GS-2026-046968-DECHO.

Quibdó, 29 de mayo del 2026

Señora
KAREN JISED AGUALIMPIA GIRALDO,
Auxiliar de Enfermería
Quibdó-Chocó

Cordial Saludo

Asunto: carta de solicitud de los servicios

Teniendo en cuenta la necesidad identificada por la Unidad Prestadora de Salud Chocó de contar con el apoyo de un Auxiliar de Enfermería, de manera respetuosa me permito solicitar informar, si está interesado en contratar la PRESTACIÓN DE SERVICIOS TÉCNICOS COMO TNI6-DECHO0043 AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE POLICÍA CHOCÓ.

El contrato tendrá una duración de **seis (06) meses** y **veintidós (22) días** por un valor total de **$13.143.130,00** con honorarios mensuales de **$ 1.951.950,00**

Las actividades a desarrollar estarán orientadas a satisfacer las necesidades asistenciales de los usuarios que acuden a la unidad, e incluyen, entre otras:

- fortalecer la atención a los usuarios mediante la atención y orientación en los servicios.
- Acompañamiento en procesos asistenciales
- Fortalecer las actividades de atención en salud
- Realizar acompañamiento en los traslados u/o remisiones intramurales y Extramurales de la ambulancia de la Unidad Prestadora de Salud Chocó.

Las demás actividades inherentes al ejercicio del rol de Auxiliar de enfermería, que le sean asignadas y que contribuyan al adecuado funcionamiento de la Unidad Prestadora de Salud.

Atentamente

Yesenia Andrea Quiroz

YESENIA ANDREA QUIROZ OQUENDO
Jefe Espri San pedro Claver (E)
CC 1.035.127.757

Quibdó, 29 de mayo del 2026

Señora Patrullera
YESENIA ANDREA QUIROZ OQUENDO
Jefe ESPRI san pedro Claver (E)
Calle 30 av. aeropuerto
Quibdó-Chocó

Asunto: carta de aceptación y ofrecimientos de servicios

Cordial Saludo.

Con el presente me permito aceptar y ofrecer los servicios a la Policía Nacional – Dirección de Sanidad, mis servicios como Auxiliar de Enfermería, que serán prestados en la Unidad Prestadora de Salud Chocó, y que para el efecto me acogeré a los honorarios establecidos por la entidad y a los horarios realizados mediante agenda concertada.

Para lo anterior me permito manifestar bajo la gravedad de juramento, que no me encuentro relacionado en el boletín de responsables fiscales de la Contraloría General de la República, con el fin de dar cumplimiento a lo establecido en el Artículo 60 de la Ley 610 de 2000, al igual que mi nombre no figura en el Boletín de Deudores Morosos con el Estado, de acuerdo a la información que suministra la Contraloría General de la Republica.

Atentamente,

Karen Jised Agualimpia Giraldo.

KAREN JISED AGUALIMPIA GIRALDO
CC 1.010.091.018 expedida en Quibdó

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
AGUALIMPIA	GIRALDO	KAREN JISED

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1010091018

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: _____

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 06 MES 10 AÑO 2000

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: CHOCÓ

MUNICIPIO: QUIBDÓ

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: B/ BONANZA

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: CHOCÓ

MUNICIPIO: QUIBDÓ

TELÉFONO: 3104472071 EMAIL: Karengiraldo06@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA										
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11
										X

TÍTULO OBTENIDO: Bachiller Académico – P. Pedagógica

FECHA DE GRADO: MES 11 AÑO 2017

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 SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
TC		X		Técnico Auxiliar en Enfermería	09	2019	
BASICO		X		Curso de Soporte Vital Básico (RCP)	10	2024	
BASICO		X		Curso de Soporte Vital Avanzado (RCP)	09	2024	
BASICO		X		Curso de atención integral a víctimas de violencia sexual	03	2024	

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

IDIOMA	LO HABLA R	LO HABLA B	LO HABLA MB	LO LEE R	LO LEE B	LO LEE MB	LO ESCRIBE R	LO ESCRIBE B	LO ESCRIBE 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	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*		*FECHA DE RETIRO*
	DÍA MES AÑO		DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
POLICIA NACIONAL – DEPARTAMENTO DE POLICÍA CHOCÓ, UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CHOCÓ	X		COLOMBIA
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
CHOCÓ	QUIBDÓ		decho.upres@policia.gov.co
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*		*FECHA DE RETIRO*
3142066330	DÍA 18 MES 11 AÑO 2025		DÍA 20 MES 04 AÑO 2026
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*
TECNICO EN ENFERMERIA	ESPRI DECHO		CLLE 30 AV. AEROPUERTO EL CARAÑO
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
POLICIA NACIONAL – DEPARTAMENTO DE POLICÍA CHOCÓ, UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CHOCÓ	X		COLOMBIA
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
CHOCÓ	QUIBDÓ		decho.upres@policia.gov.co
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*		*FECHA DE RETIRO*
3142066330	DÍA 17 MES 10 AÑO 2024		DÍA 31 MES 03 AÑO 2025
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*
TECNICO EN ENFERMERIA	ESPRI DECHO		CLLE 30 AV. AEROPUERTO EL CARAÑO
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
POLICIA NACIONAL – DEPARTAMENTO DE POLICÍA CHOCÓ, UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CHOCÓ	X		COLOMBIA
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
CHOCÓ	QUIBDÓ		decho.upres@policia.gov.co
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*		*FECHA DE RETIRO*
3142066330	DÍA 01 MES 06 AÑO 2023		DÍA 31 MES 12 AÑO 2023
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*		*DIRECCIÓN*
TECNICO EN ENFERMERIA	ESPRI DECHO		CLLE 30 AV. AEROPUERTO EL CARAÑO

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)

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	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
POLICIA NACIONAL – DEPARTAMENTO DE POLICÍA CHOCÓ, UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CHOCÓ	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CHOCÓ	QUIBDÓ	decho.upres@policia.gov.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3142066330	DÍA 10 MES 08 AÑO 2020	DÍA 31 MES 12 AÑO 2020

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
TECNICO EN ENFERMERIA	ESPRI DECHO	CLLE 30 AV. AEROPUERTO EL CARAÑO

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
CLINICA RESPIRAR Unidad de cuidados intensivos y coronarios s.a.s.		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CHOCÓ	QUIBDÓ	ucicor@gmail.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3136275727	DÍA 01 MES 03 AÑO 2020	DÍA 31 MES 04 AÑO 2020

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
TECNICO EN ENFERMERIA	UCI	Cra 4 No. 29-51 Piso 3 Quibdó - Chocó

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
UNIDAD MEDICO QUIRÚRGICA SANTIAGO		X	

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Chocó	Quibdó	santiagosascontabilidad@gmail.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3113310877	DÍA 01 MES 01 AÑO 2020	DÍA 30 MES 06 AÑO 2020

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
TECNICO EN ENFERMERIA	PRUEBAS COVID – 19	CRA 25 No- 22 – 21 MINERCOL

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
UNIDAD MEDICO QUIRÚRGICA SANTIAGO		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CHOCÓ	QUIBDÓ	santiagosascontabilidad@gmail.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3113310877	DÍA 09 MES 07 AÑO 2019	DÍA 09 MES 01 AÑO 2020

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
APRENDIS SENA	PRUEBAS COVID – 19	CRA 25 No- 22 – 21 MINERCOL

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDOR PÚBLICO	1	10
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	2
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	3	0

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ 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 PRESTA- CIÓN 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).

Karen Jised Agualimpia Giraldo

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.

Quibdó, 26 de mayo del 2026

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

República de Colombia
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, KAREN JISED AGUALIMPIA GIRALDO

IDENTIFICADO CON : C.C. [1] X C.E. [2] OTRO [3] No. 1010091018 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN : QUIBDÓ

DIRECCIÓN BARRIO BONANZA | TELÉFONOS 3104472071

MUNICIPIO QUIBDÓ | DEPARTAMENTO CHOCÓ | PAÍS COLOMBIA

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

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
ALEXANDER AGUALIMPIA ROBLEDO	11809702	PADRE
MARIA GABRIELA GIRALDO MOSQUERA	35891245	MADRE

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3o., DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTÍCULOS 13 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESIÓN** [ ], **PARA RETIRARME** [ ], **PARA ACTUALIZACIÓN** [X], **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	$ -
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	$ -
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	$ -
ARRIENDOS	$ -
HONORARIOS	$ 5.400.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ -
TOTAL	$ 5.400.000,00

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BANCO POPULAR	AHORRO	230-380-28523-9	QUIBDÓ	$ 9 .000,00

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 [X] tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con :

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CÒNYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. [ ] C.E. [ ] OTRO [ ]	Nº

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

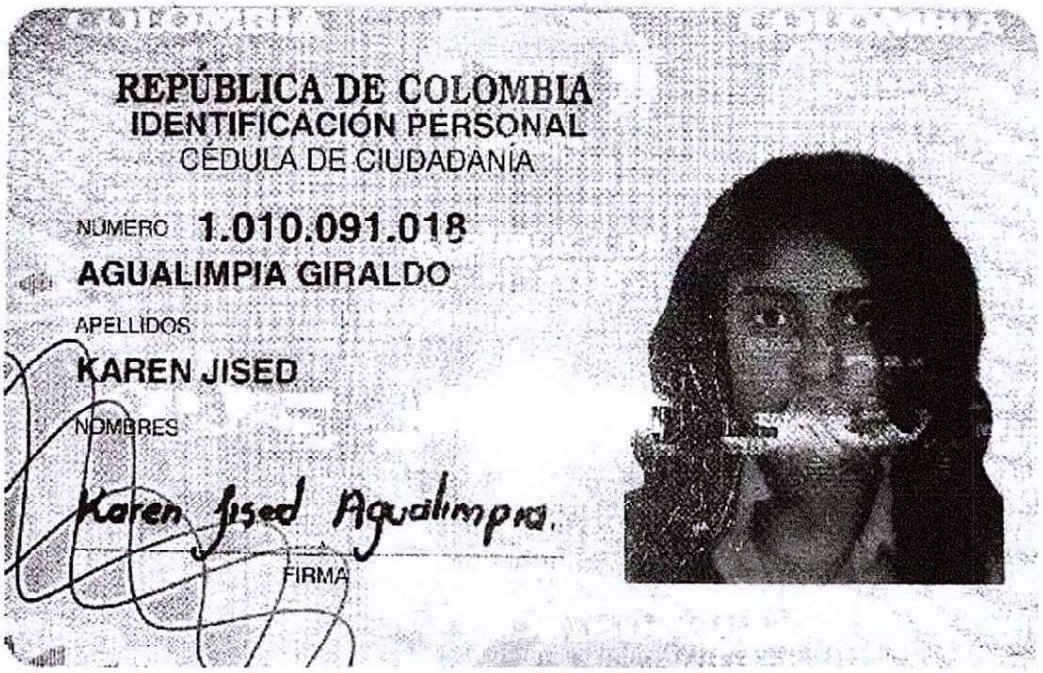
Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma ocasional o permanente son las siguientes :

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN

3. FIRMA

Karen J. Agualimpia Giraldo
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO

Quibdó, 26 de Mayo de 2026
CIUDAD Y FECHA



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.010.091.018

AGUALIMPIA GIRALDO

APELLIDOS

KAREN JISED

NOMBRES

Karen Jised Agualimpia.

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 06-OCT-2000

QUIBDO
(CHOCO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 ESTATURA | A+ G.S. RH | F SEXO

18-OCT-2018 QUIBDO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

INDICE DERECHO

P-1700100-01053905-F-1010091018-20180104 0064014326A 1 51679103

La República de Colombia
y en su nombre

Inst. Educ. Normal Superior Manuel Cañizales

Con reconocimiento oficial desde el Preescolar hasta el Ciclo Complementario según Resolución No. 0941 del 14 de Noviembre de 2017 de la Secretaría de Educación Municipal de Quibdó. Acreditada por el Ministerio de Educación Nacional mediante Resolución 7794 del 6 de Septiembre de 2010; Registro Educativo No. 51 150 026. Código DANE No. 327001000241. Código ICFES 035881; Nit. 900.220.680 - 7

Quibdó - Chocó

CONFIERE A:

KAREN JISED AGUALIMPIA GIRALDO

DOCUMENTO DE IDENTIDAD No. 1.010.091.018 DE QUIBDÓ

El Título de:

Bachiller Académico con Profundización en Pedagogía

Por razón de haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, según los planes y programas de Estudio adoptados por el Consejo Directivo con base en la Ley 115 del 8 de febrero 1994, el Decreto 1860 del 3 de Agosto de 1994, el Decreto 1850 del 13 de Agosto de 2002 y el Decreto 1290 del 16 de Abril de 2009.

REGISTRO DE DIPLOMA
Anotado para efectos legales en el Libro de
Registro de Diplomas No. 02 Folio 01-67

ANDRÉS MARÍA GARCÍA COSSIO
RECTOR

Expedido en Quibdó, el 30 de Noviembre de 2017

MARIA DE LOS ANGELES FLOREZ M.
SECRETARIA ACADÉMICA

INSTITUCION EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR MANUEL CAÑIZALES
Con reconocimiento oficial desde el Preescolar hasta el Programa de Formación Complementaria
de la Secretaria de Educacion Municipal No 0941 del 14 de noviembre de 2017
Acreditada por el M.E.N mediante Resolución No. 7794 de septiembre 6 de 2010
Registro Educativo N° 51 150 026
Quibdó – Chocó
Código Dane N° 327001000241
NIT 900220680-7

ACTA INDIVIDUAL DE GRADUACIÓN N° 49

En la ciudad de Quibdó, a los 30 días del mes de noviembre de 2017, se reunieron, con el propósito de formalizar la graduación de las alumnas del último grado, los suscritos Rector y Secretaria, en la rectoría de la INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR MANUEL CAÑIZALES, institución aprobada en el nivel de educación Media Vocacional según resolución N° 0941 del 14 de Noviembre de 2017 emanada de la Secretaria de Educación Municipal de Quibdó, por la cual se hace reconocimiento oficial de estudios y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el título de *Bachiller Académico con Profundización en Pedagogía según resolución* N° 7794 del 6 de septiembre de 2010 y resolución rectoral N° 164 del 30 de Noviembre de 2017, y comprobada la situación legal, se procedió a otorgar dicho título a la graduanda cuyos apellidos, nombres y documento de identidad, que se relacionan a continuación:

AGUALIMPIA GIRALDO KAREN JISED
T.I. N° 1010091018 de Quibdó (Chocó)

Para constancia se firma la presente, por quienes intervinieron, en cumplimiento a lo ordenado en el Artículo 7° del decreto 10 de 1981.

Anotada al libro de registros N° 02, folio 67, Nral. 01

ANDRES MARIA GARCIA COSSIO
Rector
C.C. N° 11.793.972 de Quibdó

MARIA DE LOS ANGELES FLOREZ M.
Secretaria Académica
C.C N° 54.250.446 de Quibdó

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

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

KAREN JISED AGUALIMPIA GIRALDO

Con Cedula de Ciudadania No. 1010091018

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

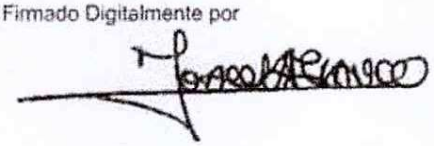
Título de

TÉCNICO EN

ENFERMERIA.

En testimonio de lo anterior. se firma el presente Titulo en Quibdó. a los once (11) días del mes de diciembre de dos mil diecinueve (2019)

Firmado Digitalmente por



JUAN CARLOS BLANCO CORDOBA
Subdirector CENTRO DE RECURSOS NATURALES, INDUSTRIA Y BIODIVERSIDAD
REGIONAL CHOCÓ

51738336 - 11/12/2019
No y 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 [illegible]

REGIONAL CHOCÓ
CENTRO DE RECURSOS NATURALES, INDUSTRIA Y BIODIVERSIDAD

ACTA DE GRADO

No Y FECHA REGISTRO 51738336 - 11/12/2019

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

CONSIDERANDO

Que: KAREN JISED AGUALIMPIA GIRALDO. Con Cedula de Ciudadania No. 1010091018

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

TÉCNICO EN ENFERMERIA.

En constancia de lo anterior se firma la presente en Quibdó. a los once (11) días del mes de diciembre de dos mil diecinueve (2019)

Firmado Digitalmente por

JUAN CARLOS BLANCO CORDOBA
Subdirector CENTRO DE RECURSOS NATURALES, INDUSTRIA Y BIODIVERSIDAD
REGIONAL CHOCÓ

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2026-05-18--8:51:48 PM

Tipo Identificacion	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificacion	Detalles
CC	1010091018	KAREN	JISED	AGUALIMPIA	GIRALDO	Vigente	Ver

l 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 Salu
(la) señor(a) KAREN JISED AGUALIMPIA GIRALDO identificado(a) con CC 1010091018 registra La siguiente información:

2026-05-18--8:51:48 PM

Información Académica

Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha Inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
Local	TÉCNICO ENFERMERIA	2020-08-13	27182	DTS SECRETARIA DEPARTAMENTAL DI

dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. I
continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento d
ıban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secreta
ión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

RESOLUCIÒN NÚMERO. 27 182 DE 2020

13 AGO 2020
( )

Por la cual se concede autorización para el ejercicio como tecnico.

LA SECRETARIA DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DEL CHOCO

En uso de sus facultades legales, en especial la conferida en el Decreto 0002 de Enero de 2014 y dando cumplimiento a lo normado en la ley 1164 de 2007 Articulo 17 y 18 en el decreto 1875 de 1994 en especial lo conferido en el Articulo 2 y

CONSIDERANDO:

Qué **AGUALIMPIA GIRALDO KAREN JISED**, identificada con Cedula de Ciudadanía Número 1.010.091.018 Expedida en Quibdo ha solicitado ante esta Secretaria de Salud autorización para el ejercicio como **TECNICO EN ENFERMERIA**, allegando para ello el Certificado otorgado por, **EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA** según acta de grado número N° 51738336 de fecha 11 de diciembre de 2019.

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a, **AGUALIMPIA GIRALDO KAREN JISED** Identificada con Cedula de Ciudadanía Número 1.010.091.018. Expedida en Quibdó, para ejercer en el Territorio Nacional como **TECNICO EN ENFERMERIA.**

ARTICULO SEGUNDO: Esta autorización del ejercicio, le permite ejercer su profesión en cualquier parte del país.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

Se expide en Quibdó a los.

NAUDY CECILIA ORTEGA USUGA
Secretaria de Salud Departamental

	Nombre	Firma	Fecha
Elaboro	Claribel Murillo Murillo		Quibdó, 2020
Reviso	Ana Belza Palacios Moreno		Quibdó, 2020

Los arriba firmantes que hemos revisado el documento, lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes. Por lo tanto, bajo nuestra responsabilidad lo presentamos para firma.

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CHOCÓ

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

La Unidad Prestadora de Salud Chocó, suscribió contrato con la señora KAREN JISED AGUALIMPIA GIRALDO, identificada con la cedula de ciudadanía número 1.010.091.018 de Quibdó, para la PRESTACIÓN DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA LA ATENCION A PACIENTES SOSPECHOSOS O POSITIVOS PARA COVID-19, EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CHOCÓ, bajo la modalidad de Contratación Directa, de acuerdo a lo establecido en la Ley 80 de 1993, en concordancia con los artículos 2 numeral 4 literal H de la Ley 1150 de 2.007, articulo 2.2.1.2.1.4.9 del Decreto 1082 del 26 de mayo de 2015, la Resolución 03049 del 30 de Julio de 2014 "Por la cual se adopta el manual de contratación de la Policía Nacional", actualizada modificada y complementada por la Resolución 00090 del 2018, el cual reposa en los archivos de la misma dependencia como se describe en esta certificación así:

CONTRATISTA	:	KAREN JISED AGUALIMPIA GIRALDO
CONTRATANTE	:	DEPARTAMENTO DE POLICÍA CHOCO – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CHOCÓ
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	:	**$7.453.862,00**
CONTRATO No.	:	**24-7-20052-20**
VALOR TOTAL	:	**$7.453.862,00**
TIPO DE CONTRATO	:	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES
FECHA DE INICIO	:	10/08/2020
PLAZO	:	143 días
OBJETO DEL CONTRATO	:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA LA ATENCION A PACIENTES SOSPECHOSOS O POSITIVOS PARA COVID-19, EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CHOCÓ
FECHA FINAL	:	31/12/2020
CALIFICACIÓN DE CALIDAD DEL SERVICIO	:	EXCELENTE () BUENO (X) REGULAR ( )
FECHA DE EXPEDICIÓN	:	01 DE FEBRERO DE 2021

SE EXPIDE LA PRESENTE A SOLICITUD DE LA SEÑORA KAREN JISED AGUALIMPIA GIRALDO
INFORMACIÓN EXTRAÍDA DEL ARCHIVO DE LA UNIDAD

Atentamente

Teniente **OSCAR FERNANDO ARIAS VILLAQUIRÁN**
Jefe Unidad Prestadora de Salud Chocó

Elaborado Por: PT Yomar Chaverra Romaña
Fecha de Elaboración: 01/02/2021
Revisado por: Lt Alexis Enrique Cuesta Orozco
Asesor Jurídico UPRES Chocó
Ubicación: E:\CONTRATOS 2018\CERTIFICACIONES 2021

Calle 30 Av. Aeropuerto el Caraño
Teléfono: 6722911 IP 3754
decho.grusa-con@policia.gov.co
www.policia.gov.co

El Departamento de Policía Choco- Area de Sanidad Nit 800.140.951-1. suscribió contrato con la señora **KAREN JISED AGUALIMPIA GIRALDO**, mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía **No. 1.010.091.018 expedida en QUIBDÓ**, de PRESTACIÓN DE SERVICIOS TÉCNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CHOCÓ, bajo la modalidad de Contratación de prestación de Servicios Profesionales y de apoyo a la gestión, o para la ejecución de trabajos artísticos que solo pueden encomendarse a determinadas personas naturales, literal h) del numeral 4° del artículo 2° de la Ley 1150 *de 2007 y artículo 2.2.1.2.1.4.9. del Decreto 1082 de 2015 y* el capítulo III Artículo 2.2.4.2.5.2 de la Resolución 03049 de 2014, el cual reposa en los archivos de la misma dependencia como se describe en esta certificación contractual así:

Numero de Contrato	24-7-20020-23
Objeto	PRESTACIÓN DE SERVICIOS TÉCNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CHOCÓ
Valor vigencia 2023	NUEVE MILLONES CIENTO CINCUENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS **($9.158.737,00)** PESOS MONEDA CORRIENTE
Valor Adición 2024	TRES MILLONES NOVECIENTOS VEINTICINCO MIL CIENTO SETENTA Y TRES PESOS **($3.925.173,00)** MONEDA CORRIENTE
Valor total	TRECE MILLONES OCHENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS DIEZ PESOS **($13.083.910,00)** MONEDAD LEGAL
Registros Presupuestales	7623 del 01 de junio del 2023 y 3124 del 04 de enero del 2024
Fecha de inicial.	01 de junio del 2023
Fecha de termino inicial	31 de diciembre del 2023
Fecha de prorroga	01 de enero del 2024 al 31 de marzo del 2024
Tiempo total de ejecución contractual	TRESCIENTOS (300) DÍAS O DIEZ (10) MESES
Supervisor asignado	YOIMAR CHAVERRA ROMAÑA Jefe ESPRI San Pedro Claver

Durante la ejecución del presente contrato el contratista cumplió con las siguientes obligaciones:

1. Contribuir con el desarrollo del establecimiento de la Unidad Prestadora de Salud y donde preste sus servicios, revisando y mejorando los procesos de atención a fin de ofrecer un servicio eficiente y de calidad a los usuarios. **2.** Colaborar y propender por el cuidado de los recursos de la entidad (Físicos, Técnicos y Económicos) incluida la propiedad intelectual y derechos de autor y elementos entregados por la Unidad Prestadora de Salud Chocó para la debida ejecución de las actividades convenidas y a no utilizarlos para fines y en lugares diferentes a los contratados y a devolverlos a la Institución a la terminación del presente contrato. Así mismo, se responsabiliza de los daños o pérdida que sufran estos, a excepción del deterioro natural por el uso, de acuerdo con lo estipulado en los artículos 2202, 2203, 2204 del Código Civil, pero no será responsable en los eventos de Caso Fortuito y Fuerza Mayor. Los bienes que entregue la entidad al CONTRATISTA para el desarrollo de las tareas objeto del presente contrato, se hará mediante inventario, el cual tendrá fecha de suscripción la misma en que se inicie el contrato. **3.** Colaborar con los entes de control de la entidad o del Estado cuando así se requiera. **4.** Ejercer su profesión con moral y ética. **5.** Toma de signos vitales a pacientes que asistan a cita médica por consulta externa **6.** Asignación de citas de laboratorio clínico para los usuarios. **7.** Control y organización de los consultorios médicos y enfermería con papelería necesaria para la atención de la consulta externa **8.** Radicar las excusas de servicio generadas durante la jornada de trabajo y dar el trámite correspondiente a cada copia **9.** Apoyo a las diferentes actividades del programa de las rutas de atención integral en salud (RIAS) jornadas de vacunación, charlas educativas entre otras **10.** Informar y reportar diariamente las novedades presentadas durante el servicio. **11.** Registrar en el libro novedades a todo el personal activo que haga uso del servicio. **12** Velar por el cuidado de los elementos utilizados en el servicio **13** Realizar procedimientos concernientes a inyectología, curaciones, administración de líquidos a pacientes y observación de los mismos. **14.** Mantener limpio los depósitos de insumos. **15.** Mantener organizados los biológicos, jeringas e insumos **16.** Realizar permanentemente rotación de los biológicos, jeringas y de los insumos teniendo en cuenta las fechas de vencimiento para evitar las pérdidas por vencimiento de los mismos **17.** Realizar el informe mensual de movimiento de biológicos y jeringas **18.** Realizar el arqueo mensual de biológicos e insumos. **19.** Realizar acompañamiento en los traslados y/o remisiones intramurales y Extramurales de la ambulancia de la Unidad Prestadora de Salud Chocó. **20.** Organizar y verificar antes de cada traslado y/o remisión los elementos, suministros, y equipos médicos que contiene la ambulancia para la prestación de servicio a los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional en esta jurisdicción. **21.** Hacer parte de los comités académicos, administrativos, de casos especiales, estructuradores y de evaluación de las contrataciones administrativas que lleve a cabo la Unidad Prestadora De Salud Chocó para los cuales sea designado, asumiendo las obligaciones establecidas en el acto de designación sin perjuicio del cumplimiento de sus obligaciones contractuales. **22.** Rendir los

informes que la Dirección de Sanidad requiera dentro de los plazos determinados. **23.** Aplicar el conocimiento en las actividades a desarrollar, emitir conceptos que se requieran. **24**. Guardar la confidencialidad de toda la información que le sea entregada y que se encuentre bajo su custodia o que por cualquier otra circunstancia deba conocer o manipular y responderá patrimonialmente por los perjuicios de su divulgación y/o utilización indebida que por sí o por un tercero se cause a la administración o a terceros. **25**.Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales evitando dilaciones y entrabamientos que puedan presentarse. **26.** Cumplir con sus obligaciones frente al Sistema de Seguridad Social Integral en los términos del artículo 50 de la Ley 789 de 2002 en concordancia con el Decreto 1703 de 2002. Decreto 510 de 2003, Ley 797 de 2003, Ley 828 de 2003 y Ley 1122 de 2007 lo cual se constituirá en requisito previo para cada uno de los pagos pactados, siempre y cuando el plazo del contrato sea superior a tres (3) meses. De acuerdo con el artículo 1° de la Ley 828 de 2003, el incumplimiento de esta obligación será causal para la imposición de multas sucesivas hasta tanto se dé el cumplimiento, previa verificación de la mora mediante liquidación efectuada por la entidad administradora. Cuando durante la ejecución del contrato se observe la persistencia de este incumplimiento, por cuatro (4) meses la entidad estatal dará aplicación a la cláusula excepcional de caducidad administrativa. **27.** Tratar con respeto, imparcialidad y rectitud a los funcionarios de la POLICIA NACIONAL, pacientes y demás personas con que tenga relación con ocasión de la prestación del servicio, observando la moral y las buenas costumbres. **28.** Presentar al supervisor del contrato dentro de los cinco (5) días hábiles antes de la fecha de terminación del contrato un informe consolidado sobre todas las actividades desarrolladas durante el término de su ejecución, así mismo hará entrega de los bienes inventariados para el desarrollo de las tareas del objeto contractual. **29.** Realizar las actividades propias para las que fue contratado dando cumplimiento a la normatividad y leyes vigentes de carácter general. **30**. Responder en los plazos que la Policía Nacional Departamento Del Chocó Unidad Prestadora De Salud Chocó establezca en cada caso los requerimientos de aclaración o de información que le formule. **31.** Constituir en debida forma y aportar a la Oficina de Contratos Unidad Prestadora de Salud Chocó, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la suscripción del contrato, la Garantía Única y cancelar los pagos a que hubiere lugar. **32.** Rechazar las peticiones o amenazas de quienes actuando por fuera de la ley pretendan obligarlo a hacer u omitir algún acto o hecho, lo cual el CONTRATISTA deberá informar de tal evento al comandante de Departamento de Policía Chocó de la Policía Nacional y a las autoridades competentes para que se adopte las medidas necesarias. **33.** Mantener activa la cuenta corriente o de ahorros reportada para los pagos con el fin de evitar traumatismos en el proceso de ejecución del contrato. **34.** Restituir a la Policía Nacional Departamento Del Chocó-Unidad Prestadora de Salud Chocó los elementos que haya colocado a su disposición para el desarrollo del objeto contractual, cuando se lo requiera o al finalizar el contrato en caso que se hayan suministrado **35**. Verificar derechos de usuario y/o beneficiarios previo a la prestación del servicio. **36.** Desarrollar jornadas de prevención y promoción de acuerdo a lo dispuesto por la DISAN. **37**. Desempeñar sus funciones y tener a cargo bienes muebles e inmuebles de la Policía Nacional tendrán la obligación de diligenciar paz y salvo que certifique la entrega de los bienes ante el almacén de la Unidad Prestadora de Salud Chocó, ante novedades por incapacidad y/o terminación de contrato. **38.** Cumplir con la normatividad relacionada con el correcto diligenciamiento de consentimiento informado, así como de la historia clínica electrónica y normatividad interna de la Dirección de Sanidad contenida en Directivas, Instructivos, Guías y demás documentos, conforme las herramientas tecnológicas dispuestas por la Dirección de Sanidad, so pena de incurrir en responsabilidad disciplinaria, administrativa y civil según sea el caso y conforme las investigaciones que se adelanten. **39.** Guardar plena reserva de la información en el manejo de las historias clínicas de los usuarios y beneficiarios de la unidad Prestadora de Salud Chocó, tener presente la necesidad de preservar la confidencialidad, teniendo en cuenta que su uso no autorizado incurre en incumplimientos de las políticas de seguridad de la institución y los códigos de ética médica profesional acarreando sanciones penales, disciplinarias y/o administrativas que haya lugar, conforme a la ley 23 de 1981 y la resolución 1995 del 1999. El carácter reservado de la historia clínica lo reconoce la corte constitucional, en sentencia como la T-156 A de 2008. Así mismo las demás herramientas tecnológicas aportadas por la Dirección de Sanidad "DISAN" para el desarrollo de sus funciones en contrato suscrito con la UPRES-DECHO. **40.** Prestar el servicio fuera de las instalaciones de la Unidad Prestadora de Salud Chocó, para cumplir con las campañas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad por disposición de la Unidad Prestadora De Sarud Chocó, es decir donde la necesidad del servicio lo requiera", por lo que se le reconocerá y pagará pasajes y gastos de viaje. **41.** Presentar el día 20 de cada mes, para efectos del pago de honorarios, los documentos físicos correspondientes a la respectiva cuenta de cobro, planilla de pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, mes vencido que le corresponden según la ley, e informe de actividades mensual, de igual forma enviar al correo electrónico upres-gup@policia.gov.co la agenda del mes siguiente su incumplimiento tendrá como efecto la reprogramación presupuestal para el mes siguiente. **42.** Realizar el pago del UNO PUNTO CINCO (1.5%) POR CIENTO del valor total del contrato a favor de la Universidad Tecnológica del Chocó Diego Luis Córdoba, si este es superior a 120 UVT, si el valor total del contrato es igual o inferior a 120 UVT la retención será del uno (1%) por ciento, por concepto del impuesto ESTAMPILLA PRO UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DEL CHOCÓ "DIEGO LUIS CÓRDOBA", establecido mediante ley 682 de 2001, reglamentada mediante Ordenanzas número 015 del 11 de Diciembre de 2001 y 007 del 13 de agosto de 2 003 de la de la Asamblea Departamental del Chocó, y la ley 2146 de 2021 a través de la cual se renueva y adiciona la Estampilla Pro Universidad Tecnológica del Chocó "Diego Luis Córdoba", reglamentada mediante ordenanza número 112 de 2021. PARÁGRAFO PRIMERO: El valor por concepto del impuesto ESTAMPILLA PRO UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DEL CHOCÓ "DIEGO LUIS CÓRDOBA" será retenido por la tesorería del contratante Departamento de Policía Chocó - Unidad Prestadora de Salud Chocó en la proporción indicada en ésta cláusula en cada pago y/o desembolso que se haga del presente contrato al contratista y será consignado en la cuenta corriente 536-386807-01 de BANCOLOMBIA o 3303-001762-9 del BANCO AGRARIO a nombre de la Universidad Tecnológica del Chocó – Estampilla. **43**. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO: a) Presentar el documento de afiliación al sistema general de riesgo laborales indicando la clasificación de riesgo de conformidad con lo señalado en el artículo 2 de la ley 1562 de 2012. b) Presentar el certificado del examen pre ocupacional, según lo previsto en el artículo 18 del decreto 723 de 2013. El costo del examen lo asume el contratista. c) Cumplir con los estándares de seguridad determinados para el desarrollo de la labor. d) Utilizar los elementos de protección personal necesarios para el desarrollo de la labor informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales. e) Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales. f) Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de

Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST. Otras obligaciones en cumplimiento al artículo 2.2.4.2.16 del Decreto 1072 de 2015, son obligaciones del contratista las siguientes: 1. Procurar el cuidado integral de su salud. 2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumirá su costo. 3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales. 4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités de Seguridad y Salud en el Trabajo o la Administradora de Riesgos Laborales. 5. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST. 6. Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivada del contrato. 6. Conocer la política de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Policía Nacional. 7. Realizar auto-reporte de condiciones de trabajo y de salud cuando le sea solicitado. 8. Allegar de manera inmediata al supervisor del contrato, las incapacidades médicas que se generen. 9. Certificado de afiliación vigente a EPS, AFP y ARL (si aplica) y mantener dicha afiliación y alcance de cubrimiento del nivel de riesgo de exposición, durante toda la ejecución de las actividades objeto del contrato. 10. Presentar al contratante certificado de aptitud según resultado de la valoración médica pre-ocupacional el examen pre-ocupacional de acuerdo a lo establecido en los profesiogramas de la Dirección de Sanidad y acorde a los peligros y riesgos inherentes y asumidos durante la ejecución de la tarea contratada. 11. Si la tarea está relacionada con las actividades reglamentadas para el SG-SST (alturas, eléctrico, espacios confinados y trabajos en caliente) la persona natural deberá presentar certificado que contemple idoneidad para el desempeño de la tarea. 12. Certificación y tenencia de los elementos de protección personal acorde a las necesidades de la tarea y según los riesgos de cada tarea a ejecutar. **44.** Las demas obligaciones del CONTRATISTA, que sean asignadas por el supervisor y que tengan relación con las demás obligaciones, con la naturaleza del contrato y el área de desempeño, así mismo las contenidas en el artículo 5 de la ley 80 de 1993, las cuales será civil y penalmente responsable por sus acciones u omisiones en la actuación contractual.

Se expide la presente a petición de la señora KAREN JISED AGUALIMPIA GIRALDO, información extraída del archivo de la Unidad - Policía Nacional - Departamento de Policía Chocó – Área de Sanidad.

Para mayor constancia se expide en Quibdó, el día 04 de marzo del 2024

Atentamente

Capitán JUAN CARLOS HURTADO BASTIDAS
Jefe Unidad Prestadora de Salud Chocó

Elaboró: TA. 27. ALEXANDER AGUALIMPIA RUBLEDO
Auxiliar de Convenios UPRES CHOCÓ

Revisó: SI. YEFERSON BECERRA CHALA
Abogado(a) Oficina Asesora UPRES CHOCÓ (E)

Revisó: SI. ALEXANDER ARIAS IBARGUEN
Jefe Administrativa UPRES CHOCÓ

Revisó: SI. MARIN ALONSO VARGAS LEDESMA
Oficial Jurídico UPRES CHOCÓ

Fecha de Elaboración: 04/03/2024
Ubicación: S:\ALEX AGUALIMPIA\TA. 27 ALEX AGUALIMPIA\ARCHIVOS ALEX AGUALIMPIA\ECDS Y PROCESOS\2024 PROCESOS 2024\1 CERTIFICACIONES

Carrera 39 Avenida el Aeropuerto el Caraño, Antiguo Colegio de la Policía Nacional Quibdó

Teléfonos: 3006756813 - IP 3703
Correo: upres.choco@policia.gov.co
www.upres.gov.co

Humana

NIT 900.622.907-2

respirar

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS Y CORONARIOS SAS

EL SUSCRITO CONTADOR Y JEFE DE NOMINA DE RESPIRAR UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS Y CORONARIOS S.A.S.

GUSTAVO ADOLFO PEREZ GARCIA

CERTIFICA:

Que la Señora **KAREN JISETH AGUALIMPIA GIRALDO** Identificado con Cedula de Ciudadanía número 1.016.691.018 de Quibdo, estuvo vinculado mediante contrato de prestación de servicios con RESPIRAR UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS Y CORONARIOS S.A.S NIT 900 622 907, cuyo objeto contractual es. Prestar Los Servicios Como **AUXILIAR DE ENFERMERIA En RESPIRAR UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS Y CORONARIOS S.A.S.** desde 01 de marzo de 2020 hasta el 31 de abril de 2020.

Dado en Quibdo a los 09 días del mes de junio de 2020

GUSTAVO ADOLFO PEREZ GARCIA
CONTADOR Y JEFE DE NOMINA
Respirar Unidad De Cuidados Intensivos Y Coronarios S.A.S
TELEFONO 3136275727

U.C.I

Cel.: 314 602 77 65 - Carrera 4 # 29-51 Piso 3 - Quibdó - Chocó - Colombia - ucincor@gmail.com

SANTIAGO
UNIDAD MEDICO - QUIRURGICA

Quibdó 30 de julio del 2020

UNIDAD MEDICO QUIRURGICA SANTIAGO S.A.S

NIT: 900.604.984-1

CERTIFICA

QUE la señora KAREN JISED AGUALIMPIA Identificada con cedula de ciudadanía N ° 1.010.091.018 laboro para nosotros como auxiliar de enfermería ,realizando actividades específicas (pruebas covid -19) durante un periodo de (6) MESES a partir del 1 de enero hasta el 30 de junio del presente año en el cual demostró, responsabilidad, honestidad y cumplimiento en todas sus labores en comendadas

Para constancia se firma a solicitud del interesado a los 30 días del mes de julio del 2020

Atentamente,

UNIDAD MEDICO QUIRURGICA SANTIAGO S.A.S

MISAEL MOYA PALACIOS

ASESOR JURIDICO

El Departamento de Policía Chocó- Área de Sanidad Nit. 800.140.951-1, suscribió contrato con la señora **KAREN JISED AGUALIMPIA GIRALDO,** mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía **No. 1.010.091.018 expedida en QUIBDÓ,** de PRESTACIÓN DE SERVICIOS TÉCNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CHOCÓ, bajo la modalidad de Contratación de prestación de Servicios Profesionales y de apoyo a la gestión, o para la ejecución de trabajos artísticos que solo pueden encomendarse a determinadas personas naturales, literal h) del numeral 4° del artículo 2° de la Ley 1150 de 2007 y artículo 2.2.1.2.1.4.9. del Decreto 1082 de 2015 y el capítulo III Artículo 2.2.4.2.5.2 de la Resolución 03049 de 2014, el cual reposa en los archivos de la misma dependencia como se describe en esta certificación contractual así:

Numero de Contrato	**24-7-20020-23**
Objeto	PRESTACIÓN DE SERVICIOS TÉCNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CHOCÓ
Valor Vigencia 2023	NUEVE MILLONES CIENTO CINCUENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS **($9.158.737,00)** PESOS MONEDA CORRIENTE
Valor Adición 2024	TRES MILLONES NOVECIENTOS VEINTICINCO MIL CIENTO SETENTA Y TRES PESOS **($3.925.173,00)** MONEDA CORRIENTE
Valor total	TRECE MILLONES OCHENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS DIEZ PESOS **($13.083.910,00)** MONEDAD LEGAL
Registros Presupuestales	7623 del 01 de junio del 2023 y 3124 del 04 de enero del 2024
Fecha de inicial	*01 de junio del 2023*
Fecha de termino inicial	31 de diciembre del 2023
Fecha de prorroga	01 de enero del 2024 al 31 de marzo del 2024
Tiempo total de ejecución contractual	TRESCIENTOS (300) DÍAS O DIEZ (10) MESES
Supervisor asignado	YOIMAR CHAVERRA ROMAÑA Jefe ESPRI San Pedro Claver

Durante la ejecución del presente contrato el contratista cumplió con las siguientes obligaciones:

1. Contribuir con el desarrollo del establecimiento de la Unidad Prestadora de Salud y donde preste sus servicios, revisando y mejorando los procesos de atención a fin de ofrecer un servicio eficiente y de calidad a los usuarios. **2.** Colaborar y propender por el cuidado de los recursos de la entidad (Físicos, Técnicos y Económicos) incluida la propiedad intelectual y derechos de autor, y elementos entregados por la Unidad Prestadora de Salud Chocó, para la debida ejecución de las actividades convenidas y a no utilizarlos para fines y en lugares diferentes a los contratados y a devolverlos a la Institución a la terminación del presente contrato. Así mismo, se responsabiliza de los daños o pérdida que sufran estos, a excepción del deterioro natural por el uso, de acuerdo con lo estipulado en los artículos 2202, 2203, 2204 del Código Civil, pero no será responsable en los eventos de Caso Fortuito y Fuerza Mayor. Los bienes que entregue la entidad al CONTRATISTA para el desarrollo de las tareas objeto del presente contrato, se hará mediante inventario, el cual tendrá fecha de suscripción la misma en que se inicie el contrato. **3.** Colaborar con los entes de control de la entidad o del Estado cuando así se requiera. **4.** Ejercer su profesión con moral y ética. **5.** Toma de signos vitales a pacientes que asistan a cita médica por consulta externa **6.** Asignación de citas de laboratorio clínico para los usuarios. **7.** Control y organización de los consultorios médicos y *enfermería con papelería necesaria para la atención de la consulta externa* **8.** *Radicar las excusas de servicio* generadas durante la jornada de trabajo y dar el trámite correspondiente a cada copia **9.** Apoyo a las diferentes actividades del programa de las rutas de atención integral en salud (RIAS) jornadas de vacunación, charlas educativas entre otras **10.** Informar y reportar diariamente las novedades presentadas durante el servicio. **11.** Registrar en el libro novedades a todo el personal activo que haga uso del servicio. **12.** Velar por el cuidado de los elementos utilizados en el servicio **13** Realizar procedimientos concernientes a inyectología, curaciones, administración de líquidos a pacientes y observación de los mismos. **14.** Mantener limpio los depósitos de insumos. **15.** Mantener organizados los biológicos, jeringas e insumos **16.** Realizar permanentemente rotación de los biológicos, jeringas, y de los insumos teniendo en cuenta las fechas de vencimiento para evitar las pérdidas por vencimiento de los mismos **17.** Realizar el informe mensual de movimiento de biológicos y jeringas. **18.** Realizar el arqueo mensual de biológicos e insumos. **19.** Realizar acompañamiento en los traslados u/o remisiones intramurales y Extramurales de la ambulancia de la Unidad Prestadora de Salud Chocó. **20.** Organizar y verificar antes de cada traslado u/o remisión los elementos, suministros, y equipos médicos que contiene la ambulancia para la prestación de servicio a los usuarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional en esta jurisdicción. **21.** Hacer parte de los comités académicos, administrativos, de casos especiales, estructuradores y de evaluación de las contrataciones administrativas que lleve a cabo la Unidad Prestadora De Salud Chocó para los cuales sea designado, asumiendo las obligaciones establecidas en el acto de designación sin perjuicio del cumplimiento de sus obligaciones contractuales. **22.** Rendir los

Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST. Otras obligaciones en cumplimiento al artículo 2.2.4.2.16 del Decreto 1072 de 2015, son obligaciones del contratista las siguientes: 1. Procurar el cuidado integral de su salud. 2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumirá su costo. 3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales. 4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités de Seguridad y Salud en el Trabajo o la Administradora de Riesgos Laborales. 5. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST. 6. Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivada del contrato. 6. Conocer la política de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Policía Nacional. 7. Realizar auto-reporte de condiciones de trabajo y de salud cuando le sea solicitado. 8. Allegar de manera inmediata al supervisor del contrato, las incapacidades médicas que se generen. 9. Certificado de afiliación vigente a EPS, AFP y ARL (si aplica) y mantener dicha afiliación y alcance de cubrimiento del nivel de riesgo de exposición, durante toda la ejecución de las actividades objeto del contrato. 10. Presentar al contratante certificado de aptitud según resultado de la valoración médica pre-ocupacional el examen pre-ocupacional de acuerdo a lo establecido en los profesiogramas de la Dirección de Sanidad y acorde a los peligros y riesgos inherentes y asumidos durante la ejecución de la tarea contratada. 11. Si la tarea está relacionada con las actividades reglamentadas para el SG-SST (alturas, eléctrico, espacios confinados y trabajos en caliente) la persona natural deberá presentar certificado que contemple idoneidad para el desempeño de la tarea. 12. Certificación y tenencia de los elementos de protección personal acorde a las necesidades de la tarea y según los riesgos de cada tarea a ejecutar. **44.** Las demás obligaciones del CONTRATISTA que sean asignadas por el supervisor y que tengan relación con las demas obligaciones, con la naturaleza del contracto y el área de desempeño, así mimo las contenidas en el artículo 5 de la ley 80 de 1993, las cuales será civil y penalmente responsable por sus acciones u omisiones en la actuación contractual.

Se expide la presente a petición de la señora KAREN JISED AGUALIMPIA GIRALDO, información extraída del archivo de la Unidad - Policía Nacional - Departamento de Policía Chocó – Área de Sanidad.

Para mayor constancia se expide en Quibdó, el día 04 de marzo del 2024

Atentamente,

Capitán JUAN CARLOS HURTADO BASTIDAS
Jefe Unidad Prestadora de Salud Chocó

Elaboró: TA_ST. ALEXANDER AGUALIMPIA ROBLEDO
Auxiliar de Contratos UPRES CHOCÓ-SE

Revisó: SI. YEFER D. BECERRA CHALA
Responsable Oficina Contratos UPRES CHOCÓ-SE

Revisó: SI. ALEXANDER MORA MARQUEZA
Jefe Administrativo UPRES CHOCÓ

Revisó: SI. MARIN ALONSO ESTRADA LEDESMA
Oficial Jurídico UPRES CHOCÓ

Fecha de Elaboración: 04/03/2024
Ubicación D:\ALEX AGUALIMPIA\TA_ST ALEX AGUALIMPIA\ARCHIVOS ALEX AGUALIMPIA 2024\ PROCESOS\ PROCESOS 2024\1 CERTIFICACIONES

Calle 38 Avenida el Ferrocarril el Caracol, Antiguo Colegio de la Policía Nacional Quibdó

Teléfonos: 3007583213 - 3F 3733
Email: [redacted]

Humana
INFORMACIÓN PÚBLICA

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 08:40:43 PM horas del 18/05/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1010091018**

Apellidos y Nombres: **AGUALIMPIA GIRALDO KAREN JISED**

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.

DIJIN

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

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 296175657

PIB
20:37:55

Bogotá DC, 18 de mayo 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 JISED AGUALIMPIA GIRALDO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1010091018:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 18 de mayo de 2026, a las 20:43:21, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1010091018
Código de Verificación	1010091018260518204321

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

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, 27/05/2026 10:52:44 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1010091018** y Nombre: **KAREN JISED AGUALIMPIA GIRALDO.**

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. **140961254** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:51:09 horas del 27/05/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1010091018,** Apellidos y Nombres **AGUALIMPIA GIRALDO KAREN JISED**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **departamento de policía choco**, con NIT **800140951-1** 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.

© 2026 Policía Nacional de Colombia - Grupo Tecnologías de la Información y las Comunicaciones DIJIN

TIC

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1010091018 **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 26/05/2026 05:22 PM

Código Verificación: **VXQ3FWTL5N**

Válida hasta: **24/08/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141253860327

(415)7707212489984(8020) 000014125386032 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
1 0 1 0 0 9 1 0 1 8	9	Impuestos y Aduanas de Quibdó	1 8	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 1 0 0 9 1 0 1 8	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Chocó 2 7	Quibdó 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
AGUALIMPIA	GIRALDO	KAREN	JISED

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Chocó 2 7	Quibdó 0 0 1

41. Dirección principal: CL 34 10 120 BRR EL PORVENIR SEC LA ESPERANZA

42. Correo electrónico: karengiraldo06@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
5 7	3 1 0 4 4 7 2 0 7 1	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica					Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1 2	51. Código	52. Número establecimientos
8 7 1 0	2 0 2 4 1 0 0 3				5 1 3 2	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 4 9

49 - No responsable de IVA

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2026-05-26 / 03:01:55PM

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 AGUALIMPIA GIRALDO KAREN JISED

985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

ANEXO No. 2

FORMATO INFORMACION DE TERCEROS

DILIGENCIAR EN LETRA IMPRENTA, MAQUINA O COMPUTADOR

1.TIPO DE BENEFICIARIO

1. Consorcio o Unión Temporal		1.10 Persona Natural Extranjera	
1.1 Departamento		1.11 Persona Natural Nacional	X
1.2 Empresa Pública Nacional no Financiera		1.12 Persona Jurídica Nacional Sector Privado	
1.3 Empresa Pública Nacional Financiera		1.13 Persona Jurídica Pública Administración Central Nacional	
1.4 Establecimiento Público Nacional		1.14 Persona Jurídica Extranjera Sector Privado	
1.5 Gobierno Extranjero		1.15 Regional sin NIT Especial	
1.6 Municipio		1.16 Resguardo	
1.7 Otra Pública Departamental		1.17 Sociedad de Economía Mixta	
1.8 Otra Pública Municipal		1.18 Universidad Pública	
1.9 Otro Beneficiario		1.19 Empresa Industrial y Comercial del Estado	

2.TIPO DE DOCUMENTO

1.1 Cédula de Ciudadanía	X	1.4 Otro Tipo de Documento	
1.2 Cédula de Extranjería		1.5 Pasaporte	
1.3 Número de Identificación Tributaria (FOTOCOPIA NIT)		1.6 Tarjeta de Identidad	

NUMERO DEL DOCUMENTO [1][0][1][0][0][9][1][0][1][8][ ]

3.NOMBRE O RAZON SOCIAL: KAREN JISED AGUALIMPIA GIRALDO

4.PAIS: COLOMBIA

5.CIUDAD: QUIBDÓ

6.TELEFONO Y FAX: 3104472071

7.DIRECCION: B/: BONANZA

INFORMACION DE LA CUENTA

1.ENTIDAD FINANCIERA DONDE TIENE LA CUENTA: _____

2.NUMERO DE LA CUENTA [5][7][8][7][7][4][3][8][2][ ][ ][ ]

3.CLASE DE CUENTA: CORRIENTE [ ] AHORROS [X]

SE DA FE DE LA INFORMACION REGISTRADA ANTERIORMENTE

FECHA 05 DE JUNIO DEL 2026

Karen Jised Agualimpia Giraldo

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL

PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

Banco de Bogotá

Nit.860.002.964.4
Calle 36 N° 7 - 47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que KAREN JISED AGUALIMPIA GIRALDO, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 1.010.091.018 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuenta de Ahorros Plan Cuenta Facil No. 578774382, abierta/o desde el 15/4/2025.

Se expide en Bogotá el día 22 del mes de Mayo del año 2026 con destino a: A quien pueda interesar

Firma Autorizada

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

nueva eps

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) **KAREN JISED AGUALIMPIA GIRALDO**; identificado(a) con **CC** número **1010091018**; se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: **01/05/2021**

Estado de la Afiliación **Vigente**

Categoría: **A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 22 días del mes 05 del año 2026

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS. NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **KAREN JISED AGUALIMPIA GIRALDO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1010091018,** se encuentra afiliado/a desde **15/07/2020** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES.**

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 26 de mayo de 2026.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD
GRUPO TALENTO HUMANO

CONSENTIMIENTO INFORMADO SOBRE EL PROCESO DE SELECCIÓN

REALIZADO POR TALENTO HUMANO

Yo KAREN JISED AGUALIMPIA GIRALDO identificado (a) con Cedula de Ciudadanía 1.010.091.018 de QUIBDÓ, durante el proceso de selección se me ha informado en el momento de la entrevista que el contrato que llegaría a firmar con la Unidad Prestadora de Salud Chocó de la Policía Nacional es por Prestación de Servicios, donde debo cumplir con los siguientes requisitos:

1) Pagar salud, pensión y como independiente, sobre el 40% del valor mensual de mis honorarios, sin que este valor sea inferior a un salario mínimo mensual legal vigente.

Acepto: X No Acepto: _____

2) Se me ha explicado los diferentes riesgos de afiliación a la ARL dependiendo de la Unidad Médica a Laborar.

Acepto: X No Acepto: _____

3) Realizar el pago de pólizas contractuales las cuales son, de calidad y cumplimiento, responsabilidad civil y contractual (si aplica); las pólizas se pagan por el valor total del contrato ante cualquier aseguradora.

Acepto: X No Acepto: _____

4) Me han dado a conocer que la unidad a laborar es UPRES - CHOCÓ, con una intensidad horaria equivalente a 6 horas diarias, horas semanales 33 y horas mensuales 143.

Acepto: _____ No Acepto: _____

FIRMA Karen Jised Agualimpia Giraldo

NOMBRE Karen Jised Agualimpia Giraldo.

CEDULA 1010091018

DOCUMENTO NO CONTROLADO

Quibdó, 05 de junio del 2026

Señores
Unidad Prestadora de Salud Chocó
Policía Nacional
Ciudad

Yo KAREN JISED AGUALIMPIA GIRALDO identificado (a) con la cedula de ciudadanía No. 1.010.091.018 de QUIBDÓ, certifico que de conformidad en lo establecido en el Artículo 905 de estatuto tributario, bajo gravedad de juramento, que SI ____ NO (X) he obtenido ingresos brutos ordinarios y extraordinarios iguales o superiores a 1400 UVT e inferiores a 3500 UVT en el año gravable 2025.

FIRMA Karen Jised Agualimpia Giraldo

NOMBRE Karen Jised Agualimpia Giraldo.

CEDULA 1010091018

Página 1 de 2	DIRECCIONAMIENTO TECNOLOGICO	POLICÍA NACIONAL
Código: 1DT-FR-0016		
Fecha: 28-12-2017	DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD Y COMPROMISO CON LA SEGURIDAD DE LA INFORMACION CONTRATISTAS O TERCEROS	
Versión: 3		

La Policía Nacional considerando que usted ofrece condiciones personales y profesionales para acceder a la información que se administra en la Institución, teniendo en cuenta la misión de la Policía Nacional y que este implica manejar información de diferentes niveles de clasificación, requiere que en correspondencia con el voto de confianza otorgado con la posibilidad de acceso a la información de la Policía Nacional usted suscriba el siguiente compromiso.

Yo, Karen Liseol Agualimpia Giraldo identificado con la cedula de ciudadanía No. 1010091018 con domicilio en Quibdo, de la empresa UPRES DECHO, cargo Auxiliar de Enfermería en adelante denominado EL CONTRATISTA O TERCERO, bajo el contrato _____convenio _____ acuerdo_____ No._____ del _____, me comprometo a cumplir cabalmente los compromisos y demás directrices del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información para la Policía Nacional.

Así mismo declaro que:

Reconozco que la información es un activo sobre el cual se sustentan los objetivos estratégicos de la Institución y que es mi responsabilidad conocer las políticas de seguridad de la información, adoptarlas, cumplirlas, hacerlas respetar e informar cualquier incidente que se presente con el uso y manipulación de la misma al Jefe de la Oficina de Telemática de la unidad donde se preste el servicio, o a quien realice las funciones de telemática, el cual reportará el incidente al CSIRT "*Computer Security Incident Response Team*".

Esta declaración comienza *con* la firma del contrato o convenio o acuerdo y permanecerá vigente mientras subsista el objeto que dio inició al mismo, manteniéndose inclusive durante las prórrogas sin necesidad de firmar una nueva declaración de confidencialidad y compromiso con la seguridad de la información.

Así mismo, si el contrato, convenio u acuerdo inicial termina y se inicia después un nuevo contrato, convenio u acuerdo pero con el mismo objeto del contrato, convenio u acuerdo anterior, esta declaración de confidencialidad y compromiso con la seguridad de la información tomará vigencia sin necesidad de firmar uno nuevo.

CONFIDENCIALIDAD

- EL CONTRATISTA O TERCERO se obliga en forma directa e irrevocable ante la POLICÍA NACIONAL a no revelar, divulgar o facilitar, bajo cualquier forma, a ninguna persona natural o jurídica, sea esta pública o privada, y a no utilizar para su propio beneficio o para beneficio de terceros, la información relacionada con el ejercicio de sus funciones en la Policía Nacional, así como también las políticas y/o cualquier otra información vinculada con sus funciones.

- EL CONTRATISTA O TERCERO asume la obligación de mantener la confidencialidad acordada en la presente declaración de confidencialidad y compromiso con la seguridad de la información por el tiempo que dure vigente la relación laboral y por un plazo adicional de 2 años contados a partir de la extinción del vínculo contractual y/o acuerdo y/o convenio.

- La violación o el incumplimiento de la declaración de confidencialidad y compromiso con la seguridad de la información. por parte EL CONTRATISTA O TERCERO, generará las acciones de tipo penal, disciplinario, administrativo y fiscal a que haya lugar.

- Si una orden judicial obligara al EL CONTRATISTA O TERCERO a divulgar información confidencial, este se compromete a dar aviso previo a la POLICIA NACIONAL de modo que la POLICIA NACIONAL pueda impugnar la solicitud o procurar una orden judicial que lo proteja.

- El CONTRATISTA O TERCERO reconoce que esta información tiene un valor intangible, que no es generalmente dado a conocer al público o a terceros que podrían usarla en contra de la POLICÍA NACIONAL, de sus integrantes, de los habitantes de Colombia o del mismo Estado y que la información está sujeta a un esfuerzo razonable de la POLICÍA

NACIONAL para mantener su reserva y confidencialidad. Así mismo, EL CONTRATISTA O TERCERO no hará ninguna duplicación o copia del material confidencial.

- El CONTRATISTA O TERCERO devolverá inmediatamente todo material confidencial que se le haya entregado o asignado cuando así lo requiera o solicite la POLICÍA NACIONAL.
- El CONTRATISTA O TERCERO se compromete a no utilizar información o material confidencial una vez finalizada la relación contractual o laboral.
- El CONTRATISTA O TERCERO se compromete a guardar completa confidencialidad sobre la información a la que tenga acceso por su condición laboral o actividades que desempeñe, así mismo a no extraer, consultar, copiar, borrar, ni revelar información crítica y sensible a la que tenga acceso en perjuicio de la Policía Nacional o de sus funcionarios.

RESERVA DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y/O CONVENIO Y/O ACUERDO.

El CONTRATISTA reconoce que todos los trabajos llevados a cabo en LA POLICÍA NACIONAL, son sujetos a la dirección y control por parte de la Institución Policial y constituyen una función contratada de conformidad a lo establecido en el régimen jurídico vigente aplicable a los CONTRATISTAS.

El CONTRATISTA o TERCERO informará a la POLICÍA NACIONAL cualquier descubrimiento, invento o creación que haya hecho, considerándose esto como parte del material confidencial, los cuales corresponderán a actividades propias desarrolladas con ocasión a la ejecución del objeto contratado, convenido o acordado y serán de propiedad de la POLICÍA NACIONAL.

ME COMPROMETO CON LA SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN, toda vez que:

- He leído, comprendido, e interiorizado las políticas de seguridad de la información que se encuentran en el 1DT-MA- 0001 Manual del Sistema de Gestión de la Seguridad de la Información vigente para la Policía Nacional y es mi deber conocer la última versión que exista del mencionado documento. Conozco mis deberes y derechos con respecto a la seguridad de la información.
- Entiendo que el incumplimiento de las políticas de seguridad de la información, ya sea en forma intencional, negligente o con violación al deber objetivo de cuidado, implican acciones de tipo penal, disciplinario, administrativo y fiscal a que haya lugar.
- Comprendo que dado el caso que se cause un daño a la Policía Nacional, como consecuencia de la inobservancia al deber objetivo de cuidado, la Policía Nacional podrá adelantar las acciones penales, civiles o contenciosas administrativas, en aras de buscar el resarcimiento de los daños y perjuicios que se llegaren a causar.

Suscribo este compromiso en Quibdó, a los seis (06) días del mes de Junio del año 2026.

EL CONTRATISTA O TERCERO

Firma: Karen Lised Agualimpia Giraldo
Post-Firma:
Identificación 1010091018
Empresa: UPRES DECHO
Cargo: Auxiliar de Enfermería.

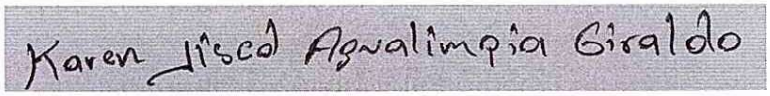
CONSTANCIA PERSONA NATURAL NO OBLIGADA A LLEVAR CONTABILIDAD

[Nombre del proveedor persona natural], identificado como aparece al pie de mi firma, en mi calidad de proveedor persona natural, manifiesto que:

1. No tengo la calidad de comerciante.
2. No ejerzo de manera habitual actos de comercio.

En consecuencia, no me encuentro obligado a llevar libros de contabilidad de acuerdo con lo contemplado en el artículo 48 del Código de Comercio.

En constancia de lo anterior firmo este documento a los días [05] del mes de [06] de [2026]



Firma del proveedor persona natural no obligado a llevar libros de contabilidad

Nombre: KAREN JISED AGUALIMPIA GIRALDO

Documento de Identidad: 1.010.091.018

LISTA DE CONTRATOS DEL PROVEEDOR CON EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO

Diligencie este formato, guárdelo en formato PDF y cárguelo al SECOP II siguiendo los pasos explicados en el "Manual de Proveedores para el uso del SECOP II".

Código del clasificador de bienes y servicios de las Naciones Unidas	Objeto del contrato	Fecha de inicio	Fecha de terminación	Valor	Contratista (singular o plural)	Contratante (sector público o privado)	Datos de contacto del área de la Entidad Estatal encargada del supervisión del contrato
85122101	PRESTACIÓN DE SERVICIOS TÉCNICOS COMO TNI6/DECHO0038 AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE POLICÍA CHOCÓ.	07 de julio del 2025	31 de marzo del 2026	$16.359.200,00	1	publico	Decho.upres@policia.gov.co Unidad Prestadora de Salud Chocó.
85122101	PRESTACIÓN DE SERVICIOS TÉCNICOS COMO TNI6/DECHO0037 AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE POLICÍA CHOCÓ	15 de octubre el 2024	30 de abril del 2025	$12.302.916,83	1	publico	Decho.upres@policia.gov.co Unidad Prestadora de Salud Chocó.
85122101	PRESTACIÓN DE SERVICIOS TÉCNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA LA	16 de marzo del 2020	31 de diciembre del 2020	$10.560.504,00	1	publico	Decho.upres@policia.gov.co Unidad Prestadora de Salud Chocó.

	UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CHOCÓ.						
85122101	PRESTACIÓN DE SERVICIOS TÉCNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CHOCÓ	03 de mayo del 2021	3 de diciembre del 2021.	$8.326.122,00	1	publico	Decho.upres@policia.gov.co Unidad Prestadora de Salud Chocó.
85122101	PRESTACIÓN DE SERVICIOS TÉCNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CHOCO.	20 de diciembre del 2023	30 de junio del 2024	$ 8.373.702,40	1	publico	Decho.upres@policia.gov.co Unidad Prestadora de Salud Chocó.

NIT 900835611-9
Matrícula Nº 03550175 del 06 de Abril de 2015

GERSCOL
CENTRO DE CAPACITACION EN SALUD

Grupo Especializado de Rescate
y Salvamento de Colombia

CERTIFICA QUE:

Karen Jised Agualimpia Giraldo.

Identificado (a) con Nº de Documento.

C.C: 1.010.091.018

Asistió al programa correspondiente a:

CURSO DE SOPORTE VITAL BASICO (RCP)

Con una duración de **40** horas de acuerdo a lo establecido en el decreto único reglamentario de educación 1075 del 2015, cumpliendo los lineamientos de la resolución 3100 2019.

Liz Deines Sosa Nova
Coord. Registro y control.

Expedido el día: 11-12-2025
Vigencia hasta el día 11-12-2027

Alejandro Forero Viracacha
Director General

POLITECNICO DE®
SURAMERICA
EDUCACIÓN CERTIFICADA

Licencia de funcionamiento otorgada mediante Resolución 005768
del 13 de mayo de 2016 de la Secretaría de Educación de Medellín,
Reg. Mercantil N° 21- 542120-12, NIT: 900872734-3

HACE CONSTAR QUE:

KAREN JISED AGUALIMPIA GIRALDO

Con Documento de Identidad No 1010091018

CURSÓ Y APROBÓ EL DIPLOMADO EN

PRIMER RESPONDIENTE

Con una intensidad horaria de ciento veinte (120) horas

Medellín - 17 de Octubre de 2025 a 31 de Octubre de 2025
Registrado en el Libro de Actas No 002025103117445
Codigo de seguridad 996da0d5-d548-40cc-8014-26d76ba0fc3a

Rector - Daniel Mauricio Trejos Castañeda
www.polisura.edu.co
La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante solicitud al correo
matriculas@polisura.edu.co indicando el Nº de acta con el cual se registra

Quirón®
CENTRO DE ENTRENAMIENTO EN SALUD

CERTIFICA

LA PARTICIPACIÓN DE

Karen Jised Agualimpia Giraldo
CC: 1010091018

Directora Administrativa
JOHANNA PAOLA TAPIA MARTINEZ

Representante Legal
VICTOR HUGO ESTRADA PEDROZO

En el Curso de: TOMA DE PRUEBAS RÁPIDAS VIH, SÍFILIS Y HEPATITIS (POINT OF CARE TESTING, POCT)
Para: Enfermera

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente de este Curso Teórico – Práctico. **Quirón Centro de Entrenamiento en Salud SAS identificado con Nit: 901237169-2** mátricula mercantil N°. 722.315. **Licencia de funcionamiento N°. 04757 de 2023,** nombrado por la Secretaría de Educación institución para la educación y desarrollo del talento humano EDTH.
Según la normatividad de la resolución 3100 del 2019

Realizado el **17** del mes de **febrero** del **2026** con una intensidad de **80 Horas.** Este certificado tiene vigencia de dos (2 años) a partir de su expedición.

VIGILADO MINEDUCACIÓN

Si desea validar la veracidad de este certificado, por favor comuníquese con nosotros o envíenos un email a **gerencia@quironcolombia.com**
Calle 45 No 14 - 29 Barranquilla · Cel: 322 721 1337
www.quironcolombia.com

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DEPARTAMENTO DE POLICIA CHOCO
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD TIPO B CHOCO

CEA.3.0-07
16-ECD-003

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE RECHAZO DE VACUNACIÓN.

Yo, Karen Lised Agualimpia Giraldo identificado con cedula de ciudadanía Nro. 1010091018 actuando en pleno uso de mis facultades mentales, de manera libre, consciente y voluntaria, declaro que he sido ampliamente informado por los profesionales de la salud sobre los beneficios, indicaciones, contraindicaciones y riesgos de la inmunización.

ENTIENDO

1. **El propósito, efectividad y beneficios** de la(s) vacuna(s) recomendada(s), así como sus *posibles efectos secundarios o reacciones adversas.*
2. **Las consecuencias clínicas y epidemiológicas** derivadas de mi decisión de no recibir la inmunización, las cuales incluyen:

   a) **El riesgo directo** de contraer la enfermedad infecciosa objeto de la prevención.
   b) **El riesgo colectivo**, al convertirme en un vector potencial de transmisión de dicha enfermedad hacia mis familiares, entorno cercano y comunidad.

Tras valorar esta información, y sabiendo que puedo reconsiderar mi decisión en cualquier momento para solicitar la vacunación:

RECHAZO de forma expresa la administración de la siguiente vacuna:

- Hepatitis A

Asumo de forma exclusiva la responsabilidad y el riesgo sanitario existente de padecer la enfermedad anteriormente mencionada, así como sus posibles complicaciones médicas, reconociendo que es una patología prevenible en parte o en su totalidad mediante la vacunación.

Sé que puedo consultar este asunto en cualquier momento con el personal sanitario responsable de salud, así como solicitarles fuentes de información y cambiar de opinión en un futuro.

Reconozco que he leído y entendido completamente este documento.

En constancia de lo anterior, se firma en la ciudad de Quibdó, a los Diez (10) días del mes Junio del año 2026

Nombre completo del funcionario: Karen Lised Agualimpia Giraldo

Firma del funcionario: Karen Lised Agualimpia

C.C. Nro.: 1010091018 de Quibdó

Carrera 30 Avenida Aeropuerto
Teléfono: 3506780077
DECHO.UPRES@POLICIA.GOV.CO
www.policia.gov.co

NIT: 900835611-9
Matricula N° 02559175 del 06 de Abril de 2015

Grupo Especializado de Rescate y Salvamento de Colombia

GERSCOL
CENTRO DE CAPACITACION EN SALUD

CERTIFICA QUE:

Karen Jised Agualimpia Giraldo.

Identificado(a) con N° de Documento.

C.C: 1.010.091.018

Asistio al programa correspondiente a:

CURSO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LAS VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Con una duración de 40 horas de acuerdo a lo establecido en el decreto único reglamentario de educación 1075 del 2015, cumpliendo los lineamientos de la resolución 3100 2019.

Liz Deines Sosa Nova
Coord. Registro y control.

Expedido el día: 19 - 05 - 2026

Vigencia hasta el día: 19 - 05 - 2028

Alejandro Forero Viracacha
Director General

GERSCOL
LEALTAD
CUMPLIMIENTO
EFICIENCIA

BIOLABORAL IPS
Especialista en salud ocupacional
NIT. 901436587-1
Carrera 6 nº 31 - 81 Barrio Miraflores Quibdó - Chocó
Tel. 6711281 - Cels. 3207571256 - 3207571257
E-mail: biolaboralips@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 9.997

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACION DEL EXAMEN				TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL
08 DÍA	04 MES	2024 AÑO	QUIBDÓ (CHOCÓ, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULARES CONTADO	PARTICULARES
Nombre de la empresa	Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC: Cédula de Ciudadanía, CE: Cedula de Extranjería, TI: Tarjeta de Identidad, PT: Pasaporte)

AGUALIMPIA GIRALDO KAREN JISED	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	23 AÑOS 6 MESES 2 DIAS	CC	1010091018
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
AUXILIAR DE ENFERMERIA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: NO APLICA

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL	✓	HEMOGRAMA	✓
VISIOMETRIA	✓	CREATININA	✓

RECOMENDACIONES MEDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HABITOS SALUDABLES
	SVE OSTEOMUSCULAR	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR SIN ALTERACIONES APARENTES .. VISIOMETRIA: NORMAL . . HEMOGRAMA : NORMAL . CREATININA :NORMAL

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todas las casillas en blanco han sido completadas antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Sandra Yoladis Asprilla M.
Medico ESP. SST
Lic. 2018060031-57
Reg. 1130636205

Firma:

Nombre: ASPRILLA MOSQUERA SANDRA YOLADIS

R. M.: 1130636205 L.S.O.: 2018060031157

Código de Seguridad
Z781F1L9997

Aspirante o Trabajador

Firma: Karen J. Agua

Nombre: AGUALIMPIA GIRALDO KAREN JISED

CC: 1010091018

Carné Digital de Vacunación Colombia

Salud

Esquema de Vacunación

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 858c658f-044f-421e-af62-a0dd0c06b796

Nombres y apellidos / Full name: **KAREN JISED AGUALIMPIA GIRALDO**

Tipo de identificación / ID Type: **CÉDULA DE CIUDADANÍA**

Número de identificación / ID Number: **1 0 1 0 0 9 1 0 1 8**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **06/10/2000**

País nacimiento / Country of birth: **COLOMBIA**

Número de contacto (móvil) / Phone number: **NO REGISTRA**

Correo electrónico / e-mail:

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
		Dia / Day	Mes / Month	Año / Year				
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	27	10	2020		V50220013	QUIBDO ESE HOSP ISMAEL ROLDAN VALENCIA SAN VICENTE	CARMEN PALACIOS PALACIOS
COVID JANSSEN	Única	07	07	2021		208A21A - 8/11/2021 - Janssen	NUEVA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN FRANCISCO DE ASÍS	ESTHER LIBIA PALACIOS CUESTA
Hepatitis A Adultos Particular	Primera	06	03	2023		U3P095V	QUIBDO IPS CONTROL VIDA	CORINA KLINGER
Hepatitis B Adultos Particular	Primera	06	03	2023		U3P095V	QUIBDO IPS CONTROL VIDA	CORINA KLINGER
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	08	06	2023	BUTANTAN	230049	QUIBDO SANIDAD SAN PEDRO CLAVER	LUZ PALACIOS
Hepatitis A Adultos Particular	Segunda	14	05	2025		X3D716V	QUIBDO IPS CONTROL VIDA	CORINA KLINGER
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	26	05	2026	GC BIOPHARMA CORP	V50526002	QUIBDO SANIDAD SAN PEDRO CLAVER	GISELA DEL CARMEN SOLIS MOSQUERA

El Mnisterio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema deInformación **PAIWEB** del **Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI**.

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Mnistery of Health and Social Protection certifies that the informatión in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.

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



Consérvelo

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

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO.

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Karen J. Agualimpia G.
Apellidos:

Teléfono: E.P.S.

Documento de Identidad: C.C. ☐ T.I. ☐ Pasaporte ☐ No. 1010091018

Fecha de Nacimiento: Día 06 Mes 10 Año 2000

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



Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

La salud es de todos

La salud es de todos | Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Karen Jiseel.
Apellidos: Agualimpia giraldo
Documento de identidad: C.C. X T.I. ☐ Pasaporte ☐ No. 1010091018.
Fecha de nacimiento: Día 06 Mes 10 Año 2000

Scanned with CamScanner

Scanned with CamScanner

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
T.V. Triple Viral	Única			
Fiebre amarilla	Única			
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			
Varicela	1			
H. A. Contra Hepatitis A	1	6/3/23	U3P095V	
	2	14/5/25	X3D716V AVAXIM	
	3			
DPT Acel	1			
Meningo	1			
Influenza	Anual			
Otras				

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única	28-03-2014	B5B2015	Claudia P
Fiebre Amarilla	Única	17-8-18	X5B7211	Martha
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4	18/03/2020	024B10088	Shirley
	5	24/05/23	Z331LD24B	Colombia
TdaP acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1	23-03-2021	WVX15002	Claudia P.
	2	01/03/2022	J078Col	Vanessa C.
	3	16/06/2023	340203	Yuley Mayo
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	9/6/23	2300	Martha Cecilia Gu
		9-8-23	U505Z502	Aux. de Enfern
Otras	Varicela U	17/06/24	J07	Reg. Teresa C. SENA

Scanned with CamScanner

Scanned with CamScanner

Certificado de Vacunación

Institución:
Nombre: Tarcisio Aguilar Gi
Identificación: 1010091018 Tel:

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunado
HA	1	03p095V	6/3/23	

Hepatitis A
COVID
Tetano

Scanned with CamScanner