALLERO ZAMBRANO

Secretaria General GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS

Se expide la presente Acta en la ciudad de SANTA MARTA el día 10 DE DICIEMBRE DE 2011

*Gloria Patricia Rave J*  
GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS  
Secretaria General



## TRIBUNAL NACIONAL ÉTICO DE ENFERMERÍA

NIT: 830040508-1

*Ley 266 de 1996 / Ley 911 de 2004:*

*“Ley deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia”*

---

### **HACE CONSTAR QUE:**

La enfermera **KAREN JHOJANA THOMAS SANCHEZ** identificada con la cédula de ciudadanía número 1.083.454.070, no registra antecedentes de responsabilidad deontológica disciplinaria, de acuerdo con la ley 911 de 2004 “Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones”.

El presente certificado tiene una vigencia de seis (6) meses contados desde la fecha de su expedición.

Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, a los siete (07) días del mes de septiembre del año dos mil veintitrés (2023).

Cordialmente,

**EMPERATRIZ EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ**  
Abogada Secretaria

Resultado General -2025-10-01--12:59:42 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1083454070	KAREN	JHOJANA	THOMAS	SANCHEZ	Vigente	<a href="#">Ver</a>

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) KAREN JHOJANA THOMAS SANCHEZ identificado(a) con CC 1083454070 registra La siguiente información:

2025-10-01--12:59:42 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	Enfermería	2013-07-18		ASOCIACION NACIONAL DE ENFERMERAS DE COLOMBIA - ANEC
UNV	Local	Enfermería	2012-10-04	1688	SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL MAGDALENA
AUX	Local	Auxiliar en enfermería	2006-09-20	2827	SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL MAGDALENA

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).



**REPUBLICA DE COLOMBIA**  
**REGISTRO UNICO NACIONAL DE ENFERMERIA**  
**Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia ANEC**



**NOMBRES KAREN JHOJANA**

**APELLIDOS THOMAS SANCHEZ**

**C.C. 1.083.454.070 CIENAGA**

**UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA**

**RUN No. 35529**

**Fecha de Expedición 18/JULIO/2013**

**NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS**  
**4352252854**

**PÓLIZA No: 435 -89 - 994000004504 ANEXO:0**

AGENCIA EXPEDIDORA: **POPAYAN DELEGADA** COD. AGE: 435 RAMO: 89 PAP:

DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	
23	10	2025	23	10	2025	23:59	23	10	2026	23:59	365	23	10	2025
FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA PÓLIZA			VIGENCIA DESDE			VIGENCIA HASTA			FECHA DE IMPRESIÓN		

MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL** TIPO DE IMPRESIÓN: **REIMPRESION**

TIPO DE MOVIMIENTO: **EXPEDICION**

DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA
23	10	2025	23:59	23	10	2026	23:59	23	10	2026	23:59	365
VIGENCIA DEL ANEXO				VIGENCIA DESDE				VIGENCIA HASTA				DIAS

**DATOS DEL TOMADOR**

NOMBRE: **KAREN JOHJANA THOMAS SANCHEZ** IDENTIFICACIÓN: CC **1083.454.070**

DIRECCIÓN: **CALLE 29 KRA 13** CIUDAD: **CIÉNAGA, MAGDALENA** TELÉFONO: **3144228688**

**DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO**

ASEGURADO: **KAREN JOHJANA THOMAS SANCHEZ** IDENTIFICACIÓN: CC **1083.454.070**

DIRECCIÓN: **CALLE 29 KRA 13** CIUDAD: **CIÉNAGA, MAGDALENA** TELÉFONO: **3144228688**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

**DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS**

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **CAUCA** CIUDAD: **POPAYÁN**

DIRECCION: **CALLE 0 No. 0-0**

ACTIVIDAD: **ENFERMERA**

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL ACTO MEDICO		\$ 200,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA		200,000,000.00	
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO		200,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS		200,000,000.00	0.00
SUSTITUCION PROVISIONAL		200,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA		20,000,000.00	0.00

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 2.00 SMLV en RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS/SUSTITUCION PROVISIONAL

BENEFICIARIOS  
NIT 001 - TERCEROS AFECTADOS

PROFESION ASEGURADA: **ENFERMERA**  
VALOR ASEGURADO: \$200.000.000  
VIGENCIA: **ANUAL**

OBJETO:  
Otorgar cobertura de Responsabilidad Civil Profesional Médica Individual al profesional médico asegurado bajo la presente póliza, en consideración a las declaraciones manifestadas y contenidas en el formulario de solicitud de seguro, las cuales se incorporan al contrato de seguros para todos los efectos, y al pago de la prima correspondiente, hasta por los límites y sublímites asegurados estipulados para cada amparo, tal como se describen en las siguientes condiciones particulares.

CONDICIONES GENERALES:  
Según Aseguradora Solidaria de Colombia forma 17/03/2021-1502-P-06-GENER-CL-SUSG-36-D00I y 17/03/2021-1502-NT-P-06-P170321MGG8G8000

VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ <b>***200,000,000.00</b>	VALOR PRIMA: \$ <b>*****169,300</b>	GASTOS EXPEDICION: \$ <b>****15,000.00</b>	IVA: \$ <b>*****35,017</b>	TOTAL A PAGAR: \$ <b>*****219,317</b>
---	--	---	-------------------------------	--

INTERMEDIARIO			COASEGURO CEDIDO		
NOMBRE	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO
ANGELA MARCELA ESTRELLA DELGADO	10326	100.00			

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

PARA ACCEDER AL CLAUSULADO DE SU PÓLIZA DE SEGURO, POR FAVOR INGRESE AL SIGUIENTE LINK <https://aseguradorasolidaria.com.co/enlaces-de-interes/biblioteca-de-clausulados.aspx> Y BUSQUE EL NOMBRE DEL PRODUCTO TAL Y COMO FIGURA EN EL TÍTULO DE ESTE DOCUMENTO. TAMBIÉN PUEDE VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTA PÓLIZA DESDE NUESTRA PÁGINA WEB <https://www.aseguradorasolidaria.com.co>, EN EL MENÚ "SERVICIOS", OPCIÓN "CONSULTA POLIZA DE CUMPLIMIENTO Y OTROS".

**FIRMA ASEGURADOR** (415)7701861000019(8020)00000000007000435225285 **FIRMA TOMADOR**

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá  
CADB257A0D0AFE765A CLIENTE CARTOLEDO 0

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

GRAN CONTRIBUYENTE RES-2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601 - ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

Compañía de Seguros

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

# SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

## DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: POPAYAN DELEGADA

COD. AGENCIA: 435

RAMO: 89

No PÓLIZA: **994000004504** ANEXO: 0

## DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **KAREN JHOJANA THOMAS SANCHEZ**

IDENTIFICACIÓN: CC **1083.454.070**

ASEGURADO: **KAREN JHOJANA THOMAS SANCHEZ**

IDENTIFICACIÓN: CC **1083.454.070**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

## TEXTO ITEM 1

<https://www.aseguradorasolidaria.com.co/resources/sitel/General/Clausulados/Generales/CL-SUSG-36-RC-MEDICA-PROFESIONAL-17032021.pdf>

### AMPARO BÁSICO:

Responsabilidad Civil Profesional Médica: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Ocurrencia.

Uso de Equipos de Diagnóstico y/o Terapéutica: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Ocurrencia.

Sustitución Provisional: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Ocurrencia.

Gastos de Defensa: sublímite del 10% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia.

### AMPAROS ADICIONALES:

Entendidos como contratados, sujetos al respectivo pago de prima e inserción en la caratula y/o condiciones particulares de la póliza.

Costos para la constitución de Cauciones Judiciales: sublímite del 5% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia.

Costas del proceso según fallo judicial: sublímite del 10% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia.

Cobertura a Perjuicios Extra patrimoniales: sublímite del 50% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 100% del valor asegurado de la póliza por vigencia. Entendido como Perjuicios Extrapatrimoniales los ocasionados a un tercero, derivados directamente de una lesión personal o daño material amparados por la póliza. En Daños Morales se incluyen amparados los Perjuicios Fisiológicos y los Daños a la Vida en Relación.

### ANEXOS DE COBERTURA, CONDICIONES Y DEMAS CLAUSULAS:

No se otorga restablecimiento automático de la suma asegurada.

Definición de Sublímite: incluido dentro del valor asegurado, esto quiere decir que en caso de pérdida total no constituye un valor adicional de indemnización

Cláusula de Revocación: treinta (30) días.

Aviso de Siniestro: treinta (30) días.

Cláusula de no renovación tácita o automática.

Declaraciones Reticentes o Inexactas: la empresa tomadora está obligada a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado de riesgo. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias relacionadas con éste producen los efectos previstos en el Código de Comercio.

### DEDUCIBLES:

Gastos de Defensa, Cauciones Judiciales y Costas del Proceso: sin aplicación de deducible.

Demás Eventos: 10% del valor de la pérdida, mínimo 2 SMLLV.

### EXCLUSIONES:

Sin perjuicio de las consagradas en el texto de las condiciones generales del seguro, se excluyen además las siguientes:

Actos médicos realizados con aparatos, equipos o tratamientos o medicamentos no reconocidos por la ciencia médica, salvo aquellos de carácter científico-experimental durante ensayos clínicos cuyos protocolos hayan sido debidamente autorizados por organizaciones respectivas e informados por escrito al Asegurador previo a su inicio. Excepto también cuando la utilización de los cuales representa el último remedio para el paciente a raíz de su condición, cuya aplicación haya sido sancionada por las autoridades civiles y/o administrativas respectivas y cuya naturaleza y carácter de científico experimental haya sido consignada fiel y claramente en el consentimiento Informado realizado con el paciente, y avalado con la firma de éste.

Daños Financieros Puros (Lucro cesante) que no sean consecuencia directa de un daño físico causado por el Asegurado a un paciente.

Reclamaciones por sanciones punitivas o ejemplares, es decir, cualquier multa o penalidad impuesta por un juez civil o penal, o sanciones de carácter administrativo.

Reclamaciones por cirugía bariátrica, salvo para pacientes diagnosticados clínicamente con obesidad mórbida o super-obesidad y con masa corporal superior a 35 kilogramos por metro cuadrado.

Reclamaciones por cualquier ofensa sexual, cualquiera que sea su causa y/u origen.

Reclamaciones por actos médicos realizados con anterioridad a la fecha de entrada en vigor de ésta cobertura.

Reclamaciones por la falta o el incumplimiento, completo o parcial, del suministro de servicios tales como la electricidad, agua, gas, teléfono, etc., salvo en caso de fuerza mayor no imputable al Asegurado.

Reclamaciones por incumplimiento de algún convenio, sea verbal o escrito, propaganda, sugerencia o promesa de éxito que garantice el resultado de cualquier tipo de servicio médico.

Reclamaciones por reintegro de honorarios profesionales o sumas abonadas al Asegurado o a su representante.

Reclamaciones por toda Responsabilidad Civil Contractual y Extracontractual, tales como: RC Patronal, RC Directores y Oficiales (DO), RC de Profesionales no Médicos (EO), RC Servidores Públicos, y RC Automotores.

Reclamaciones presentadas y/o demandas entabladas / formuladas fuera del país de domicilio del Asegurado, incluyendo aquellas donde se conceda el estado de Exquatur en Colombia.

Cualquier Médico General o Cirujano que efectúe control de peso mediante liposucción, lipoescultura, derivación intestinal, o mediante receta de medicamentos que contengan barbitúricos, sus componentes y/o derivados.

Cualquier Médico General o Cirujano que efectúe liposucción, lipoescultura, derivación intestinal o gastroplastia transversal únicamente con fines estéticos o cosméticos.

EXCLUSIÓN - ENFERMEDAD TRANSMISIBLE, según texto.

# SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

## DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: POPAYAN DELEGADA

COD. AGENCIA: 435

RAMO: 89

No PÓLIZA: **994000004504** ANEXO: 0

## DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **KAREN JHOJANA THOMAS SANCHEZ**

IDENTIFICACIÓN: CC **1083.454.070**

ASEGURADO: **KAREN JHOJANA THOMAS SANCHEZ**

IDENTIFICACIÓN: CC **1083.454.070**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

## TEXTO ITEM 1

CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN DE PÉRDIDAS Y DATOS CIBERNÉTICOS, según texto.

### EXCLUSIÓN - ENFERMEDAD TRANSMISIBLE

Esta Póliza no aplica a: Enfermedad Transmisible Lesión Personal o Daño Material surgido de una transmisión real o presunta de una enfermedad transmisible, incluyendo, pero sin limitarse al Nuevo Coronavirus en cualquier forma de cualquier origen.

Esta exclusión aplica aun si los reclamos contra cualquier asegurado alegan negligencia u otra conducta indebida en:

- La supervisión, contratación, empleo, entrenamiento o monitoreo de otros que puedan estar infectados y propagar una enfermedad transmisible;
- Las pruebas para una enfermedad transmisible;
- Falla en prevenir la propagación de la enfermedad; o
- Falla en el reporte de la enfermedad a las autoridades;
- La aplicación de cualquier ley u orden la cual el asegurado estaba legalmente obligado a cumplir antes o en cualquier momento de la propagación real de la Enfermedad Transmisible.

Esta Póliza excluye también cualquier responsabilidad, gasto de cualquier tipo, daños, demandas, reclamos o pérdidas,

(i) surgidos directa o indirectamente de cualquier temor o amenaza (ya sea real o percibida) del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier variación mutante del mismo

(ii) directa o indirectamente causados por, resultantes de o en conexión con cualquier acción tomada para controlar, prevenir, suprimir o de alguna manera relacionada a cualquier brote del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier variación mutante del mismo

(iii) causados directa o indirectamente por la imposición de cuarentena o restricción en el movimiento de gente o animales, por cualquier ente o agencia nacional o internacional en relación con un brote del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier variación mutante del mismo.

(iv) causados directa o indirectamente por un aviso o advertencia de viaje emitida por un ente o agencia nacional o internacional de cualquier tipo en relación con un brote del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o una variación mutante del mismo y respecto a (ii) y (iv) cualquier temor o amenaza del mismo (ya sea real o percibida).

Para los propósitos de esta exclusión Enfermedad Transmisible significa: Una enfermedad que se propaga de una persona a otra ya sea por transmisión directa o indirecta de una bacteria o virus entre el portador y la persona infectada, o a través de un vector, tal como comida contaminada por el portador y consumido por la persona infectada.

### CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN DE PÉRDIDAS Y DATOS CIBERNÉTICOS

1. No obstante, cualquier disposición contraria en esta póliza o cualquier suplemento a la misma, se excluye cualquier:

1.1 Pérdida cibernética.

1.2 Pérdida, daño, responsabilidad, reclamación, coste, gasto de cualquier naturaleza causado directa o indirectamente por, contribuido por, resultante de, que surja o esté relacionado con cualquier pérdida de uso, reducción de la funcionalidad, reparación, reemplazo, restauración o reproducción de cualesquiera datos, incluyendo cualquier cantidad relacionada con el valor de dichos datos, independientemente de cualquier otra causa o evento que contribuya simultáneamente o en cualquier otra secuencia.

2. En el caso que cualquier parte de esta cláusula fuera considerada inválida o inaplicable, el resto permanecerá en pleno vigor y efecto.

3. Esta cláusula reemplaza y, si entra en conflicto con cualquier otra disposición de la póliza o cualquier suplemento que tenga relación con la pérdida cibernética o los datos, reemplaza esa disposición.

### DEFINICIONES

#### A. PÉRDIDA CIBERNÉTICA:

Cualquier pérdida, daño, responsabilidad, reclamación, coste o gasto de cualquier naturaleza que directa o indirectamente sea causado o aportado por, resulte o surja de, o esté en conexión con un acto cibernético o un incidente cibernético incluyendo, pero sin limitarse a cualquier acción tomada con el fin de controlar, prevenir, suprimir o remediar cualquier acto cibernético o incidente cibernético.

#### B. ACTO CIBERNÉTICO:

Acto o serie de actos no autorizados, malintencionados o delictivos, sin consideración del tiempo y espacio, o la amenaza o engaño relacionados con el acceso, procesamiento, uso u operación de cualquier sistema informático.

#### C. INCIDENTE CIBERNÉTICO:

Todo error u omisión o serie de errores u omisiones relacionados con el acceso, procesamiento, uso u operación de cualquier sistema informático; o

Cualquier indisponibilidad o fallo parcial o total o serie de indisponibilidades o fallos parciales o totales para acceder, procesar, usar u operar cualquier sistema informático.

#### D. SISTEMA INFORMÁTICO:

Cualquier ordenador, hardware, software, sistema de comunicación, equipo electrónico (incluyendo pero sin limitarse a teléfonos inteligentes, laptops, tablets, dispositivos portátiles), servidor, nube o microcontrolador incluyendo cualquier sistema similar o configuración de lo antes mencionado e incluyendo asimismo toda entrada y salida, dispositivo de almacenamiento de datos, equipo de redes o instalaciones de copias de respaldo, de propiedad u operadas por el asegurado o cualquier otra parte.

#### E. DATOS:

Información, hechos, conceptos, código o cualquier otra información de cualquier naturaleza registrada y transmitida en cualquier forma para ser usada, accedida, procesada, transmitida o almacenada por un sistema informático.

# SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

## DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: POPAYAN DELEGADA

COD. AGENCIA: 435

RAMO: 89

No PÓLIZA: **994000004504** ANEXO: 0

## DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **KAREN JHOJANA THOMAS SANCHEZ**

IDENTIFICACIÓN: CC **1083.454.070**

ASEGURADO: **KAREN JHOJANA THOMAS SANCHEZ**

IDENTIFICACIÓN: CC **1083.454.070**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS**

IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

## TEXTO ITEM 1

### EXCLUSIONES PARA GASTOS DE DEFENSA:

Sujeto a los demás términos y condiciones de esta póliza, queda acordado y convenido que esta cobertura no se extiende para amparar reclamaciones de Gastos de Defensa, derivadas de:

Si la responsabilidad que se pretende demostrar proviene de dolo o está expresamente excluida de la póliza.

Si el asegurado afronta el proceso contra orden expresa del asegurador.

### AMBITO TERRITORIAL:

Jurisdicción y Legislación Aplicable: colombiana.

### GARANTIAS:

Para los efectos y con el alcance del Artículo 1061 del Código de Comercio Colombiano, queda expresamente declarado y convenido que este seguro se realiza en virtud del compromiso que adquiere el asegurado, que durante su vigencia cumplirá con las garantías estipuladas en el numeral 4, literal 4.2 GARANTIAS del clausulado general de la póliza.

El incumplimiento de este compromiso o garantía da lugar a las sanciones que establece el artículo mencionado.



**CAMPUS**  
FUNDACIÓN EDUCATIVA



**MEDICAMPUS**

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

KAREN JHOJANA THOMAS SANCHEZ

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 1083454070

Realizó y aprobó el Curso básico de:

ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE LA VIOLENCIA Y EL ABUSO SEXUAL  
CON ENFOQUE DIFERENCIAL (AVS)(CURSO BASICO)

Con una intensidad horaria de:

45 horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2025-05-09, LA PRESENTE  
CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y  
NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 año A PARTIR DE LA  
GENERACIÓN DE LA MISMA

REPRESENTANTE LEGAL  
1113628529

PROFESIONAL EN SALUD  
1069736330

GERENTE GENERAL  
1069712431

VERIFIQUE VALIDEZ



**RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN**

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN  
3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD



**CAMPUS**  
FUNDACIÓN EDUCATIVA



**MEDICAMPUS**

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

KAREN JHOJANA THOMAS SANCHEZ

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 1083454070

Realizó y aprobó el Curso básico de:

SOPORTE VITAL BASICO (BLS)

Con una intensidad horaria de:

45 horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2025-05-09, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 año A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA

REPRESENTANTE LEGAL  
1113628529

PROFESIONAL EN SALUD  
1069736330

GERENTE GENERAL  
1069712431

VERIFIQUE VALIDEZ



**RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN**

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD



**CAMPUS**  
FUNDACIÓN EDUCATIVA



**MEDICAMPUS**

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

KAREN JHOJANA THOMAS SANCHEZ

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 1083454070

Realizó y aprobó el Curso avanzado de:

SOPORTE VITAL AVANZADO (ACLS)

Con una intensidad horaria de:

70 horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2025-05-09, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 2 años A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA

REPRESENTANTE LEGAL  
1113628529

PROFESIONAL EN SALUD  
1069736330

GERENTE GENERAL  
1069712431

VERIFIQUE VALIDEZ



**RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN**

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCION 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD



**CAMPUS**  
FUNDACIÓN EDUCATIVA



**MEDICAMPUS**

RESOLUCIÓN 7000123 DE 2019 MINISTERIO DE EDUCACIÓN  
**FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS**

NIT: 901386251-7

**CERTIFICA QUE:**

**KAREN JOHANA THOMAS SÁNCHEZ**

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 1083454070

Realizó y aprobó el **Curso básico de:**

**CUIDADOS PALIATIVOS Y MANEJO DEL DOLOR (CPM)  
(BÁSICO)**

Con una intensidad horaria de: **45 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2025-10-02.  
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN  
INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 AÑO A PARTIR DE LA  
GENERACIÓN DE LA MISMA.

REPRESENTANTE LEGAL  
1113628529

PROFESIONAL EN SALUD  
1069736330

GERENTE GENERAL  
1069712431

VERIFIQUE VALIDEZ





**CAMPUS**  
FUNDACIÓN EDUCATIVA



**MEDICAMPUS**

RESOLUCIÓN 7010N2123 MINISTERIO DE EDUCACIÓN  
**FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS**

NIT: 901386251-7

**CERTIFICA QUE:**

**KAREN JOHANA THOMAS SÁNCHEZ**

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 1083454070

Realizó y aprobó el **Curso básico de:**

**ESTRATEGIA INSTITUCIONES AMIGAS DE LA MUJER Y  
LA INFANCIA INTEGRAL (IAMI) (BÁSICO)**

Con una intensidad horaria de: **45 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2025-10-02.

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN  
INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 AÑO A PARTIR DE LA  
GENERACIÓN DE LA MISMA.

REPRESENTANTE LEGAL  
1113628529

PROFESIONAL EN SALUD  
1069736330

GERENTE GENERAL  
1069712431

VERIFIQUE VALIDEZ





**CAMPUS**  
FUNDACIÓN EDUCATIVA



**MEDICAMPUS**

RESOLUCIÓN 7010N2123 MINISTERIO DE EDUCACIÓN  
**FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS**

NIT: 901386251-7

**CERTIFICA QUE:**

**KAREN JOHANA THOMAS SÁNCHEZ**

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 1083454070

Realizó y aprobó el **Curso básico de:**

**ATENCIÓN INTEGRADA A LAS ENFERMEDADES  
PREVALENTES DE LA INFANCIA (AIEPI) (BÁSICO)**

Con una intensidad horaria de: **45 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2025-10-02.  
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN  
INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 AÑO A PARTIR DE LA  
GENERACIÓN DE LA MISMA.

REPRESENTANTE LEGAL  
1113628529

PROFESIONAL EN SALUD  
1069736330

GERENTE GENERAL  
1069712431

VERIFIQUE VALIDEZ





**CAMPUS**  
FUNDACIÓN EDUCATIVA



**MEDICAMPUS**

RESOLUCIÓN 7010N2123 MINISTERIO DE EDUCACIÓN  
**FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS**

NIT: 901386251-7

**CERTIFICA QUE:**

**KAREN JOHANA THOMAS SÁNCHEZ**

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 1083454070

Realizó y aprobó el **Curso básico de:**

**CONSEJERÍA EN LACTANCIA MATERNA (CURSO  
BÁSICO)**

Con una intensidad horaria de: **45 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2025-10-02.

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN  
INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 AÑO A PARTIR DE LA  
GENERACIÓN DE LA MISMA.

REPRESENTANTE LEGAL  
1113628529

PROFESIONAL EN SALUD  
1069736330

GERENTE GENERAL  
1069712431

VERIFIQUE VALIDEZ





**CAMPUS**  
FUNDACIÓN EDUCATIVA



**MEDICAMPUS**

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

KAREN JHOJANA THOMAS SANCHEZ

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 1083454070

Realizó y aprobó el Curso básico de:

TOMA, CONSERVACIÓN Y TRANSPORTE DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO (TML) (BASICO)

Con una intensidad horaria de:

45 horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2025-05-09, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 año A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA

REPRESENTANTE LEGAL  
1113628529

PROFESIONAL EN SALUD  
1069736330

GERENTE GENERAL  
1069712431

VERIFIQUE VALIDEZ



**RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN**

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCION 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD



**CAMPUS**  
FUNDACIÓN EDUCATIVA



**MEDICAMPUS**

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

KAREN JHOJANA THOMAS SANCHEZ

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 1083454070

Realizó y aprobó el Curso básico de:

GESTIÓN DEL DUELO (GD) (BÁSICO)

Con una intensidad horaria de:

45 horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2025-05-09, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 año A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA

REPRESENTANTE LEGAL  
1113628529

PROFESIONAL EN SALUD  
1069736330

GERENTE GENERAL  
1069712431

VERIFIQUE VALIDEZ



**RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN**

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD



**CAMPUS**  
FUNDACIÓN EDUCATIVA



**MEDICAMPUS**

RESOLUCIÓN 7010N2123 MINISTERIO DE EDUCACIÓN  
**FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS**

NIT: 901386251-7

**CERTIFICA QUE:**

**KAREN JOHANA THOMAS SÁNCHEZ**

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 1083454070

Realizó y aprobó el **Curso básico de:**

**CUIDADO DEL PACIENTE DONANTE (CD) (BÁSICO)**

Con una intensidad horaria de: **45 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2025-10-02.

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

REPRESENTANTE LEGAL  
1113628529

PROFESIONAL EN SALUD  
1069736330

GERENTE GENERAL  
1069712431

VERIFIQUE VALIDEZ





**CAMPUS**  
FUNDACIÓN EDUCATIVA



**MEDICAMPUS**

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

KAREN JHOJANA THOMAS SANCHEZ

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía

No° : 1083454070

Realizó y aprobó el Curso básico de:

ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUÍMICOS (AQS)  
(BASICO)

Con una intensidad horaria de:

45 horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2025-05-09, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 año A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA

REPRESENTANTE LEGAL  
1113628529

PROFESIONAL EN SALUD  
1069736330

GERENTE GENERAL  
1069712431

VERIFIQUE VALIDEZ



**RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN**

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD



**LA FUNDACIÓN HOSPITAL SAN CARLOS**  
**NIT.860.007.373-4**

**CERTIFICA QUE:**

El (La) señor(a) **THOMAS SANCHEZ KAREN JHOJANA**, identificado(a) con la cédula de ciudadanía **No. 1083454070**, laboró en la Fundación mediante contrato a término **INDEFINIDO** desde el **02 de octubre de 2023 HASTA** el **01 de noviembre de 2024**, desempeñando el cargo de **JEFE DE ENFERMERIA**.

Se expide en Bogotá, D.C., a los Un (01) días del mes de noviembre de dos mil veinticuatro (2024).

Atentamente,

Datos de la certificación sujeta a validación en las líneas  
telefónicas y correos institucionales

**NELSON ULLOA RUIZ**  
**Director Financiero**  
**Fundación Hospital San Carlos**

*Fundación Hospital San Carlos*

*Carrera 12 D No. 32 - 44 Sur*

*Commutador: 7443333 EXT 1806-1813*

*Email: [ycorrea@fhsc.org.co](mailto:ycorrea@fhsc.org.co) - [eminandia@fhsc.org.co](mailto:eminandia@fhsc.org.co)*

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL ,  
INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

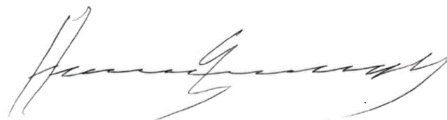
CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 30 de enero de 2026, a las 13:22:33, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1083454070
Código de Verificación	1083454070251001132233

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

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



HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ  
Contralor Delegado



**CERTIFICADO DE ANTECEDENTES**  
**CERTIFICADO ORDINARIO**  
**No. 281609056**



PIB  
13:26:11  
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 30 de enero del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) KAREN JHOJANA THOMAS SANCHEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1083454070:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

**ATENCIÓN :**

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



## Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

### La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 01:23:16 PM horas del 30/01/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1083454070**

Apellidos y Nombres: **THOMAS SANCHEZ KAREN JHOJANA**

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

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

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

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

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



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





Portal de Servicios al Ciudadano PSC

# Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC


 Consulta Ciudadano


## La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 30/01/2026 01:24:04 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1083454070** y Nombre: **KAREN JHOJANA THOMAS SANCHEZ.**

## NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **124199444** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando <https://www.policia.gov.co>, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

 Nueva Busqueda

 Imprimir

Información

515 9000



Dios y  
Patria

**Policía Nacional de Colombia**  
Dirección General - Cra. 59 N° 26 - 21  
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.  
Línea de atención: 018000-910112



**COLOMBIA**  
POTENCIA DE LA  
**VIDA**

 GOV.CO

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

### La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 13:24:56 horas del **30/01/2026**, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1083454070**, Apellidos y Nombres **THOMAS SANCHEZ KAREN JHOJANA**

### NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ESE HOSPITAL SAN CRISTOBAL DE CIENAGA**, con NIT **800130625-2** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la [Ley 1918 del 12/07/2018](#) "por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones" y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 "por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018", con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.



DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN  
CRIMINAL E INTERPOL

© 2025

- 🕒 **Horario:** Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
- 📍 **Dirección:** Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
- ☎ **Teléfonos:** 515 97 00 ext. 30552 (Bogotá D.C.) | 01 8000 112 712 (resto del país)
- ✉ **Correo:** [dijin.araic-atc@policia.gov.co](mailto:dijin.araic-atc@policia.gov.co)
- 🌐 **Web:** [www.policia.gov.co/dijin](http://www.policia.gov.co/dijin)
- 📷 **Instagram:** [/djinpolicia](https://www.instagram.com/djinpolicia)
- 🐦 **Twitter:** [@DJJINPolicia](https://twitter.com/DJJINPolicia)




Presidencia de la República



Ministerio de Defensa Nacional

 Colombia compra eficiente

 GOV.CO


**MinSalud**  
 Ministerio de Salud y Protección Social

**PROSPERIDAD PARA TODOS**

**Certificado de Vacunación del Adulto**

Nombres: **Karen Thomas**  
 Apellidos: **Sanchez**  
 Documento de identidad: C.C.  T.I. Pasaporte No. **1083454070**  
 Fecha de Nacimiento: Día **19** Mes **07** Año **1985**

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
	1	20-07-13	024210096 Seraw	Sanchez
Toxoide Tetánico Diftérico Td	2	13-08-13	024110096 Seraw	Sanchez
	3	12-12-13	22151316 a	Sanchez
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	17-02-15	UVI3028	Sanchez
	2	22-03-15	3217002	Sanchez
	3	06 NOV 2018	ABNCC64AT	Sanchez
	R	06/08/2018		

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla	1	22-05-13	Bio Monquima 121VFC0077	Sanchez
Contra Influenza	1	06-03-18	US021706	Sanchez
Virus de Papiloma Humano				

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
Fiebre amarilla	Única	1/5/18	BIO MONQUIMA 121VFC0077	Sanchez
Toxoide Tetánico Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
VPH	1			
	2			
	3			
Anti rábica	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Influenza	Anual	8-8-14	T3A85 A1045 T	
Otras	HA	30-9-14	AHANB602CD A1045 T	

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cedula del vacunador
COVID-19	1	18/02/2021	Pfizer	EN1194 306201	Sub red Centro Oriente	Juan Lozada	80795493
	2	11/03/2021	Pfizer	EN1195 30-6-21	SCRO EXTREMURA	LIONARDO MARTIN	1013639104
		28 ENE 2021	ASTHAZENCA	NM0214			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4	28-4-23	233210013	Sanchez
	5	28-9-24		
Tda Pacelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1			
	2	28-9-23	22050012F	Sanchez
	3			
	4			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	9/12/20	31-12-2020	
Otras		28-09-23	23206	Sanchez

Tipo de declaración  Fecha de publicación

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
KAREN		THOMAS	SANCHEZ

Documento de identificación

Tipo  Número

Lugar de nacimiento

País  Departamento  Municipio

Lugar de domicilio

País  Departamento  Municipio

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

Lugar de sede

País  Departamento  Municipio

Dirección

Cargo o función que cumple

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

## 1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

### 1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2024 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	\$60.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	\$60.000.000,00

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

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

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí  No

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí  No

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

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

Tengo actividades económicas privadas: Sí  No

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

Detalle de las actividades	Forma participación

### 2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí  No

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento  Número

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

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

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

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

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

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

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

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

Sí  No

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

### 2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí  No

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí  No

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

Tipo de inversión	Valor	País

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

Realicé donaciones:      Sí       No

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

Nombre entidad	Valor

## 2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés:      Sí       No

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:



Jeison Guetto Corro

Médico Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo  
RM: 471467 Licencia: 3558/15



NOMBRE DE LA EMPRESA: E.S.E Hospital San Cristobal FECHA: 22/10/2025

TIPO DE VALORACIÓN CERTIFICADO MÉDICO LABORAL

INGRESO  PERIODICO  EGRESO  POSINCAPACIDAD  REINTEGRO  ALTURAS

TRABAJADOR: Karen Thomas Souchet C.C. 1083454070  
CARGO: Enfermera SEXO F EDAD 40 AÑOS

INFORME:

EXAMEN	R	NR
Md Osteomuscular	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visiometría	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Audiometría	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Lab. Clínicos	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

RESULTADOS DE LA VALORACIÓN MÉDICA DE INGRESO// POSINCAPACIDAD/ / REINTEGRO/ / ALTURAS/ /

Apto para el cargo  Sin patología aparente  Con patología aparente   
 Apto con recomendaciones  Motivo: Sin restricciones por el cargo.  
 Apto con restricciones  Motivo: \_\_\_\_\_  
 Aplazado  Motivo: \_\_\_\_\_  
 Recomendaciones específicas Autocuidado.

EXAMEN PERIODICO

Puede continuar su labor  Recomendación \_\_\_\_\_  
 Se sugiere Reubicación Laboral  Temporal  Permanente  Reasignar Tareas   
 Apto Para Manipulación de Alimentos  No Apto Para Manipulación de Alimentos  Aplazado

EXAMEN DE EGRESO

Satisfactorio  No Satisfactorio  Motivo: \_\_\_\_\_

RECOMENDACIONES EN SALUD OCUPACIONAL

Medicas  Ocupacional  Hábitos y estilos de vida saludable   
 Remisión a EPS  Uso de EPP  Inicio de actividad física   
 Continuar manejo medico  Ingreso al SVE  Dejar de fumar   
 Remisión ARL  Carga física ruido  Control del peso   
 Citología vaginal  Radiológico  Otro \_\_\_\_\_  
 Psicolaboral

Certifico no he omitido información de mi estado de salud. Autorizo que todo puede ser confirmado y verificado.

DR. JEISON GUETTO CORRO MD SST LIC. 3558/15

Jeison Guetto Corro  
Médico Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo  
Lic. 3558/15

Firma Trabajador(a), C.C. 1083454070

CE-006 - 0000000001 – 5933

## **CERTIFICA**

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1083454070
NOMBRES Y APELLIDOS	Karen Jhojana Thomas Sanchez
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/05/2023
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Karen Jhojana Thomas Sanchez, a los 30 días del mes de Enero del año 2026.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.



Banny Yeritza Sarmiento Vanegas  
Coordinador Gestión de la Afiliación

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

**En su condición de administradora del  
FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR**

NIT 800.144.331-3

**CERTIFICA QUE:**

**KAREN JHOJANA THOMAS SANCHEZ**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.083.454.070**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** y al **Fondo de Cesantías Porvenir**.

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

Cordialmente,



---

Gerencia de Clientes



**Tenga en cuenta:**

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

# LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

## CERTIFICA QUE:

KAREN JHOJANA THOMAS SANCHEZ identificado con CC. 1083454070 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE	
<b>Nombres y/o Razón</b>	HOSPITAL SAN CRISTOBAL DE CIENAGA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
<b>Tipo y Numero de Documento</b>	NI - 800130625

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
<b>Fecha de inicio de cobertura</b>	2026/01/02	<b>Fecha inicio contrato</b>	2026/01/01
<b>Tipo de vinculación</b>	Independiente con Contrato	<b>Fecha de fin contrato</b>	2026/06/30
<b>Riesgo</b>	3	<b>Código actividad económica</b>	3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLINICAS, CON INTERNACION, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE
<b>Estado afiliación</b>	Activo	<b>Estado del contrato</b>	Activo
<b>Fecha retiro</b>			

Esta certificación se expide a los 30 días del mes de enero del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en [www.positivaenlinea.gov.co](http://www.positivaenlinea.gov.co) para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC30012026K1083454070T5395070**. Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL  
**POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS**

**Positiva Compañía de Seguros S.A.:**

Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

**Defensor del Consumidor Financiero:** Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia(Suplente) | [defensordelcliente@positiva.gov.co](mailto:defensordelcliente@positiva.gov.co) | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. – 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.

Más información: <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>  
Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de

LA ASEGURADORA  
DE TODOS LOS  
COLOMBIANOS



**MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS  
COMUNICACIONES - MINTIC**

**CERTIFICA QUE**

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1083454070 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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

Se expide en Bogotá el 30/01/2026 03:00 PM



Código Verificación: **B3FXUEZCNA**

Válida hasta: **30/12/2025**

---

**Dirección de Gobierno Digital**

**MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS  
COMUNICACIONES - MINTIC**

 <b>HSC</b> HOSPITAL SAN CRISTÓBAL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	<b>FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL</b>	CODIGO: HSC-TH-FOR-06
		VERSION: 001
		FECHA DE ULTIM REVISOR:

**1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE PERSONA NATURAL**

Nombres y Apellidos <b>Karen Ibojana Thomas Sanchez.</b>										Sexo M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>					
Tipo de Documento C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> PP <input type="checkbox"/>										Número <b>1083454070</b>		Expedida en <b>Ciudad</b>		Fecha de Expedición <b>29/06/2004</b>	
Estado Civil (Seleccione) <input checked="" type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> U. libre <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>					Nivel educativo Primaria <input type="checkbox"/> Bachiller <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Universitario			No. Personas a cargo <b>2</b>		Tipo de Vivienda Propia <input type="checkbox"/> Arrendada <input checked="" type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/>		Zona Ubicación Rural <input type="checkbox"/> Urbano <input checked="" type="checkbox"/>			
Fecha nacimiento <b>19/07/1985</b>		Lugar de Nacimiento <b>SANTA MARTA</b>		Direccion Domicilio <b>Calle 29 # 13-93</b>				Municipio / Ciudad <b>Ciudad</b>		Departamento <b>Magdalena</b>					
Correo Electrónico <b>Kathos@hotmail.com</b>						No. Celular <b>314228688</b>		Telefono							
Ocupación (Seleccione) <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jubilado										Actividad Principal CIU					
Descripción del CIU															

**2. DATOS LABORALES**

Nombre de la Empresa o Negocio			Tipo de Empresa o Negocio Publica <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/> Otra, cual?				Cargo				
Dirección de empresa o negocio					Ciudad		Barrio		No. Teléfono		
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?							SI	NO			

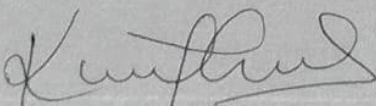

**3. INFORMACIÓN FINANCIERA**

Total Ingresos Mensuales		Total Egresos mensuales	
Otros Ingresos Mensuales		Otros Egresos Mensuales	
Total Activos:		Total Pasivos	
mes y año de corte de la información financiera suministrada: mes _____ año _____		es declarante: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Es servidor Público? Si es servidor público declare si maneja recursos públicos y/u Ostenta algún grado de poder público o goza de reconocimiento Público?			
Declaro que soy persona políticamente expuesta PEP?			
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de: <b>SERVICIOS PROFESIONALES</b>			

**4. AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES**

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades lícitas (las cuales relaciono a continuación: \_\_\_\_\_) y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectúare transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.

Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable a la E.S.E. Hospital San Cristóbal a o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de Acreedor para: 1) Verificar la información aquí suministrada a través de cualquier medio que considere conveniente. 2) Reportar, almacenar, actualizar, consultar, procesar, compilar, intercambiar, suministrar, grabar, solicitar y divulgar la información de carácter personal y/o financiera ante cualquier operador, Centrales de Información del Sector Financiero, bases de información o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información derivada de cualquier tipo de operación que celebre con la E.S.E. Hospital San Cristóbal, con fines estadísticos, de control, supervisión, pruebas de mercadeo, actualización o verificación de mi información de conformidad con lo preceptuado en la ley de habeas data y de protección de datos personales. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos en donde se consignan de manera completa todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al comportamiento de mis obligaciones.

 <b>5. FIRMA Y HUELLA</b>	
---	---

Certifico (amos) que la información aportada en el presente documento es veraz y habiendo leído y comprendido y aceptado lo anterior, en constancia firmo (amos):

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento

# Certificación Bancaria

Miércoles, 01 de octubre de 2025

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que KAREN JHOJANA THOMAS SANCHEZ identificado(a) con CC 1083454070, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta Ahorros	77973260254	2024-10-09	ACTIVO	*****

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

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



Catalina Cortés Uribe  
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

 **Bancolombia**

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtele de inmediato a [correosospchoso@bancolombia.com.co](mailto:correosospchoso@bancolombia.com.co)