San Andrés, S/der 9 de Septiembre de 2026

Señor:
**FREDY ANTONIO RAMIREZ ORTIZ**
Alcalde Municipal
**MUNICIPIO DE SAN ANDRES SANTANDER**
E. S. D.

En atención a la invitación a presentar propuesta para la ejecución del contrato de prestación de servicios, por medio del presente escrito manifiesto mi intención de presentar oferta, toda vez que cumplo con el perfil requerido, de esta manera, acepto los parámetros establecidos para suscribir el contrato tales como obligaciones, valor y plazo y demás condiciones del mismo.

**DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS A PRESTAR:**

El Municipio de San Andrés, requiere una persona de apoyo en servicios profesionales para que preste el siguiente objeto: **"PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL, PARA APOYAR LA EJECUCIÓN DE LAS ACCIONES DEL PROGRAMA DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES Y ZOONOSIS EN EL MUNICIPIO DE SAN ANDRÉS, SANTANDER".**

**ACTIVIDADES QUE DESARROLLARA EL CONTRATISTA:**

1. Realizar visita casa a casa por los Barrios Bochalema y Las Palmas del municipio de San Andres, con el fin de realizar identificación y control de posibles criaderos del zancudo transmisor del Dengue y la Fiebre Amarilla, y realizar la acción educativa en la importancia de la recolección de inservibles. (TERRITORIO 4 MICROTERRITORIO 15).

2. Participar activamente de los comités: comité de vigilancia epidemiológica "COVE", comité de vigilancia epidemiológica comunitario "COVECOM", comité de participación comunitaria COPACO y demás Comités de importancia en Salud pública.

3. Desarrollar acciones educativas con énfasis en la prevención del Dengue, Fiebre Amarilla, Zika, Chagas, Chicunguya, Leishmaniasis. (TERRITORIO 4 MICROTERRITORIO 15).

4. Realizar una acción educativa con población perteneciente a los consorcios que ejecutan obras actualmente en el municipio, en la temática de prevención del dengue, fiebre amarilla, cuidado del agua y prevención de enfermedades por golpe de calor.

5. Desarrollar las acciones de investigación epidemiológica de campo en los eventos en salud pública que se presenten, como una parte integral de los protocolos que se deben aplicar desde la secretaria de salud municipal.

6. Desarrollar una actividad de recolección de inservibles en el área urbana, como una medida eficaz en la prevención del dengue y otras enfermedades trasmitidas por vectores.

7. Realizar actualización del Plan de contingencia para Dengue, y Fiebre Amarilla teniendo en cuenta el comportamiento actual de esta enfermedad en el municipio.

8. Adelantar un plan de medios para fortalecer recomendaciones para la exposición a altas temperaturas para evitar morbilidades y mortalidades ocasionadas por un golpe de calor, dirigido a la comunidad en general.

9. Hacer una jornada de sensibilización con una contextualización basada en el fenómeno del niño y sus efectos en la salud de todas las personas, con énfasis en el almacenamiento adecuado del agua, para evitar formación de criaderos de zancudos transmisores de enfermedad

10. Las demás que le sean asignadas por parte del supervisor y que guarden relación con el objeto contractual.

**VALOR DEL CONTRATO Y PLAZO**

El valor del presente contrato es de **NUEVE MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS MONEDA CORRIENTE ($9.800.000),** por un plazo estimado para la prestación de servicios de **TRES (03) MESES Y QUINCE (15) DIAS.**

**FORMA DE PAGO**

El Municipio de San Andrés pagará al CONTRATISTA el valor del contrato a razón de **DOS MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS MONEDA CORRIENTE ($2.800.000)** mensuales, o por fracción de mes, con corte al último día de cada mes.

Se aclara que dentro del presupuesto se encuentra incluido el costo directo e indirecto y dentro de estos la remuneración efectiva, las deducciones tributarias que se causan. (En ello está incluido los descuentos por tributos como estampillas departamentales, impuestos nacionales).

Declaro bajo gravedad de juramento que:

- No me encuentro incurso en ninguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidades establecidas en el art. 8 de la Ley 80 de 1993 y demás normas sobre la materia y que tampoco me encuentro incurso en ninguno de los eventos de prohibiciones especiales para contratar con el estado.
- Ninguna entidad distinta de las aquí nombradas tiene intereses en esta propuesta ni en el contrato que como consecuencia de ella llegare a celebrase y por consiguiente solo compromete a los firmantes.
- Me comprometo a ejecutar totalmente el contrato en el plazo pactado a partir de la legalización de este.
- Manifiesto que actualmente me encuentro afiliado al Sistema de Seguridad social en salud y en pensiones (como independiente).
- Así mismo, comunico que me afiliaré a A.R.L.

Atentamente;

Kara Galvis B.

**KAREN JULIETH GALVIS BUENO**
karengalvis27.ihan@gmail.com
3203981258
Cra 4 N° 4 - 69 San Andrés Santander.

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) | NOMBRES |
|---|---|---|
| Galvis | Bueno | Karen Julieth |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | GENERO | NACIONALIDAD | PAÍS |
|---|---|---|---|
| C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1005110127 | F ⊗ M ○ NB ○ | COL. ⊗ EXTRANJERO ○ | COLOMBIA |

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO D.M.

| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO | | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FECHA | DIA 30 MES 07 AÑO 2002 | CARRERA 4 4 69 Barrio El Socorro | | | |
| PAÍS | COLOMBIA | PAÍS | COLOMBIA | DEPTO | SANTANDER |
| DEPTO | SANTANDER | MUNICIPIO | SAN ANDRÉS | | |
| MUNICIPIO | BUCARAMANGA | TELÉFONO | | EMAIL | karengalvis27.ihan@gmail.com |

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

***EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA***

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

| EDUCACIÓN BÁSICA | | | | | | | | | | | TÍTULO OBTENIDO | BASICA SECUNDARIA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO | | | |
| 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | 7° | 8° | 9° | 10° | 11° | MES | 11 | AÑO | 2019 |

***EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)***

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

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

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

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

## 3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

***EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO***

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

**INF** (EDUCACIÓN INFORMAL) **TR_DES** (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

| INSTITUCIÓN | MODALIDAD | No. TOTAL HORAS | GRADUADO | | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS | TERMINACIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | SI | NO | | MES | AÑO |
| Organización Panamericana de la Salud | EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | 10 | X | | Brote de sarampión en la era de poseliminación: Estudio de caso | 08 | 2026 |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| INSTITUCIÓN | MODALIDAD | No. TOTAL HORAS | GRADUADO | | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS | TERMINACIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | SI | NO | | MES | AÑO |
| Organización Panamericana de la Salud | EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | 40 | X | | Leishmaniasis en las Américas: Diagnóstico y Tratamiento | 08 | 2026 |
| Organización Panamericana de la Salud | EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | 20 | X | | Diagnóstico y manejo clínico del dengue | 08 | 2026 |
| Organización Panamericana de la Salud | EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | 20 | X | | Respuesta rápida a brotes de sarampión y rubéola en las Américas | 08 | 2026 |

## 4 IDIOMAS

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

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

## 5 EXPERIENCIA LABORAL

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE GARCIA ROVIRA | | | PÚBLICA<br>X | PRIVADA | PAÍS<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| DEPARTAMENTO<br>SANTANDER | MUNICIPIO<br>MÁLAGA | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | |
| TELÉFONOS<br>3204672474 | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | |
| | Día | 05 | Mes | 01 | Año | 2026 | Día | 06 | Mes | 07 | Año | 2026 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>AUX. ENFERMERIA ETAPA PRACTICA | DEPENDENCIA<br>AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | | | DIRECCIÓN<br>CARRERA 7 15 80 | | | | | |

## 6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

## 7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

| OCUPACIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|---|---|---|
| | AÑOS | MESES |
| SERVIDOR PÚBLICO | 0 | 6 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 0 | 0 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 0 | 0 |
| EXPERIENCIA DOCENTE | 0 | 0 |

## 8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

*Ciudad y fecha de diligenciamiento* 09 Septiembre de 2026

Karen Galvis B.

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

09/09/2026 san andres s/der.

*Ciudad y fecha*

*NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

Función Pública

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

| Tipo de declaración | INGRESO | Fecha de publicación | 2026-09-03 21:38 |
|---|---|---|---|

Nombres y apellidos completos

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| KAREN | JULIETH | GALVIS | BUENO |

Documento de identificación

| Tipo | CEDULA DE CIUDADANIA | Número | 1005110127 |
|---|---|---|---|

Lugar de nacimiento

| País | COLOMBIA | Departamento | SANTANDER | Municipio | BUCARAMANGA |
|---|---|---|---|---|---|

Lugar de domicilio

| País | COLOMBIA | Departamento | SANTANDER | Municipio | SAN ANDRÉS |
|---|---|---|---|---|---|

| 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 | ALCALDIA DE SAN ANDRES - SANTANDER |
|---|---|

Lugar de sede

| País | COLOMBIA | Departamento | SANTANDER | Municipio | SAN ANDRÉS |
|---|---|---|---|---|---|

| Dirección | ["Calle 6 No. 4-07"] |
|---|---|
| Cargo o función que cumple | CONTRATISTA |

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

## 1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

### 1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

| CONCEPTO | VALOR |
|---|---|
| Salarios y demás ingresos laborales | $0,00 |
| Cesantías e intereses de cesantías | $0,00 |
| Gastos de representación | $0,00 |
| Arriendos | $0,00 |
| Honorarios | $0,00 |
| Otros ingresos y rentas | $226.599.000,00 |
| TOTAL | $226.599.000,00 |

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 | $513.000,00 |

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 [X]

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

| Nombre entidad o institución | Órgano | Calidad de miembro | País |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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

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

| Nombre corporación, sociedad o asociación | Tipo | Calidad de socio | País |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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

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

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

| Detalle de las actividades | Forma participación |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

## 2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [ ] No [X]

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 [X]

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

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

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

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

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

Sí [ ] No [X]

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

## 2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

| Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario | Calidad | Valor | País |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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

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

| Tipo de inversión | Valor | País |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

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

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

| Nombre entidad | Valor |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

## 2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

| |
|---|
| |

# DIAN

## Declaración de renta y complementario personas naturales y asimiladas residentes y sucesiones ilíquidas de causantes residentes

PRIVADA

**210**

1. Año: 2025

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 2118767405726

(415)7707212489984(8020) 000211876740572 6

**Datos del declarante**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6.DV | 7. Primer apellido | 8. Segundo apellido | 9. Primer nombre | 10. Otros nombres | 12.Cod. Dirección seccional |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1005110127 | 8 | GALVIS | BUENO | KAREN | JULIETH | 4 |

| 24. Actividad económica principal | Si es una corrección indique: | 25. Cód. | 26. No. Formulario anterior | 27. Fracción año gravable siguiente | 28. Uno por ciento (1%) de compras con factura electrónica |
|---|---|---|---|---|---|
| 1084 | | | | | 0 |

**Patrimonio**

| Total patrimonio bruto | 29 | 516,000 | Deudas | 30 | 0 | Total patrimonio líquido | 31 | 516,000 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**Cédula general**

| Conceptos/rentas | | Rentas de trabajo | | Rentas de trabajo que no provengan de una relación laboral o legal y reglamentaria | | Rentas de capital | | Rentas no laborales | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ingresos brutos | 32 | 0 | 43 | 0 | 58 | 3,000 | 74 | 226,599,000 | |
| Devoluciones, rebajas y descuentos | | | | | | | 75 | 0 | |
| Ingresos no constitutivos de renta | 33 | 0 | 44 | 0 | 59 | 2,000 | 76 | 6,856,000 | |
| Costos y deducciones procedentes | | | 45 | 0 | 60 | 0 | 77 | 129,161,000 | |
| **Renta líquida** | 34 | 0 | 46 | 0 | 61 | 1,000 | 78 | 90,582,000 | |
| Rentas líquidas pasivas - ECE | | | | | 62 | 0 | 79 | 0 | |
| Rentas exentas: Aportes voluntarios AFC, FVP y AVC | 35 | 0 | 47 | 0 | 63 | 0 | 80 | 0 | |
| Rentas exentas: Otras rentas exentas | 36 | 0 | 48 | 0 | 64 | 0 | 81 | 0 | |
| Rentas exentas: **Total rentas exentas** | 37 | 0 | 49 | 0 | 65 | 0 | 82 | 0 | |
| Deducciones imputables: Intereses de vivienda | 38 | 0 | 50 | 0 | 66 | 0 | 83 | 0 | |
| Deducciones imputables: Otras deducciones imputables | 39 | 0 | 51 | 0 | 67 | 0 | 84 | 64,000 | |
| Deducciones imputables: **Total deducciones imputables** | 40 | 0 | 52 | 0 | 68 | 0 | 85 | 64,000 | |
| **Rentas exentas y/o deduc. imputables (Limitadas)** | 41 | 0 | 53 | 0 | 69 | 0 | 86 | 64,000 | |
| **Renta líquida ordinaria del ejercicio** | | | 54 | 0 | 70 | 1,000 | 87 | 90,518,000 | |
| **Pérdida líquida del ejercicio** | | | 55 | 0 | 71 | 0 | 88 | 0 | |
| Compensaciones por pérdidas | | | 56 | 0 | 72 | 0 | 89 | 0 | |
| **Renta líquida ordinaria** | 42 | 0 | 57 | 0 | 73 | 1,000 | 90 | 90,518,000 | |

| Ren. líquida céd. gen. | 91 | 90,583,000 | Ren. ex. y ded. imp. II. | 92 | 64,000 | R. líq. ord. cédula gen. | 93 | 90,519,000 | Comp. pérdidas año 2018 y ant. | 94 | 0 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Comp. exc. ren. presuntiva | 95 | 0 | Rentas gravables | 96 | 0 | R. líq. grav. cédula gen. | 97 | 90,519,000 | Renta presuntiva | 98 | 0 |

**Cédula de pensiones**

| | | |
|---|---|---|
| Ingresos brutos por rentas de pensiones del país y del exterior | 99 | 0 |
| Ingresos no constitutivos de renta | 100 | 0 |
| **Renta líquida** | 101 | 0 |
| Rentas exentas de pensiones | 102 | 0 |
| **Renta líquida gravable cédula de pensiones** | 103 | 0 |

**Cédula de dividendos y/o participaciones**

| | | |
|---|---|---|
| Dividendos y participaciones 2016 y anteriores, y otros | 104 | 0 |
| Ingresos no constitutivos de renta | 105 | 0 |
| **Renta líquida ordinaria año 2016 y anteriores** | 106 | 0 |
| 1a. Subcédula años 2017 y siguientes numeral 3 art. 49 del E.T. | 107 | 0 |
| 2a. Subcédula años 2017 y siguientes parágrafo 2 art. 49 del E.T. | 108 | 0 |
| Dividendos y participaciones recibidas del exterior | 109 | 0 |
| Rentas exentas de la casilla 109 | 110 | 0 |

| Renta líquida gravable (Cédula general o renta presuntiva, de pensiones y de dividendos y participaciones, art. 241 E.T.) | 111 | 90,519,000 |
|---|---|---|

**Ganancias ocasionales**

| | | |
|---|---|---|
| Ingresos por ganancias ocasionales del país y del exterior | 112 | 0 |
| Costos por ganancias ocasionales | 113 | 0 |
| Ganancias ocasionales no gravadas y exentas | 114 | 0 |
| **Ganancias ocasionales gravables** | 115 | 0 |

**Impuesto sobre las rentas líquidas gravables**

| | | |
|---|---|---|
| Cédula general, de pensiones y de dividendos y participaciones | 116 | 7,418,000 |
| Renta presuntiva, de pensiones y de dividendos y participaciones | 117 | 0 |
| Por dividendos y participaciones año 2017 y siguientes, 2a subcédula (Art. 240 E.T.) | 118 | 0 |
| Por dividendos y participaciones año 2016 | 119 | 0 |
| Por dividendos y participaciones recibidas del exterior | 120 | 0 |
| **Total impuesto sobre las rentas líquidas gravables** | 121 | 7,418,000 |

**Liquidación privada**

| Descuentos tributarios: Imp. pagados en el exterior | 122 | 0 | Donaciones | 123 | 0 |
|---|---|---|---|---|---|
| Descuentos tributarios: Dividendos, partcip. y otros | 124 | 0 | Total descuentos trib. | 125 | 0 |

| | | |
|---|---|---|
| **Impuesto neto de renta** | 126 | 7,418,000 |
| **Impuesto de ganancias ocasionales** | 127 | 0 |
| Descuento por impuestos pagados en el exterior por ganancias ocasionales | 128 | 0 |
| **Total impuesto a cargo** | 129 | 7,418,000 |
| Anticipo renta liquidado año gravable anterior | 130 | 0 |
| Saldo a favor del año gravable anterior sin solicitud de devolución y/o compensación | 131 | 0 |
| Retenciones año gravable a declarar | 132 | 7,931,000 |
| Anticipo renta para el año gravable siguiente | 133 | 0 |

| Saldo a pagar por impuesto | 134 | 0 | Sanciones | 135 | 0 | Total saldo a pagar | 136 | 0 | Total saldo a favor | 137 | 513,000 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Número de dependientes económicos | 138 | 0 | Adición por dependientes a la casilla 92 | 139 | 0 | Ud. superó tope indicativo art. 336-1 del E.T., marque X | 140 | 0 | Aporte voluntario | 141 | 0 |

981. Cód. Representación: ___ Firma del declarante o de quien lo representa

982. Cód. Contador: ___ Firma contador: ___ 994. Con salvedades: ___

983. No. Tarjeta profesional:

997. Espacio exclusivo para el sello de la entidad recaudadora

DIAN
2026-08-20 / 09:08:31 AM
2026-0 / 9:0 8:3 1
Fecha Aceptación Recibo
Firmado

998. Pago total $: 0

996. Espacio para el número interno de la DIAN/ Adhesivo

91900488337800

20261730179823

CÉDULA DE CIUDADANÍA

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.005.110.127



Apellidos
GALVIS BUENO

Nombres
KAREN JULIETH

| Nacionalidad | Estatura | Sexo |
|---|---|---|
| COL | 1.61 | F |
| Fecha de nacimiento | G.S. | |
| 30 JUL 2002 | O+ | |

Lugar de nacimiento
BUCARAMANGA (SANTANDER)

Fecha y lugar de expedición
06 AGO 2020, SAN ANDRES

Firma
Karen Julieth Galvis B

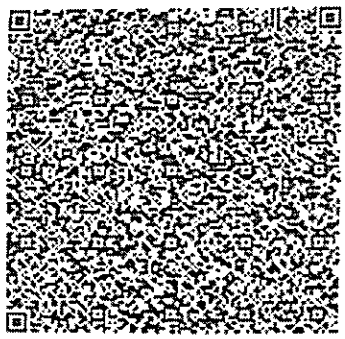
Fecha de expiración
04 FEB 2033

.CO

015762214



REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha



ICCOL015762214827175<<<<<<<<<<<
0207304F3302048COL1005110127<4
GALVIS<BUENO<<KAREN<JULIETH<<<

La República de Colombia

y en su nombre, la

# Escuela Normal Superior

# "María Auxiliadora"

San Andrés – Santander

Con acreditación de Calidad y Desarrollo por el Ministerio de Educación Nacional según Resolución No. 3158 del 10 de Diciembre de 2003. Reconocimiento Oficial desde Pre-escolar hasta el Ciclo Complementario Resolución No. 01633 del 02 de Marzo de 2001, emanada de la Secretaría de Educación y Resolución No. 000844 del 28 de Enero de 2019 por la cual se resuelve la autorización de funcionamiento del Programa de Formación Complementaria.

Confiere a:

## *Karen Julieth Galvis Bueno*

Identificado(a) con T.I. No. 1005110127 Expedida en SAN ANDRES

El Título de:

# Bachiller Académico

## Con Profundización en Educación

Por haber alcanzado y aprobado los logros de formación integral correspondientes al Nivel de Educación Media, de acuerdo al Proyecto Educativo Institucional – **P.E.I.** – de la Escuela Normal.

Rectora

Secretaria

Anotado en el control interno del plantel en el

Libro No. 03 Folio No. 11 Diploma No. 14

Dado en San Andrés, a 29 de NOVIEMBRE de 2019.

No requiere registro según Decreto 921 del 06 de Mayo de 1994

# Escuela Normal Superior
# "María Auxiliadora"

*San Andrés - Santander*

*Dane. 168669000616A*

## Acta Individual de Grado

*En la ciudad de San Andrés, a los 29 días del mes de Noviembre del año 2019, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de Undécimo grado, las Suscritas Rectora y Secretaria en la Rectoría de la* ***ESCUELA NORMAL SUPERIOR MARIA AUXILIADORA.***

*Con acreditación de Calidad y Desarrollo por el Ministerio de Educación Nacional según Resolución No. 3158 del 10 de Diciembre de 2003. Reconocimiento Oficial desde Preescolar hasta el Ciclo Complementario Resolución No. 01633 del 02 de Marzo de 2001, emanada de la Secretaría de Educación y Resolución No. 000844 del 28 de Enero de 2019 por la cual se resuelve la autorización de funcionamiento del programa de Formación Complementaria.*

*Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios del Nivel de Educación Media, se procedió a otorgar el* ***TITULO DE:***

## Bachiller Académico
### Con Profundización en Educación

*Al graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación:*

## Karen Julieth Galvis Bueno

*Identificado(a) con T.I. No. 1005110127 Expedida en SAN ANDRES*

*Es fiel copia tomada del Acta Original No. 071 de fecha Noviembre 29 de 2019. Que consta de* 51 *alumnos graduandos comienza con el nombre de* ***ALVARADO CARVAJAL LEYDY PATRICIA*** *y se cierra con el nombre de* ***VILLABONA VERA LUIS FELIPE.***

*Firmada y sellada por* ***Hna. ELIZABETH TARAZONA DELGADO*** *(Rectora) y* ***YENY ELIZETH TARAZONA DELGADO*** *(Secretaria).*

*Dada en San Andrés, a los 29 días del mes de Noviembre de 2019.*

Hna. Elizabeth Tarazona

***Hna. ELIZABETH TARAZONA DELGADO***
*C. C. No. 37.549.445 de Bucaramanga*
*Rectora*

***YENY ELIZETH TARAZONA DELGADO***
*C. C. No. 1.101.596.712 de San Andrés*
*Secretaria*

**REPÚBLICA DE COLOMBIA**
**Y EN SU NOMBRE**
CORPORACION EDUCATIVA COLOMBIANA
**"CECOL"**

*Aprobado Mediante Licencia de Funcionamiento 9446 de junio de 2017 modificada mediante Resolución 20708 de octubre de 2023 Emanada por la secretaria de Educación Departamental de Santander Registro de Programa N° 23181 de noviembre de 2023*

**Confiere a:**

# KAREN JULIETH GALVIS BUENO

Identificado (a) con c.c. 1.005.110.127 de San Andres
EL CERTIFICADO QUE LO ACREDITA COMO:

## TÉCNICO LABORAL AUXILIAR EN ENFERMERÍA

Por Haber Cursado y Aprobado Satisfactoriamente los Requisitos Exigidos por el Proyecto Educativo Institucional P.E.I. Aprobando los Tres Semestres Correspondientes al Programa Técnico y su Plan de Estudios
Con un total de 1800 Horas

**DIRECTOR**

**COORDINADOR**

icontec

**Dado en el Municipio de Málaga (S) a los 17 días del mes de Julio del 2026 y Registrado en el Libro 37 Folio 10**

Scanned with CamScanner

# CECOL

CORPORACIÓN EDUCATIVA COLOMBIANA

**ACTA DE CERTIFICACION INDIVIDUAL**

**No. 1089**

En la Ceremonia Realizada el día 17 de Julio de 2026, en el municipio de Málaga-Santander, Precedida por el Ingeniero Gonzalo Alberto Díaz Ruiz, Director General de la **CORPORACIÓN EDUCATIVA COLOMBIANA – CECOL**, Educación para el Trabajo y Desarrollo Humano como factor esencial del proceso educativo de la persona y componente dinamizador en la formación de Técnicos laborales y expertos en las artes y oficios, mediante el ofrecimiento del servicio de educación integral en el ámbitoTécnico y de modalidad presencial, Constituida según las normas legales de la República de Colombia, Gobernación de Santander, Secretaria de Educación, Resolución de Aprobación Licencia de Funcionamiento No. 9446 de 2017, actualización mediante Resolución 20708 de 2023, Registro de Programa 23181 de noviembre del 2023; Personería Jurídica No.007665 del 02-Junio-2010, una vez presentadas todas las disposiciones legales y de conocimientos se procede a conferir el Certificado que lo (a) acredita como:

TECNICO LABORAL AUXILIAR EN ENFERMERIA A:

*Karen Julieth Galvis Bueno*

Identificado(a) con cédula de ciudadanía **No. 1.005.110.127** de San Andres - Santander, quién cumplió satisfactoriamente con los requisitos exigidos en los reglamentos y normas legales de la institución, con una intensidad programada de 1800 Horas.

El graduando prometió cumplir con los deberes propios del ejercicio de su ocupación. En fe de lo anterior se firma la presente Acta de Certificación, a los 17 días del mes de Julio del año 2026.

Hay un sello que dice: **CORPORACIÓN EDUCATIVA COLOMBIANA – CECOL,** es fiel copia de su original ACTA DE CERTIFICACIÓN GENERAL No. 0016 tomada el día **Diecisiete (17) de Julio de Dos Mil Veintiséis 2026 en el municipio de Málaga (s)**, la cual reposa en Archivo LIBRO 37 FOLIO 10.

DIRECTOR

icontec

Scanned with CamScanner

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En cumplimiento de la Ley 119 de 1994*

***Hace constar que***

**KEREN JULIETH GALVIS BUENO**

*Con Cedula de Ciudadania No. 1005110127*

*Cursó y aprobó la acción de Formación*

## CURSO INTRODUCTORIO A LA FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL

*con una duración de 40 horas*

*En testimonio de lo anterior. se firma el presente en Málaga. a los tres (3) dias del mes de noviembre de dos mil veintiuno (2021)*

Firmado Digitalmente por

ELLA JOHANNA MENDOZA PEDRAZA
Subdirector (E)
CENTRO AGROEMPRESARIAL Y TURISTICO DE LOS ANDES
REGIONAL SANTANDER

**79266277 - 03/11/2021**
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 9545002427743CC1005110127C.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En cumplimiento de la Ley 119 de 1994*

***Hace constar que***

**KEREN JULIETH GALVIS BUENO**

*Con Cedula de Ciudadania No. 1005110127*

*Cursó y aprobó la acción de Formación*

# ATENCION Y SERVICIO AL CLIENTE.

*con una duración de 40 horas*

*En testimonio de lo anterior. se firma el presente en Málaga. a los trece (13) dias del mes de noviembre de dos mil veintiuno (2021)*

Firmado Digitalmente por

ELLA JOHANNA MENDOZA PEDRAZA
Subdirector (E)
CENTRO AGROEMPRESARIAL Y TURISTICO DE LOS ANDES
REGIONAL SANTANDER

**79521418 - 13/11/2021**
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 9545002437060CC1005110127C.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En cumplimiento de la Ley 119 de 1994*

***Hace constar que***

**KAREN JULIETH GALVIS BUENO**

*Con Cédula de Ciudadanía No. 1005110127*

*Cursó y aprobó la acción de Formación*

## ACCIONES DE PREVENCION EN SALUD MENTAL

*con una duración de 40 horas*

*En testimonio de lo anterior. se firma el presente en San Andrés. a los ocho (8) días del mes de agosto de dos mil veinticinco (2025)*

Firmado Digitalmente por

YADIMYR OSWALDO GARCIA REYES
Subdirector (E)
CENTRO AGROEMPRESARIAL Y TURISTICO DE LOS ANDES
REGIONAL SANTANDER

**105204280 - 08/08/2025**
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 9545003225382CC1005110127C.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En cumplimiento de la Ley 119 de 1994*

***Hace constar que***

**KAREN JULIETH GALVIS BUENO**

*Con Cédula de Ciudadanía No. 1005110127*

*Cursó y aprobó la acción de Formación*

## COMUNICACION ASERTIVA Y EFECTIVA EN EQUIPOS DE TRABAJO

*con una duración de 48 horas*

*En testimonio de lo anterior. se firma el presente en San Andrés. a los ocho (8) días del mes de agosto de dos mil veinticinco (2025)*

Firmado Digitalmente por



YADIMYR OSWALDO GARCIA REYES
Subdirector (E)
CENTRO AGROEMPRESARIAL Y TURISTICO DE LOS ANDES
REGIONAL SANTANDER

**106046097 - 08/08/2025**
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 9545003256944CC1005110127C.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En cumplimiento de la Ley 119 de 1994*

***Hace constar que***

**KAREN JULIETH GALVIS BUENO**

*Con Cédula de Ciudadanía No. 1005110127*

*Cursó y aprobó la acción de Formación*

**ABORDAJE DE PERSONAS EN RIESGO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS**

*con una duración de 48 horas*

*En testimonio de lo anterior. se firma el presente en San Andrés. a los dos (2) dias del mes de octubre de dos mil veinticinco (2025)*

Firmado Digitalmente por

YADIMYR OSWALDO GARCIA REYES
Subdirector (E)
CENTRO AGROEMPRESARIAL Y TURISTICO DE LOS ANDES
REGIONAL SANTANDER

**106620321 - 02/10/2025**
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 9545003276618CC1005110127C.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En cumplimiento de la Ley 119 de 1994*

***Hace constar que***

**KAREN JULIETH GALVIS BUENO**

*Con Cédula de Ciudadanía No. 1005110127*

*Cursó y aprobó la acción de Formación*

**PRIMEROS AUXILIOS**

*con una duración de 48 horas*

*En testimonio de lo anterior. se firma el presente en Málaga. a los trece (13) días del mes de marzo de dos mil veintiseis (2026)*

Firmado Digitalmente por

YADIMYR OSWALDO GARCIA REYES
Subdirector (E)
CENTRO AGROEMPRESARIAL Y TURISTICO DE LOS ANDES
REGIONAL SANTANDER

**111045723 - 13/03/2026**
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 9545003432426CC1005110127C.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En cumplimiento de la Ley 119 de 1994*

***Hace constar que***

**KAREN JULIETH GALVIS BUENO**

*Con Cédula de Ciudadanía No. 1005110127*

*Cursó y aprobó la acción de Formación*

**SOPORTE VITAL BASICO.**

*con una duración de 48 horas*

*En testimonio de lo anterior. se firma el presente en Concepción. a los veinticuatro (24) dias del mes de marzo de dos mil veintiseis (2026)*

Firmado Digitalmente por

YADIMYR OSWALDO GARCIA REYES
Subdirector (E)
CENTRO AGROEMPRESARIAL Y TURISTICO DE LOS ANDES
REGIONAL SANTANDER

**111866591 - 24/03/2026**
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 9545003458660CC1005110127C.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En cumplimiento de la Ley 119 de 1994*

***Hace constar que***

**KAREN JULIETH GALVIS BUENO**

*Con Cédula de Ciudadanía No. 1005110127*

*Cursó y aprobó la acción de Formación*

## ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS POR VIA INTRAMUSCULAR

*con una duración de 96 horas*

*En testimonio de lo anterior. se firma el presente en Málaga. a los veinte (20) días del mes de abril de dos mil veintiseis (2026)*

Firmado Digitalmente por



YADIMYR OSWALDO GARCIA REYES
Subdirector (E)
CENTRO AGROEMPRESARIAL Y TURISTICO DE LOS ANDES
REGIONAL SANTANDER

**111973359 - 20/04/2026**
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 9545003462027CC1005110127C.

0c0f9bee-e370-4a5c-86bf-6d526e56f346

# Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

## *Karen Julieth Galvis Bueno*

ha participado y aprobado el curso virtual:

## Brote de sarampión en la era de poseliminación: Estudio de caso

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 10 - Porcentaje de aprobación: 83,33 %

12 de agosto de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Región de las Américas

OPS

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=0c0f9bee-e370-4a5c-86bf-6d526e56f346

2ae8420b-e18e-40b7-b29e-196440f80ff3

# Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

## *Karen Julieth Galvis Bueno*

ha participado y aprobado el Curso Virtual:

## Diagnóstico y manejo clínico del dengue

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 20 - Porcentaje de aprobación: 95,00 %

13 de agosto de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Américas

OPS
CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

FIU | Robert Stempel College of Public Health & Social Work
FLORIDA INTERNATIONAL UNIVERSITY

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=2ae8420b-e18e-40b7-b29e-196440f80ff3

# Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

***Karen Julieth Galvis Bueno***

ha participado y aprobado el Curso Virtual:

**Leishmaniasis en las Américas: Diagnóstico y Tratamiento**

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 40 - Porcentaje de aprobación: 100,00 %

12 de agosto de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Américas

OPS
CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

BIREME
Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=6e87b383-223e-4fe4-a7b0-d9ea5ea35311

| | | | |
|---|---|---|---|
| Gobernación de Santander | RESOLUCIÓN | CÓDIGO | AP-GJ-RG-36 |
| | | VERSIÓN | 2 |
| | | FECHA DE APROBACIÓN | 29/05/2024 |
| | | PÁGINA | 1 de 1 |

**RESOLUCIÓN NÚMERO** - - 17527 **DE 2026**

Por la cual se autoriza el ejercicio de una profesión y su respectiva inscripción en el RETHUS

**EL SECRETARIO DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE SANTANDER**

En uso de sus facultades legales, y en especial las que le confiere la Ley 1164 de 2007, Decreto 4192 de 2010, Decreto 780 de 2016, y,

**CONSIDERANDO QUE**

1. Que el Artículo 18 de la Ley 1164 de 2007, establece los requisitos para el ejercicio de las profesiones y ocupaciones en las diferentes áreas de la salud.

2. Que el Artículo 2.7.2.1.2.2 del Decreto 780 de 2016, establece que profesiones u ocupaciones se deben inscribir en el REGISTRO ÚNICO DE TALENTO HUMANO EN SALUD RETHUS.

3. Que **KAREN JULIETH GALVIS BUENO ,** identificado(a) con CC No. 1005110127 expedida en SAN ANDRES, ha solicitado la autorización del ejercicio profesional como **TÉCNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA,** título que le otorga **CORPORACIÓN EDUCATIVA COLOMBIANA CECOL-MALAGA** de la ciudad de MALAGA, el día 17/07/2026, según acta de grado No. 1089.

4. Que, dicho título se encuentra registrado en el folio 10 del libro de Diplomas No. 37, de la respectiva Institución Educativa.

5. Que, teniendo en cuenta la documentación aportada por la (el) solicitante, estos cumplen con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes.

6. Que en virtud de lo anteriormente expuesto;

**RESUELVE**

**Artículo 1°:** Autorizar a **KAREN JULIETH GALVIS BUENO** identificado(a) con CC No. 1005110127 expedida en SAN ANDRES, para ejercer la profesión de: **TÉCNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA** en todo el territorio nacional.

**Artículo 2°:** Realizar la inscripción del autorizado en el Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud-RETHUS.

**Artículo 3°:** La presente Resolución rige a partir de su fecha de expedición.

**NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE**

Expedida en Bucaramanga, 26 AGO 2026

**EDWIN ANTONIO PRADA RAMIREZ**
**Secretario de Salud del Departamento de Santander**

Aprobó: Aury Milen Serrayo Salazar - Director(a) de Desarrollo de Servicios Inspección Vigilancia y Control
Revisó: Johanna Patricia Reyes Ibañez - Coordinadora Grupo de Acreditación en Salud y SOGC
Proyectó: Ingrid Ginnary Angarita Morales - Grupo Acreditación en Salud S.O.G.C

Powered by CamScanner

CORPORACIÓN
EDUCATIVA
COLOMBIANA
Institución de educación para el trabajo y el desarrollo humano

**A QUIEN INTERESE**

**Referencia*: certificado de practicas***

La **CORPORACION EDUCATIVA COLOMBIANA –CECOL-** Educación para el Trabajo y Desarrollo Humano como factor esencial del proceso educativo de la persona y componente dinamizador en la formación de técnicos Laborales y expertos en las artes y oficios, mediante el ofrecimiento del servicio de educación integral en el ámbito técnico, y en la modalidad presencial. *Constituida según las normas legales de la República de Colombia, secretaria de Educación Departamental, mediante acto de* ***Resolución número 603 del 2022 Personería Jurídica 007665, Nit. 900362328-8.***

Certifica que **GALVIS BUENO KAREN JULIETH**, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.005.110.127, expedida en San Andrés, Santander, cursó y aprobó satisfactoriamente el programa de formación integral correspondiente a **TÉCNICO LABORAL AUXILIAR EN ENFERMERIA,** cumpliendo con las condiciones académicas, administrativas y de formación práctica establecidas por la institución y de conformidad con la normatividad legal vigente aplicable.

Durante su proceso de formación, realizó prácticas asistenciales correspondientes al período académico desde el 5 de enero del 2026 al 6 de julio del 2026, desarrollando actividades de formación práctica en el escenario:

Hospital Regional de García Rovira.

Las prácticas asistenciales fueron desarrolladas como parte del proceso de formación del programa, permitiendo el fortalecimiento y aplicación de las competencias propias del perfil ocupacional del Técnico Laboral Auxiliar en enfermería.

La presente certificación se expide a solicitud de la interesada, para los fines que estime pertinentes.

Cordialmente,

**Luis Cerón Sanabria**
Coordinador general
Corporación educativa colombiana CECOL
Tel: 3204672474

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 31 de agosto de 2026, a las 18:51:44, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 1005110127 |
| Código de Verificación | 1005110127260831185144 |

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

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO
## No. 302144570

PIB
18:47:17


Bogotá DC, 31 de agosto del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) KAREN JULIETH GALVIS BUENO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1005110127:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

**Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales**

**La Policía Nacional de Colombia informa:**
Que siendo las 06:57:01 PM horas del 31/08/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1005110127**
Apellidos y Nombres: **GALVIS BUENO KAREN JULIETH**

**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.

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

# Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

## La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 03/09/2026 06:21:59 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1005110127** y Nombre: **KAREN JULIETH GALVIS BUENO.**

## 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. **146993576** . 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

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

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141269459751

(415)7707212489984(8020) 000014126945975 1

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 0 0 5 1 1 0 1 2 7 | 8 | Impuestos y Aduanas de Bucaramanga | |

## 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 0 5 1 1 0 1 2 7 | |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Santander 6 8 | San Andrés 6 6 9 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| GALVIS | BUENO | KAREN | JULIETH |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Santander 6 8 | San Andrés 6 6 9 |

41. Dirección principal
CR 4 4 69 BRR EL SOCORRO

42. Correo electrónico karengalvis27.ihan@gmail.com

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

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

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

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 5 3 3 4 9 5 2

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
33- Impuesto nacional al consumo
49 - No responsable de IVA
52 - Facturador electrónico

### Usuarios aduaneros

54. Código

### Exportadores

| 55. Forma | 56. Tipo | Servicio | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 57. Modo | | | |
| | | 58. CPC | | | |

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

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2026-08-19 / 08:23:25AM

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 GALVIS BUENO KAREN JULIETH

985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 31-08-2026 08:50:03PM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

# 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 19:45:10 horas del 31/08/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1005110127,** Apellidos y Nombres **GALVIS BUENO KAREN JULIETH**

**NO REGISTRA INHABILIDAD**

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **Alcaldía de San Andres Santander** , con NIT **890207022-0** 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.

https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta

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 1005110127 **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 31/08/2026 07:34 PM

Código Verificación: **81JTUFYRSP**

Válida hasta: **30/11/2026**

---

## Dirección de Gobierno Digital

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

aportes en línea

# Planilla Resumen

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1005110127 | | GALVIS BUENO KAREN JULIETH | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CRA 4 4 69 | SAN ANDRES-SANTANDER | 3203981258 | No |

**DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION**

| Periodo | | Clave | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2026-04 | 2026-04 | 1000000839 | 95094234O7 | 2026/05/08 | 2026/08/13 | BANCO DE BOGOTA | 96 | $36,600 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombre | ing | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | Vip | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Tarifa | Aporte | Dias | IBC | Aporte | Exonerado SENA e ICBF | Total Aportes |
| **SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $116,727 | $18,700 | | | $116,727 | $14,600 | | | $0 | $0 | | | $116,727 | | $700 | | $0 | $0 | | $34,000 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $116,727 | $18,700 | | | $116,727 | $14,600 | | | $0 | $0 | | | $116,727 | | $700 | | $0 | $0 | | $34,000 |
| Ciudad: SAN ANDRES Depto: SANTANDER (1 Afiliados) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $116,727 | $18,700 | | | $116,727 | $14,600 | | | $0 | $0 | | | $116,727 | | $700 | | $0 | $0 | | $34,000 |
| 1 | CC | 1005110127 | GALVIS KAREN | | X | | | | | | | | | | | | | | | 23010 1 | 2 | $116,727 | $18,700 | EPS005 | 2 | $116,727 | $14,600 | | 0 | $0 | $0 | 14-23 | 2 | $116,727 | 0.522% | $700 | 0 | $0 | $0 | No | $34,000 |
| **Total Afiliados( 1 )** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $116,727 | $18,700 | | | $116,727 | $14,600 | | | $0 | $0 | | | $116,727 | | $700 | | $0 | $0 | | $34,000 |

aportes en línea

# Planilla Resumen

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $18,700 | $1,400 | $0 | $20,100 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 1 | $18,700 | $1,400 | $0 | $20,100 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $700 | $100 | $0 | $800 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $700 | $100 | $0 | $800 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $14,600 | $1,100 | $0 | $15,700 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | $14,600 | $1,100 | $0 | $15,700 |
| TOTAL | | | | 1 | $34,000 | $2,600 | $0 | $36,600 |

E.P.S.Sanitas
Sanitas Internacional

## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

**CERTIFICA**

Que Karen Julieth Galvis Bueno, identificado(a) con CC número **1005110127**, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

| | |
|---|---|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 1005110127 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | Karen Julieth Galvis Bueno |
| TIPO DE AFILIADO | Titular |
| PARENTESCO | Titular |
| FECHA DE NACIMIENTO | 30/07/2002 |
| ESTADO DE LA AFILIACIÓN | 0 Tiene Derecho A Cobertura Integral |
| CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN | 28 - Subsidiado |
| FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS | |
| FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS | 31/05/2026 |
| SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS | Sin semanas reportadas en EPS SANITAS |
| SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS | Sin semanas reportadas en EPS SANITAS |
| SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO | Sin semanas reportadas en EPS SANITAS |
| RÉGIMEN | Subsidiado |
| FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN | 03/07/2026 |
| NIVEL SISBEN | 1 |
| EMPLEADOR(ES)* | |

CEDULA DE CIUDADANIA 1005110127 KAREN JULIETH GALVIS BUENO Desde 01/01/2025 Hasta 31/05/2026

Generado por interfaces

31/08/2026

**ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS.**

EPS Sanitas

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicado: D D M M A A A A

201300974

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

## I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación / B. Reporte de Novedades
2. Tipo de Afiliado: A. Individual, Cotizante o Cabeza de Familia / B. Colectivo / C. Beneficiario o Afiliado adicional / D. De Oficio / G. Institucional
3. Régimen: A. Contributivo / E. Subsidiado
4. Contribución solidaria: Si / No
5. Tipo de Afiliado: A. Cotizante / B. Cabeza de Familia / C. Beneficiario / D. Afiliado adicional
6. Tipo de Cotizante: A. Dependiente / B. Independiente / C. Pensionado
7. Código (a registrar por la EPS)

## II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando ninguno es afiliado adicional)

8. Apellidos y nombres

| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|
| Galvis | Bueno | Karen | Julieth |

| 9. Tipo de documento de identidad | 10. Número del documento de identidad | 11. Sexo biológico | 12. Sexo identificación | 13. Nacionalidad |
|---|---|---|---|---|
| CC. | 1005210122 | Femenino / Masculino | F / M T NB Otro Cual | Colombia |

| 14. Lugar de nacimiento: País | Departamento | Municipio | 15. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| Bucaramanga Colombia | Santander | Bucaramanga | 31/07/2010/12 |

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

| 16. Etnia | 17. Comunidad | 18. Discapacidad (Si / No; Categoría de discapacidad) | 19. Tiene encuesta SISBEN (Si / No) | 20. Clasificación SISBEN (Nivel; Grupo) | 21. Grupo de población especial |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

| 22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL | 23. Administradora de Pensiones | 24. Ingreso base de cotización - IBC | 25. Tarifa Contribución Solidaria |
|---|---|---|---|
| | | $1'350.905 | |

26. Residencia: Dirección: Calle 4 No 4-69 Barrio El Socorro — Teléfono Fijo:

Teléfono Celular: 3208128130 — Correo Electrónico: Karengalvis27.1hn@gmail.com

| Departamento | Municipio / Distrito | Localidad / Comuna | Zona: Cabecera Municipal / Centro Poblado / Rural Disperso / Resto Rural |
|---|---|---|---|
| Santander | San Andres | | |

## IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante

27. Apellidos y nombres

| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

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

| 33. Lugar de nacimiento: País | Departamento | Municipio | 34. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| | | | |

Datos Básicos de Identificación de los Beneficiarios y de los afiliados adicionales

| | 35. Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | |
| B2 | | | | |
| B3 | | | | |
| B4 | | | | |
| B5 | | | | |

| | 36. Tipo de documento de identidad | 37. Número del documento de identidad | 38. Nacionalidad | 39. Sexo biológico | 40. Sexo identificación | 41. Lugar de nacimiento: País / Departamento / Municipio | 42. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | |

Datos complementarios del Beneficiario

| | 43. Parentesco | 44. Etnia | 45. Comunidad | 46. Grupo de población especial | 47. Tiene encuesta SISBEN | 48. Clasificación SISBEN (Nivel; Grupo) | 49. Discapacidad (Si / No; Categoría de discapacidad) | 50. Incapacidad permanente |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | | |

51. Datos de residencia

| | Departamento | Municipio / Distrito | Zona | Teléfono fijo y celular | 52. Valor de la UPC del régimen contributivo (aplica solo para el grupo familiar) |
|---|---|---|---|---|---|
| B1 | Santander | San Andres | | | |
| B2 | | | | | |
| B3 | | | | | |
| B4 | | | | | |
| B5 | | | | | |

| | Dirección | Localidad / Comuna | Correo Electrónico |
|---|---|---|---|
| B1 | | | |
| B2 | | | |
| B3 | | | |

Powered by CamScanner

201300974

**53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS** | **54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)**

| C | | |
|---|---|---|
| 51 | Ips Hospital San Jose San Andres Cas | NIT 890203222-1 C12606 |
| 52 | | |
| 53 | | |
| 54 | | |
| 55 | | |

## V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE DE LA ENTIDAD RESPONSABLE DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLE DEL PAGO

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

59. Ubicación Dirección | Teléfono fijo o Celular

Correo Electrónico | Departamento | Municipio / Distrito

## VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

60. Tipo de Novedad

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

61. Datos básicos de identificación
Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

| Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | 62. Sexo biológico Femenino Masculino | 63. Sexo identificación F M T NB Otro Cuál | 64. Fecha de nacimiento D D M M A A A A |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

| 65. EPS anterior | 66. Fecha de novedad | 67. Motivo de traslado Código | 68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones |
|---|---|---|---|
| Sanitas | 01 09 2026 | | |

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
- [ ] 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios.
- [ ] 72. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [X] 73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [X] 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [X] 75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [X] 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
- [ ] 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
- [X] 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.

## VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Tipo de documento de identidad | No. del documento de identidad

## IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional: Karen Galvis Bueno 1005110177

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

## X. ANEXOS

Anexo

- [X] 82. Anexo copia del documento de identidad. Cantidad de documentos de identidad anexos: CN RC TI CC CE PA CD SC PT
- [ ] 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016.
- [ ] 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

Total Anexos

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

92. Identificación de la Entidad Territorial: Código del municipio | Código del departamento | 93. Nombre de la Institución

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

94. Apellidos y nombres
Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

| Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | 95. Firma del funcionario | 96. Fecha de radicación D D M M A A A A | 97. Fecha de validación D D M M A A A A |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

Observaciones: Novedad tramite de afiliacion Reg Cont. Independ.

Firma del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional. Con la firma del formulario el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario

Firma del Funcionario Competente: Asesora de gestion int

Sello de Radicación | Sticker procesamiento

Powered by CamScanner

porvenir
sólo hay uno

**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 JULIETH GALVIS BUENO,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.005.110.127**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.**

La presente certificación se expide el 31 de Agosto del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

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

San Andrés, Santander, 03 de Septiembre de 2026

**Señores:**

Alcaldía de San Andrés, Santander

Calle 6 No. 4 - 07 Barrio El Socorro

**Asunto:** Declaración juramentada de no estar incurso en causal de inhabilidad, incompatibilidad o conflicto de intereses para contratar con el Estado.

Respetados señores,

Por medio de la presente y con ocasión del contrato de prestación de servicios profesionales de apoyo con la Alcaldía Municipal de San Andrés, me permito declarar bajo la gravedad de juramento que no me encuentro incursa en ninguna inhabilidad e incompatibilidad para contratar con el Estado descritas en la ley 80 de 1993, ley 1150 de 2007 y demás normas que complementen, modifiquen o adiciones causales de inhabilidad o incompatibilidad de contratación con el Estado. Por último, manifiesto que tanto el registro de datos e información, así como todos los documentos aportados para la suscripción del contrato, son auténticos, no han sido alterados y contienen información veraz.

Cordialmente

Karen Galvis B

Karen Julieth Galvis Bueno

C.C 1.005.110.127

OCUPASALUD
profesionales en evaluación, prevención y tratamiento en salud
NIT 900454102-6

# CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL DE PREINGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR POR TELEMEDICINA

**Fecha**
02/09/2026
Bucaramanga, Santander.



## INFORMACIÓN BÁSICA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Empresa:** | INDEPENDIENTE | **Actividad E.:** | |
| **Nombre:** | KAREN JULIETH GALVIS BUENO | **Fecha de Nac.:** | 30/07/2002 **Edad :** 24 **Genero:** FEMENINO |
| **Doc.:** | C.C. 1005110127 | **Escolaridad:** | TÉCNICO **Cargo:** AUX EN ENFERMERÍA |
| **Departamento:** | SANTANDER **Municipio:** SAN ANDRES | **Estado Civil:** | SOLTERO **IMC:** 30.70 **RH:** O positi |
| **ARL:** | POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS | **Teléfono:** | 3208118130 **Dirección:** CR4#4-69 |
| **EPS:** | SANITAS | **AFP:** | PORVENIR |

## EXAMENES REALIZADOS

| Servicio | Fecha | Resultado | Restriccion |
|---|---|---|---|
| EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PREINGRESO POR TELEMEDICINA | 02/09/2026 | Normal | |

## CONCEPTO MEDICO

SATISFACTORIO PARA INGRESO

## RECOMENDACIONES

Usar Elementos de Protección Personal

## OBSERVACIONES FINALES

El examen estático y dinámico de la columna es normal y sus curvaturas son normales. No se evidencian limitaciones de los arcos de movimiento significativos o de importancia ocupacional, ni dolor. A nivel de los diferentes segmentos corporales la exploración osteomuscular es normal y no se evidencian atrofias ni limitaciones de la movilidad significativa , o de importancia ocupacional, ni dolor.

## RESTRICCIONES

| Tipo de restricción | Condiciones, Factores, Agentes Asociados | Tiempo |
|---|---|---|
| N/A | | |

## SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

N/A

## VACUNA COVID-19

Refuerzo MODERNA

## REMISIONES

N/A

**CONSENTIMIENTO INFORMADO:** Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paraclinicos y las prueba complementarias que se van a realizar han sido diseñadas con el fin de evaluar su capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa. Esta pruebas le ayudaran a conocer su estado de salud físico y mental en el momento en el que se le sean realizadas. En la fecha, como mayor de edad identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declare que si he recibido toda la información acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expuesto, Autorizo a la IPS para realizarme los exámenes clínicos y paraclínico solicitados según el cargo a desempeñar y también autorizo a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que sera entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiologica o según correspondan, que si he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de los exámenes.
**DECLARACIÓN DEL ASPIRANTE:** Manifiesto con mi firma o huella que no omití datos relevantes en mis antecedentes que pudieran influir sobre la evaluación de estado de salud. Y así mismo AUTORIZO a OCUPASALUD S.A.S. a realizar la evaluación de salud

Karen Galvis B.

KAREN JULIETH GALVIS BUENO
(1005110127)

Tatiana Prada G.
Dra. Tatiana Prada Galvan
Médico General RM 6767
Esp. Salud Ocupacional

DRA. TATIANA PRADA GALVAN
Especialista en Salud Ocupacional
RM resolución 00673 / 1098620182

OCUPASALUD
profesionales en evaluación, prevención y tratamiento en salud
NIT 900454102-6

# ANEXO OSTEOMUSCULAR

Fecha
02/09/2026
Bucaramanga, Santander.



## INFORMACIÓN BÁSICA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Empresa :** | INDEPENDIENTE | **Actividad E.:** | |
| **Nombre:** | KAREN JULIETH GALVIS BUENO | **Fecha de Nac.:** | 30/07/2002 **Edad.:** 24 **Genero:** FEMENINO |
| **Doc.:** | C.C. 1005110127 | **Escolaridad:** | TÉCNICO **Cargo:** AUX EN ENFERMERÍA |
| **Municipio:** | SAN ANDRES | **Estado Civil:** | SOLTERO **IMC:** 30.70 **RH:** O positi |
| **ARL:** | POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS | **Teléfono:** | 3208118130 **Dirección:** CR4#4-69 |
| **EPS:** | SANITAS | **AFP:** | PORVENIR |

### Antecedentes Patológicos Osteomusculares

No refiere ninguna sintomatologia de enfermedad.

### Exámen Físico General

Paciente orientado en las 3 esferas, con signos vitales dentro de limites normales, adecuado desarrollo muscular, marcha normal y estado mental aparentemente sano

### Exámen Físico Miembros Superiores

Examen de miembros superiores se encuentra sin alteración

### Exámen Físico Miembros Inferiores

Examen de miembros inferiores se encuentra sin alteración

### Arcos de Movimiento en grado de los miembros superiores e inferiores

Examen fisico del arco de movimiento de sus miembros superiores o inferiores se encuentra sin alteración

### Exámen Físico de Columna

Examen fisico de la columna y de la pelvis se encuentra sin alteración

### Recomendación

Usar Elementos de Protección Personal

### Restricción

N/A

### Conclusiones finales

KAREN JULIETH GALVIS BUENO
(1005110127)

Dra. Tatiana Prada Galvan
Médico General RM 6767
Esp. Salud Ocupacional

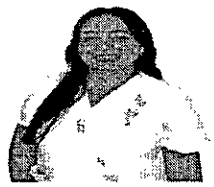
DRA. TATIANA PRADA GALVAN
Especialista en Salud Ocupacional
RM resolución 00673 / 1098620182

*Puedes validar este examen en https://www.ocupasalud.com con el siguiente codigo:* **L00MLL0L2J0001644036**

**Fecha**
02/09/2026
Bucaramanga, Santander.

OCUPASALUD
profesionales en evaluación, prevención y tratamiento en salud
NIT 900454102-6

# ACTA SOCIALIZACIÓN
# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL



## INFORMACIÓN BÁSICA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Empresa:** | INDEPENDIENTE | **Fecha de Nac.:** | 30/07/2002 |
| **Nombre:** | KAREN JULIETH GALVIS BUENO | **Edad.:** | 24 |
| **Documento:** | C.C. 1005110127 | **Actividad Economica:** | |
| **Estado Civil:** | SOLTERO | **Genero:** | FEMENINO |
| **Dirección:** | CR4#4-69 | **Municipio:** | SAN ANDRES |
| **Escolaridad:** | TÉCNICO | **Cargo:** | AUX EN ENFERMERÍA |
| **Teléfono:** | 3208118130 | **AFP:** | PORVENIR |
| **EPS:** | SANITAS | **ARL:** | POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS |

**Decreto 1072 de 2015,** Articulo 2.2.4.6.10 Responsabilidades de los trabajadores: los trabajadores tendrán entre otras las siguientes responsabilidades; . 1. Procurar por el cuidado integral de su salud; 2. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud; 3. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa; 4. Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo; 5. Participar en las actividades de capacitación en Seguridad y Salud en el Trabajo definido en el plan de capacitación del SG -SST; y 6. Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST. _ Cumplimiento al Protocolo de bioseguridad para la prevención, contención y mitigación de contagio y propagación del SARS-COV-2 Covid-19. Cumplimiento a la **Resolución 3050 de 28 Julio de 2022,** en el Artículo 7. Responsabilidades de los trabajadores: Las responsabilidades de los trabajadores conforme al presente manual son las siguientes: a) Comprometerse con las actividades establecidas en el Programa de Rehabilitación integral para la reincorporación laboral y ocupacional y su autocuidado; participando con el cuidador o su familia como red de apoyo. b) Aportar información veraz y oportuna sobre los antecedentes médicos, estados de salud, evolución y actividades extralaborales. Cualquier fraude se considerará una falla grave, so pena de la sanción establecida en el artículo 17 de la Ley de 2002 o la norma que adicione modifique o sustituya. c) Aplicar las instrucciones concertadas con el equipo rehabilitador en su plan de rehabilitación integral, así como las recomendaciones y/o restricciones, tanto en su ambiente laboral como extralaboral. d) Asistir a la capacitación, asesoría, entrenamiento, asistencia técnica, cumplir con el programa de rehabilitación integral para la reincorporación laboral y ocupacional de los trabajadores, el cual podrá utilizar las tecnologías de la comunicación, inteligencia artificial y realidad virtual en los aspectos, acciones o actividades que sean pertinente. e) Utilizar las incapacidades temporales y/o recomendaciones médicas conforme al programa de rehabilitación integral para la reincorporación laboral y ocupacional de los trabajadores, sin exponer su salud, dar un uso indebido a dichas incapacidades temporales, laborar en otra empresa o actividad, realizar actividades deportivas o recreativas, paseos o viajes que afecten su salud e incumplan el programa de rehabilitación integral para la reincorporación laboral y ocupacional de los trabajadores.

## RESTRICCIONES

N/A

## RECOMENDACIONES

Usar Elementos de Protección Personal

## REMISIONES

N/A

## SISTEMA DE VIGILANCIA

N/A

**Datos del Médico:**

Dra. Tatiana Prada Galvan
Médico General RM 00673
Esp. Salud Ocupacional

DRA. TATIANA PRADA GALVAN
Especialista en Salud Ocupacional
RM resolución 00673 / 1098620182

**Responsable del SG-SST/TH :**

Documento: _____
Nombre: _____
Fecha: _____

**Recibido por el trabajador o aspirante**

Documento: _____
Nombre: _____
Fecha: _____

*Puedes validar este examen en* https://www.ocupasalud.com con el siguiente codigo: **L00MLL0L2J0001644036**

| República de Colombia<br>Gobernación de Santander | RESOLUCIÓN | CÓDIGO | AP-JC-RC-89 |
|---|---|---|---|
| | | VERSIÓN | 5 |
| | | FECHA DE APROBACIÓN | 22/05/2017 |
| | | PÁGINA | 1 de 1 |

**RESOLUCIÓN NÚMERO** 00673

**POR LA CUAL SE RENUEVA UNA LICENCIA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**
**EL SUSCRITO SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL DE SANTANDER**

En uso de sus facultades legales, y en especial las conferidas en la Ley 1562 de 2012 y la Resolución 04502 de 2012 y

**CONSIDERANDO**

Que **TATIANA PRADA GALVÁN,** identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No 1098620182, ha solicitado Renovación de Licencia para la Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo ante la Secretaría de Salud Departamental de Santander.

Que al peticionario le fue otorgada la Licencia de Prestación de Servicios de Salud Ocupacional, mediante Resolución No 19212 de 26/09/2013 de la Secretaría de Salud del Departamento de Santander y concedida por un término de diez (10) años contados a partir de la expedición de la Resolución, la cual ha cumplido su vigencia.

Que de conformidad con el artículo segundo de la Resolución 04502 del 28 de Diciembre de 2012, el peticionario ha presentado la documentación requerida para la Renovación de la Licencia en Salud Ocupacional para la prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo.

Que por lo antes expuesto, el Secretario de Salud Departamental.

**RESUELVE**

ARTICULO 1: Renuévese LICENCIA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO A: **TATIANA PRADA GALVÁN,** MEDICO(A) - ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL con Cédula de Ciudadanía No 1098620182, en las áreas de Medicina en Seguridad y Salud en el Trabajo, Investigación en área técnica, Investigación del accidente de trabajo, Educación, Capacitación, Diseño, Administración y Ejecución del Sistema de gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.

ARTICULO 2: La Licencia de que trata el artículo anterior se concede por el término de Diez (10) años contados a partir de la fecha de expedición de la presente Resolución.

ARTICULO 3: Cuando se modifique las condiciones por la cual se otorgó esta Licencia, en el término máximo de un mes se debe informar a la Secretaría de Salud de Santander para la modificación de la misma.

ARTICULO 4: Esta Licencia es válida en todo el Territorio Nacional y tendrá carácter personal e intransferible.

ARTICULO 5: Contra la presente Resolución procede los recursos legales.

**NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE**
Dada en Bucaramanga, a los 29 ENE 2024

**EDWIN ANTONIO PRADA RAMIREZ**
**Secretario de Salud Departamental**

Vo.Bo. Daisy Johanna Flórez Simanca - Directora de Apoyo Jurídico, Contratación y Procesos Sancionatorios
Revisó Yeliza Lilibeth Hernández González - Coordinadora Grupo de Acreditación en Salud y SOGC
Proyectó Magaly Andrea Mariño Bayona - Grupo de Acreditación en Salud SOGC

Powered by CamScanner

# Certificación
## Bancaria

Martes, 25 de agosto de 2026

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que KAREN JULIETH GALVIS BUENO identificado(a) con CC 1005110127, 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 de ahorros | 04445191774 | 2022-11-25 | 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, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com.co

**PARA LA CONTRATACION DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y/O APOYO A LA GESTION**

| | |
|---|---|
| **Ciudad y Fecha** | **San Andrés, 9 de Septiembre de 2026** |
| **Oferente:** | **KAREN JULIETH GALVIS BUENO**<br>C.C. 1.005.110.127 SAN ANDRÉS S/DER. |
| **Objeto Contractual** | "PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL, PARA APOYAR LA EJECUCIÓN DE LAS ACCIONES DEL PROGRAMA DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES Y ZOONOSIS EN EL MUNICIPIO DE SAN ANDRÉS, SANTANDER". |
| **Valor Total** | NUEVE MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS MONEDA CORRIENTE ($9.800.000). |
| **Plazo:** | TRES (03) MESES Y QUINCE (15) DIAS. |

De conformidad con la Ley 1150/07 y **Artículo 2.2.1.2.1.4.9 Decreto 1082 de 2015** por medio del presente se procede a efectuar el análisis de la **OFERTA DE SERVICIOS** presentada por quien se detalla en el encabezado, con el fin de ser seleccionado(a) para celebrar un contrato de Prestación de Servicios, con el objeto de la referencia.

1. **Verificación documental de la propuesta y sus soportes:**

| DOCUMENTOS | PRESENTO | | | FECHA DE LOS DOCUMENTOS |
|---|---|---|---|---|
| | SI | NO | N/A | |
| Propuesta del oferente | X | | | *9/09/2026* |
| Certificación de no encontrarse en incurso en causal de inhabilidad o incompatibilidad o conflicto de intereses | X | | | *9/09/2026* |
| Formato Único de Hoja de Vida-SIGEP, firmado y validado por la Alcaldía de San Andrés, S/der. | X | | | *9/09/2026* |
| Documento de identidad en el caso de personas naturales. Documento que acredita existencia y representación legal personas jurídicas, acompañado del documento de identidad del representante legal. | X | | | *6/08/2020* |
| Matricula, registro, certificado o Tarjeta profesional. (si aplica), acompañado de certificado de vigencia. | | | X | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Certificado de Antecedentes de Disciplinarios de Abogado, Rama Judicial o Certificado según profesión que corresponda. COPNIA u otros. (Cuando aplique) | | | X | |
| Certificado de Registro Único Tributario RUT, expedido por la DIAN. | X | | | *13/08/2026* |
| Acreditar que se encuentra afiliado al sistema de seguridad social integral (salud, pensión).<br><br>Para el caso de personas jurídicas, se deberá acreditar el pago de los aportes de sus empleados, a los sistemas mencionados mediante certificación expedida por el revisor fiscal, cuando este exista de acuerdo con los requerimientos de ley, o por el representante legal durante un lapso equivalente no inferior a los seis (6) meses anteriores a la celebración del contrato. En el evento en que la sociedad no tenga más de seis (6) meses de constituida, deberá acreditar los pagos a partir de la fecha de su constitución. | X | | | *EPS 31/08/2026 Anexa formulario de cambio de régimen de fecha 08/09/2026*<br><br>*FP 31/08/2026* |
| Certificado Médico Pre ocupacional y su respectiva resolución que lo acredite (No mayor a 3 años).[1]<br>**PARA EL CASO DE CONDUCTORES**, se requiere adicionalmente:<br>1. Examen Psicosensométrico<br>2. Prueba Teórica<br>3. Prueba Práctica (De acuerdo al tipo de vehículo que va a conducir)<br>4. Prueba Psicotécnica<br>5. Examen médico Ocupacional para conductores<br>6. Certificado en Manejo Preventivo, Mecánica básica y Primeros Auxilios | X | | | *02/09/2026* |

2. **Verificación de antecedentes y registro (s) de publicación por parte de la Secretaría Gestora**:

| DOCUMENTOS | VERIFICADO CUMPLE (Fecha) | VERIFICADO NO CUMPLE (Fecha) | NO APLICA |
|---|---|---|---|

[1] La exigencia de la presentación del examen médico pre ocupacional corresponderá a lo estipulado en el artículo 2.2.4.2.2.18 del Decreto 1072 de 2015 y en la Resolución 1565 del 6 de junio del 2014.

| | | | |
|---|---|---|---|
| Verificación por parte del Municipio del registro y publicación de la información de que trata la Ley 2013 de 2019.[2] (Declaración de bienes y rentas, Registro de conflicto de intereses, y la declaración del Impuesto sobre la renta y complementarios en caso de aplicarse.) | *03/09/2026* | | |
| Certificado de antecedentes fiscales del proponente expedidos la por la Contraloría General de la Republica. | *31/08/2026* | | |
| Certificado de antecedentes disciplinarios del proponente expedidos la por la Procuraduría General de la Nación. | *31/08/2026* | | |
| Certificado de antecedentes judiciales expedido por la Policía Nacional. | *31/08/2026* | | |
| Verificación en el sistema registro nacional de medidas correctivas de infracciones o multas de la ley 1801 de 2016. Código de Policía y convenciencia. | *3/09/2026* | | |
| Certificado de Registro de Deudores Alimentarios (REDAM). Personas Jurídicas – Representante Legal. | *31/08/2026* | | |
| Certificado de Inhabilidades Delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años. Ley 1918 de 2018. | *31/08/2026* | | |
| Certificado de definición situación Militar | | | X |
| Certificado de cuenta bancaria. | *25/08/2026* | | |

**3. Verificación del perfil y experiencia definida en los estudios previos [3]:**

[2] Para realizar el proceso de verificación por parte de la entidad, se deberá hacer uso del módulo de consulta ciudadana – Aplicativo Ley 2013 de 2019 https://www.funcionpublica.gov.co/fdci/consultaCiudadana.

[3] Verificar el contenido de la orientación dada en los estudios previos para contrato de prestación de servicios en ítem perfil de contratista.

| REQUISITOS | DESCRIPCIÓN | CUMPLE | NO CUMPLE |
|---|---|---|---|
| **IDONEIDAD:**<br><br>Para la prestación de los servicios requeridos, deberá acreditar su calidad TECNICO Y/O TECNOLOGO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA, mediante títulos o actas de grado expedidos por una institución de educación pública o privada reconocida por el Ministerio de Educación Nacional. Igualmente deberá contar con tarjeta profesional vigente. | • Copia Diploma y acta de grado de Bachiller Académico expedido por el Escuela Normal Superior María Auxiliadora de fecha 29 de Noviembre de 2019.<br><br>• Copia Diploma y acta de grado TECNICO LABORAL AUXILIAR DE ENFERMERIA expedido por el Corporación Colombiana CECOL de fecha 17 de Julio de 2026. | X | |
| **EXPERIENCIA**<br><br>Acreditar mínimo **cuatro (04) MESES** de experiencia relacionada y/o laboral, mediante certificaciones laborales, de prestación de servicios u otras vinculaciones legalmente establecidas expedidas por las entidades públicas o privadas en las cuales conste el tiempo de labor o prestación de servicios debidamente ejecutadas. | • Se adjunta Certificación expedida por Corporación Colombiana CECOL la cual certifica una ejecución laboral como practicante del Técnico Laboral Auxiliar de Enfermería de seis (06) meses. | X | |
| **MESES Y/O AÑOS DE EXPERIENCIA** | **Relacionada:** 6 meses. | | |

Verificada la documentación, se encuentra demostrado que el Contratista a seleccionar, cumple con la experiencia e idoneidad para llevar a cabo el objeto y obligaciones contractuales.

En este sentido y dado que la ley establece (**Artículo 2.2.1.2.1.4.9 Decreto 1082 de 2015)** *"las entidades estatales pueden contratar bajo la modalidad de contratación directa la prestación de*

*servicios profesionales y de apoyo a la gestión con la persona natural o jurídica que esté en capacidad de ejecutar el objeto del contrato, siempre y cuando la entidad estatal verifique la idoneidad o experiencia requerida y relacionada con el área de que se trate. En este caso, no es necesario que la entidad estatal haya obtenido previamente varias ofertas, de lo cual el ordenador del gasto debe dejar constancia escrita.",* se deja expresa constancia de tal circunstancia en el presente escrito, según lo determina la norma.

Igualmente se verificó, al interior de la institución que el fin a contratar era específico según lo requiere la normatividad en referencia y que no hay personal de planta suficiente para prestar el servicio a contratar, según certificación de la Secretaria de gobierno.

Con la presentación de la oferta el proponente ha declarado expresamente no encontrarse incurso en causal de inhabilidad o incompatibilidad o conflicto de Intereses, alguna que le impida la suscripción o ejecución del contrato.

De esta forma, en aplicación de la norma señalada, se deja constancia que en la presente verificación se han confirmado que están dadas las condiciones previstas en los Estudios y Documentos previos y que es viable realizar la presente contratación, para el servicio requerido.

Denyse Yineth Jaimes P.

**DENYSE YINETH JAIMES PEÑA**
Secretaria de Salud

*Proyectó y revisó aspectos jurídicos: Viviana M. Cuadros Valbuena /Abg. Asesor contratación*

**CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. CD - CPS - 086 DE SEPTIEMBRE 9 DE 2026 – CONSECUTIVO CONTRACTUAL 123 DE 2026.**

| | |
|---|---|
| **CONTRATANTE** | MUNICIPIO DE SAN ANDRES, SANTANDER. |
| **REPRES. LEGAL** | FREDY ANTONIO RAMIREZ ORTIZ - ALCALDE MUNICIPAL. |
| **NIT** | 890.207.022-1 |
| **CONTRATISTA** | KAREN JULIETH GALVIS BUENO |
| **C.C.N.** | C.C. 1.005.110.127 SAN ANDRÉS S/DER. |
| **OBJETO** | "PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL, PARA APOYAR LA EJECUCIÓN DE LAS ACCIONES DEL PROGRAMA DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES Y ZOONOSIS EN EL MUNICIPIO DE SAN ANDRÉS, SANTANDER". |
| **VALOR DEL CONTRATO** | NUEVE MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS MONEDA CORRIENTE ($9.800.000). |
| **DURACIÓN** | TRES (03) MESES Y QUINCE (15) DIAS. |
| **SUPERVISIÓN** | SECRETARIA DE SALUD |

Entre los suscritos a saber, **FREDY ANTONIO RAMÍREZ ORTIZ,** mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía número 13.874.026 expedida en Bucaramanga, en su condición de Alcalde Municipal en ejercicio, cargo para el cual tomó posesión según consta en Acta N° 001 del día 30 de Diciembre de 2023 de la Notaria Única del Círculo de San Andrés, Santander, protocolizada mediante Escritura Pública Número 001 del dos de Enero de 2024 de la misma Notaria, debidamente facultado para celebrar contratos en virtud de la constitución y la ley, actuando en nombre y representación del **MUNICIPIO DE SAN ANDRÉS, SANTANDER**, Número de Identificación Tributaria **890.207.022-1**, en uso de las facultades otorgadas según acuerdo municipal 024 de 2021 y legales concedidas mediante la Ley 80 de 1993, Ley 1150 de 2007, Decreto 1082 de 2015, demás normas reglamentarias; quien para los efectos del presente contrato se denominará **EL MUNICIPIO,** por una parte; y por la otra **KAREN JULIETH GALVIS BUENO,** Persona natural, mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía número No. **1.005.110.127** de San Andrés (S/der), quien actúa en nombre propio y para los efectos del presente contrato se denominará **EL CONTRATISTA,** hemos convenido celebrar el presente **CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones: **I)** Que el MUNICIPIO tiene la necesidad de contar con personal para el cumplimiento de las metas trazadas. **II)** Que existe informes de estudios previos en donde se requiere personal para brindar apoyo al MUNICIPIO, con el fin de cumplir con los planes y programas según la misión. **III)** Que el Municipio de San Andrés realizó los respectivos estudios y documentos previos. **IV)** Que la modalidad de Selección de Contratación Directa procede para la celebración de Contratos de Prestación de Servicios de apoyo a la gestión. **V)** Que se cuenta con un certificado expedido por la Secretaría de Gobierno, donde se especifica que no existe personal suficiente, ni con la experiencia exigida para realizar la ejecución del objeto del presente contrato. **VI)** Que existe certificación suscrita por la Tesorera Municipal del 8 de Septiembre de 2026, en la que consta que en el CDP número 26-00648, a la fecha tiene saldo disponible para respaldar económicamente el valor del presente contrato. **VII)** Que Secretaria de Salud Municipal, realizó la correspondiente evaluación a la propuesta presentada por el CONTRATISTA, concluyendo que la misma se ajusta a los requerimientos realizados por la entidad. Así mismo, determinó que previo análisis de la hoja de vida que el CONTRATISTA cuenta con la experiencia relacionada con el objeto a contratar. **VIII)** Que de conformidad con lo establecido en el artículo 2.2.1.2.1.4.9 del Decreto 1082 de 2015, se deja constancia que teniendo en cuenta que se trata de un Contrato de Prestación de Servicios Profesionales, no es necesario haber obtenido previamente varias ofertas. **IX)** Que el proceso de contratación se encuentra incluido en el Plan Anual de Adquisiciones del Municipio de San Andrés para la vigencia 2026. **X)** Que el CONTRATISTA allegó entre otros los siguientes documentos: A. Hoja de vida del SIGEP. B. Certificaciones de estudio y laborales. C. Certificación

Antecedentes Fiscales de la Contraloría General de la República. D. Certificado de Antecedentes Disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación. E. Certificado de Antecedentes Penales de la Policía Nacional. F. Certificado de antecedentes de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años. G. Registro Único Tributario. H. Certificado de Afiliación al Sistema de Seguridad Social (Salud, Pensión y Riesgos Laborales). I. Declaración de bienes y rentas, Registro de conflicto de intereses y la declaración del impuesto sobre la renta y complementarios. J. Copia de la Cédula de Ciudadanía. K. Certificado Médico Ocupacional. L. Propuesta. Por lo anterior, las partes celebran el presente contrato, el cual se regirá especialmente por las siguientes cláusulas. **CLÁUSULA 1: OBJETO:** El presente contrato tiene por objeto **PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL, PARA APOYAR LA EJECUCIÓN DE LAS ACCIONES DEL PROGRAMA DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES Y ZOONOSIS EN EL MUNICIPIO DE SAN ANDRÉS, SANTANDER.** Los documentos del Proceso forman parte del presente Contrato y definen igualmente las actividades, alcance y obligaciones del mismo. **CLÁUSULA 2: OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA: LAS OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATISTA PARA EL PRESENTE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS SON LAS SIGUIENTES: 2.1.** Informar oportunamente al Municipio sobre cualquier eventualidad que pueda sobrevenir y que afecte el desarrollo del contrato. **2.2.** Aceptar la Supervisión por parte del Municipio de San Andrés. **2.3.** Someterse a las instrucciones e indicaciones que el imparta el Supervisor del Contrato. **2.4.** Colaborar con la entidad en lo que sea necesario para que el objeto contratado se cumpla y que éste sea de la mejor calidad. **2.5.** Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones y trabamientos. **2.6.** Garantizar la calidad del servicio contratado y responder por él. **2.7.** Suscribir el contrato y cumplir con los requisitos de legalización, en la oportunidad establecida para el efecto. **2.8.** Acreditar durante la ejecución del objeto contractual, el pago de los aportes frente al Régimen de Seguridad Social Integral (Salud, Pensión y Riegos Laborales), en los términos y condiciones establecidas en las leyes y normas sobre la materia, en especial de lo contenido en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, y demás normas complementarias. **2.9.** Cumplir con las normas tributarias, pagando impuestos y retenciones a que haya lugar de conformidad con el Estatuto Tributario. **2.10.** Pagar los costos directos e indirectos que implique el cumplimiento del objeto contractual, tales como impuestos, retenciones, tasas, gastos de legalización, transporte, etc. En consecuencia, el precio ofertado se entiende incluye dichos costos. **2.11.** Garantizar el contrato, en los riesgos y vigencias establecidas en el mismo y efectuar las modificaciones necesarias dentro de la etapa de ejecución o liquidación. Así mismo, forman parte de las obligaciones, las contenidas en lo que respecta al alcance del objeto. **2.12.** Cumplir con lo establecido en el artículo 5 de la Ley 80 de 1993 (Derechos y Deberes de los Contratistas). **2.13.** Presentar los documentos y cumplir con los requisitos exigidos para la suscripción y ejecución del contrato. **2.14.** Garantizar la confidencialidad y privacidad de la información que por razón del presente contrato deba manejar. **2.15.** No acceder a peticiones, presiones o amenazas de quienes actúen por fuera de la ley que tengan por finalidad obligarlo a realizar u omitir algún acto o hecho. En tales eventos el CONTRATISTA deberá informar inmediatamente a la entidad CONTRATANTE y demás autoridades competentes sobre el acaecimiento de tales sucesos, en caso contrario el MUNICIPIO declarará la caducidad del contrato. **2.16.** Entregar la información que se genere con ocasión a la ejecución del contrato, en forma oportuna y dentro de los términos solicitados por el Supervisor para tal efecto. **2.17.** Responder por todos y cada uno de los documentos, implementación, dotación, suministros, inventarios y/o materiales que sean puestos a su disposición para la prestación del servicio objeto de éste contrato, por lo que los mismos quedarán a cargo del CONTRATISTA y éste responderá por ellos, autorizando que el valor del mismo sea descontado automáticamente de los honorarios pactados en caso de pérdida o extravío injustificado, de acuerdo con el deber de cuidado y diligencia inmerso en este contrato. **2.18.** Responder ante las autoridades por actos u omisiones en el ejercicio de sus actividades dentro del desarrollo del contrato, cuando con ellos se cause perjuicios a la administración o a terceros. **LAS OBLIGACIONES ESPECÍFICAS A DESARROLLAR POR PARTE DEL CONTRATISTA PARA EL PRESENTE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS SON LAS SIGUIENTES:**

1. Realizar visita casa a casa por los Barrios Bochalema y Las Palmas del municipio de San Andres, con el fin de realizar identificación y control de posibles criaderos del zancudo transmisor del Dengue y la Fiebre Amarilla, y realizar la acción educativa en la importancia de la recolección de inservibles. (TERRITORIO 4 MICROTERRITORIO 15).

2. Participar activamente de los comités: comité de vigilancia epidemiológica "COVE", comité de vigilancia epidemiológica comunitario "COVECOM", comité de participación comunitaria COPACO y demás Comités de importancia en Salud pública.

3. Desarrollar acciones educativas con énfasis en la prevención del Dengue, Fiebre Amarilla, Zika, Chagas, Chicunguya, Leishmaniasis. (TERRITORIO 4 MICROTERRITORIO 15).

4. Realizar una acción educativa con población perteneciente a los consorcios que ejecutan obras actualmente en el municipio, en la temática de prevención del dengue, fiebre amarilla, cuidado del agua y prevención de enfermedades por golpe de calor.

5. Desarrollar las acciones de investigación epidemiológica de campo en los eventos en salud pública que se presenten, como una parte integral de los protocolos que se deben aplicar desde la secretaria de salud municipal.

6. Desarrollar una actividad de recolección de inservibles en el área urbana, como una medida eficaz en la prevención del dengue y otras enfermedades trasmitidas por vectores.

7. Realizar actualización del Plan de contingencia para Dengue, y Fiebre Amarilla teniendo en cuenta el comportamiento actual de esta enfermedad en el municipio.

8. Adelantar un plan de medios para fortalecer recomendaciones para la exposición a altas temperaturas para evitar morbilidades y mortalidades ocasionadas por un golpe de calor, dirigido a la comunidad en general.

9. Hacer una jornada de sensibilización con una contextualización basada en el fenómeno del niño y sus efectos en la salud de todas las personas, con énfasis en el almacenamiento adecuado del agua, para evitar formación de criaderos de zancudos transmisores de enfermedad

10. Las demás que le sean asignadas por parte del supervisor y que guarden relación con el objeto contractual.

**CLÁUSULA 3: PRESENTACIÓN DE INFORMES:** En desarrollo de la cláusula 2 del presente contrato, el CONTRATISTA deberá presentar informes entregables, identificando los periodos correspondientes, en los que dé cuenta de las actuaciones realizadas, los cuales deben estar aprobados por el Supervisor. Lo anterior, sin perjuicio de otros informes que el Supervisor requiera y cuando lo considere conveniente. El MUNICIPIO evaluará periódicamente el desempeño del CONTRATISTA durante el desarrollo del objeto contractual, con arreglo a los criterios de evaluación que haya aprobado para el efecto. **CLÁUSULA 4: VALOR DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO:** Atendiendo el perfil requerido, las actividades a desarrollar y la responsabilidad de la labor que se le encomendará, es conveniente establecer la contraprestación para los servicios que preste en la suma total de **NUEVE MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS MONEDA CORRIENTE ($9.800.000),** pagaderos a razón de **DOS MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS MONEDA CORRIENTE ($2.800.000)** mensuales o fracción de mes, con corte a último día del mes, previa presentación de los informe(s) de ejecución del contrato, informe(s) del supervisor del contrato, suscripción de las respectivas actas de ejecución parciales y acta final, pago de estampillas, pago de los aportes correspondientes al sistema de seguridad social integral, los cuales deberán cumplir las previsiones

legales y factura y/o documento equivalente cuando aplique ante la Tesorería General del Municipio. El pago por los servicios prestados se realizará en la cuenta (de ahorro o corriente) suministrada por el contratista y de su titularidad. Para el último pago se requiere presentar acta de ejecución final, suscrita por el contratista y el supervisor del contrato, donde se deje constancia y verifique que las partes se encuentran a Paz y Salvo. **PARÁGRAFO PRIMERO:** Dentro el valor estipulado, está incluida la totalidad de los costos que demande su ejecución, utilidad del contratista, costos directos e indirectos relacionados con la prestación del servicio, costos administrativos y demás necesarios para el cumplimiento del objeto contractual, así como los gastos de traslado de un lugar a otro. **PARÁGRAFO SEGUNDO:** Todos los impuestos que surjan del presente contrato, están a cargo del CONTRATISTA y por lo tanto el MUNICIPIO efectuará las retenciones de ley a que haya lugar. **CLÁUSULA 5: DECLARACIONES DEL CONTRATISTA:** El contratista hace las siguientes declaraciones: **5.1.** Conoce y acepta los documentos del proceso. **5.2.** Tuvo la oportunidad de solicitar aclaraciones y modificaciones a los documentos del proceso y recibió del MUNICIPIO respuesta oportuna a cada una de sus solicitudes. **5.3.** Se encuentra debidamente facultado para suscribir el presente contrato. **5.4.** Al momento de la celebración del presente contrato, no se encuentra incurso en ninguna causal de inhabilidad o incompatibilidad. **5.5.** Está a paz y salvo con sus obligaciones laborales y frente al Sistema de Seguridad Social Integral. **5.6.** El valor del contrato incluye todos los gastos, costos, derechos, impuestos, tasas y demás contribuciones relacionadas con el cumplimiento del objeto del presente contrato. **5.7.** El CONTRATISTA manifiesta que los recursos que componen su patrimonio no provienen del lavado de activos, financiación del terrorismo, narcotráfico, captación ilegal de dineros y en general de cualquier actividad ilícita; de igual manera, manifiesta que los recursos recibidos en desarrollo de este contrato no serán destinados a ninguna de las actividades antes descritas. **CLÁUSULA 6: PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO:** El plazo de ejecución del presente contrato en el cual el CONTRATISTA cumplirá a satisfacción del MUNICIPIO las labores objeto del presente, será de **TRES (03) MESES Y QUINCE (15) DIAS**, contados a partir de la suscripción del acta de inicio del mismo. **CLÁUSULA 7: DERECHOS DEL CONTRATISTA:** Recibir la remuneración del contrato en los términos pactados en la cláusula cuarta del presente contrato. **CLÁUSULA 8: DERECHOS DEL CONTRATANTE: 8.1.** Hacer uso de la cláusula de imposición de multas, la cláusula penal o cualquier otro derecho consagrado al MUNICIPIO de manera legal o contractual. **8.2.** Hacer uso de las cláusulas excepcionales del contrato. **CLÁUSULA 9: OBLIGACIONES GENERALES MUNICIPIO:** El MUNICIPIO de San Andrés Santander, se obliga para con el CONTRATISTA en lo siguiente: **9.1.** Vigilar la debida y oportuna ejecución idónea del objeto del contrato, ejerciendo el respectivo control y el cumplimiento de todas las obligaciones contractuales a través del Supervisor designado por el MUNICIPIO, debiendo expedir el documento de cumplimiento a satisfacción. **9.2.** Suministrar los recursos y documentos, información e insumos a que haya lugar, que le permitan al CONTRATISTA ejecutar correcta y oportunamente el objeto contractual. **9.3.** Pagar el valor del contrato de acuerdo a los términos establecidos. **9.4.** Prestar la colaboración para el cumplimiento de las obligaciones del CONTRATISTA. **CLÁUSULA 10: RESPONSABILIDAD:** El CONTRATISTA es responsable por el cumplimiento del objeto establecido en las cláusulas 1 y 2 del presente contrato y será responsable por los daños que ocasione al MUNICIPIO en la ejecución del mismo. Ninguna de las partes será responsable frente a la otra y frente a terceros por daños especiales, imprevisibles o daños indirectos, derivados de fuerza mayor o caso fortuito de acuerdo con la ley. **CLÁUSULA 11: PROPIEDAD INTELECTUAL:** Si de la ejecución del presente contrato resultan estudios, investigaciones, descubrimientos, invenciones, información, mejoras y/o diseños, éstos pertenecen al MUNICIPIO de conformidad con lo establecido en el artículo 20 de la Ley 23 de 1982. Así mismo, el CONTRATISTA garantiza que los trabajos y los servicios prestados al MUNICIPIO por el objeto de este contrato, no infringen ni vulneran los derechos de propiedad intelectual o industrial o cualesquiera otros derechos legales o contractuales de terceros. **CLÁUSULA 12: CONFIDENCIALIDAD:** En caso de existir información sujeta a alguna reserva legal, las partes deben mantener la confidencialidad de esta información. Para ello, la parte interesada debe comunicar a la otra parte que la información suministrada tiene el carácter de confidencial. **CLÁUSULA 13: TERMINACIÓN, MODIFICACIÓN E INTERPRETACIÓN UNILATERAL DEL CONTRATO:** Este contrato se terminará: **13.1.** Por vencimiento del término fijado en el presente contrato para la ejecución del mismo. **13.2.** Por la ejecución total del objeto contratado. **13.3.** Por grave incumplimiento de las obligaciones del contratista. **13.4.** Por

imposibilidad física, jurídica o financiera para adelantar el objeto del contrato. **13.5.** Por mutuo acuerdo de las partes. **13.6.** Por lo establecido en las cláusulas excepcionales de: Interpretación Unilateral, Modificación Unilateral y Terminación Unilateral, conforme a lo expuesto en los artículos 15, 16 y 17 de la Ley 80 de 1993. **CLÁUSULA 14: CADUCIDAD:** El MUNICIPIO estará facultado para declarar la caducidad cuando exista un incumplimiento del contrato por parte del CONTRATISTA en la forma y de acuerdo con el procedimiento previsto en la ley. **CLÁUSULA 15: MULTAS:** Sin detrimento de lo establecido en la cláusula anterior, en el caso de incumplimiento parcial o total de las obligaciones del CONTRATISTA derivadas del presente contrato, el MUNICIPIO puede adelantar el procedimiento establecido en la ley e imponer multa que corresponde al valor de uno (1%) del valor total del contrato, por cada día de tardanza en el cumplimiento de la obligación, sin que para el efecto se requiera acto administrativo que así lo declare. El MUNICIPIO hará por lo menos un requerimiento por escrito sobre las causas que motivan el incumplimiento, para que el CONTRATISTA proceda a allanarse o dar las explicaciones pertinentes; si pasados quince (15) días el CONTRATISTA hace caso omiso de las observaciones presentadas, el MUNICIPIO impondrá una multa diaria durante el término del incumplimiento. El CONTRATISTA autoriza desde ya al MUNICIPIO para tomar directamente el saldo que se le adeude al valor que resulte de aplicar el porcentaje anteriormente estipulado. PARÁGRAFO: La mora o incumplimiento a que se refiere esta cláusula, se entienden referidos al incumplimiento de las obligaciones sustanciales relativas al objeto del contrato o de cualquier otra obligación de carácter formal. Es entendido y aceptado por las partes que el presente contrato presta mérito ejecutivo y que lo estipulado en esta cláusula constituye compromiso irrevocable de pago a favor del MUNICIPIO si se presenta cualquiera de las situaciones pactadas. **CLÁUSULA 16: PENAL PECUNIARIA:** En caso de declaratoria de caducidad o de incumplimiento total o parcial de las obligaciones del presente contrato, el CONTRATISTA debe pagar al MUNICIPIO una sanción pecuniaria a título de indemnización, equivalente al diez por ciento (10%) del valor total del contrato. El valor pactado en la presente cláusula penal es el de la estimación anticipada de perjuicios, no obstante, la presente cláusula no impide el cobro de todos los perjuicios adicionales que se causen sobre el citado valor, de conformidad con las reglas establecidas en el Código Civil, en caso contrario, se iniciarán las acciones judiciales pertinentes. **CLÁUSULA 17: GARANTÍAS Y MECANISMOS DE COBERTURA DEL RIESGO:** De conformidad con lo dispuesto en el artículo 2.2.1.2.1.4.5 de Decreto 1082 de 2015, el presente contrato no requiere constitución de Garantía Única de Cumplimiento. **CLÁUSULA 18: INDEPENDENCIA DEL CONTRATISTA:** El CONTRATISTA es una entidad independiente del MUNICIPIO, y, en consecuencia, el CONTRATISTA no es su representante, agente o mandatario, como tampoco tiene la facultad de hacer declaraciones, representaciones o compromisos en nombre del MUNICIPIO, ni tomar decisiones o iniciar acciones que generen obligaciones a su cargo. **CLÁUSULA 19: CESIONES:** El CONTRATISTA no puede ceder total ni parcialmente sus obligaciones o derechos derivados del presente contrato, sin la autorización previa, expresa y escrita del MUNICIPIO, por medio de su representante legal el señor Alcalde Municipal. En consecuencia, el CONTRATISTA se obliga a informar oportunamente al MUNICIPIO y solicitar su consentimiento. **CLÁUSULA 20: INDEMNIDAD:** El CONTRATISTA se obliga a: **20.1.** Indemnizar al MUNICIPIO con ocasión de la violación o el incumplimiento de las obligaciones previstas en el presente contrato. **20.2.** Mantener indemne al MUNICIPIO de cualquier daño o perjuicio originado en reclamaciones de terceros que tengan como causa sus actuaciones hasta el monto del daño o perjuicio causado y hasta por el valor del presente contrato. **20.3.** Mantener indemne al MUNICIPIO por cualquier obligación de carácter laboral o relacionado, que se origine en el incumplimiento de las obligaciones que el CONTRATISTA asume frente al personal, subordinados o terceros que se vinculen a la ejecución de las obligaciones derivadas del presente contrato. **CLÁUSULA 21: CASO FORTUITO Y FUERZA MAYOR:** Las partes quedan exoneradas de responsabilidad por el incumplimiento de cualquiera de las obligaciones o por la demora en la satisfacción de cualquiera de las prestaciones a su cargo derivadas del presente contrato, cuando el incumplimiento sea resultado o consecuencia de la ocurrencia de un evento de fuerza mayor y caso fortuito debidamente invocadas y constatadas de acuerdo con la ley y la jurisprudencia colombiana. **CLÁUSULA 22: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS:** Las controversias o diferencias que surjan entre el CONTRATISTA y el MUNICIPIO con ocasión de la firma, ejecución, interpretación, prórroga o terminación del contrato, así como cualquier otro asunto relacionado con el presente contrato, serán

sometidas a revisión de las partes para buscar un arreglo directo, en un término no mayor a cinco (5) días hábiles contados a partir de la fecha en que cualquiera de las partes comunique por escrito a la otra la existencia de una diferencia. Las controversias que no puedan ser resueltas de forma directa por las partes, se resolverán empleando la siguiente opción: Conciliación: Cuando la controversia no pueda arreglarse de manera directa, debe someterse a un procedimiento conciliatorio que se surtirá ante la Procuraduría General de la Nación – Judicial para Asuntos Administrativos, previa solicitud de conciliación elevada individual o conjuntamente por las partes. Si en el término previsto por la Ley 640 de 2001, Decreto 1716 de 2009, Decreto 1069 de 2015 y demás normas que reglamenten la materia, las partes no llegan a un acuerdo para resolver sus diferencias, deben acudir a la Jurisdicción Contencioso Administrativo. **CLÁUSULA 23: MODIFICACIONES:** El presente contrato podrá modificarse previo acuerdo de las partes, el cual deberá constar por escrito. **CLÁUSULA 24: INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES:** El CONTRATISTA declara bajo la gravedad de juramento que se entiende prestado con la firma de este contrato, que no se encuentra incurso en las causales de inhabilidad o incompatibilidad descritas en la Constitución Política de Colombia y en la ley. **CLÁUSULA 25: SUBCONTRATACIÓN:** El contratista no podrá subcontratar con persona jurídica o natural la ejecución parcial o total del objeto del presente contrato, salvo autorización previa del Municipio por escrito. **CLÁUSULA 26: AUSENCIA DE RELACIÓN LABORAL:** El CONTRATISTA goza de plena autonomía para el cumplimiento de las obligaciones contraídas mediante el presente contrato y obrará bajo su absoluta responsabilidad; por lo tanto, ESTE CONTRATO NO GENERA RELACIÓN LABORAL ENTRE EL CONTRATISTA CON EL MUNICIPIO DE SAN ANDRES ni entre éste y el personal que el contratista pueda vincular para la ejecución del contrato. **CLÁUSULA 27: SUPERVISIÓN:** La supervisión de la ejecución y cumplimiento de las obligaciones contraídas por el CONTRATISTA a favor del MUNICIPIO, estará a cargo de la SECRETARIA DE SALUD DEL MUNICIPIO SAN ANDRES o quien haga sus veces, quien vigilará que el CONTRATISTA cumpla estrictamente con todas las obligaciones contractuales. Para que proceda a realizarse el pago, será indispensable que el Supervisor expida certificación donde se establezca el cumplimiento de las obligaciones por parte del CONTRATISTA, entre otras: **27.1.** Certificar la ejecución del objeto contractual dentro de las condiciones exigidas. **27.2.** Informar al MUNICIPIO sobre el desarrollo del contrato. **27.3.** Elaborar oportunamente las actas de pago, acta de terminación o recibo final y de liquidación del contrato, así como firmar las mismas. **CLÁUSULA 28: VEEDURÍA CIUDADANA:** El CONTRATISTA se obliga a permitir la vigilancia de las Veedurías Ciudadanas de conformidad con lo dispuesto en la Ley 850 de 2003 y artículos 67, 68, 69 y 70 de la Ley 1757 de 2015, así como a suministrar a ésta la información y documentación que le soliciten en relación con el presente contrato y ejecución. **CLAUSULA 29: LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO:** Dentro de los cuatro (4) meses siguientes a la expiración de la duración del contrato, se realizará la liquidación del mismo, de conformidad con lo estipulado en el artículo 11 de la Ley 1150 de 2007 y el artículo 217 del Decreto 019 de 2012. **CLÁUSULA 30: ANEXOS DEL CONTRATO:** Hacen parte integrante de este contrato los siguientes documentos: **30.1.** Los Estudios previos. **30.2.** Documentos Precontractuales. **30.3.** Oferta presentada por el CONTRATISTA. **30.4.** Certificado de Disponibilidad Presupuestal. **30.5.** Las actas, acuerdos, informes y documentos precontractuales. **30.6.** Los demás documentos enunciados en la parte considerativa de este contrato, así como también los que se produzcan durante su ejecución. **CLÁUSULA 31: REGISTRO Y APROPIACIONES PRESUPUESTALES:** El MUNICIPIO pagará al CONTRATISTA el valor del presente contrato con cargo al Certificado de Disponibilidad Presupuestal Número 26-00648 expedido en fecha 9/septiembre/2026 por parte de la Tesorería Municipal del Municipio de San Andrés y con cargo al siguiente rubro presupuestal 2.3.2.02.02.009.19.05.12- SERVICIO DE ASISTENCIA TÉCNICA- R.B SGP-SALUD-SALUD PUBLICA. El presente contrato está sujeto a registro presupuestal y el pago de su valor a las apropiaciones presupuestales. **CLÁUSULA 32: CONTROL DE LA GESTIÓN CONTRACTUAL:** Este control se ejercerá conforme lo establece la Ley 80 de 1993 en sus artículos 62 a 67. **CLÁUSULA 33: PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN:** El presente contrato requiere para su perfeccionamiento de la firma de las partes y la expedición del registro presupuestal y certificado de afiliación a aportes al Sistema de Seguridad Social Integral (Salud, Pensión y ARL). **CLÁUSULA 34: NOTIFICACIONES:** Los avisos, solicitudes, comunicaciones y notificaciones que las partes deban hacer en desarrollo del presente contrato,

deben constar por escrito y se entenderán debidamente efectuadas solo si son entregadas personalmente o por correo electrónico a la persona y a las direcciones indicadas a continuación:

| MUNICIPIO | CONTRATISTA |
|---|---|
| Nombre: Municipio de San Andrés Santander.<br>NIT: 890.207.022-1<br>Representante Legal: Fredy Antonio Ramírez Ortiz<br>Dirección: Calle 6 N° 4 – 07 Palacio Municipal<br>Celular: 3183817743<br>E-mail: alcaldia@sanandres-santander.gov.co | Nombre: KAREN JULIETH GALVIS BUENO<br>Dirección: Cra 4 N° 4 - 69 San Andrés Santander<br>Celular: 3203981258<br>E-mail: karengalvis27.ihan@gmail.com |

**CLÁUSULA 35: LUGAR DE EJECUCIÓN Y DOMICILIO CONTRACTUAL:** Las actividades previstas en el presente contrato se deben desarrollar en las instalaciones Administrativas del Municipio de San Andrés y el domicilio contractual es el Municipio de San Andrés (Santander).

Para constancia de lo anterior, se firma en San Andrés (Santander), a los nueve (9) día del mes de Septiembre de dos mil veintiséis (2026) por las partes intervinientes.

**POR EL MUNICIPIO**

**FREDY ANTONIO RAMIREZ ORTIZ**
C.C.N. 13.874.026 de Bucaramanga
Alcalde Municipal de San Andrés (S/der).

**POR EL CONTRATISTA**

Karen Galvis B.
**KAREN JULIETH GALVIS BUENO**
C.C. 1.005.110.127 SAN ANDRÉS S/DER.

*Proyectó y revisó aspectos jurídicos: Viviana M. Cuadros Valbuena /Abg. Asesor Contratación*
*Proyectó y revisó aspectos técnicos: Denyse Yineth Jaimes Peña / Secretaria de Salud*
*Reviso aspectos financieros: Lenny Julieth Tarazona Delgado /Tesorera Municipal*

San Andrés, Santander, 9 de Septiembre de 2026.

Doctora.
**DENYSE YINETH JAIMES PEÑA**
Secretaria de Salud
E. S. D.

Apreciada Doc.

Me permito comunicarle que ha sido designado para realizar la vigilancia y control del Contrato de Prestación de Servicios Nº **CD - CPS - 086 DE SEPTIEMBRE 9 DE 2026 – CONSECUTIVO CONTRACTUAL 123 DE 2026**, celebrado con **KAREN JULIETH GALVIS BUENO,** identificada con la cedula de ciudadanía No 1.005.110.127 de San Andres (S/der), para ejecutar el siguiente objeto: **"PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL, PARA APOYAR LA EJECUCIÓN DE LAS ACCIONES DEL PROGRAMA DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES Y ZOONOSIS EN EL MUNICIPIO DE SAN ANDRÉS, SANTANDER".**

En consecuencia, le corresponde realizar las funciones a que se refiere la cláusula vigesimoséptima del citado contrato, y las demás que sean inherentes o se deriven de la labor de Supervisión de los contratos. En su condición de Supervisor no podrá exonerar al contratista de ninguna de sus obligaciones contractuales ni adoptar decisiones que entrañen la modificación o interpretación de cualquiera de las cláusulas del contrato. Toda orden, instrucción e indicación necesarias para el cabal cumplimiento del contrato debe darse por escrito, excepto en situaciones de urgencia, frente a las cuales, podrán darse verbalmente, ratificándolas por escrito en los tres (3) días hábiles siguientes.

Para el efecto señalado en esta comunicación, me permiso anexarle los siguientes documentos:

- ✓ Copia del Contrato de Prestación de Servicios Nº **CD - CPS - 086 DE SEPTIEMBRE 9 DE 2026 – CONSECUTIVO CONTRACTUAL 123 DE 2026.**
- ✓ Copia de la propuesta presentada por el contratista.
- ✓ Copias del Certificado de Disponibilidad Presupuestal y del Registro Presupuestal del contrato.

Atentamente,

**FREDY ANTONIO RAMIREZ ORTIZ**
Alcalde Municipal

## NOTIFICACIÓN PERSONAL

En la fecha se notificó el contenido de la Carta mediante la cual se hace la designación de la doctora **DENYSE YINETH JAIMES PEÑA,** Secretaria de Salud, como Supervisora del Contrato de Prestación de Servicios Nº **CD - CPS - 086 DE SEPTIEMBRE 9 DE 2026 – CONSECUTIVO CONTRACTUAL 123 DE 2026**, celebrado con **KAREN JULIETH GALVIS BUENO,** identificada con la cedula de ciudadanía No 1.005.110.127 de San Andres (S/der), para ejecutar el siguiente objeto: **"PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL, PARA APOYAR LA EJECUCIÓN DE LAS ACCIONES DEL PROGRAMA DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES Y ZOONOSIS EN EL MUNICIPIO DE SAN ANDRÉS, SANTANDER"**; quien ha impuesto firma como aparece.

San Andrés, Santander, 9 de Septiembre de 2026.

El Notificado,

**DENYSE YINETH JAIMES PEÑA**
Secretaria de Salud

Quien Notifica,

**FREDY ANTONIO RAMÍREZ ORTIZ**
Alcalde Municipal

*Revisó aspectos jurídicos: Viviana M. Cuadros Valbuena /Abg. Asesor contratación*

## SOLICITUD DE REGISTRO PRESUPUESTAL

**DE:** FREDY ANTONIO RAMÍREZ ORTIZ
Alcalde Municipal

**PARA:** LENNY JULIETH TARAZONA DELGADO
Tesorera Municipal

**FECHA:** 9 DE SPETIEMBRE DE 2026.

**ASUNTO:** Registro Presupuestal.

De manera formal me permito solicitar a su Despacho expedir el Registro Presupuestal para legalizar el siguiente contrato:

| | |
|---|---|
| **OBJETO:** | PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL, PARA APOYAR LA EJECUCIÓN DE LAS ACCIONES DEL PROGRAMA DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES Y ZOONOSIS EN EL MUNICIPIO DE SAN ANDRÉS, SANTANDER. |
| **NOMBRE CONTRATISTA:** | KAREN JULIETH GALVIS BUENO<br>C.C. 1.005.110.127 SAN ANDRÉS S/DER. |
| **MODALIDAD DE CONTRATACION** | CONTRATACION DIRECTA |
| **TIPO DE CONTRATO:** | PRESTACION DE SERVICIOS. |
| **CPD:** | 26 - 00648 |
| **RUT:** | 1.005.110.127 - 8 |
| **CODIGO CIIU ACTIVIDAD PRINCIPAL** | 1084 - 8692 |
| **DIRECCION:** | Cra 4 N° 4 - 69 San Andrés Santander<br>karengalvis27.ihan@gmail.com |
| **TELEFONO:** | 3203981258 |
| **POLIZA:** | NO SE EXIGE POLIZA |
| **NUMERO DEL CONTRATO:** | CD - CPS - 086 DE SEPTIEMBRE 9 DE 2026 – CONSECUTIVO CONTRACTUAL 123 DE 2026. |
| **FECHA SUSCRIPCION DEL CONTRATO:** | 9 DE SEPTIEMBRE DE 2026. |
| **FECHA DE INICIO:** | 10 DE SEPTIEMBRE DE 2026. |
| **PLAZO DE EJECUCION:** | TRES (03) MESES Y QUINCE (15) DIAS. |
| **VALOR TOTAL REGISTRO:** | NUEVE MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS MONEDA CORRIENTE ($9.800.000). |
| **FECHA DE TERMINACION:** | 24 DE DICIEMBRE DE 2026. |

Atentamente,

**FREDY ANTONIO RAMIREZ ORTIZ**
Alcalde Municipal