

Toluviejo – Sucre, Febrero de 2025

Señores

**ESE SAN JOSE DE TOLUVIEJO**

L. C.

Cordial saludo.

Como Auxiliar de Enfermería, con una cuidada preparación académica he leído con sumo interés su oferta de empleo para cubrir un puesto como AUXILIAR DE ENFERMERÍA.

Mi experiencia se ajusta a los requisitos, que solicitan para trabajar en la ESE San José de Toluviejo. En concreto, tras mi experiencia, estoy segura que podría aportar valor a su organización con experiencia como auxiliar de enfermería.

Por otro lado, mi trayectoria profesional ha afianzado toda una serie de habilidades como la capacidad de observación y el carácter resolutivo. Así mismo, destacaría mi experiencia en las siguientes tareas:

- ✓ Alinear las acciones de cuidado en salud y consolidación del PICP dirigido a la persona, familia y comunidad.
- ✓ Aportar a la actualización del análisis de la situación de salud, a la caracterización personal, familiar y comunitaria de la población asignada y a la identificación, clasificación y actualización del riesgo en salud.
- ✓ Programar acciones de trabajo colaborativo, capacitación y seguimiento a la gestión del equipo.
- ✓ Implementar atenciones en el PICP para la atención integral de las comunidades y el mantenimiento de la salud individual, según las intervenciones individuales y colectivas, en coherencia con el ASIS, la caracterización poblacional y planes del territorio.
- ✓ Programar y agendar las acciones sectoriales e intersectoriales del Equipo, para la promoción y mantenimiento de la salud, la identificación y clasificación del riesgo en salud y la prevención, atención, rehabilitación, paliación de la enfermedad y muerte digna, según competencias transversales y específicas del Talento Humano que integra el Equipo. En esta primera fase los EBS se centran en las acciones del PIC.

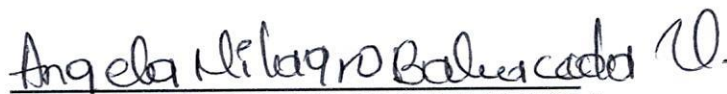
Lugar: ESE San José de Toluviejo

Contrato:

Valor:

- Adjunto mi curriculum, en el que puede comprobar detalles adicionales sobre mi experiencia y logros profesionales. Espero poder cumplir con sus objetivos señalados en su invitación.

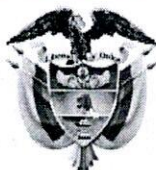
Atentamente,



**ANGELA MILAGRO BALMACEDA URZOLA**

**C.C No. 23.221.811 de Toluviejo**

**Celular: 3022913636**



Libertad y Orden

# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

|                                                                                                                                                       |                                                                          |                                                                                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PRIMER APELLIDO<br><b>BALMaceda</b>                                                                                                                   | SEGUNDO APELLIDO ( O DE CASADA )<br><b>URZOLA</b>                        | NOMBRES<br><b>ANGELA MILAGRO</b>                                                                                                                                                              |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C <input checked="" type="checkbox"/> C.E <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> No. <b>232218111</b> | SEXO<br>F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> | NACIONALIDAD<br>COL. <input checked="" type="checkbox"/> EXTRANJERO <input type="checkbox"/> PAÍS                                                                                             |
| LIBRETA MILITAR<br>PRIMERA CLASE <input type="checkbox"/> SEGUNDA CLASE <input type="checkbox"/> NÚMERO D.M                                           |                                                                          |                                                                                                                                                                                               |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO<br>FECHA PAÍS DÍA <b>1,2</b> MES <b>0,9</b> AÑO <b>1,9,8,2</b><br>DEPTO <b>SUCRE</b><br>MUNICIPIO <b>TOLUVIEJO</b>        |                                                                          | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA<br><b>Calle Guayacan</b><br>PAÍS <b>COLOMBIA</b> DEPTO <b>SUCRE</b><br>MUNICIPIO <b>TOLUVIEJO</b> luisguzman9210@hotmail.com<br>TELÉFONO <b>3022913636</b> EMAIL |

## 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: BACHILLER ACADEMICO |  |
|------------------|-----|-----|-----|-----|------------|-----|-----|-----|-------|----------------|--------------------------------------|--|
| PRIMARIA         |     |     |     |     | SECUNDARIA |     |     |     | MEDIA | FECHA DE GRADO |                                      |  |
| 1o.              | 2o. | 3o. | 4o. | 5o. | 6o.        | 7o. | 8o. | 9o. | 10    | X              | MES <b>1,2</b> AÑO <b>2,0,0,0</b>    |  |

### EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

| MODALIDAD ACADÉMICA | No. SEMESTRES APROBADOS | GRADUADO |    | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS<br>O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN |      |  |  | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---------------------|-------------------------|----------|----|---------------------------------------------|-------------|------|--|--|----------------------------|
|                     |                         | SI       | NO |                                             | MES         | AÑO  |  |  |                            |
| TC                  | IV                      | X        |    | AUXILIAR DE ENFERMERIA                      | 04          | 2004 |  |  | 1792                       |
|                     |                         |          |    |                                             |             |      |  |  |                            |
|                     |                         |          |    |                                             |             |      |  |  |                            |
|                     |                         |          |    |                                             |             |      |  |  |                            |
|                     |                         |          |    |                                             |             |      |  |  |                            |

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

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

# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

| RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL. |                                                                                                |                                                                                               |          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE                                                                                      |                                                                                                |                                                                                               |          |
| EMPRESA O ENTIDAD                                                                                                     | PÚBLICA                                                                                        | PRIVADA                                                                                       | PAÍS     |
| DEPARTAMENTO                                                                                                          | MUNICIPIO                                                                                      | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                                                                    |          |
| TELÉFONOS                                                                                                             | FECHA DE INGRESO<br>DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> | FECHA DE RETIRO<br>DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> |          |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL                                                                                               | DEPENDENCIA                                                                                    | DIRECCIÓN                                                                                     |          |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                                                            |                                                                                                |                                                                                               |          |
| EMPRESA O ENTIDAD                                                                                                     | PÚBLICA                                                                                        | PRIVADA                                                                                       | PAÍS     |
| ESE CENTRO DE SALUD SAN JOSE DE TOLUVIEJO                                                                             | X                                                                                              |                                                                                               | COLOMBIA |
| DEPARTAMENTO                                                                                                          | MUNICIPIO                                                                                      | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                                                                    |          |
| SUCRE                                                                                                                 | TOLUVIEJO                                                                                      | esetoluviejo@outlook.es                                                                       |          |
| TELÉFONOS                                                                                                             | FECHA DE INGRESO<br>DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> | FECHA DE RETIRO<br>DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> |          |
| 3218059610                                                                                                            | DÍA 15 MES 04 AÑO 2016                                                                         | DÍA 15 MES 06 AÑO 2016                                                                        |          |
| CARGO O CONTRATO                                                                                                      | DEPENDENCIA                                                                                    | DIRECCIÓN                                                                                     |          |
| AUXILIAR DE ENFERMERIA                                                                                                | URGENCIAS                                                                                      | Transv 4 # 2 - 46 Plaza Principal                                                             |          |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                                                            |                                                                                                |                                                                                               |          |
| EMPRESA O ENTIDAD                                                                                                     | PÚBLICA                                                                                        | PRIVADA                                                                                       | PAÍS     |
| ESE CENTRO DE SALUD SAN JOSE DE TOLUVIEJO                                                                             | X                                                                                              |                                                                                               | COLOMBIA |
| DEPARTAMENTO                                                                                                          | MUNICIPIO                                                                                      | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                                                                    |          |
| SUCRE                                                                                                                 | TOLUVIEJO                                                                                      | esetoluviejo@outlook.es                                                                       |          |
| TELÉFONOS                                                                                                             | FECHA DE INGRESO<br>DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> | FECHA DE RETIRO<br>DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> |          |
| 3218059610                                                                                                            | DÍA 25 MES 08 AÑO 2015                                                                         | DÍA 25 MES 08 AÑO 2016                                                                        |          |
| CARGO O CONTRATO                                                                                                      | DEPENDENCIA                                                                                    | DIRECCIÓN                                                                                     |          |
| AUXILIAR DE ENFERMERIA                                                                                                | URGENCIAS                                                                                      | Transv 4 # 2 - 46 Plaza Principal                                                             |          |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                                                            |                                                                                                |                                                                                               |          |
| EMPRESA O ENTIDAD                                                                                                     | PÚBLICA                                                                                        | PRIVADA                                                                                       | PAÍS     |
| DEPARTAMENTO                                                                                                          | MUNICIPIO                                                                                      | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                                                                    |          |
| TELÉFONOS                                                                                                             | FECHA DE INGRESO<br>DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> | FECHA DE RETIRO<br>DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> |          |
| CARGO O CONTRATO                                                                                                      | DEPENDENCIA                                                                                    | DIRECCIÓN                                                                                     |          |

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

FORMATO ÚNICO  
**HOJA DE VIDA**  
Persona Natural  
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

**4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA**

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

| OCUPACIÓN                   | TIEMPO DE EXPERIENCIA |       |
|-----------------------------|-----------------------|-------|
|                             | AÑOS                  | MESES |
| SERVIDOR PÚBLICO            | 1                     | 2     |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO |                       |       |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE    |                       |       |
| TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA    | 1                     | 2     |

**5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA**

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

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

*Angela Balma cada U.*

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

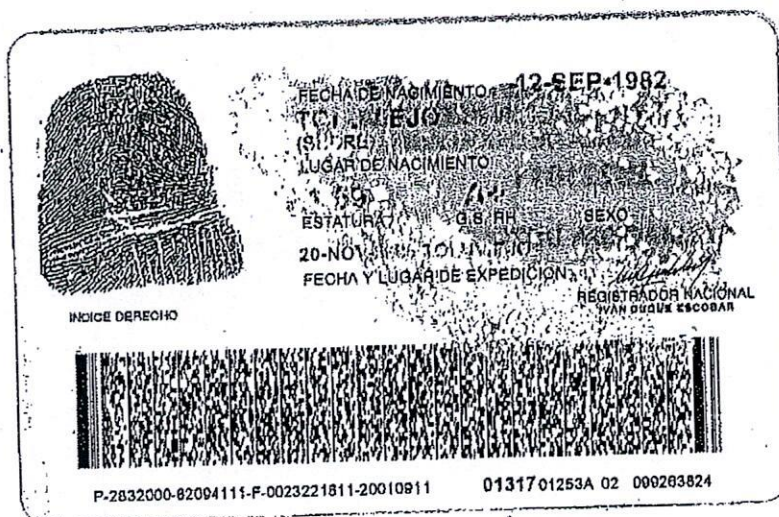
LINEA GRATUITA DE ATENCIÓN AL CLIENTE No. 018000917770 PÁGINA WEB: [www.dafp.gov.co](http://www.dafp.gov.co)

# Ángela Milagro Balmaceda Urzola

*Dirección de Residencia: Calle Guayacán*

*Teléfono: 3223574571*

*Toluviejo - Sucre*



H  
O  
J  
A  
  
D  
E  
  
V  
I  
D  
A

# Ángela Milagro Balmaceda Urzola

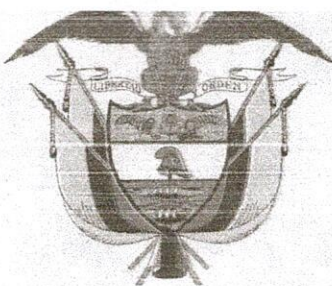
*Dirección de Residencia: Calle Guayacán*

*Teléfono: 3223574571*

*Toluviejo – Sucre*



H  
O  
J  
A  
  
D  
E  
  
V  
I  
D  
A



*Y en su nombre*

*Instituto Comercial y de Cultura Femenina  
Sincelejo - Sucre*

*Autorizado por la Secretaría de Educación Departamental según Resolución  
No. 1352 del 13 de Octubre de 1998 y la Resolución  
No. 0236 del 15 de febrero de 1999.*

*Confiere a:*

**ANGELA MILAGRO BALMACEDA URZOLA**  
C.C. #

*El título de:*

*Bachiller en Formación Rural*

*Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al  
Nivel de Educación Media Académica según los Planes y  
programas Vigentes, establecidos en el Decreto 3011  
del 19 de diciembre de 1997*

*Amanda Vechel de Ayala*  
Rector

*[Firma]*  
Secretaria

*Anotado en el folio 04 del libro de Registro de Diploma No. 02*

*Dado en Sincelejo Sucre, a los 15 días del mes de Diciembre del 2.000*

# Ángela Milagro Balmaceda Urzola

*Dirección de Residencia: Calle Guayacán*

*Teléfono: 3223574571*

*Toluviejo - Sucre*



NIT. 823000500-7  
Aprobación Oficial

CEPRODENT SINCELEJO LTDA.

## ACTA N° 17

LA SUSCRITA DIRECTORA, DIRECTOR GENERAL ACADEMICO Y SECRETARIA GENERAL DE CEPRODENT SINCELEJO LIMITADA, EN REUNION EFECTUADA EL DIA 17 DEL MES DE ABRIL DEL 2004, CONSIDERANDO QUE:

**ANGELA MILAGRO BELMECEDA URZOLA**  
C.C. N° 23.221.811 Toluviejo

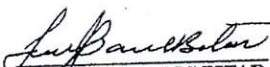
CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE CON TODOS LOS REQUISITOS EXIGIDOS POR LOS ESTATUTOS DE LA INSTITUCIÓN, RESUELVE OTORGARLE EL CERTIFICADO DE: APTITUD OCUPACIONAL

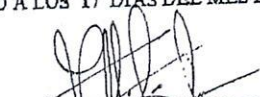
COMO

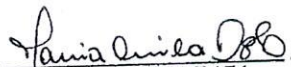
**TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA**

EN NOMBRE Y REPRESENTACION DEL CENTRO DE ESTUDIOS DE PROTESIS DENTAL "CEPRODENT SINCELEJO LTDA." Y PREVIO JURAMENTO DE RIGOR, LA DIRECTORA, EL DIRECTOR GENERAL ACADEMICO Y LA SECRETARIA GENERAL HACEN ENTREGA DEL PRESENTE CERTIFICADO REGISTRADO EN EL FOLIO N° 4470. DEL LIBRO GENERAL DE EGRESADOS

PARA CONSTANCIA SE FIRMA EN SINCELEJO A LOS 17 DIAS DEL MES DE ABRIL DEL 2004.

  
**Dra. LUCY RAMOS BITAR**  
Directora.

  
**Dr. ALBERTO GOMEZ J.**  
Director General Académico

  
**MARIA LUCILA DAZA**  
Secretaria General.

Cra. 18 No.20 - 10 Segundo Piso Plaza Olaya Herrera Telefax: 282 04 37 - 280 70 41 - 281 11 84  
e-mail: ceprodent@hotmail.com

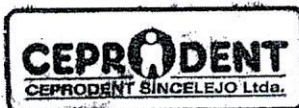
H  
O  
J  
A  
  
D  
E  
  
V  
I  
D  
A

# Ángela Milagro Balmaceda Urzola

Dirección de Residencia: Calle Guayacán

Teléfono: 3223574571

Toluviejo - Sucre



República de Colombia



Departamento de Sucre

**CENTRO DE ESTUDIOS TECNICOS**

Sincelejo - Sucre

Con Licencia de funcionamiento N° 0234 del 15 de Febrero de 1999, emanada de la Secretaría de Educación del Departamento de Sucre y Acuerdo Ejecutivo del Comité Ejecutivo Nacional para el Desarrollo del Recurso Humano de Salud N° 030 de Diciembre de 1998.

CERTIFICA QUE:

**Ángela Milagro Balmaceda Urzola**

C.C. N° 23.221.811 de Toluviejo

Aprobó el Programa de AUXILIAR DE ENFERMERÍA, con intensidad de 1800 horas. En consecuencia se le expide el certificado de Aptitud Ocupacional como:

**Técnico en Auxiliar de Enfermería**

Por razón de haber cursado el Programa durante el periodo comprendido entre el 02 de Febrero de 2002 y el 31 de Diciembre de 2003 y haber logrado los objetivos propuestos, según lo establecido en el Artículo 14 del Decreto 114 Enero 16 de 1996

Para constancia se expide en Sincelejo Sucre hoy 17 de Abril de 2004.

Lucy Ramos Bizar  
Directora

Alberto Gómez Yiménez  
Director Académico

María Lucila Daza  
Secretaría General

Libro de Registro N° 1 Folio 4470 del 17 de Abril de 2004

GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

Dirección Seccional de Salud

Este título se encuentra

debidamente inscrito

Medellín, 03 MAR 2004

Dirección de Vigilancia y Control

H  
O  
J  
A  
  
D  
E  
  
V  
I  
D  
A

# Ángela Milagro Balmaceda Urzola

*Dirección de Residencia: Calle Guayacán*

*Teléfono: 3223574571*

*Toluviejo - Sucre*



RESOLUCION No. 70 240

“ Por medio de la cual se concede una autorización para el ejercicio profesional”

La Jefatura de la División de Organización y Desarrollo de Servicios del Departamento Administrativo de Seguridad Social en Salud de Sucre, en uso de sus Atribuciones Legales y en Especial las Conferidas por la Resolución N° 2523 de Octubre 25 de 1999.

## CONSIDERANDO:

Que, ANGELA MILAGRO BALMACEDA URZOLA, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 23221811, ha solicitado el Registro de su Certificación de TÉCNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA, que le otorgó el CENTRO DE ESTUDIOS DE PRÓTESIS DENTAL “CEPRODENT” SINCELEJO LTDA, según Acta de Grado No. 17, del día 17 de Abril de 2004.

Que, dicho CERTIFICADO se encuentra debidamente registrado al libro de Registros No 1 en el folio No. 4470 de fecha 17 de Abril de 2004, por la Secretaría de Educación del Departamento de Sucre.

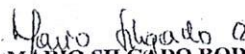
## RESUELVE:

**ARTICULO PRIMERO:** Registrar el certificado otorgado a ANGELA MILAGRO BALMACEDA URZOLA, y autorizarlo(a) para desempeñarse como TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA, en el Territorio Nacional.

**ARTICULO SEGUNDO:** La presente Resolución rige a partir de la fecha de su publicación.

## COMUNIQUESE Y CÚMPLASE

Dado en Sincelejo a los 06 MAY 2004

  
**MARIO SILGADO RODRIGUEZ**  
Jefe División Organización y Desarrollo de Servicios

H  
O  
J  
A  
  
D  
E  
  
V  
I  
D  
A

## 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 \*

Cedula de Ciudadania

Número de Identificación \*

23221811

Primer Nombre

ANGELA

Primer Apellido

BALMACEDA

Confirme los números de la Imagen \*



Cambiar

5102

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2025-02-10→4:53:50 PM

| Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Estado Identificación |
|---------------------|---------------------|---------------|----------------|-----------------|------------------|-----------------------|
| CC                  | 23221811            | ANGELA        | MILAGRO        | BALMACEDA       | URZOLA           | Vigente               |

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) ANGELA MILAGRO BALMACEDA URZOLA identificado(a) con CC 23221811 registra La siguiente información:

2025-02-10→4:53:50 PM

Información Académica

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación  | Fecha inicio ejercer Acto Administrativo | Acto Administrativo | Entidad Reportadora               |
|---------------|-------------------------|------------------------|------------------------------------------|---------------------|-----------------------------------|
| AUX           | Local                   | AUXILIAR EN ENFERMERIA | 2004-05-06                               | 70248               | SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SUCRE |

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

# Ángela Milagro Balmaceda Urzola

*Dirección de Residencia: Calle Guayacán*

*Teléfono: 3223574571*

*Toluviejo – Sucre*



*Centro de Salud  
San José de Toluviejo*

*Empresa Social del Estado*  
NIT. 823000696-1



H  
O  
J  
A  
  
D  
E  
  
V  
I  
D  
A

TOLUVIEJO 12 - 08 - 2016

A QUIEN CORRESPONDA.

Tengo el agrado de comunicarle que conozco a la señora ANGELA MILAGROS BALMACEDA URZOLA quien porta el documento de identidad No. 23221811 por medio de la presente quiero dejar constancia de las cualidades laborales y espíritu activo de mi recomendado.

La señora ANGELA BALMACEDA trabajó bajo mi cargo durante el periodo de tiempo (agosto 25 de 2015 hasta agosto 25 de 2016) Dejando constancia de su gran capacidad para desenvolverse en las tareas asignadas con gran satisfacción para la empresa.

*Karen Martínez Hernández*

KAREN MARTÍNEZ HERNÁNDEZ

Jefe de Enfermería Área De Urgencias

ESE SAN JOSE DE TOLUVIEJO

cel. 3015848513

Email. kmartinezh@outlook.com

# Ángela Milagro Balmaceda Urzola

*Dirección de Residencia: Calle Guayacán*

*Teléfono: 3223574571*

*Toluviejo – Sucre*



*Centro de Salud  
San José de Toluviejo*

**Empresa Social del Estado**

**NIT. 823000696-1**



H  
O  
J  
A  
  
D  
E  
  
V  
I  
D  
A

## **EL SUSCRITO JEFE DE RECURSOS HUMANOS DEL CENTRO DE SALUD SAN JOSÉ DE TOLUVIEJO E.S.E.**

### **C E R T I F I C A**

El suscrito, a petición de parte del interesado, hace contar, que el señor(a) **Ángela Milagro Balmaceda Urzola**. Quien se identifica con cedula de ciudadanía número 23.221.811 de Toluviejo – Sucre. Quien prestó su labor en el Centro de Salud San José de Toluviejo E.S.E. con un contrato de prestación de servicio. Desde el 15 de abril de 2016 hasta el 15 de junio de 2016. Como auxiliar en enfermería en área de urgencia, el cual asumió su cargo en forma eficiente y precisa, demostrando su excelente capacidad técnica y profesional. Guardando durante el tiempo laborado buena compostura, respeto y buena relación con sus compañeros.

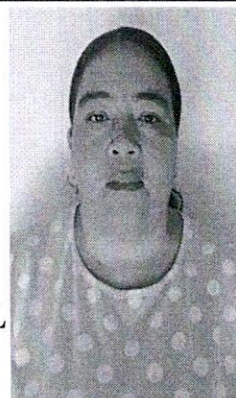
Para mayor constancia de lo anterior se expide en Toluviejo – Sucre a los 15 días del mes de agosto de dos mil dieciséis (2016).

**RODIER VITAL ANACHURYS**  
Jefe de Recursos Humanos



**ALEX MANUEL HERNNADEZ MERCADO**  
**CONCEPTO DE APTITUD MEDICO**  
**LABORAL**

**FECHA** 17/02/2025



**CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO LABORAL**

**EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO X**

**Me permito certificado que el señor(a)**

**Nombre** Ángela Milagro Balmaceda Urzola  
**Cedula de Ciudadanía** CC: 23.221.811

**PRACTICADO EL EXAMEN MEDICO LABORAL**

**SE ENCUENTRA SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO X**  
**SIN ALTERACIONES FISICAS**  
**SIN ALTERACION OSTEOMUSCULAR**  
**SIN SINTOMAS RESPIRATORIOS**

|                                 |          |
|---------------------------------|----------|
| <b>APTO SIN RESTRICCIONES</b>   | <b>X</b> |
| <b>APTO CON RESTRICCIONES</b>   |          |
| <b>APTO CON RECOMENDACIONES</b> |          |

|              |                               |
|--------------|-------------------------------|
| <b>CARGO</b> | <b>Auxiliar de Enfermería</b> |
|--------------|-------------------------------|

| <b>NIVEL DE RIESGO</b> |             |              |             |
|------------------------|-------------|--------------|-------------|
| <b>TIPO DE RIESGO</b>  | <b>ALTO</b> | <b>MEDIO</b> | <b>BAJO</b> |
| <b>FISICO</b>          | X           |              |             |
| <b>ERGONOMICO</b>      | X           |              |             |
| <b>PSICOSOCIAL</b>     |             | X            |             |
| <b>BIOLOGICO</b>       | X           |              |             |

**Recomendaciones laborales:**

1. Cumplimiento de Normas de Seguridad y Salud en el Trabajo
2. Uso de Elementos de Protección Personal
3. Higiene Postural
4. Pausas Activas Durante la Jornada Laboral
5. Capacitación del Sitio de Trabajo

**SALUD ES VIDA**



**ALEX MANUEL HERNANDEZ MERCADO**  
**CONCEPTO DE APTITUD MEDICO**  
**LABORAL**

---

**Recomendaciones Médicas:**

1. Estilo de Vida Saludable
2. Uso de Corrección Óptica
3. Control de peso por EPS

**Ingreso a SVE**

1. SVE Osteomuscular
2. SVE Visual
3. SVE Cardiovascular
4. SVE Metabólico
- 5.

**Hábitos y estilos de vida saludable**

1. actividad física

**RESOLUCIÓN 2346 DEL 11 DE JULIO DE 2007**

**Ministerio de Protección Social**

**“regula la práctica de evaluaciones médicas ocupacionales y el manejo y contenido de las historias clínicas ocupacionales”**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O DEL TRABAJADOR:** Autorizo al doctor(a) a realizarme le examen médico y/o paraclínicos ocupacionales registrados en este documento. Se me ha explicado la naturaleza y propósito de este examen médico y sus paraclínicos. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínicos a través de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de estas pruebas es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que se realizaran estos exámenes. Fui informado acerca de la confidencialidad de los datos y resultados aquí registrados y la protección que se le dará a este documento.

Las respuestas dadas por mi están completas y son verídicas. Autorizo a la empresa para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del SISTEMA DE GESTION DE SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRBAJO y para las situaciones contempladas en la misma legislación. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

ACEPTO LOS RESULTADOS Y CONCEPTOS DEL PRESENTE EXAMEN ☒ SI ☐ NO

Profesional: Alex Manuel Hernández Mercado

---

**SALUD ES VIDA**



**ALEX MANUEL HERNNADEZ MERCADO**  
**CONCEPTO DE APTITUD MEDICO**  
**LABORAL**

---

Registro medico 70028 Licencia 1697

Medico EPS: Gestión Del Riesgo Laboral.

Diplomado: H.S.E.Q,

Implementación Del Sistema De Gestión De Salud y Seguridad En El Trabajo (50 Horas) y (20 horas) Asesor peligro biológico en empresas con exposición directa COVID 19

Asesor en sistema de vigilancia epidemiológica COVID 19 en empresas con exposición directa

Asesor en sistema de vigilancia epidemiológica especializada

tel. :(3006184109)

Firma del Aspirante al cargo: **Ángela Milagro Balmaceda Urzola**



**CERTIFICA QUE:**

El (La) Señor(a) **BALMACEDA URZOLA ANGELA MILAGRO** identificado con **Cédula de ciudadanía** número **23221811** registra en nuestra Base de Datos en condición de: **Cotizante**.

Estado de la Afiliación: **Activo**  
IPS de atención: **CENTRO DE SALUD SAN JOSE DE TOLUVIEJO ESE**  
Categoría: **A**  
Fecha de afiliación: **01/04/2017**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) **A QUIEN INTERESE** el 17 de febrero del 2025. Esta es el reflejo de la información registrada en nuestro sistema de información hoy.

**Observaciones:**

- NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS
- No válido para prestación de servicios que se realiza entre IPS y EPS
- Puede consultar más detalle en nuestra página web [www.mutualser.com](http://www.mutualser.com) opción Ser Afiliado
- Línea permanente 24 Horas 018000116882

Cordialmente,



**EMIRO SERRANO**  
**Director de Operaciones - Subsidiado**  
**[afiliacion@mutualser.org](mailto:afiliacion@mutualser.org)**  
**MUTUAL SER EPS**

## CERTIFICA QUE

El (La) Señor(a) **ANGELA MILAGRO BALMACEDA URZOLA** identificado con **Cédula de ciudadanía** número **23221811** registra en nuestra Base de Datos en condición de: **COTIZANTE**.

|                   |                                                  |
|-------------------|--------------------------------------------------|
| Estado Afiliado:  | <b>Activo</b>                                    |
| IPS de atención:  | <b>CENTRO DE SALUD SAN JOSE DE TOLUVIEJO ESE</b> |
| Categoría:        | <b>A</b>                                         |
| Fecha afiliación: | <b>05/03/2025</b>                                |
| Régimen:          | <b>Contributivo</b>                              |

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) a **QUIEN INTERESE**, el 10 de marzo del 2025. Esta es el Reflejo de la información registrada en nuestro sistema de información hoy.

### Observaciones:

- NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS
- No válido para prestación de servicios que se realiza entre IPS y EPS
- Puede consultar más detalle en nuestra página web: [www.mutualser.org](http://www.mutualser.org)
- Línea permanente 24 Horas 018000116882 o #603

Cordialmente,



LUIS BARRAZA

Director de Operaciones - Contributivo

[infocontributivo@mutualser.com](mailto:infocontributivo@mutualser.com)

MUTUAL SER EPS

*Atención sin tanta vuelta*

Barrio La Concepción, Carretera troncal No. 71 B - 105, Teléfono: (5) 651 73 93  
Línea permanente de atención al usuario 01 8000 1168 82 / E-mail: [mutualser@mutualser.org](mailto:mutualser@mutualser.org)  
Cartagena de Indias

VIGILADO Supersalud

**CERTIFICADO DE AFILIACIÓN**

**POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**

**HACE CONSTAR QUE:**

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **ANGELA MILAGRO BALMACEDA URZOLA** identificado con CC No. **23221811**, registra la siguiente información.

| Datos del Contratante                                                              | Datos de la Relación Laboral                                                                                                                                                                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CENTRO DE SALUD SAN JOSE DE TOLUVIEJO<br>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO - NI. 823000696 | Fecha de inicio de cobertura: 20/10/2020<br>Estado Afiliación: INACTIVO<br>Fecha de inicio de Contrato: 01/10/2020<br>Fecha fin de Contrato: 31/10/2020<br>Fecha de Retiro: 31/10/2020<br>Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE<br>Clase de Riesgo: 3 |

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal [www.positivaenlinea.gov.co](http://www.positivaenlinea.gov.co), para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202501012583890.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 17 días del mes de febrero de 2025.

Cordialmente,

**GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES**  
**POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**

Positiva Compañía de Seguros S.A:  
Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) | [defensordelcliente@positiva.gov.co](mailto:defensordelcliente@positiva.gov.co) | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502.  
Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. - 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.  
Más información <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>. Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autorregulación.

**LA ASEGURADORA**  
**DE TODOS LOS**  
**COLOMBIANOS**

## COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

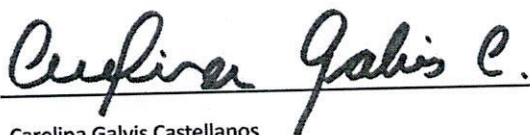
## CERTIFICA QUE:

El ( la ) Señor ( a ) ANGELA MILAGRO BALMACEDA URZOLA identificado ( a ) con C.C. No. 23.221.811, se encuentra afiliado ( a ) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800 . 227 . 940 - 6 .

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 17 de febrero de 2025.

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](http://www.colfondos.com.co) opción contáctanos, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 7484888, Barranquilla 386 9888, Bucaramanga 698 5888, Cali 489 9888, Cartagena 694 9888, Medellín 604 2888 y en el resto del país 604 2888.



Carolina Galvis Castellanos  
Directora de Cuentas y Recaudo  
Colfondos S.A Pensiones y Cesantias

FORMULARIO UNICO  
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS  
Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA  
PERSONA NATURAL  
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

## 1. DECLARACION JURAMENTADA

## 1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, ANGELA MILAGRO BALMACEDA URZOLA

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 23.221.811 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN: TOLUVIEJO

País COLOMBIA Departamento SUCRE Municipio TOLUVIEJO

Dirección TV 4 5 12 CALLE GUAYACAN Teléfonos 3022913636

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS      | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|--------------------------|------------------------|------------|
| FAUSTO GUZMAN BALMACEDA  | TI                     | HIJO       |
| ABRAHAM GUZMAN BALMACEDA | TI                     | HIJO       |
|                          |                        |            |
|                          |                        |            |
|                          |                        |            |
|                          |                        |            |
|                          |                        |            |

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, PARA TOMAR POSESION PARA RETIRARME PARA ACTUALIZACION PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE, QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

| CONCEPTO                            | VALOR |
|-------------------------------------|-------|
| SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES | -     |
| CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS  | -     |
| GASTOS DE REPRESENTACION            | -     |
| ARRIENDOS                           | -     |
| HONORARIOS                          | -     |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS             | -     |
| <b>TOTAL</b>                        | \$ -  |

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

| ENTIDAD FINANCIERA | TIPO DE CUENTA | NUMERO DE LA CUENTA | SEDE DE LA CUENTA | SALDO DE LA CUENTA |
|--------------------|----------------|---------------------|-------------------|--------------------|
| BANCO AGRARIO      | AHORROS        |                     | TOLUVIEJO         | \$ -               |
|                    |                |                     |                   |                    |
|                    |                |                     |                   |                    |
|                    |                |                     |                   |                    |

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| TIPO DE BIEN | IDENTIFICACION DEL BIEN | VALOR |
|--------------|-------------------------|-------|
|              |                         |       |
|              |                         |       |
|              |                         |       |
|              |                         |       |

EMPLEADOR O CONTRATANTE

**1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)**

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

| ENTIDAD O PERSONA | CONCEPTO | VALOR |
|-------------------|----------|-------|
|                   |          |       |
|                   |          |       |
|                   |          |       |
|                   |          |       |
|                   |          |       |

**1.2. DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES**

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

| ENTIDAD O INSTITUCION | CALIDAD DE MIEMBRO |
|-----------------------|--------------------|
|                       |                    |
|                       |                    |
|                       |                    |
|                       |                    |

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

| CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION | CALIDAD DE SOCIO |
|------------------------------------|------------------|
|                                    |                  |
|                                    |                  |
|                                    |                  |
|                                    |                  |

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

| NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE | DOCUMENTO DE IDENTIFICACION | N°         |
|---------------------------------|-----------------------------|------------|
| LUIS GUZMAN                     | C.C. X C.E. T.I.            | 92.276.729 |

**2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA**

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

| DETALLE DE LAS ACTIVIDADES | FORMA DE PARTICIPACION |
|----------------------------|------------------------|
|                            |                        |
|                            |                        |
|                            |                        |
|                            |                        |
|                            |                        |

**3. FIRMA**

Angela Balmaceda U.  
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

TOLUVIEJO, 17 DE FEBRERO DE 2025  
CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario

14677311018



(415)7707212489984(8020) 000001467731101 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

2 3 2 2 1 8 1 1

6. DV

9

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Sincelajo

14. Buzón electrónico

2 3

## IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

2 3 2 2 1 8 1 1

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Sucre

7 0

30. Ciudad/Municipio

Toluviéjo

8 2 3

31. Primer apellido

BALMACEDA

32. Segundo apellido

URZOLA

33. Primer nombre

ANGELA

34. Otros nombres

MILAGRO

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

## UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Sucre

7 0

40. Ciudad/Municipio

Toluviéjo

8 2 3

41. Dirección principal

TV 4 5 12 P 1 LC 1 BRR GUAYACAN

42. Correo electrónico

luisguzman9210@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 2 0 5 5 0 8 9 1 1

45. Teléfono 2

## CLASIFICACIÓN

## Actividad económica

## Actividad principal

46. Código

8 6 9 2

47. Fecha inicio actividad

2 0 1 2 0 9 2 8

## Actividad secundaria

48. Código

8 2 9 9

49. Fecha inicio actividad

2 0 2 0 0 1 1 0

## Otras actividades

50. Código

1

2

## Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código

4 9

49 - No responsable de IVA

## Usuarios aduaneros

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

54. Código

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

## Exportadores

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

X

NO

60. No. de Folios:

1

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 OLIVA MARTINEZ VICTOR ANTONIO

985. Cargo Gestor II



POLICÍA NACIONAL  
DE COLOMBIA



## Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

### La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 04:50:44 PM horas del 10/02/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **23221811**

Apellidos y Nombres: **BALMACEDA URZOLA ANGELA MILAGRO**

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

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

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

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

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



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



Portal de Servicios al Ciudadano PSC

# Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

 Consulta Ciudadano

## La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 10/02/2025 04:52:43 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **23221811** .

## 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. **110186026** . 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 Búsqueda

🖨 Imprimir



**Dios y  
Patria**

**Policía Nacional de Colombia**  
Dirección General - Cra. 59 Nº 26 - 21  
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.  
Línea de atención: 018000-910112



**COLOMBIA  
POTENCIA DE LA  
VIDA**

 **GOV.CO**

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:08:14 horas del 17/02/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **23221811**, Apellidos y Nombres **BALMACEDA URZOLA ANGELA MILAGRO**

### NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ESE SAN JOSE DE TOLUVIEJO**, con NIT **823000696-1** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 "*por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones*" y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 "*por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018*", con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.



DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN  
CRIMINAL E INTERPOL

© 2025

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



Presidencia de la República



Ministerio de Defensa Nacional



Colombia compra eficiente



GOV.CO

## CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

### CERTIFICADO ORDINARIO No. 263991134



PIB

16:50:51

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 10 de febrero del 2025

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) ANGELA MILAGRO BALMACEDA URZOLA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 23221811:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA  
Jefe División de Relacionamento Con El Ciudadano

**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.

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 10 de febrero de 2025, a las 16:50:18, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

|                        |                      |
|------------------------|----------------------|
| Tipo Documento         | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación     | 23221811             |
| Código de Verificación | 23221811250210165018 |

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



**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 23221811 **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 17/02/2025 10:20 AM



Código Verificación: 8CD93QFJ6L

Válida hasta: 18/05/2025

---

**Dirección de Gobierno Digital**

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

**CERTIFICADO DE NO ENCONTRARSE BAJO LAS CAUSALES DE  
INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD**

Señores

**CENTRO DE SALUD SAN JOSÉ DE TOLUVIEJO E.S.E**

**E.S.D.**

Toluviejo - Sucre.

Respetados señores:

Yo, **ANGELA MILAGRO BALMACEDA URZOLA**, en calidad de proponente hago saber que no me encuentra bajo las causales de inhabilidad e incompatibilidad consagradas en el artículo 80 y siguientes de la ley 80 de 1993, El artículo 18 de la Ley 1150 de 2007, ley 1474 de 2011 y demás normas complementarias, para contratar con CENTRO DE SALUD SAN JOSÉ DE TOLUVIEJO E.S.E.

Este certificado se hace bajo la gravedad de juramento.

Dada a los diecisiete (17) días del mes de febrero de 2025, en el municipio de Toluviejo - Sucre

*Angela Milagro Balmaceda Urzola*

**ANGELA MILAGRO BALMACEDA URZOLA**  
**C.C. No. 23.221.811 de Toluviejo**  
**Dirección: Calle Guayacán**  
**Celular: 3022913636**



**Banco Agrario de Colombia**

El Banco que hace crecer el campo

Nit : 800.037.800-8

## CERTIFICACION

El Banco Agrario de Colombia, certifica que: BALMACEDA URZOLA ANGELA MILAGRO, identificado(a) con CEDULA DE CIUDADANIA No. 23221811, se encuentra vinculado(a) con nuestra entidad en el producto de: AHO - CUENTAS AHORROS, número 4-638-20-05755-4, con una antigüedad de CINCO ( 5 ) año(s).

Se expide en TOLU VIEJO, a los diez y siete (17) días del mes de febrero de 2025,  
con destino a: A QUIEN INTERESE



**DIRECTOR (A) OFICINA**