	DIRECCION DE SANIDAD NAVAL		
	PROCESO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO		
	LISTA DE CHEQUEO DOCUMENTOS PARA CONTRATACIÓN DE PERSONAL EN LA MODALIDAD PRESTACIÓN DE SERVICIOS		
	Versión: 9.0	**Fecha: 02/06/2026**	**Página**: 1 de 2

NOMBRE COMPLETO: Karen Lorena Dueñas Quintero

IDENTIFICACIÓN: 1030609719

OBJETO CONTRATO: Medico Otorrinolaringologa

N°	DOCUMENTO	VERIFICACION	OBSERVACION
1	Formato Requisición para contratos por prestación de servicios		
2	Formato de entrevista técnica (previamente diligenciado por el personal idóneo, con fecha, firma y observaciones positivas o negativas).		
3	Señal de Talento Humano para SAF remitiendo los documentos para el contrato e informando: -No hay personal de planta para cubrir la necesidad actual -Cumple con la idoneidad o experiencia requerida		
4	**Formato Único Hoja de Vida Persona Natural** - Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), actualizada e impresa desde el SIGEP (www.sigep.gov.co). Nota: Registrar las fechas de experiencia laboral soportadas en los certificados físicos anexos.	✓	
5	Fotocopia de Certificaciones de Experiencia Laboral acuerdo Tipo de labor (Resolución No. 1684 del 30 de diciembre de 2021 Dirección General de Sanidad Militar DIGSA.) Relacionadas en el SIGEP	✓	
6	**Formato Único de Declaración de Bienes y Rentas** – Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP)	✓	
7	Fotocopia legible Cédula de Ciudadanía (ambos lados)	✓	
8	**Certificado de Antecedentes Judiciales Policía Nacional** con fecha de expedición no superior a 90 días (www.antecedentes.policia.gov.co)	✓	
9	**Certificado de Consulta de inhabilidades delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años,** con fecha de expedición no superior a 90 días (www.inhabilidades.policia.gov.co). (Acuerdo Ley 1918 de 2018 el certificado aplica para el personal asistencial que realiza atención a menores de edad).	✓	
10	Consulta del Registro Nacional de Medidas Correctivas de la Policía Nacional (www.policia.gov.co – módulo" Consulta de Medidas Correctivas CNPC) Ley 1801-29 Julio/16. No superior a 90 días	✓	
11	**Certificado de Antecedentes Disciplinarios expedido por la Procuraduría General de la Nación,** con fecha de expedición no superior a 90 días (www.procuraduria.gov.co)	✓	
12	**Certificado del Boletín de Responsabilidad Fiscal** expedido por la Contraloría General de la República, con fecha de expedición no superior a 90 días (www.contraloria.gov.co)	✓	
13	**Certificado Registro de Deudores Alimentarios Morosos** – REDAM con fecha de expedición no superior a 90 días	P	
14	Fotocopia Diploma Bachiller y Acta de Grado (aplica para bachiller técnicos y tecnólogos).	✓	
15	Fotocopia Diploma y Acta de Estudios Técnicos y/o Tecnológicos. (Obligatorio para todos los aspirantes prestación de servicios técnicos y/o tecnológicos)		
16	Fotocopia Diploma y Acta de Grado Estudios Profesionales. (Obligatorio para todos los aspirantes prestación de servicios profesionales)	✓	
17	Fotocopia Diploma o Acta de Grado de Especialización. (Obligatorio para todos los aspirantes prestación servicios profesionales especializados)	✓	
18	Convalidaciones de títulos obtenidos en el exterior (Si Aplica)		
19	Fotocopia Tarjeta Profesional (acuerdo a las profesiones que aplique).	✓	
20	**Certificado de Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud (ReTHUS).** (Si Aplica, es de obligatorio cumplimiento que este registrada la formación académica, por la cual se va a contratar) ***Nota:*** *"Para el ejercicio de las profesiones y de las ocupaciones del área de la salud no se requieren registros, inscripciones, licencias, autorizaciones, tarjetas o cualquier otro requisito diferente al ReTHUS: Por lo anterior resulta improcedente exigir o realizar inscripciones departamentales diferentes a la del ReTHUS, que, como su nombre lo indica, es un registró único y nacional.*	✓	
21	Los técnicos y/o tecnólogos de la salud deberán aportar **Fotocopia de la Resolución o Acto Administrativo** expedido por la Secretaria de Salud donde se autorice el ejercicio de la aptitud ocupacional del área de la salud correspondiente. *(Aplica para el personal asistencial que no requiere ReTHUS).* ***Nota:*** *El talento humano en salud que debe inscribirse para el ReTHUS a nivel técnico y tecnológico en los siguientes programas: Auxiliar de administrativo en salud, Auxiliar de enfermería, Auxiliar en salud oral, Auxiliar en salud pública, Auxiliar en servicios farmacéuticos, Técnico profesional en atención pre-hospitalaria, Técnico profesional en citohistología, Tecnología en atención pre hospitalaria, Tecnología en citohistología, Tecnología en regencia de farmacia, Tecnología en manejo de fuentes abiertas de uso diagnóstico y terapéutico, Tecnología en radiodiagnóstico y radioterapia, Tecnología en radiología e imágenes diagnósticas y Tecnología en radioterapia.*		
22	**Fotocopia Certificado del Curso de Atención de Víctimas de Violencia Sexual Vigente** (Aplica para el personal asistencial).	✓	
23	**Fotocopia Certificado del Curso de Atención de Víctimas de Ataques con Agentes Químicos Vigente** (Aplica para el personal de traslado asistencial y servicio de urgencias, vigencia 02 años).		
24	**Fotocopia Certificado del Curso Diagnóstico y manejo clínico del dengue** (Aplica para el personal asistencial profesionales en Pediatría, Médicos Generales, Enfermeros y Bacteriólogos). Circular conjunta externa N° 013 de 30 mayo 2023 e Instrumento planes de mejora-curso OPS ETV-Zoonosis v1 16/06/2023 Secretaria de Salud		
25	**Fotocopia Certificado Capacitación Protección Radiológica Vigente (Resolución 482 de 2018)** Personal Médicos Radiólogos, Odontólogos, Técnicos de RX e Imágenes Diagnósticas, Auxiliares de Odontología.		
26	**Fotocopia Certificado de Entrenamiento en Soporte Vital Básico BLS Vigente**	✓	

	(Aplica para el personal de Médicos Generales, médicos especialistas según aplique, Enfermeras Profesionales, Auxiliares de Enfermería del servicio de urgencias, UCI y traslado asistencial básico. Vigencia 02 años.		
27	**Fotocopia Certificado de Entrenamiento en Soporte Vital Avanzado ACLS (mínimo 48 horas) Vigente** (Aplica para el personal Médicos Generales, Enfermería Profesional, Terapeutas respiratorias y Tecnólogo del servicio de traslado asistencial medicalizado y todo el personal del servicio urgencias). Vigencia 02 años.	✓	
28	**Fotocopia Certificado de Entrenamiento en Soporte Vital Avanzado en Trauma ATLS** (Aplica para el personal de especialidad como Cirujanos generales)		
29	**Fotocopia Certificado de Entrenamiento en Soporte Vital Avanzado Pediátrico (SAVP-PALS) (mínimo 48 horas) Vigente** (Aplica para el personal Médico manejo de pacientes pediátricos con urgencias respiratorias, choque y paro cardiorrespiratorio) Vigencia 02 años.		
30	**Fotocopia Certificado AIEPI Clínico Comunitario Vigente.** (Para el siguiente personal que realizará atención en salud infantil: Médicos – Enfermera Profesional - Auxiliar Enfermería en la atención de la Ruta Materno Perinatal y Atención momento curso de vida primera infancia).		
31	**Fotocopia Certificado Capacitación Primeros Auxilios Vigente (mínimo 40 horas).** (Aplica para personal Conductores de Ambulancias TAB y TAM en los ESM), vigencia 02 años.		
32	**Fotocopia Certificado Entrenamiento Específico en Unidad de Cuidado Intensivo (Vigencia 02 años). En caso de tener Diplomado no requiere actualización.** (Aplica para el personal de Médicos Generales, Enfermeras Profesionales, Terapeutas Respiratorios, Nutricionistas y Auxiliares de Enfermería, que realizan turnos en Unidad de Cuidado Intensivo).		
33	**Fotocopia Certificado de formación en el manejo de la gestión pre-transfusional vigente.** (Aplica para Bacteriólogo del Servicio Transfusión Sanguínea HONAC)		
34	**Fotocopia Certificado Capacitación Toma de Citología de Cuello Uterino vigente** (Aplica para el personal asistencial que realice toma de citologías Cuello Uterino)		
35	**Certificado formación manejo del dolor y cuidado paliativo vigente** (Aplica al personal asistencial del manejo del dolor y paliativos que no cuenta con la especialización), vigencia 02 años.		
36	**Certificado gestión del duelo vigente** (Aplica al personal asistencial que labora en atención del parto, cuidados intensivos adultos cuidados intermedio- neonatal- pediátrico HONAC) vigencia 02 años.		
37	**Fotocopia de certificado de formación en el Programa Ampliado de Inmunizaciones vigente** (Personal asistencial del servicio de vacunación).		
38	**Fotocopia certificado de formación para la atención y tratamiento en salud mental vigente** (Personal asistencial del servicio de hospitalización en salud mental HONAC).		
39	**Fotocopia del certificado o carnet de manipulación de alimentos, para el personal que labora en el área de cocina (Resolución 2674 de 2013 Ministerio de la Protección Social)**		
40	**Fotocopia del certificado de curso COVE- OVEM para conductores de vehículos de emergencia (ambulancia)** Vigencia 02 años.		
41	**Fotocopia certificada de formación** en Trabajo Seguro en alturas **Resolución 4272 de 2021 Ministerio del trabajo** Ningún trabajador podrá trabajar en alturas sin contar con la certificación respectiva que acredite las competencias laborales, del nivel para el cual fue certificado. Vigencia 18 meses.		
42	Certificación de Afiliación como independiente EPS con fecha de expedición no superior a 30 días.	✓	
43	Certificación de Afiliación como independiente a la Administradora de Pensiones, con fecha de expedición no superior a 90 días.	✓	
44	Copia del Carnet de Vacunación del aspirante (Verificación Esquema Vacunación acuerdo Tipo de Labor Personal avalado por el Área de Vacunación y SST acuerdo Procedimiento Requisitos de Vacunación acuerdo Labor Personal DIGSA. Verificación (www.PAI.web (A Nivel Nacional) –www.PAI2.0 (Bogotá D.C.)		
45	Exámenes Ocupacionales de Ingreso del aspirante acuerdo Tipo de Labor avalado por SST.	✓	
46	Fotocopia Registro Único Tributario (RUT) Persona Natural.	✓	
47	Fotocopia de Certificación Bancaria con fecha de expedición no superior a 90 días.	✓	
48	Verificación Estudio de seguridad (Concepto Favorable) Sin excepción para todo contratista. Directiva Permanente 2052 /MDN-COGFM-COARC-SECAR-JEMOP-JINAV-CCOIN-DEPOCI-DIVSEN-23.1 de fecha 30-08-2023 trata "Lineamientos generales y particulares para el desarrollo de actividades de Seguridad de Personal en la Armada Nacional.		

Nota: Los documentos que **NO** se requieran para el objeto a contratar, registrar **"No Aplica"** en la Columna de verificación.

S3 Rodriguez Jaramillo Jose	S1 Laura [illegible]
Grado y Nombre del funcionario STH que verifica documentos	**Grado y Nombre del Jefe de Sección Talento Humano o Jefe Personal DISAN/ESM**

Ciudad y fecha de verificación: Bogotá 07/10/2026.

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
Dueñas	Quintero	Karen Lorena

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1030609719

GENERO: F ⊗ M ○ NB ○

NACIONALIDAD: COL. ⊗ EXTRANJERO ○ PAÍS: COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 20 MES 03 AÑO 1992

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: BOGOTÁ. D.C.

MUNICIPIO: BOGOTÁ. D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 132A 19 43 Edifico Blue Phe

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: BOGOTÁ. D.C.

MUNICIPIO: BOGOTÁ. D.C.

TELÉFONO: 3123965727 EMAIL: karenlorenaduenasq@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	EDUCACION MEDIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2008

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).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
POSTGRADO	8	X		ESPECIALIZACION EN OTORRINOLARINGOLOGIA	03	2023	1030609719
PREGRADO	12	X		MEDICO	01	2016	1030609719

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)

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
CORPORACION TÉCNICA EMPRESARIAL PARA EL TRABAJO	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	40	X		ATENCIÓN A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	03	2023
MÉDERI HOSPITALIDAD Y CIENCIA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	8	X		DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO	12	2023
IDEAS MEDICAS AVANZADAS	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	45	X		CUIDADO DEL DONANTE	11	2024
IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	45	X		SOPORTE VITAL BASICO	08	2026
IDEAS MEDICAS AVANZADAS EN SALUD	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	70	X		SOPORTE CARDIOVASCULAR AVANZADO	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
INGLES		X			X			X	

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD EPS SANITAS			PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	25	Mes	07	Año	2023	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ESPECIALISTA EN OTORRINO	DEPENDENCIA OTORRINOLARINGOLOGIA					DIRECCIÓN CALLE 73A 76 66						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD DISPENSARIO MEDICO NIVEL II BOGOTA			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3123965727	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	05	*Mes*	02	*Año* 2025	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL ESPECIALISTA EN OTORRINO	*DEPENDENCIA* OTORRINOLARINGOLOGIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 58 9 57					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD DISPENSARIO MEDICO NIVEL II BOGOTA			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	22	*Mes*	02	*Año* 2024	*Día*	31	*Mes*	01	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL ESP OTORRINOLARINGOLOGIA	*DEPENDENCIA* OTORRINOLARINGOLOGIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 58 9 57					

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	3	10
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO X ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E 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 Bogotá 6 de noviembre 2026

Karen Lorena Dueñas Quintero

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Bogota 07/10/26

Ciudad y fecha

Jose Rodriguez

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	2026-10-07 12:12

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
KAREN	LORENA	DUEÑAS	QUINTERO

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1030609719

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	BOGOTÁ. D.C.	Municipio	BOGOTÁ. D.C.

Lugar de domicilio					
País	COLOMBIA	Departamento	BOGOTÁ. D.C.	Municipio	BOGOTÁ. D.C.

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	DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR 1

Lugar de sede					
País	COLOMBIA	Departamento	BOGOTÁ. D.C.	Municipio	BOGOTÁ. D.C.

Dirección	["CARRERA 10 N 27 51 Residencias Tequendama Torre Norte Oficina 204"]
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	$286.197.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$13.077.000,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$102.308.000,00
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$401.582.000,00

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	$10.000.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
ARRIENDO	$7.500.000,00

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 [X] No [ ]

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

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

Parentesco	Pariente	Tipo de documento de identidad	Documento de identidad	Descripción del potencial conflicto de interés
Madre	ELIZABETH QUINTERO CHINCHILLA	CEDULA DE CIUDADANIA	30208135	N/A

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:

Bogotá, D.C, 04 de noviembre del 2026

EL SUSCRITO JEFE DE DIVISIÓN ADMINISTRATIVA DEL DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ.

CERTIFICA

QUE, LA SEÑORA **KAREN LORENA DUEÑAS QUINTERO**, IDENTIFICADA CON **CC 1.030.609.719** DE BOGOTÁ D.C. HA CELEBRADO CON EL DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ LOS SIGUIENTES CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS RELACIONADO A CONTINUACIÓN:

NÚMERO	**036-ARC-DISAN-DMBOG-2024**
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO MÉDICO ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA DEL DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ CON TOTAL AUTONOMÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.
FECHA DE INICIO	22 DE FEBRERO DE 2024
PLAZO DE EJECUCIÓN	15 DE DICIEMBRE DE 2024
FECHA DE TERMINACIÓN	31 DE ENERO DE 2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	SESENTA Y CUATRO MILLONES SEISCIENTOS VEINTE PESOS MONEDA CORRIENTE ($ 64.620.000,00 M/CTE).
CALIDAD DE LA EJECUCIÓN	CUMPLIO.
ADICIONES/SUSPENSIONES	**ADICIÓN POR:** CINCO MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS MONEDA CORRIENTE ($ 5.850.000,00 M/CTE).
SANCIÓN DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO	NINGUNA.
NÚMERO	**059-ARC-DISAN-DMBOG-2025**
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO MÉDICO ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA DEL DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ CON TOTAL AUTONOMÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.
FECHA DE INICIO	05 DE FEBRERO DE 2025
PLAZO DE EJECUCIÓN	31 DE DICIEMBRE DE 2025
FECHA DE TERMINACIÓN	31 DE OCTUBRE DE 2026

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	NOVENTA MILLONES DE PESOS MONEDA CORRIENTE ($ 90.000.000,00 MCTE).

OBLIGACIONES

1. Realizar las actividades y procedimientos de carácter asistencial CONSULTA Y CIRUGIA y/o administrativos inherentes y derivados del desarrollo de la prestación de servicios como MÉDICO ESPECILIASTA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA para el DMBOG y sus satélites. **2.** Brindar apoyo y orientación en la consulta prioritaria cuando se requiera valoración por su especialidad y el correcto registro en la historia clínica de la misma. **3.** Velar por el cuidado y la respuesta terapéutica de los pacientes. **4.** Orientar a la Subdirección Asistencial sobre el manejo y las necesidades de los pacientes con patologías de su especialidad. **5.** Velar por el cuidado y custodia de las Historias Clínicas. **6.** Velar por el adecuado manejo de recursos institucionales sin perjudicar la atención de los usuarios. **7.** Realizar en forma oportuna y eficaz los Comités Técnico Científicos en forma adecuada y cumpliendo con las directrices de la institución en cuanto a la formulación de medicamentos. **8.** Realizar de forma profesional y puntual los conceptos médicos que le sean solicitados.

CALIDAD DE LA EJECUCIÓN	CUMPLIO.
ADICIONES/SUSPENSIONES	**ADICION POR:** VEINTISIETE MILLONES DE PESOS MONEDA CORRIENTE ($ 27.000.000,00 M/CTE)
SANCIÓN DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO	NINGUNA.

EXPEDIDA EN BOGOTÁ D.C. A LOS CUATRO (04) DIAS DEL MES DE NOVIEMBRE DE 2026.

ATENTAMENTE.

CF RICAURTE GARCIA GUSTAVO ADOLFO
JEFE DE LA DIVISIÓN ADMINISTRATIVA DEL DISPENSARIO MÉDICO NIVEL II BOGOTÁ.

Vo.Bo.: TF CERÓN RIVERA MARÍA JULIANA
Jefe De Contratos DMBOG

ELABORÓ: MA2[illegible] CH[illegible]DER ALBERTO
Ejecutivo De Contratos DMBOG

Clínica Colsanitas

A QUIEN PUEDA INTERESAR

DESARROLLO HUMANO

HACE CONSTAR

Que **KAREN LORENA DUEÑAS QUINTERO**, identificado con documento nacional identidad No.1030609719, labora en **CLINICA COLSANITAS S A** con Nit 800149384-6, desde el 25 de julio de 2023, con un contrato a **TERMINO INDEFINIDO** desempeñando el cargo de MEDICO ESPECIALISTA OTORRINOLARINGOLOGO.

La presente se expide a solicitud del interesado, en Bogotá D.C., 06 de Febrero de 2024.

MARIA DEL CARMEN JIMÉNEZ RODRIGUEZ
Vicepresidente Desarrollo Humano Keralty

Esta certificación es válida solo por 30 días a partir de su expedición, la verificación de estos datos, puede ser realizada en los teléfonos: Bogotá (1) 6466060 Ext.5700900;Cali (2) 6607000 Ext. 5723052 o 5723088; Barranquilla (4)3360650 Ext. 5751114 o 5751107; Medellín (5) 4449544 Ext. 5740022 o 5740070; Bucaramanga (7) 6851051 Ext. 5770007 o 57700012.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.030.609.719**

DUEÑAS QUINTERO

APELLIDOS

KAREN LORENA

NOMBRES



FIRMA

Scanned with CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **20-MAR-1992**

BARRANCABERMEJA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

02-JUN-2010 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00244238-F-1030609719-20100709 **0022**46733A 1 34983291

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Scanned with CamScanner

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES LEY 2455 / 2025 "LEY ÁNGEL"

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 07:57:31 AM horas del 06/10/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía N° **1030609719**
Apellidos y Nombres: **DUEÑAS QUINTERO KAREN LORENA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

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

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

Presidencia de la República Ministerio de Defensa Nacional Portal Único de Contratación GOV.CO

Todos los derechos reservados.

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 08:02:15 horas del 06/10/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1030609719,** Apellidos y Nombres **DUEÑAS QUINTERO KAREN LORENA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **armada nacional**, con NIT **900017447-8** 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

Policía Nacional de Colombia

(https://www.policia.gov.co/)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

[redacted]

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 06/10/2026 07:57:05 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1030609719** y Nombre: **KAREN LORENA DUEÑAS QUINTERO.**

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. **149035527** . 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

GOV.CO

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 304316005

PIB
08:04:21

Bogotá DC, 06 de octubre 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 LORENA DUEÑAS QUINTERO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1030609719:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 06 de octubre de 2026, a las 08:04:58, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1030609719
Código de Verificación	1030609719261006080458

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

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 1030609719 **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 07/10/2026 03:06 PM

Código Verificación: **8K71TBQNRC**

Válida hasta: **07/01/2027**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

La República de Colombia
y en su nombre, el

Colegio La Merced

"Construimos una cultura de Paz y Bien"

Bucaramanga, Santander

Con reconocimiento oficial, según Resolución No. 05359 del 10 de julio de 2001, expedida por la Secretaría de Educación del Departamento,

Confiere a:

Karen Lorena Dueñas Quintero

Identificada con T.I. No. 92032063677 de Bucaramanga, Santander

El Título de

Bachiller Académico

con énfasis en Matemáticas y Ciencias Naturales

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

Rectora

Secretaria

Anotado en el Registro Interno del Plantel,
Libro No. 1 Folio No. 102

Dado en Bucaramanga, a 6 de diciembre de 2008

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES

BOGOTÁ D.C.
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Consejo Superior y el Rector de la Universidad de los Andes
con las debidas autorizaciones legales y teniendo en cuenta que

Karen Lorena Dueñas Quintero

C. C. 1.030.609.719

ha cumplido con los requisitos académicos exigidos por la Universidad, le otorgan, con los derechos y obligaciones correspondientes, el diploma de

Médica

Diego Pizano Salazar
El Presidente del Consejo Superior

El Rector

El Decano de la Facultad

La Secretaria General

REGISTRADO
LIBRO 15 FOLIO 57

Bogotá D.C., 21 de enero de 2016
PJ. Resolución No. 28 del 23 de febrero de 1949 del Ministerio de Justicia

70847

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO

Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario - 1653

HOSPITAL UNIVERSITARIO MAYOR MÉDERI

POR CUANTO KAREN LORENA DUEÑAS QUINTERO CÉDULA DE CIUDADANÍA Nº 1030609719

HA CUMPLIDO CON TODOS LOS REQUISITOS EXIGIDOS POR ESTE COLEGIO MAYOR, CURSANDO Y APROBANDO EL CORRESPONDIENTE PROGRAMA ACADÉMICO, LE CONFIERE EL TÍTULO DE:

ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA

REGISTRADO BAJO EL Nº 76830 FOLIO 268 LIBRO 48 Y REFRENDADO POR LA SECRETARÍA GENERAL DEL COLEGIO MAYOR DE NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, D.C., REPÚBLICA DE COLOMBIA, A LOS CATORCE (14) DÍAS DEL MES DE MARZO DE DOS MIL VEINTITRÉS (2023).

El Rector

El Vicerrector

El Decano

El Secretario General

Real Cédula del 31 de diciembre de 1651 - Resolución 58 del 16 de septiembre de 1895

29003

Powered by CamScanner

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO

Personería Jurídica Res. 50 del 16 de Septiembre de 1895, expedida por el Ministerio de Gobierno

ESCUELA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD

Programa de ESPECIALIZACIÓN EN OTORRINOLARINGOLOGÍA

Acta Individual de Grado No. 21123 - 76830

En la ciudad de Bogotá, D.C., el día catorce (14) de marzo de dos mil veintitrés (2023) siendo las 9:00h, se llevó a cabo el acto de graduación por el cual el Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario confirió el título de:

ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA

a

KAREN LORENA DUEÑAS QUINTERO

Identificada con Cédula de Ciudadanía. No. 1030609719, quien cumplió con los requisitos académicos y reglamentarios y las normas legales y recibió el diploma No. 29003, registrado bajo el No. 76830 del libro No. 48 folio 268.

Esta acta se encuentra contenida en el Acta General de Grado No. 21123 firmada por:

GUSTAVO ADOLFO QUINTERO H.	DECANO
SANDRA CECILIA PULIDO SANCHEZ	SECRETARIA ACADÉMICA

Para constancia se firma en Bogotá D.C. República de Colombia, a los catorce (14) días del mes de marzo de dos mil veintitrés (2023).

GERMAN VILLEGAS GONZALEZ

Secretario General

Powered by CamScanner

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD DIGITAL

MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL

COLEGIO MÉDICO COLOMBIANO CMC

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

KAREN LORENA DUEÑAS QUINTERO
CC 1030609719



MÉDICO
Universidad De Los Andes
Bogotá, D.C.

GRADO: 21/01/2016
ReTHUS: 01/03/2016

ESPECIALISTA EN
OTORRINOLARINGOLOGIA

Esta tarjeta es un documento público que se expide de conformidad con la Ley 1164 del 2007, y el Decreto 4192 del 2010. Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla al Colegio Médico Colombiano, ubicado en la Carrera 7 # 69-17 (Bogotá D.C., Colombia).
parsercolegiomedicocolombiano.org

Stevenson Marulanda Plata
Representante Legal Colegio Médico Colombiano

QR DIGITAL

COLEGIO MÉDICO COLOMBIANO CMC

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *	Número de Identificación *	Primer Nombre	Primer Apellido
Cedula de Ciudadanía	1030609719		

Confirme los números de la Imagen *

5623

Cambiar

1252

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2026-10-06--7:44:57 AM

Tipo Identificación	Nro Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación	Detalle
CC	1030609719	KAREN	LORENA	DUEÑAS	QUINTERO	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) KAREN LORENA DUEÑAS QUINTERO identificado(a) con CC 1030609719 registra La siguiente información:

2026-10-06--7:44:57 AM

Información Académica

ESP	**Local**	**ESPECIALIZACION EN OTORRINOLARINGOLOGIA**	**2023-03-14**	**112168**	**COLEGIO MEDICO COLOMBIANO**
UNV	**Local**	**MEDICINA**	**2016-03-01**	**30546**	**COLEGIO MEDICO COLOMBIANO**

Datos SSO

Exonerado del SSO	**Local**	**COLOMBIA|NO APLICA|**	**1900-01-01**	**1900-01-01**	**Sin Modalidad**	**Medicina**	**COLEGIO MEDICO COLOMBIANO**
Exonerado del SSO	**No Aplica**	**COLOMBIA|AMAZONAS|EL ENCANTO**	**1900-01-01**	**1900-01-01**	**Sin Modalidad**	**Bacteriología**	**COLEGIO MEDICO COLOMBIANO**

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

CORPORACIÓN TÉCNICA EMPRESARIAL PARA EL TRABAJO

Resolución No. 004499 del 18 de Julio 2019 expedida por la Secretaría de Educación de Cundinamarca
Acuerdo ejecutivo No. 0231 del 18 de Junio de 2018 y Acuerdo No. 070 del 17 de Mayo de 2019 del Ministerio de la Protección Social

Certifica que:

DUEÑAS QUINTERO KAREN LORENA

Identificado(a) con D.I. No. 1.030.609.719

Asistió al curso de:

ATENCIÓN A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Dado en Bogotá D.C el día 17 de Marzo del 2023, con una duración de 40 horas

Dra. [illegible] Pereza Castillo
Directora General
R.M. 118651

Dr. Víctor Manuel Pereza Castillo
Abogado Instructor
T.P. 18553 del C.S.J

Dr. Víctor Manuel Pereza Castillo
Abogado Instructor
T.P. 18553 del C.S.J

Ing.: Leidy Andrea Cortes
Coordinadora Académica
Cud.: 25220-552693

Válido por 3 años, a partir de la fecha de expedición

IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

NIT 901.513.529-4

Certifica que:

KAREN LORENA DUEÑAS QUINTERO

IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 1.030.609.719

Asistió al Curso de:

SOPORTE CARDIOVASCULAR AVANZADO (ACLS)

Con una intensidad horaria de 70 Horas.

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE BOGOTA A LOS 26 DÍAS DEL MES DE AGOSTO DEL 2026.
VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE DOS AÑOS A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.

Carlos Andrés Losada Meñaca
GERENTE GENERAL

Dancy Sidney Monje Perez
REPRESENTANTE LEGAL

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.
DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL DECRETO 376 DEL 2022 ESTANDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD.
PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO, SOLICITAR AL CORREO ELECTRONICO ACADEMICO@IMAVSS.COM, ESCANEAR EL CÓDIGO QR O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN 321 405 9500

IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

NIT 901.513.529-4

Certifica que:

KAREN LORENA DUEÑAS QUINTERO

IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 1.030.609.719

Asistió al Curso de:

SOPORTE VITAL BÁSICO (BLS)

Con una intensidad horaria de 45 Horas.

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE BOGOTA A LOS 25 DÍAS DEL MES DE AGOSTO DEL 2026.
VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE DOS AÑOS A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.

Carlos Andrés Losada Meñaca
GERENTE GENERAL

Dancy Sidney Monje Perez
REPRESENTANTE LEGAL

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACION DE APTITUD OCUPACIONAL.
DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL DECRETO 376 DEL 2022 ESTANDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD.
PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO, SOLICITAR AL CORREO ELECTRONICO ACADEMICO@IMAVSS.COM, ESCANEAR EL CODIGO QR O COMUNICARSE A NUESTRA LINEA DE ATENCION 321 405 9500

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 Lorena Dueñas Quintero, identificado(a) con CC número 1030609719, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1030609719
NOMBRES Y APELLIDOS	Karen Lorena Dueñas Quintero
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	20/03/1992
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/01/2024
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
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	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/01/2024
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 1030609719 KAREN LORENA DUEÑAS QUINTERO Desde 01/07/2026 - Vigente N.I.T. 800149384 CLINICA COLSANITAS S A Desde 01/01/2024 - Vigente CEDULA DE CIUDADANIA 1030609719 KAREN LORENA DUEÑAS QUINTERO Desde 01/02/2026 Hasta 28/02/2026CEDULA DE CIUDADANIA 1030609719 KAREN LORENA DUEÑAS QUINTERO Desde 01/01/2026 Hasta 31/01/2026CEDULA DE CIUDADANIA 1030609719 KAREN LORENA DUEÑAS QUINTERO Desde 01/09/2025 Hasta 31/12/2025

Generado por interfaces

25/09/2026

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

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 Lorena Dueñas Quintero, identificado(a) con CC número 1030609719, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

Generado por interfaces 25/09/2026

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

Colfondos
del grupo HABITAT

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) KAREN LORENA DUEÑAS QUINTERO con identificación No. 1.030.609.719 se encuentra afiliado(a) a Pension Obligatoria desde el día 01 de junio del 2024

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 25 de septiembre del 2026.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.

C&R

Gerencia de cuentas y recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Institución vacunadora: 110018241481

Fecha de generación del camé: miércoles, 07 de octubre de 2026 02:36 p.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía
Número de identificación:	1030609719
Nombres y Apellidos	KAREN LORENA DUEÑAS QUINTERO
Fecha de nacimiento:	20/03/1992

Vacuna	Dosis	Fecha	Nombre comercial	Lote	Institución vacunadora
Anti - Rábica	Primer refuerzo				
	Segundo refuerzo				
	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Antirrábica profiláctica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Primer refuerzo				
	Segundo refuerzo				
	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
BCG	Única				
COVID - 19	Primera dosis	27/03/2021	Pfizer	EN1195	FUNDACION CARDIO INFANTIL INSTITUTO DE CARDIOLOGIA
	Refuerzo	20/12/2021	Moderna TX Inc	005H21A	INNOVAR SALUD SAS
DPT	Única				
DPT Acelular	Segunda dosis	30/12/2025	SANOFI PASTEUR	3CA50C1	FUNDACION SANTA FE DE BOGOTA
	Única	01/06/2024	SANOFI PASTEUR	C5926AB	FUNDACION SANTA FE DE BOGOTA
Fiebre amarilla	Primera dosis				
	Refuerzo				
Fiebre tifoidea	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A, Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Institución vacunadora: 110018241481

Fecha de generación del carné: miércoles, 07 de octubre de 2026 02:36 p.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía
Número de identificación:	1030609719
Nombres y Apellidos	KAREN LORENA DUEÑAS QUINTERO
Fecha de nacimiento:	20/03/1992

Hepatitis A, Hepatitis B	Tercera dosis				
Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Refuerzo				
Hepatitis B segundo esquema	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Refuerzo				
Influenza	Única	07/05/2026	INFLUVAC	N08	FUNDACION CARDIO INFANTIL INSTITUTO DE CARDIOLOGIA
Meningococo	Única				
Meningococo Conjugado	Única				
Meningococo Polisacárido	Primera dosis				
Neumo Conjugado	Única				
Neumo Polisacárido	Primera dosis				
	Refuerzo				
Neumococo	Primera dosis				
	Refuerzo				
Neumococo Conjugado	Única	11/04/2025	VAXNEUVANCE	Y011041	CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTA SERVICIO DE VACUNACION UNICENTRO
Sarampión y Rubéola	Primera dosis				
	Adicional				
Td	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Toxoide Tetánico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Primer refuerzo				
	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Institución vacunadora: 110018241481

Fecha de generación del carné: miércoles, 07 de octubre de 2026 02:36 p.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía
Número de identificación:	1030609719
Nombres y Apellidos	KAREN LORENA DUEÑAS QUINTERO
Fecha de nacimiento:	20/03/1992

Toxoide Tetánico	Quinta dosis				
	Refuerzo				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
Toxoide Tetánico Diftérico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Triple viral	Primera dosis				
	Refuerzo				
	Primera dosis				
Varicela	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Refuerzo				
Varicela + Triple Viral	Única				
Virus Sincitial Respiratorio	Única	30/12/2025	ABRYSVO	MH8217	FUNDACION SANTA FE DE BOGOTA
VPH Bivalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
VPH Nona Valente	Única				
	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Única				
VPH Tetravalente	Primera dosis	23/09/2021	Gardasil - MSD	T040248	INMUNOLOGIA Y DIAGNOSTICO ESPECIALIZADO

DIGSA		
	PROCESO	Talento Humano PROTH – Área Seguridad y Salud en el Trabajo ARSST.
	Formato	requisitos de vacunación personal con actividades netamente asistenciales DIGSA
	Código	MDN-COGFM-PROTH-DIGSA-FU.95.1-116
	Vigente	Agosto de 2023

INSTRUCCIONES DE DILIGENCIAMIENTO

Antes de diligenciar e imprimir este documento por favor lea con atención las siguientes instrucciones:
1. Lea con atención el comentario que se encuentra de color azul en cada casilla para su adecuado diligenciamiento.
2. Diligencie este formato de forma digital o manual con color negro.
3. No cambie el tipo ni tipo de letra (Arial, tamaño 10).
4. No cambie el orden del documento, no adicione, ajuste o elimine campos.
5. Si tiene dudas por favor comuníquese con el responsable del SG-SST en su Dirección de Sanidad.
6. Elimine del documento las instrucciones de color azul antes de imprimir. Imprima sólo si es necesario.

I. DATOS PERSONALES

Diligencie Apellidos, Nombres, Número de Documento, Edad, Profesión u ocupación, Número de contacto, correo electrónico y marque con una (X) en Mujer u Hombre de acuerdo al genero del aspirante.

Apellidos:	DUEÑAS QUINTRERO		**Nombres:**	KAREN LORENA	
N° de Documento:	1.030.609.719		**Edad:**	34 AÑOS	
Genero:	Mujer	X	Hombre		
Profesión u ocupación:	MEDICO OTORRINOLARINGOLOGA		**Número de contacto:**	312 396 5727	
Correo electrónico:	karendorenaduenas64@gmail.com				

II. DATOS LABORALES

Marque con un (X), en la casilla correspondiente, el centro de trabajo en donde el personal esta realizando el proceso de verificación del esquema de vacunación.

DIGSA		DISAN EJC		DISAN ARC	X	JEFSA FAC	

Establecimiento de Sanidad Militar: DISPENSARIO MEDICO NIVEL II BOGOTA

Cargo al que aspira: MEDICO OTORRINOLARINGOLOGA DMBOG

III. TIPO DE VINCULACIÓN

Marque con una (x), en la casilla correspondiente el tipo de vinculación que va a tener el aspirante con la institución.

Nombramiento en Planta DIGSA		Servicio Social Obligatorio (SSO)		Prestación de Servicio (OPS)	X

IV. DATOS CARNÉ DE VACUNACIÓN

Responda SI o NO las preguntas correspondientes al esquema de vacunación que presenta el aspirante.

PREGUNTA	SI	NO
¿Adjunta Carné de Vacunación?	X	
¿Validación contra el carné de vacunación?	X	

V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN ACTIVIDADES NETAMENTE ASISTENCIALES

Verifique con la copia del carné de vacunación si cumple con el esquema establecido, marcando con una X si cumple o no con cada dosis y diligencie la fecha de aplicación, y "No Aplica" según lo establecido en el Procedimiento requisitos de vacunación de acuerdo a labor personal DIGSA
Verifique si el esquema de vacunación presentado por el aspirante se encuentra en el Aplicativo PAI 2.0 Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y en el PAI Nacional del Ministerio de Salud y Protección Social, si el esquema de vacunación no se encuentra en ninguno de los dos aplicativos, describa la observación en el espacio establecida para esto.

VACUNA	GÉNERO	OBSERVACIÓN	DOSIS	CUMPLE SI / NO	FECHA DE APLICACIÓN / PENDIENTE
Hepatitis A	Hombre/Mujer	Ninguna	1ra	SI	5/12/2009
Hepatitis B	Hombre/Mujer	Ninguna	1ra	SI	2/07/1997
			2da	SI	21/08/1998
			3ra	SI	18/01/1999
			1 Refuerzo cada 15 años al terminar esquema	SI	12/04/2025
Toxoide Tetánico y Diftérico	Mujer	Este esquema de vacunación se requiere hasta los 49 años de edad.	1ra	SI	2/06/1992
			2da	SI	2/07/1992
			3ra	SI	2/08/1992
			4ta	SI	30/03/1994
			5ta	SI	1/06/2024
			1 Refuerzo cada 10 años al terminar esquema		
	Hombre		1ra		
			2da		
			3ra		
			1 Refuerzo cada 10 años al terminar esquema		
Influenza Estacional	Hombre/Mujer	Si la contratación se realiza antes del mes de mayo se debe solicitar la vacuna del año anterior. Si la contratación se realiza posterior al mes de mayo se debe solicitar la vacuna del año vigente La única justificación para la NO aplicación es la no disponibilidad en el país.	1ra	SI	7/10/2026
Fiebre amarilla	Hombre/Mujer	Solo se debe solicitar al personal que desarrolle actividades en zonas inferiores a 2.000 m sobre el nivel del mar. Solo se debe solicitar a menores de 60 años, sin antecedentes de enfermedades que afectan el sistema inmunológico.	1ra	SI	25/06/1993
Varicela	Hombre/Mujer	Solo se debe solicitar a menores de 60 años sin antecedente de vacunación o de haber tenido la enfermedad, y sin antecedentes de enfermedades que afecten el sistema inmunológico.	1ra	TITULOS	14/12/2018
Triple Viral (TV) (sarampión, rubeola y parotiditis)	Hombre/Mujer	Solo se debe solicitar a menores de 60 años, para todo el país y sin antecedente de enfermedades que afecten el sistema inmunológico. No es válida la bivalente (sarampión y rubeola)	TV (SRP) 1 dosis con cepa Jeryl Lynn adultos.	SI	19/02/2003
DPTA - Difteria - Tétano - Tosferina a celular	Hombre/Mujer	** si certifica esta vacuna, se puede homologar por una (1) sola dosis de Td - Toxoide Tetánico y Diftérico, pero no lo contrario.	1ra	SI	1/08/2024
			1 Refuerzo cada 10 años al terminar esquema		
Neumococo	Hombre/Mujer	Ninguna	1ra	SI	11/04/2025
		Se deberá solicitar al personal que fue vacunado con vacuna polisacárida	1 Refuerzo cada 5 años al terminar esquema		

V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN ACTIVIDADES NETAMENTE ASISTENCIALES

Verifique con la copia del carné de vacunación si cumple con el esquema establecido, marcando con una X si cumple o no con cada dosis y diligencie la fecha de aplicación; y "No Aplica" según lo establecido en el Procedimiento requisitos de vacunación de acuerdo a labor personal DIGSA.
Verifique si el esquema de vacunación presentado por el aspirante se encuentra en el Aplicativo PAI 2.0 Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y en el PAI Nacional del Ministerio de Salud y Protección Social, si el esquema de vacunación no se encuentra en ninguno de las dos aplicativos, describa la observación en el espacio establecido para esto.

NOTA: Es importante informar al aspirante que si dentro de su esquema no cuenta con dos o tres vacunas de este grupo: Fiebre Amarilla, Varicela y/o Triple Viral, estas deben ser administradas simultáneamente, lo anterior teniendo en cuenta que si no se sigue esta recomendación se interfiere en su respuesta inmunitaria.

OBSERVACIONES:

VI. FIRMA DE COMPROMISO

Marque con una (X) SI el aspirante firma el Formato de compromiso requisitos de vacunación DIGSA, cumpliendo con lo establecido en el *Procedimiento requisitos de vacunación de acuerdo a labor personal DIGSA.*

SI		NO	X	

VII. APROBACIÓN

Marque con una (X) SI aprueba o NO el esquema de vacunación presentado por el aspirante.

SI	X	NO		

NOTA: Teniendo del principio de la buena fe, lo certificado en el carné de vacunas presentado por el aspirante, se asume como un hecho cierto y veraz; la rendición de información no comprobable mediante evidencia, se configura como falsedad en documento público, hecho que puede ser objeto de sanciones disciplinarias.

ARMADA NACIONAL DIRECCIÓN CENTRO MEDICA NAVAL

H. Cardenas b.

Firma Jefe de Vacunación del centro de trabajo

Mai Becerra Gomez SST (E)

Firma Responsable del área de SST de la DIGSA/DISAN/JEFSA

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Como aspirante a contrato o nombramiento certifico que he leído, entiendo y acepto los términos, condiciones y la información suministrada por la Dirección General de Sanidad Militar.

Karen Dueñas.

Firma del aspirante

SALUD OCUPACIONAL SANITAS SAS
No. Identificación 830015429
Dirección: TV 60 115 58 TORRE B PISO 3
Telefono: 6466060
Email: saludocupacionalsanitas@colsanitas.com

Colsanitas
Salud Ocupacional

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Información General

Fecha impresión:	BOGOTA D.C. - 2026/09/28	Nro Ingreso:	202609280219199
Paciente:	KAREN LORENA DUEÑAS QUINTERO	CC:	1030609719
Edad:	34 años	Nombre Cliente:	CLÍNICA COLSANITAS S.A.
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	Periódico
Cargo:	MEDICO ESPECIALISTA OTORRINOLARINGOLOGO	Convenio:	CLÍNICA COLSANITAS S.A. - PERIÓDICOS PUNTUALES ADMINISTRATIVOS 2026
Fecha Atención:	2026-09-28 09:29:10		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
OPTOMETRIA			
AUDIOLOGICOS			

Certificación de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN PERIODICO:	SIN LIMITACIONES O RESTRICCIONES PARA LA LABOR
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	APTO PARA EL CARGO. EXAMEN OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL REQUERIDOS. AUTOCUIDADO, PROPENDER POR LA REALIZACION DE ACTOS SEGUROS. HIGIENE POSTURAL.PAUSAS ACTIVAS. CAMPOS VISUALES SIN ALTERACIONES, NO RESTRICCION VISUAL EXAMEN AUDIOLOGICOS SIN ALTERACIONES – FUNCIÓN AUDITIVA BILATERAL NORMAL HABITOS DE VIDA SALUDABLE, ALIMENTACION BALANCEADA, ACTIVIDAD FISICA MODERADA USO DE CORRECCION OPTICA INDICADA. CUMPLIR LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS DEL PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD DE LA EMPRESA REALIZAR CONTROL MEDICO DE SALUD OCUPACIONAL ANUAL O, ACORDE AL PROFESIOGRAMA DE LA EMPRESA.
ÉNFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO

Recomendaciones Generales

Examen Periodico Ocupacional	Realizacion Pruebas Complementarias	Continuar Manejo Medico
Pausas Activas	Uso de E.P.I.	
Higiene Postural	Remitir a EPS	

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de SALUD OCUPACIONAL SANITAS SAS. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Profesional Ocupacional: BARON SANTIESTEBAN ANGELICA MARIA

Paciente: KAREN LORENA DUEÑAS QUINTERO Registro M.D: 25 365-2000

Angélica M. Barón Santiesteban
Medico Especialista - S.O. C.M.C
R.M. 52274979
Lic. 25-4723 de 24/08/2015

Identificacion: CC. - 1030609719

V°B°: SST DIMBO (C)
Mai Becerra Camila

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

Cruz Roja Colombiana

Seccional Cundinamarca y Bogotá. D.C.

S.A.M.U.

Teléfono: 746 0909 Ext. 400 y 405 Bogotá

www.cruzrojabogota.org.co

238245

CARNET DE VACUNACIÓN NACIONAL

NOMBRE: Karen Lorena Dueñas Quintero

FECHA DE NACIMIENTO: 20-03-92. SEXO: F

TELÉFONO: CC 1.030.609.719

Sv004

Scanned with CamScanner

VACUNAS		FECHA	FIRMA
POLIO	1a. Dosis		
	2a. Dosis		
	3a. Dosis		
	Refuerzo		
	Refuerzo		
D.P.T.	1a. Dosis		Adacet
	2a. Dosis		[illegible]
	3a. Dosis		[illegible]
	Refuerzo		Validos 10 años.
	Refuerzo		Sandra M.
9 m̂	Sarampión		
TRIVIRAL	Paperas		
	Rubeola		
	Sarampión		
	Refuerzo		
HAEMOPHILUS INFLUENZAE	1a. Dosis		
	2a. Dosis		
	3a. Dosis		
	Refuerzo		
ANTI HEPATITIS "B"	1a. Dosis		
	2a. Dosis		
	3a. Dosis		
	Refuerzo		

09 NOV 2018

CRUZ ROJA COLOMBIANA VACUNACIÓN UNICENTRO

VACUNAS		FECHA	FIRMA
T.D.	1a. Dosis		
	2a. Dosis		
	Refuerzo		
TETANO	1a. Dosis		
	2a. Dosis		
	Refuerzo		
FIEBRE AMARILLA LOTE No. (Válida por 10 Años)			
FIEBRE TIFOIDEA			
NEUMOCOCO CONJUGADO	1a		
	2a		
	3a		
	4a		
NEUMO. POLISACARIDO	1a		
	Refuerzo		
HEPATITIS "A"	1a		
	2a		
VARICELA	1a		
	2a		
INFLUENZA (GRIPE)	1a		
	2a		
	3a		

09 NOV 2018

CRUZ ROJA COLOMBIANA VACUNACIÓN UNICENTRO

Scanned with CamScanner

Fundación
Santa Fe de Bogotá

Servicio de Vacunación
Fundación Santa Fe de Bogotá
Certificado de vacunación del Adulto

Nombre: Karen Lorena

Apellidos: Ramos Quiroz

Documento de identidad: CC X TI ☐ PA ☐ CE ☐

No. 1030607719

Fecha de Nacimiento:

Día 20 Mes 03 Año 1992

Scanned with CamScanner

Biológico	Dosis	Fecha	Laboratorio	Lote	IPS Vacunadora	Fecha próxima cita	Nombre Vacunador
Sarampión-Rubeola Paperas (SRP)	1a						
Varicela	1a						
	2a						
Herpes Zoster	1a						
	2a						
Fiebre Amarilla	Única						
Fiebre Tifoidea	Única						
Toxoide Tetánico Diftérico (TD)	1a						
	2a						
	3a						
	4a						
	5a						
TDAP acelular	1a	3-12-25	Acelular 3CASOCI	127		Tetanular 15 ms	
Meningococo ACWY	Única						
Meningococo B	1a						
	2a						
Neumococo 13	Única						
Neumococo 15	Única						
Neumococo 23	Única						

Scanned with CamScanner

Biológico	Dosis	Fecha	Laboratorio	Lote	IPS Vacunadora	Fecha próxima cita	Nombre Vacunador
VPH	1a						
	2a						
	3a						
Hepatitis B	1a						
	2a						
	3a						
Hepatitis A	1a						
	2a						
Hepatitis A + B	1a						
	2a						
	3a						
Influenza	Anual						
	Anual						
	Anual						
	Anual						
Dengue	1a						
	2a						
Vacunas Adicionales							
Virus Snake	única	30-12-25					

Scanned with CamScanner

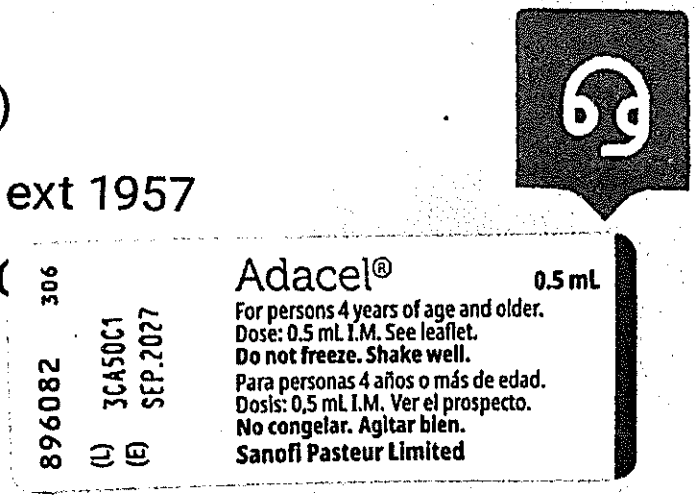
☐ **Punto de vacunación:**

(Edificio Ambulatorio· 5 Piso)

☎ 60-1 6030303 Opción 3 - ext 1957

324 4821332 - 310 57932(

313 4103582



☐ **Servicio de vacunación en tú domicilio:**

☎ 60-1 6030303 - ext 5941-5942-5943

320 8783534 - 312 4577619 - 3124577619

servicios.programa@fsfb.org.co

www.fundacionsantafedebogota.com

Scanned with CamScanner

Cruz Roja Colombiana

Seccional Cundinamarca y Bogotá

Servicio de Vacunación

Teléfono: (601) 746 09 09 ext. 670 y 405 Bogotá

www.cruzrojabogota.org.co

Nº 43934

CARNET DE VACUNACIÓN NACIONAL

Nombre: Karen Lorena Dueñas Quintero

Documento de identificación: 1030609709

Fecha de nacimiento: 20.03.1992 Sexo: F

Teléfono: _____

Scanned with CamScanner

Vacunas		Fecha	Lote	Firma
HEPATITIS A	1 dosis			
	2 dosis			
HEPATITIS B	1 dosis			
	2 dosis			
	3 dosis			
	Refuerzo 1			
HEPATITIS A + B	1 dosis			
	2 dosis			
	3 dosis			
TOXOIDE TETÁNICO	1 dosis			
	2 dosis			
	3 dosis			
	Refuerzo 1			
VPH NONAVALENTE	1 dosis			
	2 dosis			
	3 dosis			
DPT ACELULAR	1 dosis			
	Refuerzo			
INFLUENZA	1 dosis			
	2 dosis			
	3 dosis			

FUNDACIÓN CARDIOINFANTIL

SERVICIO DE VACUNACIÓN

Scanned with CamScanner

Vacunas		Fecha		Firma
FIEBRE AMARILLA	única			
15 NEUMOCOCO CONJUGADO única	1 dosis			
	2 dosis			
	3 dosis			
	4 dosis	7 ABR 2026		
NEUMOCOCO POLISACÁRIDO	1 dosis			
	Refuerzo 1			
MENINGOCOCO	1 dosis			
	2 dosis			
	3 dosis			
	Refuerzo 1			
ANTIRRÁBICA	1 dosis			
	2 dosis			
	3 dosis			
FIEBRE TIFOIDEA	1 dosis			
	Refuerzo 1			
HERPES ZOSTER	1 dosis			
	2 dosis			

OBSERVACIONES ESPECIALES

INFLUVAC TETRA
TEMPORADA 2026
Uso subcutáneo profundo/intramuscular
Suspensión inyectable
Dosis: 1 x 0,5 mL
Abbott Biologicals B.V.
Reg. San. Invima 2020MB-0000008 Abbott

1142919

Lote: N08
Fab.: 02 2026
Vence: 01 2027

MAR-2026
Y011041
FEB-2026

7011525/00-1
4329
AGITAR VIGOROSAMENTE ANTES DE USAR
Reg. San. INVIMA 2023MB-0000090
MSD INTERNATIONAL GMBH T/A MSD Ireland
Carlow, Irlanda.
Fabricado por:
Vía de administración: Intramuscular.
Proteger de la luz.
Almacenar en refrigeración a una temperatura entre 2°C y 8°C. No congelar.
Suspensión para inyección intramuscular
VAXNEUVANCE® MSD
Vacuna Neumocócica conjugada 15-valente
Jeringa Prellenada de 0,5 ml

Scanned with CamScanner

VACUNAS		FECHA	FIRMA
POLIO	1a. Dosis		
	2a. Dosis		
	3a. Dosis		
	Refuerzo		
	Refuerzo		
D.P.T.	1a. Dosis	2018	Adoc
	2a. Dosis		
	3a. Dosis		
	Refuerzo		
	Refuerzo		
9 M	Sarampión		
TRIVIRAL	Paperas		
	Rubeola		
	Sarampión		
	Refuerzo		
HAEMOPHILUS INFLUENZAE	1a. Dosis		
	2a. Dosis		
	3a. Dosis		
	Refuerzo		
ANTI HEPATITIS "B"	1a. Dosis		
	2a. Dosis		
	3a. Dosis		
	Refuerzo		

VACUNAS		FECHA	FIRMA
T.D.	1a. Dosis		
	2a. Dosis		
	Refuerzo		
TETANO	1a. Dosis		
	2a. Dosis		
	Refuerzo		
FIEBRE AMARILLA LOTE No. (Valida por 10 Años)			
FIEBRE TIFOIDEA			
NEUMOCOCO CONJUGADO	1a		
	2a		
	3a		
	4a		
VIRAL MULTIDOSIS	1a		
	Refuerzo		
HEPATITIS "A"	1a		
	2a		
VARICELA	1a		
	2a		
INFLUENZA (GRIPE)	1a	19 NOV 2018	
	2a		
	3a		

Scanned with CamScanner

Cruz Roja Colombiana

Seccional Cundinamarca y Bogotá. D.C.

S.A.M.U.

Teléfono: 746 0909 Ext. 400 y 405 Bogotá

www.cruzrojabogota.org.co

238245

CARNET DE VACUNACIÓN NACIONAL

NOMBRE: Karen Lorena Dueñas Quintero

FECHA DE NACIMIENTO: 20-03-92. SEXO: F

TELÉFONO: CC 1.030.609.719

Sv004

Scanned with CamScanner

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	27 Mar 2021	PFIZER	EN 7795	FCL	Katerin Pinzon.	1020 806377
	2	25 Abril 2021	PFIZER	ER 4994	Caidarte Tu Salud.	Yolaines Villamil	1047 480514
	20	DIC 2021	MODERNA	005 H21A	Innovar Salud contigo en casa	Brighitti Alejandra Quevedo Velasquez CC 1022998509 Aux. Enfermeria	

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: Karen Lorena

Apellidos: Dueñas Quintero

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte PEP otro cuál:

No. 1030609779

Fecha de nacimiento: Día 20 Mes 03 Año 1992

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 852e93cb-3b4f-4642-97f8-ae0584c730ce

Nombres y apellidos / Full name: KAREN LORENA DUEÑAS QUINTERO

Tipo de identificación / ID Type: CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number: 1 0 3 0 6 0 9 7 1 9

Fecha de nacimiento / Date of birth: 20/03/1992

País nacimiento / Country of birth: COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number: 3123965727

Correo electrónico / e-mail: karenlorenaduenasq@gmail.com

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
		Día / Day	Mes / Month	Año / Year				
COVID PFIZER	Primera	27	03	2021	PFIZER	EN1195	FUNDACION CARDIOINFANTIL INSTITUTO DE CARDIOLOGIA	INGRITH JOHANA PARROQUIANO VARGAS
COVID PFIZER	Segunda	25	04	2021	PFIZER	ER9449	CENTRO DE EXCELENCIA EN REHABILITACIÓN Y MEDICINA DEL TRABAJO	KAREN GISELL GONZALEZ NUÑEZ
COVID MODERNA	Primer Refuerzo	20	12	2021	Moderna Biotech	005H21A	BOGOTÁ - INNOVAR SALUD SAS	ALEJANDRA QUEVEDO VELASQUEZ
Virus Sincitial Respiratorio	Única	30	12	2025	ABRYSVO	MH8217	FUNDACION SANTA FE DE BOGOTA	TATIANA CAROLINA LOPEZ MARQUEZ

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

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

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

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

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

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

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

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

méderi

RESULTADOS DE LABORATORIO CLINICO

SEDE : HOSPITAL UNIVERSITARIO MAYOR

No INGRESO: 899039

Paciente: KAREN LORENA DUEÑAS QUINTERO

Edad: 31 Años

Género: Femenino

Medico: Medico Hospital Universitario Mayor

Fecha Hora Ingreso: 2018-12-14 06:54

Servicio: CONSULTA EXTERNA

No ORDEN: 2018121402462

Historia: 1030609719

Teléfono: 4441234-0

Fecha de impresion:

Cama:

Examen			Intervalo Biológico de Referencia
INMUNOLOGIA			
VARICELA ZOSTER ANTICUERPOS IG G SEMI O AUTOMATIZADO			
Resultado:	1449.0 mUI/ml	*	0.0 - 149.0 Negativo: Menor de 150 mUI/ml Positivo: Igual o mayor de 150 mUI/ml
METODO: QUIMIOLUMINISCENCIA (CLIA)			
Bacteriólogo: LYGNA MARGARETH YAHIN CUBIDES GUTIERREZ. Tp: 52972592			
REMISIONES			
HEPATITIS B Ac S ANTI HBS SEMI O AUTOMATIZADO			
Resultado:	4.38 UI/L		No Reactivo: Menor de 9.99 UI/L. Reactivo: Mayor o Igual a 10.0 UI/L.
METODO: ELECTROQUIMIOLUMINISCENCIA			
Bacteriólogo: JANNETH MILENA CORDERO BLANCO. Tp: 1024509208			

Orden: 2018121402462

El Paciente se obliga a entregar estos resultados a su médico tratante y este debe verificar que los anteriores fueron la totalidad de los exámenes solicitados por él y cubiertos por el plan de beneficios al que se encuentra afiliado el paciente.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 141131915856

(415)7707212489984(8020) 000014113191585 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 3 0 6 0 9 7 1 9	2	Impuestos y Aduanas de Bucaramanga 4	

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 3 0 6 0 9 7 1 9

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
DUEÑAS	QUINTERO	KAREN	LORENA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Bucaramanga 0 0 1

41. Dirección principal
CL 106 26 A 05 ED TORRE PICASSO TO 2 AP 1101 BRR PROVENZA

42. Correo electrónico karenlorenaduenasq@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 2 3 9 6 5 7 2 7	

CLASIFICACIÓN

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

Usuarios aduaneros										Exportadores					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código												57. Modo			
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20			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 2024-09-28 / 04:59:49AM

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

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA, D.C., **25/09/2026**
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,
A quien interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor KAREN DUENAS QUINTERO** con **Cédula de Ciudadanía** número **1030609719**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550006301321789**
Fecha de apertura	**12/07/2023**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO

FORMULARIO No.7

FORMATO DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO DE CUENTA SIIF II E INFORMACIÓN TRIBUTARIA

FORMATO ANEXO No. E - BENEFICIARIO CUENTA

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL República de Colombia Libertad y Orden	FORMATO Anexo No. 1 Datos Básicos Creación Beneficiario Cuenta SIIF Nación	Página 1 de 1 Código : 47 - PFMDNSGDF - F022 - 01 Vigente a partir de: 08 JUL 2014

CIUDAD Bogotá FECHA 26 de octubre 2026

Me permito certificar la siguiente información con el fin de ser incluida en el Sistema Integrado de Información Financiera - SIIF-Nación.

I. DOCUMENTOS A ADJUNTAR

PERSONA JURIDICA NACIONAL O EXTRANJERA
- Fotocopia Cédula de Ciudadanía
- Fotocopia del Certificado de Cámara de Comercio
- Fotocopia Registro Unico Tributario (RUT)

CONSORCIO O UNION TEMPORAL
Aplica para los participantes y representantes legales del Consorcio o Unión Temporal.
- Fotocopia Cédula de Ciudadanía
- Fotocopia del Certificado de Cámara de Comercio
- Fotocopia Registro Unico Tributario (RUT)
- Documento de constitución del Consorcio o Unión Temporal

PERSONA NATURAL NACIONAL O EXTRANJERA
- Fotocopia Cédula de Ciudadanía
- Fotocopia Registro Unico Tributario (RUT) (si es contratista).
- Fotocopia de la cédula de extranjería, licencia u otro documento que aporte el extranjero.

Nota: La fotocopia de la cédula de ciudadanía no puede ser reemplazada por otro documento.

Los terceros naturales nacionales o extranjeros, jurídicos nacionales o extranjeros o consorcios y uniones temporales, deben solicitar a la entidad financiera que la certificación bancaria sea con el número de identificación que aparece registrado en el RUT. Así mismo, que el original de la certificación bancaria indique que la cuenta está activa, vigente y que su expedición no sea mayor a 30 días.

II. INFORMACION BASICA — Espacio para ser diligenciado por la U.E. Código Interno Número:

DATOS PERSONA NATURAL NACIONAL O EXTRANJERA

NOMBRE O RAZON SOCIAL: Karen Lorena Dueñas Quintero

Tipo documento de identificación:		
Cédula de Ciudadanía:	X	No. 1030609719
Cédula de Extranjería:		No.
Nit Persona Jurídica:		No.
Nit Persona Natural:		No.
Pasaporte:		No.
Registro Civil:		No.
Tarjeta de Identidad:		No.
Otro Tipo Documento:		No. Cuál:

III. INFORMACION PARTICIPANTES

CONSORCIOS Y/O UNIONES TEMPORALES

OBJETO UNION DE LOS PARTICIPANTES-CONSORCIOS Y/O UNIONES TEMPORALES

PORCENTAJE DE PARTICIPACION:

NUMERO DE IDENTIFICACION DE LOS PARTICIPANTES:

IV. DATOS INFORMACION GENERAL

TIPO DE ORGANIZACIÓN EMPRESARIAL

Sociedad Anónima		Cooperativa		Empresa Ind. Y Cial del Estado	
Sociedad Colectiva		Empresa Unipersonal		Asociaciones Mutualistas	
Sociedad Comandita por Acciones		Empresa Comunitaria		Fondos de Empleados	
Sociedad Comandita Simple		Empresa de Servicio		Instituto de Economía Solidaria	
Sociedad de Economía Mixta		Entidad Pública		Precooperativa	
Sociedad de Hecho		Empresa Solidaria de Salud			
Sociedad Limitada		Entidad sin Animo de Lucro			
Sociedad Sucursal Extranjera		Federación o Confederación			
Sociedad Simplificada por Acciones (SAS)		Cooperativa de trabajo asociado			

TIPO DE CAPITAL	PRIVADO		ENTIDAD EN PROCESO LIQUIDATORIO	SI
	PUBLICO			NO
	MIXTO			
PORCENTAJE DE CAPITAL MIXTO	PUBLICO	%		
	PRIVADO	%		
	TOTAL	%		

V. INFORMACION TRIBUTARIA

TIPO RESPONSABILIDAD TRIBUTARIA

ICA	X	IMPUESTO TIMBRE	
RENTA		RETENCION EN LA FUENTE ICA	
RETENCION EN LA FUENTE RENTA	X	GRAN CONTRIBUYENTE	
IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS IVA		RETENCION EN LA FUENTE IVA	
REGIMEN TRIBUTARIO ESPECIAL			
INFORMACION EXOGENA		NO CONTRIBUYENTE	
REGIMEN COMUN		PROFESIONAL INDEPENDIENTE	
REGIMEN ORDINARIO	X	NO RESPONSABLE	
ENTIDAD DEL ESTADO		RESPONSABLE	
AUTORRETENEDOR	SI	NO	

VI. UBICACIÓN

TIPO DE DIRECCION		DOMICILIO CIVIL	
DIRECCION PROCESAL		DOMICILIO FISCAL	
DOMICILIO CONTRACTUAL		RESIDENCIA	X

Dirección	~~Calle 132a #19-43~~	Teléfono	3123965727
E-mail	~~Karenlorenaduenasq@gmail.com~~	Fax	
País	Colombia	Región	
Ciudad	Bogotá		
Localización	Nacional	Extranjera	
Página Web		Contacto	
Designación del contacto		E-mail del contacto	
Apartado Aéreo			

VII. REPRESENTANTE LEGAL

TIPO DE REPRESENTANTE LEGAL

Espacio para ser diligenciado por la U.E, Código Interno **Número:**

Revisor Fiscal		Tutores y Curadores por los incapaces	
Albaceas		Mandatarios o Apoderados Generales	
Representante legal de Personas Jurídicas		Padres por su hijos menores	
Donatorios o Asignatarios		Nombre Representante Legal:	
Otros		Tipo doc. Identificación	
		No. Doc. Identificación	

VIII. DATOS DE LA ENTIDAD FINANCIERA

Espacio para ser diligenciado por la U.E, Código Interno **Número:**

Entidad Financiera	Davivienda	Número de Cuenta	006301321789
Tipo de la cuenta bancaria	Corriente	Ahorro	X

Karen Lorena Dueñas Quintero

NOMBRE Y FIRMA DEL TERCERO (PROVEEDOR)

NOTA 1: El único formato válido para la creación de terceros en el sistema SIIF-Nación es el presente.

NOTA 2: La información aquí consignada no debe tener borrones, tachones o enmendaduras. El incumplimiento de los requisitos antes exigidos será causal de rechazo.

NOTA 3: Certifico que la información aquí consignada es légitima y me responsabilizo de la misma para efectos legales.

	ARMADA NACIONAL DIRECCIÓN SANIDAD NAVAL	
	GESTIÓN CONTRACTUAL	
	COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN	
	Versión: 1.0	**Fecha: 20/02/2015**

El(los) suscrito(s) a saber Karen Lorena Dueñas Quintero___, domiciliado en Bogotá___, identificado(s) con CC. 1030609719_____ de Bogotá _____respectivamente, quien(es) obra en calidad de PERSONA NATURAL ____X_ o JURIDICA ____ (marque con X) , que en adelante se denominará EL PROPONENTE, manifiesta(n) su voluntad de asumir, de manera unilateral, el presente COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

PRIMERO: Que EL MINISTERIO DE DEFENSA-DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR – DIRECCION DE SANIDAD NAVAL, adelanta un proceso de contratación para (escriba el objeto) especialista en otorrinolaringología _____, en forma independiente y con total autonomía técnica, administrativa y financiera, con sus propios medios, todo ello de acuerdo con las obligaciones contenidas en el estudio previo y en la solicitud de oferta.

SEGUNDO: Que es interés de EL PROPONENTE apoyar la acción del Estado colombiano, y del MINISTERIO DE DEFENSA para fortalecer la transparencia en los procesos de contratación, y la responsabilidad de rendir cuentas;

TERCERO: Que siendo del interés de EL PROPONENTE participar en el proceso de contratación directa aludido en el considerando primero precedente, se encuentra dispuesto a suministrar la información propia que resulte necesaria para aportar transparencia al proceso, y en tal sentido suscribe el presente compromiso unilateral anticorrupción, que se regirá por las siguientes cláusulas:

CLAUSULA PRIMERA. COMPROMISOS ASUMIDOS.

EL PROPONENTE, mediante suscripción del presente documento, asume los siguientes compromisos:

1.1. EL PROPONENTE no ofrecerá ni dará sobornos ni ninguna otra forma de halago a ningún funcionario público en relación con su propuesta, con el proceso de contratación, ni con la ejecución del contrato que pueda celebrarse como resultado de su propuesta,

1.2. EL PROPONENTE se compromete a no permitir que nadie, bien sea empleado de la compañía o un agente comisionista independiente, o un asesor o consultor lo haga en su nombre;

1.3. EL PROPONENTE se compromete formalmente a impartir instrucciones a todos sus empleados, agentes y asesores, y a cualesquiera otros representantes suyos, exigiéndoles el cumplimiento en todo momento de las leyes de la República de Colombia, especialmente de aquellas que rigen el presente proceso de contratación directa y la relación contractual que podría derivarse de ella, y les impondrá las obligaciones de:

a) No ofrecer o pagar sobornos o cualquier halago a los funcionarios del MINISTERIO, ni a cualquier otro servidor público o privado que pueda influir en la adjudicación de la propuesta, bien sea directa o indirectamente, ni a terceras personas que, por su influencia sobre funcionarios públicos, puedan influir sobre la aceptación de la propuesta;

b) No ofrecer pagos o halagos a los funcionarios del MINISTERIO DE DEFENSA durante el desarrollo del contrato que se suscriba si llegase a ser aceptada su propuesta.

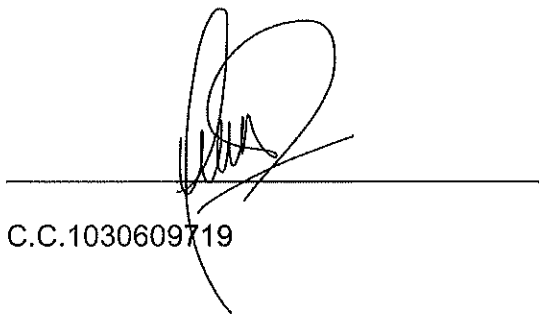
1.4. EL PROPONENTE se compromete formalmente a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto o como efecto la colusión en el presente proceso de contratación directa.

1.5. EL PROPONENTE se compromete a que en caso que se le adjudique el contrato, no buscara financiación ni utilizará recursos estatales en negocios de captación o recaudo no autorizado de recursos del público en forma masiva.

CLAUSULA SEGUNDA. CONSECUENCIAS DEL INCUMPLIMIENTO

EL PROPONENTE asume a través de la suscripción del presente compromiso, las consecuencias previstas en EL REGLAMENTO del proceso de contratación, si se verificare el incumplimiento de los compromisos anticorrupción.

En constancia de lo anterior, y como manifestación de la aceptación de los compromisos unilaterales incorporados en el presente documento, se firma el mismo en la ciudad de Bogotá___ a los 26 días del mes de octubre del año 2026



C.C.1030609719

|COMPROMISO ANTISOBORNO

El **Ministerio de Defensa Nacional–Dirección General de Sanidad Militar–Dirección de Sanidad Armada Nacional- Dispensario médico Bogotá,** ha declarado el compromiso institucional de cero tolerancias con el soborno y la corrupción, adoptando prácticas e impulsando campañas y mecanismos que permitan prevenir y detectar potenciales situaciones de soborno o conductas irregulares en el accionar de los contratistas de la entidad, mediante el desarrollo de actividades, planes y programas en el marco de los valores y la integridad aplicadas en el Código de Integridad de la entidad.

Por lo anterior, se suscribe el siguiente compromiso antisoborno:

Yo, Karen Lorena Dueñas Quintero mayor de edad, identificado (a) con la cédula de ciudadanía No 1030609719 ,expedida en Bogotá en mi calidad de **OFERENTE Y/O PROVEEDOR**, contrato Especialista otorrinolaringología Representante legal_ Empresa Karen Lorena Dueñas Quintero_NIT:1030609719 Contrato MDN De manera voluntaria y libre de coacción, coerción, amenaza, dádiva y/o promesa remuneratoria, directa o indirecta, mediante la suscripción de este documento a título de aporte unilateral a favor del **Ministerio de Defensa Nacional–Dirección General de Sanidad Militar – Dirección de Sanidad Armada Nacional- Dispensario médico Bogotá**, en cumplimiento del compromiso de lucha contra la corrupción, declaro que asumo los siguientes compromisos:

1) Manifiesto públicamente que conozco el alcance y el contenido de la Política, objetivo y alcance del Sistema de Gestión de Antisoborno del Ministerio de Defensa Nacional, y como consecuencia de ello me comprometo a tomar una actitud de cero tolerancias ante el soborno y la corrupción.

2) Rechazar, NO aceptar y/o solicitar, NO ofrecer, NO prometer y NO entregar para sí o para otro, dadivas, regalos, bonificaciones, comisiones y/o promesa remuneratoria, directa o indirectamente; tanto en el Ministerio como fuera de él, a cambio de obtener beneficios ilegales en la ejecución de las obligaciones contractuales.

3) Rechazar y NO aceptar ningún tipo de fiestas, recepciones, homenajes, o cualquier tipo de atención social de servidores del Ministerio de Defensa Nacional, interventores, consultores o contratistas de la entidad o de personas con interés en los diferentes momentos del contrato que me fue adjudicado.

4) Prevenir el soborno por, o en nombre de, o en beneficio de quien suscribe en relación con la operación correspondiente, proyecto, actividad o relación.

5) Fomentar y aplicar mecanismos, instrumentos y/o controles al interior de la empresa que represento y/ o en nombre propio para la prevención de prácticas de conductas asociadas al soborno, el fraude o la corrupción.

6) Fomentar el reporte de las conductas o hechos que puedan llegar a configurar prácticas de soborno, corrupción o fraude con fundamento en la buena fe o en una sospecha razonable.

7) Promover acciones encaminadas a la formación e inducción de mis empleados y socios de negocios en la aplicación de la Sistema de gestión de Antisoborno basados en los requerimientos de la Norma ISO 37001 y la normativa aprobada por el Ministerio de Defensa Nacional que tienen la finalidad de combatir el soborno y la corrupción en las relaciones inherentes a mi cargo, entre ellos el Código de Ética e Integridad.

8) Garantizar la confidencialidad de los datos de quien reporte hechos de corrupción soborno o fraude en la entidad.

9) Proteger la identidad de los informantes y de las personas que participan en la denuncia.

10) Proteger a mis empleados, socios de negocio y partes interesadas, ante cualquier represalia, como consecuencia de denuncias por prácticas que puedan constituir soborno.

11) Aceptar que la violación de Política del Sistema de Gestión Antisoborno del Ministerio de Defensa Nacional dará lugar al inicio de investigaciones por parte de la Oficina de Control Interno Disciplinario del Ministerio de Defensa Nacional o al traslado de las denuncias correspondientes a las demás autoridades competentes, con la finalidad de establecer la responsabilidad administrativa, fiscal, disciplinaria, civil a que haya lugar, así mismo se da a conocer los canales dispuestos por el MDN.

- Correo electrónico: lineadelhonor@mindefensa.gov.co - antisoborno@mindefensa.gov.co
- Línea telefónica: Línea del honor -antisoborno PBX: 3150111 ext. 40135
- Buzones físicos en punto de atención presencial.
- APP: Mindefensa.
- Sede electrónica: ttps://wasedeelectronicapro.azurewebsites.net/mindefensa.html?#/home

12) Que, conociendo los mecanismos dispuestos de denuncia planteados en la política de Antisoborno del Ministerio de Defensa, recibir y dar traslado oportuno de las denuncias.

13) Respetar los valores representados en el Código de Integridad del Ministerio.

14) Colaborar de buena fe en cualquier investigación llevada a cabo por el Ministerio de Defensa Nacional y sus representantes, en caso de que se produzca algún incumplimiento de estos compromisos.

15) Aceptar que el MDN puede poner fin a la relación contractual en caso comprobado de soborno por parte de, o en nombre de, o en beneficio de quien suscribe, en relación con la transacción correspondiente, proyecto, actividad o relación. Hago constar que soy consciente de la responsabilidad que implica la suscripción de este acuerdo.

Dado en la ciudad de Bogotá D.C., a los (27_) días del mes de Octubre del año 2026 con la firma de este documento, doy prueba de que conozco y me comprometo para aplicar la Política Antisoborno del Ministerio de Defensa Nacional.

FIRMA
C.C.1030609719

	ARMADA NACIONAL **DIRECCIÓN SANIDAD NAVAL**	
	GESTIÓN CONTRACTUAL	
	COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y POLÍTICAS DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN	
	Versión: 1.0	**Fecha: 01/01/2013**

YO Karen Lorena Dueñas Quintero Identificado(a) con cédula de ciudadanía No.1030609719, mediante el presente anexo declaro que según la información entregada por la **ARMADA NACIONAL /DIRECCION DE SANIDAD NAVAL (DISAN)** me comprometo como Contratista a Conocer, entender y cumplir con las políticas de seguridad y normatividad que trate la materia, así mismo tengo claro que toda información institucional que sea manipulada, transformada, generada o creada, en las instalaciones de la **ARMADA NACIONAL / DIRECCION DE SANIDAD NAVAL (DISAN)** o la que se maneje fuera de ella, son de propiedad exclusiva de la **ARMADA NACIONAL / DIRECCION DE SANIDAD NAVAL (DISAN),** por lo tanto es de mi total saber y entender que no podré utilizar, ni siquiera después de finalizar mi actividad contractual dicha información. Solo será utilizada la documentación, única y exclusivamente para los fines para los que fue entregada; además me comprometo a conservarla con la debida seguridad e impedir su deterioro, pérdida, alteración, uso no autorizado o fraudulento y cumplir con las instrucciones que imparta la DISAN.

Como parte receptora de dicha información me comprometo a:

a) Adoptar las medidas de seguridad que sean necesarias para garantizar la confidencialidad de la información y evitar su adulteración, pérdida, tratamiento o acceso no autorizado.
b) Respetar los derechos de propiedad y la reserva de toda la información y datos confidenciales que sean propiedad de la **ARMADA NACIONAL / DIRECCION DE SANIDAD NAVAL (DISAN).**
c) No divulgar a otras personas la información a la que tenga acceso, estructuras de la red, direcciones y demás datos sensibles que puedan ser utilizados para acceder a la información o a la red de la **ARMADA NACIONAL / DIRECCION DE SANIDAD NAVAL (DISAN).**

Por último es claro para mí, que si incumplo el compromiso de confidencialidad de la información y las políticas de seguridad establecidas en este documento, será declarado el incumplimiento del contrato de prestación de servicios y por ende se dará la terminación del mismo por parte de la **ARMADA NACIONAL / DIRECCION DE SANIDAD NAVAL (DISAN);** adicionalmente se hará posible la aplicación de las sanciones civiles, penales y todas aquellas que legalmente correspondan especialmente las señaladas en la Ley Estatutaria 1266 del 31 de Diciembre de 2008 y demás normas que rijan la materia.

Atentamente,

Karen Lorena Dueñas Quintero
C.C.1030609719

CONTRATISTA