# COORDINADOR DEL PROYECTO

FUNDACIÓN HUELLAS
NIT. 900.445.971-1
REP. LEGAL. ALBA EDITH ACOSTA GAVIRIA C.C. NO. 41.170.881
VILLAGARZÓN

Fundacion Huellas
NIT. 900.445.971 - 1

Mocoa, agosto de 2025

Señores
ALCALDIA DE MOCOA
Calle 7 No. 6-42 B/Centro

Referencia: Manifestación de interés y disponibilidad como integrante de la propuesta presentada por FUNDACION HUELLAS.

YO, MARLENY YUNARY MENESES, de acuerdo a las condiciones establecidas en el proyecto denominado **"APOYO A LA ATENCION DEL ADULTO MAYOR CON SERVICIOS INTEGRALES EN CENTRO DÍA. MUNICIPIO DE MOCOA DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO"**, Presento mi hoja de vida e interes de participar como Coordinadora, para la ejecución del convenio de asociación, resultante del proceso de la referencia.

Atentamente,

Nombres: MARLENY YUNARY MENESES

C.C.1.124.848.165 DE MOCOA



Calle 14 N° 7-37 B/ Olimpico Mocoa Putumayo
CELULAR 3219089277
Fundacionhuellas01@gmail.com

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

SIGEP

Gobernación del Putumayo

VALIDADA

Glorita's

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) | NOMBRES |
|---|---|---|
| Meneses | Cadena | Marleny Yunary |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | SEXO | NACIONALIDAD | PAÍS |
|---|---|---|---|
| C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1124848165 | F (X) M ( ) NB ( ) | COL. (X) EXTRANJERO ( ) | COLOMBIA |

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO D.M.

| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO | | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FECHA | DIA 31 MES 10 AÑO 1985 | BARRIO SAN AGUSTIN CASA SAN AGUSTIN | | | |
| PAÍS | COLOMBIA | PAÍS | COLOMBIA | DEPTO | PUTUMAYO |
| DEPTO | PUTUMAYO | MUNICIPIO | MOCOA | | |
| MUNICIPIO | MOCOA | TELÉFONO | 3103133144 | EMAIL | annycade@hotmail.com |

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

***EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA***

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

| EDUCACIÓN BÁSICA | | | | | | | | | | | TÍTULO OBTENIDO | | BASICA SECUNDARIA | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO | | | |
| 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | 7° | 8° | 9° | 10° | 11° | MES | 11 | AÑO | 2003 |

***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 | 2 | X | | ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE PROYECTOS | 11 | 2016 | |
| PREGRADO | 10 | X | | TERAPIA OCUPACIONAL | 03 | 2011 | 03-96 |

## 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 |
| | | | | X | | | |

## 4 IDIOMAS

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

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

## 5 EXPERIENCIA LABORAL

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>ALCALDIA DE VILLAGARZON | | | PÚBLICA<br>X | PRIVADA | PAÍS<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| DEPARTAMENTO<br>PUTUMAYO | MUNICIPIO<br>VILLAGARZÓN | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | |
| TELÉFONOS<br>3105874236 | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | |
| | Día | 23 | Mes | 06 | Año | 2023 | Día | 27 | Mes | 12 | Año | 2023 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>PROFESIONAL VIGILANCIA SALUD | DEPENDENCIA<br>SECRETARIA DE SALUD | | | | | | DIRECCIÓN<br>CALLE 8 6 23 | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>ALCALDIA DE PUERTO CAICEDO | | | PÚBLICA<br>X | PRIVADA | PAÍS<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| DEPARTAMENTO<br>PUTUMAYO | MUNICIPIO<br>PUERTO CAICEDO | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | |
| TELÉFONOS<br>3107510763 | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | |
| | Día | 26 | Mes | 05 | Año | 2023 | Día | 25 | Mes | 09 | Año | 2023 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONSULTORIA | DEPENDENCIA<br>SECRETARIA DE SALUD | | | | | | DIRECCIÓN<br>CALLE 7 1 25 BARRIO LA ESPERANZA | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>ALCALDIA DE PUERTO CAICEDO | | | PÚBLICA<br>X | PRIVADA | PAÍS<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| DEPARTAMENTO<br>PUTUMAYO | MUNICIPIO<br>PUERTO CAICEDO | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | |
| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | |
| | Día | 11 | Mes | 01 | Año | 2023 | Día | 30 | Mes | 03 | Año | 2023 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>PROFESIONAL | DEPENDENCIA<br>ACCIONES EN SALUD PUBLICA | | | | | | DIRECCIÓN<br>CARRERA 1 6 30 | | | | | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

## Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>ALCALDIA DE CAICEDO | | | PÚBLICA<br>X | PRIVADA | PAÍS<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| DEPARTAMENTO<br>PUTUMAYO | MUNICIPIO<br>PUERTO CAICEDO | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | |
| TELÉFONOS<br>3212090390 | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | |
| | Día | 09 | Mes | 06 | Año | 2021 | Día | 08 | Mes | 09 | Año | 2021 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA | DEPENDENCIA<br>SECRETARIA SALUD | | | | | | DIRECCIÓN<br>CALLE 1 7 35 | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>ALCALDIA DE CAICEDO | | | PÚBLICA<br>X | PRIVADA | PAÍS<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| DEPARTAMENTO<br>PUTUMAYO | MUNICIPIO<br>PUERTO CAICEDO | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | |
| TELÉFONOS<br>3212090390 | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | |
| | Día | 08 | Mes | 03 | Año | 2021 | Día | 31 | Mes | 05 | Año | 2021 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA | DEPENDENCIA<br>SECRETARIA SALUD | | | | | | DIRECCIÓN<br>barrio la esperanza | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>GOBERNACION DE PUTUMAYO | | | PÚBLICA<br>X | PRIVADA | PAÍS<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| DEPARTAMENTO<br>PUTUMAYO | MUNICIPIO<br>MOCOA | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | |
| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | |
| | Día | 07 | Mes | 09 | Año | 2020 | Día | 30 | Mes | 12 | Año | 2020 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA | DEPENDENCIA<br>APOYO EN SALUD PUBLICA | | | | | | DIRECCIÓN<br>CALLE - 8 7 40 | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>FUNDACION SUR PROGRESO | | | PÚBLICA | PRIVADA<br>X | PAÍS<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| DEPARTAMENTO<br>PUTUMAYO | MUNICIPIO<br>PUERTO ASÍS | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | |
| TELÉFONOS<br>3177123311 | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | |
| | Día | 21 | Mes | 03 | Año | 2020 | Día | 21 | Mes | 05 | Año | 2020 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA | DEPENDENCIA<br>DESARROLLO SOCIAL | | | | | | DIRECCIÓN<br>barrio centro | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>CENTRO DE SALUD SAN GABRIEL ARCANGEL - VILLAGARZON | | | PÚBLICA<br>X | PRIVADA | PAÍS<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| DEPARTAMENTO<br>PUTUMAYO | MUNICIPIO<br>VILLAGARZÓN | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | |
| TELÉFONOS<br>4284419 | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | |
| | Día | 13 | Mes | 04 | Año | 2016 | Día | 30 | Mes | 04 | Año | 2020 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA | DEPENDENCIA<br>SALUD | | | | | | DIRECCIÓN<br>CALLE 2 8 30 | | | | | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

## Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>PROHACIENDO | | | PÚBLICA | | PRIVADA<br>X | PAÍS<br>COLOMBIA | | | | | | |
| DEPARTAMENTO<br>PUTUMAYO | MUNICIPIO<br>MOCOA | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | |
| TELÉFONOS<br>3133399569 | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | |
| | Día | 16 | Mes | 08 | Año | 2016 | Día | 31 | Mes | 12 | Año | 2016 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA | DEPENDENCIA<br>L RED UNIDOS | | | | | | DIRECCIÓN<br>CARRERA 17 N ° 14 -100 OBRERO | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>FUNDACION SUEÑOS DE VIDA | | | PÚBLICA | | PRIVADA<br>X | PAÍS<br>COLOMBIA | | | | | | |
| DEPARTAMENTO<br>PUTUMAYO | MUNICIPIO<br>MOCOA | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | |
| TELÉFONOS<br>4204886 | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | |
| | Día | 10 | Mes | 10 | Año | 2015 | Día | 10 | Mes | 04 | Año | 2016 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA | DEPENDENCIA<br>SALUD PUBLICA | | | | | | DIRECCIÓN<br>barrio los prados | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>FUNDACION ECOFOREST | | | PÚBLICA | | PRIVADA<br>X | PAÍS<br>COLOMBIA | | | | | | |
| DEPARTAMENTO<br>PUTUMAYO | MUNICIPIO<br>MOCOA | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | |
| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | |
| | Día | 21 | Mes | 12 | Año | 2015 | Día | 20 | Mes | 03 | Año | 2016 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA | DEPENDENCIA<br>SALUD | | | | | | DIRECCIÓN<br>CALLE 9 N °8 52 CENTRO MOCOA | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>ONG FUNDACION SOCIAL DE COLOMBIA | | | PÚBLICA | | PRIVADA<br>X | PAÍS<br>COLOMBIA | | | | | | |
| DEPARTAMENTO<br>CAUCA | MUNICIPIO<br>POPAYÁN | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | |
| TELÉFONOS<br>3112662197 | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | |
| | Día | 07 | Mes | 08 | Año | 2015 | Día | 23 | Mes | 12 | Año | 2015 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA | DEPENDENCIA<br>SALUD | | | | | | DIRECCIÓN<br>carrio centro | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>ALCALDIA DE FUNDACION | | | PÚBLICA<br>X | | PRIVADA | PAÍS<br>COLOMBIA | | | | | | |
| DEPARTAMENTO<br>PUTUMAYO | MUNICIPIO<br>MOCOA | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | |
| TELÉFONOS<br>3207936187 | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | |
| | Día | 03 | Mes | 03 | Año | 2015 | Día | 03 | Mes | 07 | Año | 2015 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA | DEPENDENCIA<br>AREA DE DESARROLLO SOCIAL | | | | | | DIRECCIÓN<br>CARRERA 3 8 25 | | | | | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>ALCALDIA DE MOCOA | | | PÚBLICA<br>X | PRIVADA | PAÍS<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| DEPARTAMENTO<br>PUTUMAYO | MUNICIPIO<br>MOCOA | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | |
| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | | |
| | Día | 01 | Mes | 10 | Año 2014 | Día | 31 | Mes | 12 | Año | 2014 | |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA | DEPENDENCIA<br>SALUD | | | | | DIRECCIÓN<br>CALLE 6 2 30 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>UNIMAP | | | PÚBLICA | PRIVADA<br>X | PAÍS<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| DEPARTAMENTO<br>PUTUMAYO | MUNICIPIO<br>MOCOA | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | |
| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | | |
| | Día | 01 | Mes | 08 | Año 2013 | Día | 31 | Mes | 05 | Año | 2014 | |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA | DEPENDENCIA<br>CONSULTA EXTERNA | | | | | DIRECCIÓN<br>AVENIDA COLOMBIA | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>SUMISALUD IPS | | | PÚBLICA | PRIVADA<br>X | PAÍS<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| DEPARTAMENTO<br>PUTUMAYO | MUNICIPIO<br>MOCOA | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | |
| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | | |
| | Día | 09 | Mes | 08 | Año 2013 | Día | 08 | Mes | 01 | Año | 2014 | |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>CONTRATISTA | DEPENDENCIA<br>CONSULTA AMBULATORIA | | | | | DIRECCIÓN<br>AVENIDA COLOMBIA | | | | | | |

## 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 | | | | | | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 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 | 1 | 3 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 4 | -13 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 6 | 3 |
| EXPERIENCIA DOCENTE | 0 | 0 |

## 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* 13 de agosto de 2025

*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.

*Ciudad y fecha*

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

| Instituto Departamental de Salud Nariño | RESOLUCIÓN | Código F-DPaS-02 |
|---|---|---|
| | | Versión 01 |

No. 52 - ( 0396 )

Por la cual se concede una autorización para el ejercicio profesional

LA DIRECTORA DEL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO
En cumplimiento al Decreto Número 1875 de Agosto 3 de 1994 expedido por el Ministerio de Salud, y

**CONSIDERANDO:**

Que, **MARLENY YUNARI MENESES CADENA**, identificada (o) con CEDULA DE CIUDADANIA No. 1124848165 expedida en MOCOA (PUTUMAYO), ha solicitado autorización del ejercicio profesional como TERAPEUTA OCUPACIONAL título que le otorgó el (la) UNIVERSIDAD MARIANA, en PASTO (NARIÑO), según Acta de Grado No. 431 y Diploma No. s/n del 26 de Agosto de 2011.

Que, dicho título se encuentra debidamente Registrado con el No. s/n al Folio No. 101 del Libro de Registro No. 3-17505, del 26 de Agosto de 2011, por el (la) UNIVERSIDAD MARIANA.

**R E S U E L V E:**

**ARTICULO PRIMERO:** Autorizar a **MARLENY YUNARI MENESES CADENA**, identificada (o) con CEDULA DE CIUDADANIA No. 1124848165 expedida en MOCOA (PUTUMAYO), para ejercer como **TERAPEUTA OCUPACIONAL**, en el Territorio Nacional.

**ARTICULO SEGUNDO:** En cumplimiento del artículo 5º del Decreto 1875 de 1994, para poder ejercer la profesión en zona geográfica diferente a donde registró el título, la persona deberá inscribir su nombre en la Dirección Seccional de Salud del Departamento donde va a laborar, para control y vigilancia.

**COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE**

Dada en San Juan de Pasto, a los 02 MAR 2012

**ELIZABETH TRUJILLO MONTALVO**
Directora I.D.S.N.

| Proyectó: SANDRA HIDALGO ROSERO, Secretaria | | Revisó: VICTOR HUGO ORTEGA CAICEDO, Técnico Operativo | |
|---|---|---|---|
| Firma: Sandra Hidalgo R. | Fecha: 2 de Marzo de 2012 | Firma: | Fecha: 2 de Marzo de 2012 |

COMPROMETIDOS CON LA CALIDAD



Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
GOBERNACIÓN DEL PUTUMAYO
Putumayo Solidario y Competitivo
Secretaría de Salud Departamental

Putumayo
Solidario y Competitivo

SSD -246-12

**LA PROFESIONAL ESPECIALIZADA DEL GRUPO DE ASEGURAMIENTO Y PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD**

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

Que la señora **MARLENY YURANI MENESES CADENA** identificada con cedula de ciudadanía No. 1.124.848.165 expedida en Mocoa, se encuentra **Inscrita** en el registro de profesionales del área de la Salud como **TERAPEUTA OCUPACIONAL,** egresada de la Universidad Mariana de Pasto, registrada en el libro de inscripción No. 01, para ejercer en el Departamento del Putumayo.

Que mediante registro No. (0396-03-2012) expedida por el Instituto Departamental de Salud de Nariño, la autoriza para ejercer su profesión.

Se firma en Mocoa a los trece (13) días del mes de agosto de 2012.

**FAIRUZ MUSTAFA GAVIRIA**

Proyectó: Felipe Bastidas

Mocoa - Putumayo -Carrera 4 No 8-26 Barrio José María Hernández – Mocoa Putumayo
Teléfonos: 098 -4296071 -4296308 Fax : 4296306 -4200282
WWW. saludputumayo.gov.co

Powered by CamScanner

| CONCEPTO | VALOR |
|---|---|
| Salarios y demás ingresos laborales | $27.000.000,00 |
| Cesantías e intereses de cesantías | |
| Gastos de representación | |
| Arriendos | |
| Honorarios | |
| Otros ingresos y rentas | |
| TOTAL | $27.000.000,00 |

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

| Tipo de cuenta | Sede de la cuenta (País) | Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| Tipo de bien | País | Departamento | Municipio | Valor |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

| Concepto | Saldo |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

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

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí [ ] No [X]

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

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

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

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| | | | |

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

| |
|---|
| |

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

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

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

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

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

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

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual: Sí [ ] No [X]

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

## 2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

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

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

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

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

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

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

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

## 2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

| |
|---|
| |

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO No. 278237490

PIB
19:59:09


Bogotá DC, 11 de agosto 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) MARLENY YUNARI MENESES CADENA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1124848165:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

Carlos William Rodríguez Millán
Jefe División de Relacionamiento con el Ciudadano (C)

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 11 de agosto de 2025, a las 20:00:31, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 1124848165 |
| Código de Verificación | 112484816525081120003 1 |

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

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

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 08:01:44 PM horas del 11/08/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1124848165**

Apellidos y Nombres: **MENESES CADENA MARLENY YUNARI**

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

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

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

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

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

DIJIN

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

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

# Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

## La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 11/08/2025 08:44:50 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1124848165** y Nombre: **MARLENY YUNARI MENESES CADENA.**

## 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. **121355793** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

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

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 20:49:20 horas del 11/08/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1124848165,** Apellidos y Nombres **MENESES CADENA MARLENY YUNARI**

**NO REGISTRA INHABILIDAD**

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **FUNDACION HUELLAS**, con NIT **900445971-1** 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.

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

TIC

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

## CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1124848165 **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 11/08/2025 08:58 PM

Código Verificación: **9DBZNU5RCV**

Válida hasta: **10/11/2025**

---

**Dirección de Gobierno Digital**

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

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14913784560

(415)7707212489984(8020) 000001491378456 0

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 1 2 4 8 4 8 1 6 5 | 8 | Impuestos y Aduanas de Puerto Asis 4 6 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión iliquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1124848165 | |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Putumayo 8 6 | Mocoa 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| MENESES | CADENA | MARLENY | YURANI |

35. Razón social

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

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Putumayo 8 6 | Mocoa 0 0 1 |

41. Dirección principal
BRR MINUTO DE DIOS

42. Correo electrónico annycade@hotmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 1 0 3 1 3 3 1 4 4 | |

## 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 9 9 | 2 0 1 2 0 1 0 1 | 7 4 9 0 | 2 0 1 6 0 3 1 7 | | 2 2 2 3 | |

## 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 | 4 | 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

49 - No responsable de IVA

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

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

## Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

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 de 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 MENESES CADENA MARLENY YURANI

985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

# Universidad del Tolima

Creada mediante Ordenanza número 005 de mayo 21 de 1945 de la Asamblea Departamental del Tolima

OTORGA EL TÍTULO DE

## Especialista en Gerencia de Proyectos

A

## Marleny Yunari Meneses Cadena

C.C. No. 1124848185 expedida en Murcia

Quien cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos.
En testimonio de ello se expide el presente

# DIPLOMA

En la ciudad de Ibagué, a Abril 8 de 2017

El Rector de la Universidad

La Secretaria General

Universidad del Tolima
Libro de registro No. 15
Folio No. 32
Registro No. 91652

ESMYPD Registro Depto. Antioquia CL Res. No. 318189

# ACTA DE GRADO NUMERO 815

Registro No. 91052 Folio No. 32 Libro No. 15

En Ibagué, a las 12:00 de la TARDE del sábado 8 de abril del año 2017, se reunieron en el Auditorio 1 Bloque 33 de la Universidad del Tolima, presididos por el doctor OMAR A. MEJIA PATIÑO, Rector de la Universidad del Tolima, la doctora MARTHA LUCIA NÚÑEZ RODRÍGUEZ, Directora del Instituto de Educación a Distancia y la doctora NIDIA YURANY PRIETO ARANGO, Secretaria General de la Universidad del Tolima, con el objeto de proceder a la graduación de **Meneses Cadena Marleny Yunari**, identificado con Cédula de Ciudadanía número 1124848165 expedida en Mocoa, como Especialista en Gerencia de Proyectos.

Opción de Grado: Profundización en un área: Control y gestión de calidad para el manejo de proyectos . Calificación: 4.0 (CUATRO CERO)

El señor rector recibió el juramento al graduando y le entregó el titulo que lo acredita como **Especialista en Gerencia de Proyectos.**

A las 1:30 PM del día, se dio por terminada la ceremonia de grado.

La Secretaria General leyó la presente acta, la cual se firmó a continuación.

EL RECTOR DE LA UNIVERSIDAD DEL TOLIMA
(Fdo.) OMAR A. MEJIA PATIÑO

LA DIRECTORA DEL INSTITUTO DE EDUCACIÓN A DISTANCIA
(Fdo.) MARTHA LUCIA NÚÑEZ RODRÍGUEZ

LA SECRETARIA GENERAL DE LA UNIVERSIDAD DEL TOLIMA
(Fdo.) NIDIA YURANY PRIETO ARANGO

**NIDIA YURANY PRIETO ARANGO**
Secretaria General

**Es copia**
Ibagué, 8 de abril de 2017

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

*Y EN SU NOMBRE*

*LA*

# UNIVERSIDAD MARIANA

*PERSONERÍA JURÍDICA. RESOLUCIÓN No. 230 DEL 23 DE MARZO DE 1970*
*GOBERNACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE NARIÑO*

.. CONFIERE EL TÍTULO DE:

## TERAPEUTA OCUPACIONAL

A:

MARLENY YUNARI MENESES CADENA

C.C. 1124848165 DE MOCOA

EN SAN JUAN DE PASTO, A LOS VEINTISÉIS (26) DIAS DEL MES DE AGOSTO DE 2011

RECTORA

DECANO

SECRETARIA GENERAL

REGISTRADO AL FOLIO No. 101 DEL LIBRO DE REGISTRO No. 3-17506
San Juan de Pasto, 26 de agosto de 2011

UNIVERSIDAD MARIANA
ACTA No. 481

En San Juan de Pasto, Departamento de Nariño, hoy veintiseis (26) de agosto de dos mil once (2011), en el Auditorium "Madre Caridad Brader" de la Universidad Mariana, se celebró sesión solemne con el fin de otorgar títulos de:

Especialista en Educación con Énfasis en Pedagogía, Especialista en Educación Sexual, Especialista en Alta Gerencia, Especialista en Revisoría Fiscal, Especialista en Gerencia de la Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad, Especialista en Gerencia Tributaria, Licenciado en Educación Básica con Énfasis en Matemática, Licenciado en Educación Preescolar, Licenciado en Educación Básica Énfasis en Ciencias Sociales y Cultura Democrática, Licenciado en Educación Básica Énfasis en Ciencias Naturales y Educación Ambiental, Licenciado en Etnoeducación, Enfermera(o), Terapeuta Ocupacional, Tecnólogo en Regencia de Farmacia, Trabajador Social, Comunicador Social - Periodista, Psicólogo, Ingeniero de Sistemas, Ingeniero Ambiental, Contador Público, Profesional en Administración de Negocios y Profesional en Administración de Negocios Internacionales.

La ceremonia estuvo presidida por la Rectora, Hermana Eva Santa Castrillón, f.m.i. acompañada por Directivas de la Universidad.

Abierta la sesión y presentes los graduandos, conforme a la Resolución No. 120 del 10 de agosto de 2011, emanada de la Rectoría de la Universidad Mariana, la Rectora les tomó el juramento de rigor y les hizo entrega del título que les acredita idoneidad para ejercer la profesión de TERAPEUTA OCUPACIONAL, registrado en el Sistema Nacional de Información de la Educación Superior - SNIES, del Ministerio de Educación Nacional, con el código de Registro No. 8470, a:

MARLENY YUNARI MENESES CADENA
C.C. 1124848165 DE MOCOA

Por haber cumplido con los requisitos señalados en el Estatuto General y en los Reglamentos de la Universidad Mariana.

En constancia se firma en San Juan de Pasto, a los veintiseis (26) días del mes de agosto de dos mil once (2011).

(Aparecen las firmas correspondientes a la Rectora, Decano de la Facultad, Secretaria General y los sellos respectivos).

ES FIEL COPIA DEL ORIGINAL

DORA LUCY ARCE HIDALGO
Secretaria General

# 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 *

1124848165

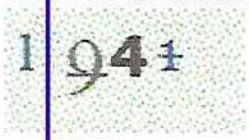
Primer Nombre

marleny

Primer Apellido

meneses

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

8656

Verificar Consulta de ReTHUS Limpiar

**Resultado General -2025-08-20→9:08:02 AM**

| Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Estado Identificación: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1124848165 | MARLENY | YUNARI | MENESES | CADENA | 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) MARLENY YUNARI MENESES CADENA identificado(a) con CC 1124848165 registra La siguiente información:**

**2025-08-20→9:08:02 AM**

**Información Académica**

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación | Fecha inicio ejercer Acto Administrativo | Acto Administrativo | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|---|
| UNV | Local | Terapia ocupacional | 2012-03-02 | 396 | INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO |

**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**

SUMISALUD I.P.S LTDA.

# LA SUSCRITA GERENTE

# CERTIFICA

Que la señora: **YUNARY MENESES CADENA,** Identificada con C.C.N$^{0}$ 1.124.848.165 de Mocoa (Putumayo), presta sus servicios profesionales en nuestra empresa **SUMINISTROS INTEQREALES EN SALUD IPS LTDA** con Nit. **900.152.344 – 5,** desempeñándose como Terapeuta Ocupacional, desde el mes de Agosto del año 2013 hasta la fecha.

Dado en Mocoa, a los catorce (14) días del mes de Enero de 2014.

**MONICA ANDREA MUÑOZ**
No. 1.085.262.808 de Pasto (Nariño)

*Av. COLOMBIA Carrera 9 No. 14 - 36 Tel: 4200757*
*email: sumisalud_intg@hotmail.com*

*REPUBLICA DE COLOMBIA*
*DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO*
*MUNICIPIO DE MOCOA*
*Secretaría de Salud Municipal*

SSM

SALUD MUNICIPAL DE LA ALCALDIA DE MOCOA

CERTIFICA:

Que revisados los archivos, se constató que **MARLENY YUNARI MENESES CADENA** con cédula de ciudadanía No. 1.124.848.165 de Mocoa, prestó sus servicios profesionales mediante contrato de Prestación de servicios con la Secretaria de Salud Municipal de Mocoa, de acuerdo con los siguientes detalles:

| *No. contrato y Fecha de Suscripción* | *Tipo de contrato* |
|---|---|
| No. 0190 DE 01 DE OCTUBRE 2014 | Prestación de Servicios Profesionales |

| *Acta y fecha de inicio* | *Fecha de terminación* |
|---|---|
| No. 01 DE OCTUBRE 2014 | 31 de Diciembre de 2014 |

| *Plazo en meses* | *Plazo días* | *No. de Acta y fecha de liquidación* |
|---|---|---|
| TRES (03) | | 30 de Diciembre 2014 |

| *Objeto del contrato* |
|---|
| PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES DE TERAPETA OCUPACIONAL PARA EL FORTALECIMIENTO DEL TIEMPO LIBRE CON LA POBLACION ADULTO MAYOR DELSECTOR RURAL DEL MUNICIPIO DE MOCOA DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO |

La presente se expide en Mocoa (P), por solicitud del interesado, el 24 dias del Mes de Junio 2015.

SERVIO QUIROZ HERNANDEZ
Secretario de Salud Municipal de Mocoa

Si hay Futuro para Mocoa

| | | |
|---|---|---|
| | FUNDACIÒN GESTIÒN SOCIAL DE COLOMBIA | Putumayo Solidario y Competitivo |

**LA ONG FUNDACIÓN GESTIÒN SOCIAL DE COLOMBIA**
**NIT: 900534661-5**

**CERTIFICA:**

Que **MARLENY YUNARI MENESES CADENA** identificada con cédula de ciudadanía N° **1.124.848.165 de Mocoa Ptyo** labora en nuestra Fundación como Terapeuta de Apoyo, para la ejecución del contrato N° 708 del 02 de julio 2015, celebrado con la Gobernación del Putumayo.

Contrato de Prestación de Servicios: N° 025 del 07 de Agosto de 2015 hasta el 23 de Diciembre de 2015.

Objeto:

**"PRESTACION DE SERVICIÒS PROFESIONALES PARA LA IMPLEMENTACIÒN DE ESTRATEGIAS INNOVADORAS DIRIGIDAS A LA POBLACIÒN ADULTO MAYOR DE LOS 13 MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO,"**

Por solicitud del interesado, se certifica el día 30 de Noviembre de 2015.

**RICHARD FERNANDO DELGADO ROMERO**
**Coordinador Territorial**
**Fundación Gestión Social de Colombia**

Carrera 4 No 8-26 Barrio José María Hernández – Mocoa Putumayo
Teléfonos: 098 4296008 Fax: 4292306 - 4205797
E-mail: salud@putumayo.gov.co

CORPORACION PARA LA PROMOCIÓN DEL DESARROLLO RURAL Y AGROINDUSTRIAL
PROHACIENDO
NIT. 850706424-1

CERTIFICACION

La Corporación Para La Promoción Del Desarrollo Rural y Agroindustrial – Prohaciendo. certifica que MARLENY YUNARI MENESES CAOENA identificada con cédula de ciudadanía No. 1,124.848.165 prestó sus servicios en esta entidad desempeñándose como:

Cargo: COGESTOR SOCIAL.
Fecha: Agosto 16 de 2016 hasta Diciembre 31 de 2016.
Tipo de Contrato. Prestación de Servicios No. CPS-2016-0816-130
Proyecto: "Red de Protección Social para la Superación de la Pobreza Extrema- RED UNIDOS"
Lugar: Villagarzón – Putumayo
Valor del Contrato: CINCO MILLONES CIENTO SETENTA Y CINCO MIL PESOS MDA/CTE ($ 5'175.000)

Obligaciones Contractuales:

OBLIGACIONES GENERALES DE APOYO:
1.- Asegurar la adecuada implementación del Sistema Integrado de Gestión de PROSPERIDAD SOCIAL en lo referente a utilización de formatos estandarizados, actualización de manuales, instructivos, protocolos, demás documentos y registros relacionados.-
2.- Implementar las políticas de seguridad de PROSPERIDAD SOCIAL para el adecuado uso y manejo de la información.-
3.- Hacer uso adecuado de los elementos de identificación en las actividades, eventos, espacios y reuniones realizadas y garantizar la utilización de la imagen corporativa de PROSPERIDAD SOCIAL de acuerdo con las condiciones de la Entidad.-
4.- Dar un buen uso a los materiales de trabajo, equipos de cómputo y demás provistos por PROSPERIDAD SOCIAL para el uso en los territorios.-
5.- Contribuir desde su rol con los ejercicios de seguimiento y evaluación de procesos, resultados o impacto de la estrategia, o de cualquiera de sus componentes, en los que PROSPERIDAD SOCIAL lo requiera.-

OBLIGACIONES ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR Y COMUNITARIO:
1.- Presentar las facturas o cuentas de cobro y los informes de actividades correspondientes a su rol en los periodos establecidos.
2.- Participar en los procesos de orientación metodológica a los cuales sea convocado por el Coordinador local de acuerdo al Plan establecido.-
3.- Cumplir los lineamientos técnicos impartidos relacionados con el componente de acompañamiento familiar y comunitario.
4.- Al finalizar el contrato, hacer entrega de los equipos y elementos de identificación que le fueron suministrados por PROSPERIDAD SOCIAL para su implementación.-
5.- Implementar las actividades del Plan de Cobertura para gestionar la ubicación de los hogares de acuerdo a los lineamientos establecidos por PROSPERIDAD SOCIAL.-
6.- Dar cumplimiento al plan de actividades mensuales de acompañamiento familiar y comunitario de los hogares de la estrategia RED UNIDOS contribuyendo así a la ejecución del plan de trabajo.-

**EL SUSCRITO ADMINISTRADOR Y JEFE DE TALENTO HUMANO DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN GABRIEL ARCÁNGEL**

**C E R T I F I C A  Q U E :**

**MARLENY YUNARY MENESES CADENA**, identificada con cedula de ciudadanía No. 1.124.848.165 Expedida en Mocoa (Putumayo), laboró en esta empresa mediante la modalidad de prestación de servicios como terapeuta ocupacional desde el 13 deabril del 2016 hasta el 30 de abril del 2020 en la E.S.E. Hospital San Gabriel Arcángel.

Este certificado se expide en Villagarzón, a solicitud del interesado el día 12 de junio de 2020

San Gabriel Arcangel
E.S.E. HOSPITAL
NIT. 846.001.620-0
ADMINISTRACION

**CARLOS GIOVANNI CORREA ARIAS**
*Administrador*

PREVENCION Y TRATAMIENTO PARA

# FUNDACION SUEÑOS DE VIDA

ALCOHOLISMO Y DROGADICCION

Personería Jurídica No. 01518 de Noviembre 22 de 2002
NIT 846.002.437-3

La "Fundación Sueños de Vida", Organización Social sin Ánimo de Lucro, creada para la Prevención y el Tratamiento del Alcoholismo y la Drogadicción en el Departamento del Putumayo

HACE CONSTAR:

La señora MARLENY YUNARY MENESES CADENA IDENTFCADA con cedula de ciudadania N° 1.124.848.165 de Mocoa-Putumayo prestó sus servicios profesionales en esta fundacion como TERAPEUTA OCUPACIONAL brindando apoyo en la realizacion de actvdades en enseñanza laboral con fines terapeuticos para el contrato celebrado entre la Fundacion Sueños De Vida Y La Gobernacion Del Departamento Del Putumayo.

| COTRATO N° | OBJETO DEL CONTRATO | TIEMPO | FECHA INICO FECHA TERMINACION |
|---|---|---|---|
| 1000 | CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y PROMOCIÓN DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE EN LA POBLACIÓN ESCOLAR EN LOS 13 MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO. | 6 MESES | 10 DE OCTUBRE 2015<br>10 DE ABRIL DE 2016 |

para constanciaia se firma en Mocoa putumayo a los veintres dias 23 del mes de mayo de dos mil diecisies 2016

MARCOS CHANCHI BECERRA
CC. No. 5.279.358 de Mocoa
Representante Legal

*Dirección: Inspección del Pepino*
*Barrio Los Prados Cel. 310-5547278*
*Telf. (098) 4204856 – Mocoa Putumayo*

Fundación EcoForest
Ecología y Futuro Sostenible

NIT 846002476-0

## LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL DE LA FUNDACIÓN ECOFOREST

## CERTIFICA QUE:

La señora **MARLENY YUNARY MENESES CADENA**, identificada con Cédula de Ciudadanía N° 1.124.848.165 de Mocoa - Putumayo, presto sus servicios profesionales en esta fundación como TERAPEUTA OCUPACIONAL brindando apoyo en la realización de actividades con fines terapéuticos para el contrato celebrado entre la Fundación Ecoforest y la Gobernación del Departamento del Putumayo.

| CONTRATO No | OBJETO DEL CONTRATO | TIEMPO | FECHA INICIO Y FECHA TERMINACIO N |
|---|---|---|---|
| 1192 del 18 de Diciembre del 2015 | Apoyo para el Fortalecimiento Psicosocial y Terapéutico de los once (11) centros día y cuatro (4) Centros Integrales del departamento del Putumayo. | Tres (3) meses | 21 de Diciembre del 2015 hasta 20 de Marzo de 2016 |

Para constancia se firma en Mocoa – Putumayo, a los veinte nueve (29) días, del mes de Marzo de Dos Mil Dieciséis (2016).

GIOVANNA DEL PILAR ROJAS SÁNCHEZ
C.C. 65.772.667 De Ibagué Tolima
**Representante legal**

Calle 9 No 8-52 centro Mocoa – Putumayo cel. 3115916962
Fundacionecoforest@gmail.com

FUNDACIÓN
SURPROGRESO
NIT. 900756101-5

# EL SUSCRITO REPRESENTANTE LEGAL DE LA FUNDACION SUR PROGRESO

## CERTIFICA

Que **MARLENY YUNARI MENESES CADENA**, identificada con cedula de ciudadania N° 1.124.848.165 de Mocoa, ejecutó a satisfacción el contrato de prestación de servicios N° PS0032020 del 21 de marzo del 2020, de objeto: **PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA COORDINACIÓN DEL CENTRO VIDA DEL MUNICIPIO DE PUERTO ASÍS**, en el marco de la ejecución del contrato N° 144 del 13 de marzo de 2020, suscrito entre la FUNDACION SUR PROGRESO y el Municipio de Puerto Asis.

Contrato N°: PS0032020 del 21 de marzo del 2020
Plazo: 02 meses.
Fecha de inicio: 21 de marzo del 2020
Fecha de terminación: 21 de mayo de 2020
Valor: $5.000.000
Forma de pago: Dos pagos mensuales por valor de $2.500.000
Actividades ejecutadas: a) Coordinar la entrega periódica de víveres y abarroles para la preparación de los alimentos
b) Coordinar la entrega periódica de los materiales necesarios para la adecuada atención del Adulto mayor
c) Coordinar la entrega de paquetes alimentarios a los Adultos Mayores del Sector Rural del Municipio de Puerto Asis
d) Supervisar las actividades de ubicación, trazado de rutas, planeación de entregas y transporte de alimentos preparados
e) Administrar el recurso humano disponible para la atención del Centro Vida
f) Consolidar los informes semanales presentados por el recurso humano en el marco de la ejecución de sus contratos
g) las demás actividades propias del servicio contratado

En constancia de lo anterior se firma el día 11 de junio del 2020, en la ciudad de Puerto Asis.

YHAROL ALEXIS VALENCIA CORTEZ
Representante Legal FUNDACION SUR PROGRESO
NIT. 900756101-5

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE PUERTO CAICEDO
ALCALDÍA MUNICIPAL
NIT: 800229887-2

Libertad y Orden

EL SECRETARIO GENERAL DE GOBIERNO, EDUCACIÓN, CULTURA, DEPORTE Y DESARROLLO SOCIAL DE LA ALCALDIA MUNICIPAL DE PUERTO CAICEDO PUTUMAYO.

N° 126

CERTIFICA:

Que: la señora **MARLENY YUNARI MENESES CADENA**, identificado con la cédula de ciudadanía número 1.124.848.165 expedida en Mocoa, presto los servicios al Municipio de Puerto Caicedo Putumayo, mediante contrato de prestación de servicios así:

| No. | Modalidad | Objeto | Valor | Fecha Inicio | fecha terminación | Duración | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | Meses | Días |
| 109/08/03/2021 | Contrato de Prestación de servicios Profesionales | Prestación de servicios profesionales para el fortalecimiento a la Secretaría de Salud Municipal para la Coordinación del Programa PRASS y el seguimiento del PLAN DE VACUNACION contra el COVID-19 en el Municipio de Puerto Caicedo, Putumayo. | $7.000.000 | 08/03/2021 | 31/03/2021 | 2 | 24 |

**Obligaciones Específicas:**

a) Coordinar, formular, implementar y realizar seguimiento del plan operativo del programa PRASS del Municipio de Puerto Caicedo según Decreto 1374 de 2020.
b) Realizar la gestión interinstitucional e intersectorial para la implementación y desarrollo de acciones definidas en el programa PRASS, según lo definido en el Decreto 1374 de 2020.
c) Realizar el seguimiento y coordinación del equipo de rastreadores para el manejo del programa PRASS, en el seguimiento de contactos positivos, contacto estrecho, cerdo epidemiológico utilizando el SegCvid19.
d) Adelantar la toma de transporte de toma de muestras de la población no afiliado, los definidos conglomerados, personas del cerdo epidemiológico sospechas y/o probables.
e) Apoyar mediante estrategias de comunicación los mecanismos de participación social y comunitaria para el adecuado desarrollo del programa PRASS.
f) Realizar el reporte, monitoreo y análisis de la información de registro y seguimiento de los casos y contactos objeto de rastreo a través de SegCvid19 y asignación de IEC al equipo de rastreadores PRASS.
g) Participar que el Municipio defina.
h) Revisar los cerdos epidemiológicos realizados por los rastreadores PRASS, complementar cuando se requiera.
i) Identificar la población no afiliada y remitir al apoyo de aseguramiento en salud municipal para completar su afiliación



Escaneado con CamScanner

j) Coordinar las actividades como búsqueda activa comunitaria en zona urbana y rural, acciones de comunicacion, prevención y sensibilización en los diferentes sectores del municipio.
k) Participar y brindar asistencia técnica del área de interés y coordinación.
l) Apoyar en la gestion intersectorial para la articulación de estrategias que permitan el cumplimiento de los objetivos del pan nacional de vacunación contra Covid-19.
m) Realizar el seguimiento al movimiento de insumos y biológicos para la vacunación contra el Vocif-19 con el fin de evitar pérdidas o vencimientos de las mismas. Reportar informe a gestión en salud pública de la secretaria de salud municipal.
n) Adelantar acciones de informacion y educación en salud para la promoción de la vacunación contra el Covid-19.
o) Coordinar con ICB, DPS, Familias en acción y otros del territorio, el cronograma de vacunación, promoción y difusión de la vacunación contra el covid-19.
p) Evaluar el avance de cumplimiento de las metas de acuerdo con la micro planificación y proponer intervenciones.
q) Apoyar en la ejecución del plan municipal de vacunación del covid-19
r) Apoyar a la secretaria de salud municipal en la gestión documental de archivos relacionadas con su objeto contractual.

Para constancia se firma en el despacho de la Alcaldía Municipal de Puerto Caicedo, al primer (01) día del mes de junio del dos mil veintiuno (2021).

**ANDRES YAMID MEZA ROJAS**
Secretario General de Gobierno, Educación,
Cultura, Deporte y Desarrollo Social

Laura Berbo A.U.
Secretaria de la Secretaria de Gobierno



Escaneado con CamScanner

Libertad y Orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE PUERTO CAICEDO
ALCALDÍA MUNICIPAL
NIT: 800229887-2

EL SECRETARIO GENERAL DE GOBIERNO, EDUCACIÓN, CULTURA, DEPORTE Y DESARROLLO SOCIAL DE LA ALCALDIA MUNICIPAL DE PUERTO CAICEDO PUTUMAYO.

HACE CONSTAR:

N° 160

Que: la señora **MARLENY YUNARI MENESES CADENA**, identificada con la cedula de ciudadanía N° 1.124.848.165 expedida en Mocoa, presto los servicios al Municipio de Puerto Caicedo Putumayo, mediante contrato de prestación de servicios profesionales así:

| No. | Modalidad | Objeto | Valor | Fecha Inicio | fecha terminación | Duración | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | Meses | Días |
| 240/08/06/2021 | Prestación de Servicios Profesionales | "Prestación de servicios profesionales para el fortalecimiento a la Secretaria de Salud Municipal en coordinación del programa PRASS y el seguimiento del Plan Nacional de Vacunación contra COVID-19 en el Municipio de Puerto Caicedo Putumayo" | $7.500.000 | 09/06/2021 | 08/09/2021 | 3 | |

**Obligaciones Especificas:**

a) Coordinar, formular, implementar y realizar seguimiento del plan operativo del programa PARSS del Municipio de Puerto Caicedo según Decreto 1374 de 2020.
b) Realizar la gestión interinstitucional e intersectorial para la implementación y desarrollo de acciones definidas en el programa PRASS, segun lo definido en el decreto 1374 de 2020
c) Realizar el seguimiento y coordinación del equipo de rastreadores para el manejo del programa PRASS, en el seguimiento de contactos positivos, contacto estrecho, cerdo epidemiológico utilizado el SegCvid19
d) Adelantar la toma de transporte de toma de muestras de la población no afiliado, los definidos conglomerados, personas del cerdo epidemiológico sospechas y/o probable.
e) Apoyar mediante estrategias de comunicación los mecanismos de participación social y comunitaria para el adecuado desarrollo del programa PRASS.
f) Realizar el reporte, monitoreo y análisis de la información de registro y seguimiento de los casos y contactos objeto de rastreo a través de SegCVID19y asignación de IEC al equipo de rastreadores PRASS.
g) Participar en el Municipio defina
h) Revisar los cerdos epidemiológicos realizados por los rastreadores PRASS, complementar cuando se requiera
i) Identificar la población no afiliada y remitir al apoyo de aseguramiento en salud municipal para completar su afiliación.
j) Coordinar las actividades como búsqueda activa comunitaria en zona urbana y rural acciones de comunicación, prevención y sensibilización en los diferentes sectores del municipio.
k) Participar y brindar asistencia técnica del área de interés y coordinación.



Escaneado con CamScanner

l) Apoyar en la gestión intersectorial para la articulación de estrategias que permitan el cumplimiento de los objetivos del plan nacional de vacunación contra Covid-19.
m) Realizar el seguimiento al movimiento de insumos y biológicos para la vacunación contra el Vocif-19 con el fin de evitar pérdidas o vencimientos de las mismas. Reportar informe a gestión en salud pública de la secretaria de salud Municipal.
n) Adelantar acciones de información y educación en salud para la promoción de la vacunación contra el Covid-19.
o) Coordinar con ICB, DPS Familias en acción y otros del territorio, el cronograma de vacunación, promoción y difusión de la vacunación contra el Covid-19.
p) Evaluar el avance cumplimiento de las metas de acuerdo con la micro planificación y proponer intervenciones.
q) Apoyar en la ejecución del Plan Municipal de vacunación del Covid-19.
r) Apoyar a la Secretaria de Salud Municipal en la gestión documental de archivos relacionados con su objeto contractual.

Para constancia se expide en la Alcaldía Municipal, a los trece (13) días del mes de septiembre de dos mil veintiuno (2021).

ANDRES YAMID MEZA ROJAS
Secretario General de Gobierno, Educación,
Cultura, Deporte y Desarrollo Social

Laborn Revisa
Secretaria de Seguridad de Gobierno



Escaneado con CamScanner

EL JEFE DE LA OFICINA DE CONTRATACIÓN DEPARTAMENTAL

CERTIFICA:

Que una vez revisada la relación de actividad contractual, suscrita por la Gobernación del Departamento del Putumayo, el expediente contractual y revisado en el SECOP, durante las vigencias correspondientes, se encontró que se suscribió Contrato con MARLENY YURANY MENESES CADENA, con cedula de ciudadania Nro. 1,124,848,165 expedida en MOCOA, relacionado de la siguiente manera:

CONTRATO UNO VIGENCIA 2021

| | |
|---|---|
| CONTRATO N°: | CPS-1446-2021 |
| FECHA CONTRATO: | 22/10/2021 |
| CLASE DE CONTRATO: | Prestación De Servicios Profesionales |
| CONTRATISTA: | MARLENY YURANY MENESES CADENA |
| C.C. Nro.: | 1,124,848,165 |
| PLAZO DEL CONTRATO: | 2 MESES Y 7 DIAS CALENDARIO |
| PLAZO PRORROGA 1: | 1 MES |
| FECHA DE INICIO: | 25/10/2021 |
| FECHA DE TERMINACIÓN: | 31/12/2021 |
| FECHA TERMINACIÓN PRORROGA 1: | 31/01/2022 |
| OBJETO: | CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE UN PROFESIONAL EN SALUD PARA APOYAR LA VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE LA COVID-19, ENTRE OTROS EVENTOS DE INTERÉS EN EL MUNICIPIO DE PUERTO CAICEDO, INCLUIDO EN EL PLAN DE ACCIÓN DEL ÁREA DE EPIDEMIOLOGIA DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO |
| ASIGNACIÓN MENSUAL: | TRES MILLONESCCIENTO OCHENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS ($ 3,184,674.00) M/CTE |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO: | SIETE MILLONESCCIENTO DOCE MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y OCHO PESOS 6 ($ 7,112,438.60) M/CTE |
| VALOR ADICIÓN Nro. 1: | TRES MILLONESCCIENTO OCHENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS 3,184,674.00 |
| FEHCA DE TERMINACIÓN DEL ADICIONAL 1 | 31/01/2022 |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO: | DIEZ MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y SIETE MILCCIENTO DOCE PESOS 6 ($ 10,297,112.60) M/CTE |
| EJECUTADO: | 100.00% - FINALIZADO |

ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DEL CONTRATISTA:

| Nro. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|
| 1 | Coadyuvar en la organización de las actividades del equipo de apoyo para la atención de la COVID-19 en el municipio de Puerto Caicedo Putumayo con el fin de lograr el cumplimiento de entrega de productos en tiempo oportuno en articulación de los coordinadores de vigilancia en salud pública de los municipios. |
| 2 | Apoyar en la realización de asistencias técnicas ó capacitaciones (visitas de asistencia a las UNM y UPGD caracterizadas, además de asesorías vía e-mail, teléfono y celular) y acompañamiento a las instituciones prestadoras de servicios de salud que se clasifiquen como Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) y como Unidades Notificadoras Municipales, (UNM), realizar seguimiento a compromisos, dejar soporte y enviar al referente que corresponda previa revisión del supervisor. |
| 3 | Apoyar en la realización de las Búsquedas Activas Comunitarias en población a riesgo del evento asignado según programación concertada con el área de epidemiología y direcciones locales de salud teniendo en cuenta las metodologías nacionales, además de realizar el informe BAC. |
| 4 | Apoyar en los Comités de vigilancia en Salud Pública (Cove ó Comité de EEVV, Covecom) en la presentación del comportamiento de la COVID-19 o de otro evento de interés en salud pública de manera mensual o de acuerdo a programación del municipio. |
| 5 | Apoyar en la elaboración de informes descriptivos, reportes, comunicados ó boletines informativos de los datos originados en la vigilancia intensificada de infección respiratoria aguda Covid-19 o de otro evento de interés en salud pública que se requiera. |
| 6 | Apoyar en la georreferenciación de los casos confirmados de covid-19, incluidas las mortalidades por Covid-19, conglomerados, además de otros eventos de interés en salud pública que se requiera. |
| 7 | Coadyuvar en la caracterización de conglomerados por Covid-19 de ámbito hospitalario y no hospitalario. |
| 8 | Coadyuvar en la realización de las investigaciones epidemiológicas de campo, línea de tiempo y formato de seguimiento de los contactos estrechos de la Covid-19 de los casos notificados. |
| 9 | Coadyuvar en la actualización de la base de datos nacional en variables según solicitud de referente departamental o nacional, para lo cual se organizará una carpeta en ONE DRIVE, además del seguimiento a la notificación del evento. |
| 10 | Apoyar en el ingreso y realización de las autopsias verbales de mortalidades por Covid-19 en la plataforma SEGCOVID-Ruaf del Ministerio de Salud y Protección Social, y mantener actualizada la información. |
| 11 | Apoyar en la elaboración del informe de priorización según formato establecido por el nivel departamental de acuerdo a solicitud del INS |
| 12 | Coadyuvar en la realización de correspondencias con bases de datos de Sivigila y Ruaf y otras que se consideren, soportar con acta. |
| 13 | Apoyar en la actualización y monitoreo del plan de contingencia de la Covid-19 por cada municipio y realizar el seguimiento y los informes necesarios para soportar el cumplimiento, y participar de otras actividades que se incluyan en planes de acción o contingencia municipales. |
| 14 | Apoyar en la atención a brotes y/o situaciones de emergencia en Salud Pública que se amerite apoyo técnico por parte de la Secretaria de Salud Departamental. |
| 15 | Apoyar en la presentación con la periodicidad requerida por parte del responsable del Area de Epidemiología un informe de las actividades realizadas respecto a las obligaciones del objeto contractual. |

| | |
|---|---|
| 16 | Apoyar las actividades programadas en el plan de acción en salud 2021 del Area de Epidemiología, incluidas las estrategias que se adelantarán en esta vigencia. |
| 17 | Apoyo en la implementación, seguimiento, control y mejoramiento del Sistema de Gestión – Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) de la Gobernación del Putumayo. |
| 18 | Apoyar en la organización del archivo de los diferentes eventos asignados (oficios, circulares, entre otros) teniendo en cuenta la Gestión de documentos según la Ley general de archivo 594 de Julio 14 de 2000. |
| 19 | Las demás que se requieran para cumplir los propósitos y fines del área, delegado por el secretario de salud o por el supervisor. |

Para constancia de firma en San Miguel Agreda de Mocoa, a solicitud del interesado, el 17 de Febrero de 2022.

NELSON FRANCISCO RINCON MORENO
Jefe Oficina de Contratación Dptal

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Elaboró | Cecilia Zambrano | Secretaría de Servicios Administrativos | Técnico Operativo OCD | |

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE PUERTO CAICEDO
ALCALDÍA MUNICIPAL
NIT. 800229887-2

## LA SUSCRITA SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL DE PUERTO CAICEDO PUTUMAYO

*Cert-SSMPC-10-2022*

## HACE CONSTAR

Que, **MARLENY YUNARI MENESES CADENA**, identificada con cedula de ciudadanía No 1.124.848.165 de Mocoa (Putumayo). Terapeuta ocupacional, presto los servicios al Municipio de Puerto Caicedo Putumayo, en calidad de Coordinador covid-19 (evento 346) en la Secretaría de Salud Municipal; mediante contrato así:

| No | Modalidad | Objeto | Valor | Fecha Inicio | Fecha Terminación | Duración | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | Meses | Días |
| 050 del 17 de enero de 2022 | Contrato de prestacion de servicios | Prestación de servicios profesionales para el fortalecimiento a la secretaria de salud municipal para la coordinación y seguimiento del evento 346 (covid-19) en el municipio de puerto Caicedo. | $7.500.000 | 01 de abril de 2022 | 30 de junio de 2022 | Dos (02) | Catorce (14) |

***Clausula 3: Actividades especificas:***

a) organizar de las actividades del equipo de apoyo para la atención de la COVID-19 en el Municipio de Puerto Caicedo, con el fin de lograr el cumplimiento de entrega de productos en tiempo oportuno en articulación de los coordinadores en vigilancia y salud pública del municipio

b) Coordinar cercos epidemiológicos cuando se requiera complementar las medidas de aislamiento preventivo, en las áreas donde se presenten conglomerados

c) Actualizar base de datos de casos negativos y negativos con síntomas notificados por la UPGD. y realizar informe administrativo semanal

d) Actualizar base de datos general, base fuentes de contagio y realizar informe de incidencia, mortalidad y letalidad, y reportar cuando sea requerido a secretaria de salud departamental

e) Apoyar mediante información, educación y comunicación las acciones de salud pública y vigilancia epidemiológica relacionadas a COVID-19 con el fin de mitigar y controlar la propagación del virus

f) Apoyar en la vigilancia del cumplimiento de las medidas de Bioseguridad para la reactivación económica, segura y progresiva en el municipio de Puerto Caicedo

g) realizar asistencias técnicas, reuniones y comités relacionados con covid-19 convocados desde la secretaria de salud Municipal, Secretaria de Salud Departamental

h) Apoyar en los Comités de vigilancia en Salud Pública (Cove ó Comité de EEVV, Comité de sanidad portuaria, Covecom) en la presentación del comportamiento de la COVID-19 de manera mensual o de acuerdo a programación del municipio

i) Apoyar a la secretaria de salud municipal en la gestión documental de archivos relacionadas con su objeto contractual
j) asignación revisión y ajustes de las investigaciones epidemiológicas de campo, línea de tiempo y formato de seguimiento de los contactos estrechos de la COVID-19 de los casos notificados, además realizar cargue a la carpeta ONE DRIVE de Secretaria de Salud Departamental
k) Apoyar en el cumplimiento de las medidas de bioseguridad en las Instituciones educativas, para propiciar el retorno gradual y seguro de niños, niñas y adolescentes
l) coordinar la realización de las Busquedas Activas Comunitarias en población a riesgo en población priorizada del evento asignado según programación concertada con el área de epidemiología y dirección local de salud teniendo en cuenta las metodologías nacionales
m Apoyar en la elaboración de informes descriptivos, reportes comunicados ó boletines informativos de los datos originados en la vigilancia intensificada de infección respiratoria aguda COVID-19
n) Apoyar en la georeferenciación de los casos confirmados de covid-19 incluidas las mortalidades por covid-19,conglomerados además de otros eventos de interés en salud pública que se requieran
o) reportar la base de datos nacional actualizar base sismuestra según las notificaciones del evento por covid-19 ademas del seguimiento a la notificación del evento
p) realizacion de correspondencia con base de datos y SIGIVILA de los casos que se encuentran según el INS por fuera de reporta (sin notificar)
q) Apoyar en las acciones que se desarrollen en el plan de contingencia de la covid dentro del municipio
r) actualizar las fechas de alta hospitalaria de usuarios por covid-19
s) apoyar en la actualizacion de base de datos de fuentes de contagio de los contactos estrechos de casos positivos por covid-19
t) Apoyar en las acciones y seguimiento de los Protocolos de bioseguridad. Durante el término de la emergencia sanitaria declarada por el Ministerio de Salud y Protección Social, con ocasión de la pandemia derivada del Coronavirus COVID-19
u) Apoyar en la atención a brotes y/o situaciones de emergencias en salud pública que se requiere apoyo técnico por parte del área de secretaria de salud municipal Municipal
v) Apoyar en la estrategia de vigilancia en salud publica comunitaria relacionados al evento covid-19

Para constancia se firma en el despacho de la Secretaria de Salud Municipal de Puerto Caicedo, el día jueves 30 de junio de 2022.

Valido Firma Original

YECXI MUÑOZ GALVIS
Secretaria de Salud Municipal
Puerto Caicedo (P)

impulsado por CamScanner



## LA SUSCRITA SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL DE PUERTO CAICEDO PUTUMAYO

*Cert-SSMPC-021-2022*

## HACE CONSTAR

Que, **MARLENY YUNARI MENESES CADENA,** identificada con cedula de ciudadanía No 1.124.848.165 de Mocoa (Putumayo), Terapeuta ocupacional, prestó los servicios al Municipio de Puerto Caicedo Putumayo, en calidad de Coordinador covid-19 (evento 346) en la Secretaría de Salud Municipal; mediante contrato así:

| No | Modalidad | Objeto | Valor | Fecha Inicio | Fecha Terminación | Duración | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | Meses | Días |
| 176 del 08 de julio de 2022 | Contrato de prestación de servicios | Prestación de servicios profesionales para el fortalecimiento a la secretaria de salud municipal para la coordinación y seguimiento del evento 346 (covid-19) en el municipio de puerto Caicedo. | $7.500.000 | 08 de julio de 2022 | 30 de septiembre de 2022 | Tres (03) | |

***Clausula 3: Actividades especificas:***

a) organizar de las actividades del equipo de apoyo para la atención de la COVID-19 en el Municipio de Puerto Caicedo, con el fin de lograr el cumplimiento de entrega de productos en tiempo oportuno en articulación de los coordinadores en vigilancia y salud pública del municipio

b) Coordinar cercos epidemiológicos cuando se requiera complementar las medidas de asilamiento preventivo, en las áreas donde se presenten conglomerados

c) Actualizar base de datos de casos negativos y negativos con sintomas notificados por la UPGD, y realizar informe administrativo semanal.

d) Actualizar base de datos general, base fuentes de contagio y realizar informe de incidencia, mortalidad y letalidad, y reportar cuando sea requerido a secretaria de salud departamental

e) Apoyar mediante información, educación y comunicación las acciones de salud pública y vigilancia epidemiológica relacionadas a COVID-19 con el fin de mitigar y controlar la propagación del virus

f) Apoyar en la vigilancia del cumplimiento de las medidas de Bioseguridad para la reactivación económica, segura y progresiva en el municipio de Puerto Caicedo

g) realizar asistencias técnicas, reuniones y comités relacionados con covid-19 convocados desde la secretaria de salud Municipal, Secretaria de Salud Departamental

h) Apoyar en los Comités de vigilancia en Salud Pública (Cove ó Comité de EEVV, Comité de sanidad portuaria, Covecom) en la presentación del comportamiento de la COVID-19 de manera mensual o de acuerdo a programación del municipio

impulsado por CamScanner



i) Apoyar a la secretaria de salud municipal en la gestión documental de archivos relacionadas con su objeto contractual
j) asignación revisión y ajustes de las investigaciones epidemiológicas de campo, linea de tiempo y formato de seguimiento de los contactos estrechos de la COVID-19 de los casos notificados. además realizar cargue a la carpeta ONE DRIVE de Secretaria de Salud Departamental
k) Apoyar en el cumplimiento de las medidas de bioseguridad en las instituciones educativas, para propiciar el retorno gradual y seguro de niños, niñas y adolescentes
l) coordinar la realización de las Búsquedas Activas Comunitarias en población a riesgo en población priorizada del evento asignado según programación concertada con el área de epidemiologia y dirección local de salud teniendo en cuenta las metodologias nacionales
m Apoyar en la elaboración de informes descriptivos, reportes, comunicados ó boletines informativos de los datos originados en la vigilancia intensificada de infección respiratoria aguda COVID-19
n) Apoyar en la georefenciacion de los casos confirmados de covid-19 incluidas las mortalidades por covid-19,conglomerados además de otros eventos de interés en salud pública que se requieran
o) reportar la base de datos nacional actualizar base sismuestra según las notificaciones del evento por covid-19 además del seguimiento a la notificación del evento
p) realización de correspondencia con base de datos y SIGIVILA de los casos que se encuentran según el INS por fuera de reporta (sin notificar)
q) Apoyar en las acciones que se desarrollen en el plan de contingencia de la covid dentro del municipio
r) actualizar las fechas de alta hospitalaria de usuarios por covid-19
s) apoyar en la actualización de base de datos de fuentes de contagio de los contactos estrechos de casos positivos por covid-19
t) Apoyar en las acciones y seguimiento de los Protocolos de bioseguridad. Durante el término de la emergencia sanitaria declarada por el Ministerio de Salud y Protección Social, con ocasión de la pandemia derivada del Coronavirus COVID-19
u). Apoyar en la atención a brotes y/o situaciones de emergencias en salud pública que se requiere apoyo técnico por parte del área de secretaria de salud municipal Municipal
v) Apoyar en la estrategia de vigilancia en salud publica comunitaria relacionados al evento covid-19

Para constancia se firma en el despacho de la Secretaria de Salud Municipal de Puerto Caicedo, el día viernes 30 de septiembre de 2022.

Valido Firma Original

YECXI MUÑOZ GALVIS
Secretaria de Salud Municipal
Puerto Caicedo (P)

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE PUERTO CAICEDO
ALCALDIA MUNICIPAL
NIT: 800229887-2

LA SUSCRITA SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL DE PUERTO CAICEDO PUTUMAYO

*Cert SSMPC-020-2023*

HACE CONSTAR

Que MARLENY YUNARI MENESES CADENA, identificada con cedula de ciudadanía No 1.124.848.165 de Mocoa (Putumayo), Profesional de la Salud, presto los servicios al Municipio de Puerto Caicedo Putumayo; mediante contrato así:

| No | Modalidad | Objeto | Valor | Fecha Inicio | Fecha Terminación | Duración | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | Meses | Días |
| 209 del 21 de mayo de 2023 | Contrato de prestación de servicios | Consultoría para el fortalecimiento institucional mediante la contratación de personal calificado para la elaboración del seguimiento de la política pública de primera infancia, adolescencia y juventud 2020-2023 del municipio de puerto Caicedo, putumayo | $25.000.000 | 26 de mayo de 2023 | 25 de septiembre de 2023 | cuatro (04) | |

*Condiciones técnicas exigidas:*

| OBJETIVOS | ACTIVIDADES | DESCRIPCION |
|---|---|---|
| Ajustar la Fase 1: sensibilización y alistamiento. | Mesa de Trabajo con el equipo técnico territorial RPC | Mesa de trabajo para identificar el estado de avance del Plan de trabajo del equipo territorial RPC de Primera Infancia, Adolescencia y Juventud del Municipio de Puerto Caicedo, y ajustar el cronograma de actividades. |
| | Reuniones de asistencia técnica externa | Acompañar y participar con el equipo territorial RPC de las reuniones y/o asistencias técnicas programadas por las Instituciones relacionadas con la rendición de cuentas de primera infancia, adolescencia y juventud |
| | Recopilar y consolidar base de datos de las organizaciones de la sociedad civil | Acompañar al equipo territorial RPC a identificar y levantar la base de datos de las organizaciones de la sociedad civil que trabajan asuntos de primera infancia, infancia, adolescencia y juventud. |
| | Asesoría técnica interna en estrategia de comunicación | Acompañar al equipo territorial RPC para determinar la estrategia de comunicación, contemplada en la fase de sensibilización y alistamiento |

| | | |
|---|---|---|
| Desarrollo de la Fase 2 generación y análisis de información. | Mesas de trabajo individuales | Dinamizar y acompañar ejercicios que le permitan al equipo territorial RPC con base en la batería de indicadores de primera infancia, adolescencia y juventud el analisis de la garantía de derechos, analisis del plan de desarrollo, análisis situacional y análisis del gasto público. |
| | Mesas de trabajo grupales | Realizar con el equipo territorial RPC, ejercicios de retroalimentacion de la información disponible sobre el analisis de garantía de derechos, análisis del plan de desarrollo, análisis situacional y análisis del gasto público para la construcción del informe de gestión de primera infancia, adolescencia y juventud 2020 - 2023 |
| | proceso de cargue de información cualitativa y cuantitativa de indicadores | Apoyar al equipo territorial RPC en el ejercicio del cargue de la información correspondiente, en el aplicativo de la Procuraduría General de la Nación de acuerdo a la directiva 004 del 9 de febrero 2023. |
| Acordar el plan de acción para el desarrollo de la Fase 3 encuentros estratégicos de dialogo y audiencias públicas participativas. | Encuentros con grupos poblacionales | Acompañar al equipo territorial RPC en la preparación e implementacion de la fase de diálogos para la rendición pública de cuentas de primera infancia, adolescencia y juventud |
| Consolidar el informe de gestión para la rendición pública de cuentas 2020-2023 a partir del análisis de los indicadores de la primera infancia, infancia y adolescencia | reuniones con responsables de la información | Llevar a cabo reuniones de trabajo con el personal que maneja la información pertinente para la consolidacion del informe de gestión para la rendición pública de cuentas 2020-2023 |
| Realización de la fase 4 Seguimiento y retroalimentación del proceso RPC | Elaborar plan de mejoramiento, socialización del proceso adelantada en la ultima sesión del consejo de politica social municipal | A partir de los resultados de las fases anteriores, con enfasis en las valoraciones de la administración territorial y la ciudadanía , en especial la población menor de 29 años, este plan debe integrar el proceso de empalme entre las administraciones territoriales salientes 2020-2023 y las entrantes 2024-2027. |

***Clausula:_- Supervisión:*** *"El seguimiento y control de la ejecución del presente contrato estara a cargo de la secretaria de Salud Municipal, quien velará por los intereses de EL MUNICIPIO y tendrá las funciones que por la índole y naturaleza del contrato le sean propias en concordancia con el articulo 82 y 83 de la Ley 1474 de 2011".*

Para constancia se firma en el despacho de la Secretaria de Salud Municipal de Puerto Caicedo, el dia lunes 30 de octubre de 2023

YECXI MUÑOZ GALVIS
Secretaria de Salud Municipal

# SOLUCIONES INTEGRALES EN GESTION OCUPACIONAL S.A.S

*CRA 15 N° 14-60 BRR OBRERO II Teléfonos 3209506624 Fax - Mocoa - Putumayo*

Sigo IPS
Soluciones Integrales en Gestión Ocupacional

## Concepto Aptitud Ocupacional 28357

Hora Ingreso: 14:32
Hora Egreso: 14:34

| FECHA DE REALIZACION DEL EXAMEN | | | TIPO DE EXAMEN PARACLINICO (MARQUE CON UNA (X)) |
|---|---|---|---|
| 12 | 1 | 2024 | Ingreso [X] Egreso [ ] Periódico [ ] Otro [ ] Altura [ ] |

## DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ

Razon Social: PARTICULARES

Dirección del centro de trabajo:

## DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE

MENESES CADENA MARLENY YUNARI — CC 1124848165

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

Género (Marque con una X): Femenino [X] Masculino [ ]

Fecha de Nacimiento: 31 10 1985

Edad (años): 38

EPS (A la que se encuentra afiliado): NUEVA EPS

## INFORMACION OCUPACIONAL CARGO ACTUAL A INGRESAR

| Fecha Ingreso a la Empresa | Cargo | Sección | Antigüedad en el cargo actual (no aplica para Ingreso) |
|---|---|---|---|
| | PROFESIONAL DE APOYO | SERVICIOS Y OTROS | |

## CONSULTAS/PROCEDIMIENTOS Y/O EXAMENES REALIZADOS

Consulta de Medicina Laboral

## CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Autorizo al (a la) Dr(a) abajo mencionado(a), a realizar en mi examen médico y/o paraclínicos ocupacionales, registrados en este documento. El profesional abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y paraclínicos ocupacionales. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médicoy paraclínicos ocupacionales. A partir de la asesoría brindada antes de las respectivas toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes que se realizaran el (los) examen(es). Las respuestas dadas por mi en este(os) examen(es) están completos y son verídicas. 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 que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento

## CONCEPTO OCUPACIONAL

**Apto Con Patología Que No Interfiere Su Labor**

[ ] Sospecha De Enfermedad Laboral

## RECOMENDACIONES

### Ocupacionales

- [x] Capacitación Según Matriz De Riesgos y Peligros
- [x] Higiene Postural
- [x] Higiene Biomecánica Integral
- [x] Pausas Activas Laborales
- [x] Uso De EPP
- [x] Cultura Del Autocuidado

### Médicas

- [ ] Valoración Por Optometría Prioritaria
- [ ] Valoración Por Medicina General EPS
- [ ] Valoración Por ARL
- [ ] Valoración Por Medicina Laboral EPS
- [ ] Valoración Por Nutricionista EPS

### Capacitación y Entrenamiento

- [ ] Para trabajo en altura y/o espados confinados y/o manipulación de alimentos

### Sistema Vigilancia Epidemiológic

- [ ] SVE Salud Auditiva (Enfasis en protección Auditiva)
- [ ] SVE Cardiovascular
- [ ] SVE Salud Visual
- [x] Corrección Óptica Permanente
- [ ] SVE Salud Respiratoria
- [x] SVE Biomecanico

### Hábitos y Estilos De Vida Saludable

- [x] Ejercicio Físico Regular 3 Veces por semana (Acondicionamiento físico)
- [x] Énfasis En Estiramientos Integrales
- [x] Nutrición Balanceada
- [ ] Cesación De Tabaquismo
- [ ] Reducción Consumo de Alcohol

### Condición de Salud - Otros

Examen médico laboral de ingreso con énfasis osteomuscular, hallazgos patológicos astigmatismo usa lentes correctivos, sin restricciones para las actividades del cargo, mantener adecuada higiene postura, autocuidado, uso de EPP según su puesto de trabajo, pausas activas, estilos de vida saludable, hacer ejercicio, nutrición balanceada, tomar liquidos, uso de protector solar

| Evaluado por | | Trabajador | |
|---|---|---|---|
| Firma | Martha L. Valencia O. | Firma | |
| Nombre | MARTHA LUCIA VALENCIA OSORIO | Nombre | MENESES CADENA MARLENY YUNARI |
| Registro | 562 | Documento | CC 1124848165 |

Los Hallazgos fueron consignados en historia clínica ocupacional que desarrolla los contenidos establecidos en la resolución 2346 de 2007

Notas:
1) Archivo este informe en la hoja de vida del trabajador en el área de recursos humanos.
2) El contenido de la historia clínica ocupacional tiene carácter confidencial y su custodia esta regulada por la resolución 1918 del 05 de junio de 2009 del cual se transcriben a continuación algunos apartes: "La custodia de las evaluaciones medicas ocupacionales y de la historia clínica ocupacional estará a cargo del prestador de servicios de salud ocupacional que la genere en el curso de la atención, cumpliendo los requisitos y procedimientos de archivo conforme a las normas legales vigentes para la historia clínica".
"En ningún caso los empleadores podrán tener, conservar o anexar copia de las evaluaciones médicas ocupacionales y de la historia clínica ocupacional a la hoja de vida del trabajador"
3) Este examen no reemplaza el realizado por Indumil para porte de armas.

Impreso el 12/01/2024 a las 2:45:36 p. m.

Powered by CamScanner

# PROFESIONAL EN ACTIVIDAD FÍSICA

FUNDACIÓN HUELLAS
NIT. 900.445.971-1
REP. LEGAL. ALBA EDITH ACOSTA GAVIRIA C.C. NO. 41.170.881
VILLAGARZÓN

Fundacion Huellas
NIT. 900.445.971 - 1

Mocoa, agosto de 2025

Señores
ALCALDIA DE MOCOA
Calle 7 No. 6-42 B/Centro

Referencia: Manifestación de interés y disponibilidad como integrante de la propuesta presentada por FUNDACION HUELLAS.

YO, MAICON FREYDER CASANOVA, de acuerdo a las condiciones establecidas en el proyecto denominado "**APOYO A LA ATENCION DEL ADULTO MAYOR CON SERVICIOS INTEGRALES EN CENTRO DÍA. MUNICIPIO DE MOCOA DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO**", Presento mi hoja de vida e interes de participar como Pofesional del deporte, para la ejecución del convenio de asociación, resultante del proceso de la referencia.

Atentamente,

Nombres: MAICON FREYDER CASANOVA
C.C.18.130.412 DE MOCOA



Calle 14 N° 7-37 B/ Olímpico Mocoa Putumayo
CELULAR 3219089277
Fundacionhuellas01@gmail.com

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 |
|---|---|---|
| CASANOVA | RUEDA | MAICON FREYDER |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | GENERO | NACIONALIDAD | PAÍS |
|---|---|---|---|
| C.C ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 18130412 | F ○ M ⊗ NB ○ | COL. ⊗ EXTRANJERO ○ | COLOMBIA |

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ⊗ NÚMERO 18130412 D.M.

| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO | | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FECHA | DIA 10 MES 02 AÑO 1984 | CALLE 8 N 7 50 Casa de Habitacion Los Pinos | | | |
| PAÍS | COLOMBIA | PAÍS | COLOMBIA | DEPTO | PUTUMAYO |
| DEPTO | PUTUMAYO | MUNICIPIO | MOCOA | | |
| MUNICIPIO | MOCOA | TELÉFONO | 4206160 | EMAIL | maifrec09@hotmail.com |

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

***EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA***

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

| EDUCACIÓN BÁSICA | | | | | | | | | | | TÍTULO OBTENIDO | BASICA SECUNDARIA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO | | | |
| 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | 7° | 8° | 9° | 10° | 11° | MES | 12 | AÑO | 2002 |

***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 | |
| PREGRADO | 10 | X | | LICENCIATURA EN EDUCACION BASICA EN DANZA | 07 | 2019 | |
| PREGRADO | 10 | X | | INGENIERIA DE SISTEMAS | 01 | 2017 | |
| PREGRADO | 6 | X | | TECNOLOGIA EN PROGRAMACION Y SISTEMAS | 11 | 2007 | |

## 3 EDUCACION 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 |
| | | | | | | | |

## 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 ANTERIOR | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EMPRESA O ENTIDAD: INSTITUTO TECNOLOGICO DEL PUTUMAYO | | | PÚBLICA: X | PRIVADA: | PAÍS: COLOMBIA | | | | | | |
| DEPARTAMENTO: PUTUMAYO | MUNICIPIO: MOCOA | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: | | | | | |
| TELEFONOS: 3144599717 | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | |
| | Día | 03 | Mes | 02 | Año | 2025 | Día | 16 | Mes | 06 | Año | 2025 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL: PROFESIONAL UNIVERSITARIO | DEPENDENCIA: AREA BIENESTAR UNIVERSITARIO | | | | | DIRECCIÓN: CALLE 17 17 | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EMPRESA O ENTIDAD: INSTITUTO TECNOLOGICO DEL PUTUMAYO | | | PÚBLICA: X | PRIVADA: | PAÍS: COLOMBIA | | | | | | |
| DEPARTAMENTO: PUTUMAYO | MUNICIPIO: MOCOA | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: | | | | | |
| TELEFONOS: 3144599717 | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | |
| | Día | 05 | Mes | 08 | Año | 2024 | Día | 13 | Mes | 12 | Año | 2024 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL: PROFESIONAL UNIVERSITARIO | DEPENDENCIA: AREA BIENESTAR UNIVERSITARIO | | | | | DIRECCIÓN: CALLE 17 17 | | | | | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>INSTITUTO TECNOLOGICO DEL PUTUMAYO | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>PUTUMAYO | *MUNICIPIO*<br>MOCOA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3144599717 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 13 | *Mes* | 02 | *Año* | 2024 | *Día* | 12 | *Mes* | 06 | *Año* | 2024 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>PROFESIONAL UNIVERSITARIO | *DEPENDENCIA*<br>AREA BIENESTAR UNIVERSITARIO | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 17 17 | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>INSTITUTO TECNOLOGICO DEL PUTUMAYO | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>PUTUMAYO | *MUNICIPIO*<br>MOCOA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3144599717 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 08 | *Año* | 2023 | *Día* | 22 | *Mes* | 12 | *Año* | 2023 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>PROFESIONAL UNIVERSITARIO | *DEPENDENCIA*<br>AREA BIENESTAR UNIVERSITARIO | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 17 17 | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>INSTITUTO TECNOLOGICO DEL PUTUMAYO | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>PUTUMAYO | *MUNICIPIO*<br>MOCOA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3138052807 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 08 | *Mes* | 02 | *Año* | 2023 | *Día* | 16 | *Mes* | 06 | *Año* | 2023 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>PROFESIONAL UNIVERSITARIO | *DEPENDENCIA*<br>AREA BIENESTAR UNIVERSITARIO | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 17 - 17 | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>INSTITUTO TECNOLOGICO DEL PUTUMAYO | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>PUTUMAYO | *MUNICIPIO*<br>MOCOA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3138052807 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 04 | *Mes* | 08 | *Año* | 2022 | *Día* | 20 | *Mes* | 12 | *Año* | 2022 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>PROFESIONAL UNIVERSITARIO | *DEPENDENCIA*<br>AREA BIENESTAR UNIVERSITARIO | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 17A | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>INSTITUTO TECNOLOGICO DEL PUTUMAYO | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>PUTUMAYO | *MUNICIPIO*<br>MOCOA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3138052807 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 24 | *Mes* | 01 | *Año* | 2022 | *Día* | 30 | *Mes* | 06 | *Año* | 2022 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>PROFESIONAL UNIVERSITARIO | *DEPENDENCIA*<br>AREA BIENESTAR UNIVERSITARIO | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 17A | | | | | |



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 18.130.412

CASANOVA RUEDA
APELLIDOS

MAICON FREYDER
NOMBRES

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-FEB-1984
MOCOA
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.72 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

30-ABR-2002 MOCOA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-6400100-01058497-M-0018130412-20190126 0064361140A 1 2105277497

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO No. 277952157

M
18:06:01


Bogotá DC, 06 de agosto 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) MAICON FREYDER CASANOVA RUEDA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 18130412:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

Carlos William Rodríguez Millán
Jefe División de 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 miércoles 06 de agosto de 2025, a las 17:48:41, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 18130412 |
| Código de Verificación | 18130412250806174841 |

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

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

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 05:50:27 PM horas del 06/08/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **18130412**

Apellidos y Nombres: **CASANOVA RUEDA MAICON FREYDER**

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

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

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

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

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

DIJIN

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

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

# Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

## La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 06/08/2025 05:57:21 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **18130412** y Nombre: **MAICON FREYDER CASANOVA RUEDA.**

## 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. **121147742** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

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

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 18:02:25 horas del 06/08/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **18130412,** Apellidos y Nombres **CASANOVA RUEDA MAICON FREYDER**

**NO REGISTRA INHABILIDAD**

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **Institución Universitaria del Putumayo**, con NIT **800247940-1** 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.

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

TIC

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

## CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 18130412 **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 06/08/2025 06:04 PM

Código Verificación: **NDH89UX723**

Válida hasta: **04/11/2025**

---

**Dirección de Gobierno Digital**

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

# UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

1803

Personería jurídica Ley 71 de 1878 del Estado Soberano de Antioquia y Ley 153 de 1887

EN CONVENIO CON EL MINISTERIO DE CULTURA

## EN ATENCIÓN A QUE

## MAICON FREYDER CASANOVA RUEDA

Identificado con cédula de ciudadanía 18130412

Ha completado todos los requisitos que los estatutos universitarios exigen para optar al título de

## LICENCIADO EN EDUCACIÓN BÁSICA EN DANZA

Le expide el presente diploma. En testimonio de ello se firma en Medellín, República de Colombia, el 19 de julio de 2019.
Libro 91 Folio 76-903 del 19 de julio de 2019

JOHN JAIRO ARBOLEDA CESPEDES
Rector

CLEMENCIA URIBE RESTREPO
Secretaria General

GABRIEL MARIO VÉLEZ SALAZAR
Decano

Firmado digitalmente conforme la legislación colombiana vigente. Para verificar la autenticidad del documento, diríjase a www.udea.edu.co, Servicios en línea, Verificación de documentos electrónicos, e ingrese el código: BD18130412, o escaneé el código QR.

Firmado por
Universidad De Antioquia
2019/07/16 03:20:03.490

# UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

1803

Personería jurídica Ley 71 de 1878 del Estado Soberano de Antioquia y Ley 153 de 1887

EN CONVENIO CON EL MINISTERIO DE CULTURA

ACTA DE GRADUACIÓN 125556

Libro 91 Folio 76-903 del 19 de julio de 2019

DEPENDENCIA: FACULTAD DE ARTES

APROBACIÓN DEL PROGRAMA: Consejo Académico 2499 del 12 de junio de 2012

PROGRAMA: LICENCIATURA EN EDUCACIÓN BÁSICA EN DANZA

La Vicerrectoría de Docencia, autorizó el trámite de la presente graduación mediante la Resolución 12319 del 17 de junio de 2019; una vez verificado este y los requisitos dispuestos en las normas universitarias, el Decano(a) o Director(a), el Secretario(a) General y el Rector(a), autorizan conferir el 19 de julio de 2019, el título de:

## LICENCIADO EN EDUCACIÓN BÁSICA EN DANZA

A

## MAICON FREYDER CASANOVA RUEDA

Identificado con cédula de ciudadanía 18130412

En constancia se firma esta acta en la ciudad de Medellín, República de Colombia.

JOHN JAIRO ARBOLEDA CÉSPEDES
Rector

CLEMENCIA URIBE RESTREPO
Secretaria General

GABRIEL MARIO VÉLEZ SALAZAR
Decano

Firmado digitalmente conforme la legislación colombiana vigente. Para verificar la autenticidad del documento, diríjase a www.udea.edu.co, Servicios en línea, Verificación de documentos electrónicos, e ingrese el código: EH18130412, o escaneé el código QR.

Firmado por:
Universidad De Antioquia
2019/07/16 03:23:11:721

REPÚBLICA DE COLOMBIA
COPNIA
Consejo Profesional Nacional de Ingeniería

Certificado de vigencia y antecedentes disciplinarios
CVAD-2025-3810803

**CONSEJO PROFESIONAL NACIONAL DE INGENIERÍA**
**COPNIA**

**EL DIRECTOR GENERAL**

**CERTIFICA:**

1. Que MAICON FREYDER CASANOVA RUEDA, identificado(a) con CEDULA DE CIUDADANIA 18130412, se encuentra inscrito(a) en el Registro Profesional Nacional que lleva esta entidad, en la profesión de INGENIERIA DE SISTEMAS con MATRICULA PROFESIONAL 52255-406001 desde el 08 de Noviembre de 2018, otorgado(a) mediante Resolución Nacional 1579.

2. Que el(la) MATRICULA PROFESIONAL es la autorización que expide el Estado para que el titular ejerza su profesión en todo el territorio de la República de Colombia, de conformidad con lo dispuesto en la Ley 842 de 2003.

3. Que el(la) referido(a) MATRICULA PROFESIONAL se encuentra **VIGENTE**

4. Que el profesional no tiene antecedentes disciplinarios ético-profesionales.

5. Que la presente certificación se expide en Bogotá, D.C., a los seis (06) días del mes de Agosto del año dos mil veinticinco (2025).

**Rubén Dario Ochoa Arbeláez**

Firmal del titular (*)

(*)Con el fin de verificar que el titular autoriza su participación en procesos estatales de selección de contratistas. La falta de firma del titular no invalida el Certificado
El presente es un documento público expedido electrónicamente con firma digital que garantiza su plena validez jurídica y probatoria según lo establecido en la Ley 527 de 1999. Para verificar la firma digital, consulte las propiedades del documento original en formato .pdf.
Para verificar la integridad e inalterabilidad del presente documento consulte en el sitio web https://tramites.copnia.gov.co/Copnia_Microsite/CertificateOfGoodStanding/CertificateOfGoodStandingStart indicado el número del certificado que se encuentra en la esquina superior derecha de este documento.

GOBERNACION DEL PUTUMAYO
INSTITUTO DE CULTURA, DEPORTES, LA EDUCACION FISICA Y RECREACION DEL DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO

Putumayo

**EL GERENTE DEL INSTITUTO DE CULTURA, DEPORTES, LA EDUCACION FISICA Y RECREACION DEL PUTUMAYO**

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

Que una vez revisado los archivos del Instituto, el señor **MAICON FREYDER CASANOVA RUEDA**, identificado con cédula de ciudadanía No. 18.130.142 expedida en Mocoa – Putumayo, prestó sus servicios a esta entidad, mediante la modalidad de Contratista así:

- Según Contrato No 143 del 08 de agosto de 2007, con el siguiente objeto: Prestar sus servicios técnicos, para desarrollar el Proyecto " Apoyo al Fomento de la Recreación, Actividad Física y Lúdica del Adulto Mayor en el Departamento del Putumayo", dentro del Convenio Interadministrativo No. 00196 de 2007, suscrito entre COLDEPORTES E INDEPORTES PUTUMAYO. Desde el 08 de Agosto hasta el 30 de Diciembre de 2007.

- Segun Contrato de Prestación de Servicios No. 0031 de 2008, con el siguiente objeto. Prestar sus servicios personales, hora cátedra, en el municipio de Mocoa, para desarrollar el proyecto incremento de la práctica de la actividad física en el departamento del Putumayo, en el marco del Convenio Interadministrativo No. 00178 de 2008 suscrito entre COLDEPORTES e INDEPORTES PUTUMAYO. Plazo cuatro (4) meses, desde el primero (1) de septiembre hasta el 30 de Diciembre de 2008.

- Segun Contrato No. 0039 de 2009, con el siguiente objeto: Prestar sus servicios en esta entidad como Promotor de Actividad Física, por hora cátedra, en el municipio de Mocoa, para desarrollar el proyecto "ACCIONES DE PROMOCION Y FOMENTO PARA EL INCREMENTO DE LA PRACTICA DE LA ACTIVIDAD FISICA EN EL DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO", desde el 02 de Abril hasta el 01 de Julio de 2009.

- Según Contrato No. 213 de 2009, con el siguiente objeto: Prestar sus servicios de Apoyo, para brindar y orientar asistencia técnica a la comunidad en General sobre la importancia de la practica de la actividad física como contribución a mejorar su condición de vida en el Municipio de Mocoa. Plazo de cuatro (4) meses, desde el 25 de Agosto hasta el 24 de Diciembre de 2009.

- Segun Contrato No. 004 de 2012, con el siguiente objeto: Prestar sus servicios de apoyo a la gestión como promotor de actividad física en el Municipio de Mocoa, Departamento del Putumayo, promocionando los beneficios de la práctica de la actividad física y vinculando a la población en general, en el propósito de fomentar estilos de vida

saludables a través de la práctica sistemática de la actividad física, dentro del Convenio Interadministrativo de Cofinanciación Nro. 142 del 13/04/2011 suscrito entre el Instituto y COLDEPORTES, Plazo un (1) mes, desde el 01 de Febrero hasta el 29 de Febrero de 2012.

- Segun Contrato No 040 de 2012, con el siguiente objeto. Prestar sus servicios de apoyo a la gestión como Promotor de actividad física en el municipio de Mocoa, Departamento del Putumayo, promocionando los beneficios de la practica regular de la actividad física y vinculando a la población en general, en el propósito de fomentar estilos de vida saludables a través de la práctica sistemática de la actividad física, dentro del Convenio Interadministrativo de Cofinanciacion Nro.190 del 26/04/2012, suscrito entre el INSTITUTO Y COLDEPORTES. Plazo ocho (8) meses, desde el 23 de mayo hasta el 22 de enero de 2013

Se expide a petición del interesado.

Dada en Mocoa, a los siete (7) días del mes de febrero de dos mil trece (2013).

JOSE JAVIER NARVAEZ DIAZ
Gerente

Caja de Compensación Familiar del Putumayo

Nit 891.200.337 - 8

## LA COORDINADORA DE GESTION HUMANA DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL PUTUMAYO

## CERTIFICA

Que, **MAICON FREYDER CASANOVA RUEDA**, identificado con cédula de ciudadanía No. 18.130.412 expedida en Mocoa (Putumayo), prestó sus servicios a la Caja de Compensación Familiar del Putumayo, en el municipio de Mocoa, como INSTRUCTOR del programa COMFAMIGOS, específicamente incentivando a la población el amor por el deporte y la recreación, involucrándolos en el proceso lúdico-formativo y de las actividades de recreación dirigida de la Caja, mediante Contrato de Prestación de Servicios, del 15 de febrero de 2012 al 30 de noviembre de 2012.

También ha prestado sus servicios a la Caja de Compensación Familiar del Putumayo, mediante Contrato de Prestación de Servicios, en las siguientes actividades y periodos:

- Como INSTRUCTOR de recreación dirigida, del 01 de diciembre de 2011 al 23 de diciembre de 2011.
- Como INSTRUCTOR del proyecto COMFAMIGOS, del 11 de julio de 2011 al 30 de noviembre de 2011.
- Como INSTRUCTOR del proyecto COMFAMIGOS, del 15 de febrero de 2011 al 30 de junio de 2011.
- Como INSTRUCTOR de recreación dirigida, del 01 de diciembre de 2010 al 23 de diciembre de 2010.
- Como INSTRUCTOR del proyecto COMFAMIGOS, del 01 de julio de 2010 al 30 de noviembre de 2010.
- Como INSTRUCTOR de LA ESCUELA DE DANZAS COMFAMILIAR, del 27 de mayo de 2010 de 06 de julio de 2010, con una intensidad horaria de treinta (30) horas.
- Como INSTRUCTOR de LA ESCUELA DE DANZAS COMFAMILIAR, del 05 de abril de 2010 al 30 de abril de 2010, con una intensidad horaria de dieciséis (16) horas.
- Como INSTRUCTOR del proyecto COMFAMIGOS, del 11 de febrero de 2010 de 2010 al 30 de junio de 2010.
- Como INSTRUCTOR del proyecto COMFAMIGOS, del 01 de agosto de 2009 al 10 de diciembre de 2009..
- Como INSTRUCTOR del programa Sistemas Adultos Nivel I (Word Básico), del 23 de abril de 2009 al 02 de mayo de 2009, con una intensidad horaria de treinta (30) horas.

VIGILADO

- Como INSTRUCTOR del programa Sistemas Infantil Nivel I, del 04 de marzo de 2009 al 13 de marzo de 2009, con una intensidad horaria de quince (15) horas.
- Como INSTRUCTOR del programa Sistemas Infantil Nivel I, del 06 de febrero de 2009 al 27 de marzo de 2009, con una intensidad horaria de treinta (30) horas.
- Como INSTRUCTOR de "Vacaciones Recreativas", del 15 de diciembre de 2008 al 19 de diciembre de 2008, con una intensidad horaria de quince (15) horas.
- Como INSTRUCTOR de Rumbaterapia, del 09 de diciembre de 2008 al 24 de diciembre de 2008, con una intensidad horaria de sesenta (60) horas.
- Como INSTRUCTOR de Rumbaterapia, del 10 de octubre de 2008 al 24 de octubre de 2008, con una intensidad horaria de cuarenta (40) horas.
- Cómo INSTRUCTOR de los proyectos COMFAMIGOS y DEPORTE PARA TODOS, del 01 de agosto de 2008 al 30 de noviembre de 2008.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado y se firma en Puerto Asis, el día veinte (20) de marzo del año dos mil trece (2013).

GABRIELA BURGOS CABRERA

CONTROL Y GESTION
Calig

VIGILADO

Mocoa, 24 de julio de 2025

**EL SUSCRITO VICERRECTOR ADMINISTRATIVO DEL INSTITUTO TECNOLÓGICO DEL PUTUMAYO**

**CERTIFICA**

Que, una vez revisada la relación de actividad contractual, suscrita por EL INSTITUTO TECNOLÓGICO DEL PUTUMAYO, el expediente contractual y revisada la base de datos, durante las vigencias correspondientes, se encontró que se suscribieron los siguientes contratos con **MAICON FREYDER CASANOVA RUEDA**, identificado con cédula de ciudadanía No. 18.130.412 expedida en Mocoa (P), relacionado de la siguiente manera:

1. **EJECUTADO:**

**CONTRATO:** No. 038 DEL 03 DE FEBRERO DE 2016

**OBJETO:** PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES DE APOYO A LA GESTIÓN DE BIENESTAR UNIVERSITARIO COMO INSTRUCTOR EN EL ÁREA DE ARTE Y CULTURA.

**FECHA DE INICIO:** 03-02-2016
**FECHA DE FINALIZACIÓN:** 02-07-2016
**PLAZO DE EJECUCIÓN:** Cinco (05) Meses.
**VALOR DEL CONTRATO:** ($7.500.000) Siete millones quinientos mil pesos mda/cte.

**OBLIGACIONES ESPECIFICAS:**

**A.** Apoyo y acompañamiento en los procesos culturales que realice el Instituto Tecnológico del Putumayo.
**B.** Apoyar el desarrollo del Plan de Acción 2016 de la Oficina de Bienestar Universitario
**C.** Apoyar con la programación de los horarios de los de ensayos diferentes grupos artísticos del Instituto Tecnológico del Putumayo, tanto de estudiantes como de administrativos y docentes.
**D.** Velar por el buen estado de todos los elementos a su cargo
**E.** Realizar actividades de salud y cultura Física.
**F.** Apoyar con la realización del inventario semestral e informar al superior inmediato de los requerimientos y existencias.
**G.** Presentar los informes correspondientes de cada actividad desarrollada según formato F-BU-033 y apoyar la elaboración de Informes que den cuenta del cumplimiento del cumplimiento del contrato que incluyan estadísticas y estudios propios de su área.
**H.** Apoyar con el diseño gráfico de las diferentes convocatorias propias de Bienestar Universitario
**I.** Apoyar la Realización de convocatorias permanentes en el área de cultura para los usuarios de Bienestar universitario, elaborar cronograma de las diferentes actividades programadas
**J.** Apoyar el desarrollo de las actividades de los grupos de teatro y danzas.
**K.** Apoyar con la organización y logística de eventos que desarrolle la Oficina de Bienestar Universitario en cumplimiento de su misión.
**L.** Brindar apoyo a Bienestar Universitario en las diferentes actividades realizadas
**M.** Apoyar con la atención personal, telefónica y por correo electrónico a los usuarios de Bienestar Universitario conforme a la distribución de tareas efectuada por el superior inmediato.

N. Organizar conforme a las tablas de retención documental establecidas la información correspondiente a la ejecución de proyectos correspondientes a la Oficina de Bienestar Universitario de la institución.

2. **EJECUTADO:**

**CONTRATO:** No. 053 DEL 17 DE FEBRERO DE 2017

**OBJETO:** PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES DE APOYO A LA GESTIÓN DE BIENESTAR UNIVERSITARIO COMO INSTRUCTOR EN EL ÁREA DE ARTE Y CULTURA.

**FECHA DE INICIO:** 17-02-2017
**FECHA DE FINALIZACIÓN:** 16-06-2017
**PLAZO DE EJECUCIÓN:** Cuatro (04) Meses.
**VALOR DEL CONTRATO:** ($5.040.000) Cinco millones cuarenta mil pesos mda/cte.

**OBLIGACIONES ESPECIFICAS:**

A. Desarrollar cursos de formación dancística en las modalidades de danzas folclóricas, danzas modernas y danzas investigativas (3 horas semanales)
B. Realizar la preparación de 5 danzas modernas, 5 danzas folclóricas y 1 danza investigativa con estudiantes, docentes y administrativos del Instituto Tecnológico del Putumayo.
C. Realizar ensayos con el grupo de danzas institucional (10 horas semanales).
D. Realizar semanalmente 2 actividades de salud y cultura física
E. Programar 2 actividades culturales y elaborar cronograma de las diferentes actividades programadas.
F. Apoyar con el diseño gráfico de las convocatorias propias de Bienestar Universitario.
G. Velar por el buen estado de los elementos a su cargo.
H. Apoyar las diferentes actividades correspondientes a Bienestar Universitario
I. Presentar los informes correspondientes de cada actividad desarrollada según formato F-BU-033 y apoyar la elaboración de Informes que den cuenta del cumplimiento del cumplimiento del contrato que incluyan estadísticas y estudios propios de su área
J. Apoyar las etapas de documentación y/o implementación del Sistema de Gestión de la Calidad del ITP relacionados al proceso en el cual desarrolla sus actividades.

3. **EJECUTADO:**

**CONTRATO:** No. 184 DEL 10 DE AGOSTO DE 2017

**OBJETO:** EL CONTRATISTA SE OBLIGA CON EL INSTITUTO A PRESTAR, DE MANERA AUTÓNOMA E INDEPENDIENTE, SUS SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES CULTURALES Y ARTÍSTICAS DE LA VICERRECTORÍA ACADÉMICA — BIENESTAR UNIVERSITARIO, DEL INSTITUTO TECNOLÓGICO DEL PUTUMAYO. LO ANTERIOR DE CONFORMIDAD CON LOS DOCUMENTOS DEL PROCESO, QUE HACEN PARTE INTEGRAL DEL CONTRATO.

**FECHA DE INICIO:** 10-08-2017
**FECHA DE FINALIZACIÓN:** 17-12-2017
**PLAZO DE EJECUCIÓN:** Cuatro (04) Meses y ocho (08) días
**VALOR DEL CONTRATO:** ($10.752.000) Diez millones setecientos cincuenta y dos mil pesos mda/cte.

**OBLIGACIONES ESPECIFICAS:**

- **A.** Apoyar el desarrollo de convocatorias, concursos, encuentros, ferias, actividades lúdicas, aprovechamiento del tiempo libre, agrupaciones culturales, deporte formativo en su modalidad, franjas de cultura, actividades lúdicas y jornadas deportivas entre otras. A través de herramientas tecnológicas de la información, como redes sociales, correos electrónicos y fan page.
- **B.** Apoyar los Talleres en las tres jornadas sobre sensibilización lúdico recreativas.
- **C.** Brindar asesoría a los diferentes cursos de la institución para su representación en la semana universitaria.
- **D.** Desarrollar curso de formación dancística en las modalidades de danzas folclóricas, danzas modernas y danzas investigativas 3 horas semanales, 48 horas semestrales para 3 grupos.
- **E.** Realizar ensayos con el grupo de danzas institucional 10 horas semanales.
- **F.** Realizar 10 actividades de salud y cultura Física durante el semestre para la comunidad educativa del ITP.
- **G.** Asesorar a los diferentes semestres en la preparación de sus muestras culturales para la semana universitaria.
- **H.** Apoyar con el diseño gráfico de las diferentes convocatorias propias de Bienestar Universitario.
- **I.** Apoyar con la organización y logística de eventos que desarrolle la Oficina de Bienestar Universitario en cumplimiento de su misión
- **J.** Apoyar en la Preparación de la Semana Universitaria
- **K.** Sistematizar la información correspondiente de cada actividad desarrollada según formato FBU.
- **L.** Sistematizar la información correspondiente a cada actividad desarrollada mediante formato F-BU-033 y entregar en archivo digital formato Word y Excel los informes, los registro y estadísticas de las actividades realizadas.
- **M.** Apoyar el desarrollo de otras actividades propias de bienestar universitario.

**4. EJECUTADO:**

**CONTRATO:** No. 031 DEL 23 DE ENERO DE 2018

**OBJETO:** PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO INGENIERO DE SISTEMAS PARA APOYAR EN LA ORGANIZACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE TRÁMITES Y PROCESOS QUE SE DESARROLLEN EN CUMPLIMIENTO DE LOS PROGRAMAS, PROYECTOS Y ACTIVIDADES DE BIENESTAR UNIVERSITARIO DEL INSTITUTO TECNOLÓGICO DEL PUTUMAYO.

**FECHA DE INICIO:** 23-01-2018
**FECHA DE FINALIZACIÓN:** 22-12-2018
**PLAZO DE EJECUCIÓN:** Ocho (08) Meses. **Adición 001:** Tres (03) meses
**VALOR DEL CONTRATO:** ($21.040.000) Veintiún millones cuarenta mil pesos mda/cte.
**ADICIÓN 001:** ($7.890.000) Siete millones ochocientos noventa mil pesos mda/cte.
**VALOR TOTAL DEL CONTRATO:** ($28.930.000) Veintiocho millones novecientos treinta mil pesos mda/cte.

**OBLIGACIONES ESPECIFICAS:**

- **A.** Proyección, consolidación y cargue de los informes correspondientes a Bienestar Universitario para los sistemas información SPADIES, SNIES Y HECCA

D. Apoyar en la actualización del inventario de la dependencia y llevar un registro de préstamos de implementos.
E. Brindar asesoría a los diferentes cursos y/o grupos de la institución para su representación en los diferentes eventos institucionales y externos.
F. Desarrollar curso de formación dancística 3 horas semanales.
G. Realizar ensayos con el grupo de danzas institucional 5 horas semanales.
H. Realizar actividades de salud y cultura Física una vez al mes para la comunidad educativa del ITP.
I. Apoyar con el diseño gráfico de las diferentes convocatorias propias de Bienestar Universitario.
J. Apoyar en la planeación, organización y ejecución de los eventos de arte y cultura que se realicen durante al año 2019.
K. Alimentar, sacar reportes e informes del software de talento humano.
L. Presentar los informes correspondientes a cada actividad desarrollada mediante formato F-BU033 y entregar en archivo digital formato Word y Excel los informes, los registros y estadísticas de las actividades realizadas.
M. Apoyar en la elaboración de documentos para el Registro Calificado de los programas. (informes de gestión, estadísticas, estudios e investigaciones entre otros) y que sean necesarios para mejorar la prestación de los servicios institucionales.
N. Elaboración, proyección y revisión de productos asociados al desarrollo del plan operativo anual de la dependencia.
O. Contribuir con la atención a los usuarios del área de bienestar universitario y llevar registro en el formato F-CAU 002.
P. Apoyo a la supervisión de proyectos a cargo de la dependencia.
Q. Apoyo técnico en la implementación y monitoreo del tablero de indicadores de la d pendencia correspondientes al PDI y PGR de la institución.
R. Apoyar en general todas las actuaciones y actividades propias del área de Talento H mano y de Bienestar Universitario que sean necesarias para el cumplimiento del objeto contractual.

6. **EJECUTADO:**

**CONTRATO:** No. 066 DEL 09 DE ENERO DE 2020

**OBJETO:** PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO LICENCIADO EN DANZAS PARA QUE APOYE LOS PROGRAMAS, PROYECTOS Y ACTIVIDADES DE BIENESTAR UNIVERSITARIO EN EL EJE ESTRATÉGICO DE ARTE Y CULTURA DEL INSTITUTO TECNOLÓGICO DEL PUTUMAYO DURANTE AL ANO 2020.

**FECHA DE INICIO:** 10-02-2020
**FECHA DE FINALIZACIÓN:** 20-12-2020
**SUSPENSIÓN:** 20-06-2020 al 01-08-2020
**PLAZO DE EJECUCIÓN:** Nueve (09) Meses.
**VALOR DEL CONTRATO:** ($25.650.000) Veinticinco millones seiscientos cincuenta mil pesos mda/cte.

**OBLIGACIONES ESPECIFICAS:**

A. Proyección, consolidación y cargue de los informes correspondientes a Bienestar Universitario para los sistemas información SPADIES, SNIES Y HECCA.

**B.** Mantener sistematizada la información de actividades de la Oficina de Bienestar con su respectiva estadística de manera oportuna y conforme a los términos y especificaciones dadas por los requirentes y la coordinación de Bienestar Universitario.

**C.** Apoyar en la actualización del inventario de la dependencia y llevar un registro de préstamos de implementos

**D.** Brindar asesoría a los diferentes cursos y /o grupos de la institución para su representación en los diferentes eventos institucionales y externos.

**E.** Desarrollar curso de formación dancística 3 horas semanales a 3 grupos semestrales.

**F.** Realizar ensayos con el grupo de danzas institucional 5 horas semanales.

**G.** Realizar actividades de salud y cultura Física una vez al mes para la comunidad educativa del ITP.

**H.** Apoyar con el diseño gráfico de las diferentes convocatorias propias de Bienestar Universitario.

**I.** Apoyar en la planeación, organización y ejecución de 7 eventos de arte y cultura que se realicen durante al año 2020.

**J.** Presentar los informes correspondientes a cada actividad desarrollada mediante formato F-BU-033 y entregar en archivo digital formato Word y Excel los informes, los registros y estadísticas de las actividades realizadas.

**K.** Contribuir con la atención a los usuarios del área de bienestar universitario y llevar registro en el formato F-CAU 002

**L.** Apoyar en general todas las actuaciones y actividades propias del área de Bienestar Universitario que sean necesarias para el cumplimiento del objeto contractual.

**7. EJECUTADO:**

**CONTRATO:** No. 091 DEL 12 DE FEBRERO DE 2021

**OBJETO:** PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO LICENCIADO EN DANZAS PARA QUE APOYE LOS PROGRAMAS, PROYECTOS Y ACTIVIDADES DE BIENESTAR UNIVERSITARIO EN EL EJE ESTRATÉGICO DE ARTE Y CULTURA DEL INSTITUTO TECNOLÓGICO DEL PUTUMAYO DURANTE EL AÑO 2021.

**FECHA DE INICIO:** 12-02-2021
**FECHA DE FINALIZACIÓN:** 17-12-2021
**SUSPENSIÓN:** 01-07-2021 al 01-08-2021
**PLAZO DE EJECUCIÓN:** Nueve (09) Meses y seis (06) días.
**VALOR DEL CONTRATO:** ($26.220.000) Veintiséis millones quinientos veinte mil pesos mda/cte.

**OBLIGACIONES ESPECIFICAS:**

**A.** Apoyo técnico en la Proyección, consolidación, sistematización de la información de actividades de la Oficina de Bienestar con su respectiva estadística y cargue de los informes correspondientes a los sistemas información SPADIES, SNIES y SOFTWARE DE ALERTAS TEMPRANAS, de manera oportuna (entregar antes del 10 de junio) y 2021-1 (entregar antes del 5 de diciembre)

**B.** Apoyar en la actualización del inventario de la dependencia y llevar un registro de préstamos de implementos

**C.** Desarrollar curso de formación dancística 3 horas semanales a 3 grupos semestrales, incluyendo sedes y extensiones que se inscriban en esta modalidad.

**D.** Realizar ensayos con el grupo de danzas institucional 5 horas semanales

**E.** Realizar actividades de salud y cultura Física una vez al mes para la comunidad educativa del ITP.

F. Apoyar con el diseño gráfico de las diferentes convocatorias propias de Bienestar Universitario.
G. Apoyar en la planeación, organización y ejecución de los eventos de arte y cultura que se realicen durante al año 2021.
H. Elaborar documento descriptivo de los mecanismos de comunicación y difusión de los servicios disponibles para la comunidad institucional y relacionar evidencia de implementación de estos mecanismos de comunicación y de difusión y entregar antes del 30 de marzo.
I. Realizar estudio sobre la satisfacción de los servicios en el eje estratégico del área de cultura y entregar antes del 30 de marzo
J. Elaborar documento sobre los apoyos tecnológicos y acompañamiento, disponibles de manera interrumpida para abordar las preguntas y los problemas de carácter técnico de los estudiantes si no existe presentar una propuesta antes del 30 de marzo.
K. Consolidar en un archivo de Excel las actividades realizadas en cumplimiento de su contrato para los informes de SPADIES Y HECCA 2021-1 y entregar el FBU-033 de cada actividad.
L. Elaboración, proyección y revisión de productos asociados al desarrollo del plan operativo anual de la dependencia (Informes, estudios, investigaciones y proyectos).
M. Contribuir con la atención a los usuarios del área de bienestar universitario y llevar registro en el formato F-CAU 002.
N. Consolidar informe semestral y anual de todas las actividades del área de Cultura sedes y extensiones.
O. Apoyar en general todas las actuaciones y actividades propias de Bienestar Universitario que sean necesarias para el cumplimiento del objeto contractual

**8. EJECUTADO:**

**CONTRATO:** No. 057 DEL 24 DE ENERO DE 2022

**OBJETO:** PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES DE RECREACIÓN, DEPORTES, ARTE Y CULTURA DE LA DEPENDENCIA DE BIENESTAR Y REPORTE EN LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN, SNIES, SPADIES, HECA, ICETEX, JEA Y OTROS SOFTWARES QUE SE ADQUIERAN PARA LA OFICINA DE BIENESTAR.

**FECHA DE INICIO:** 24-01-2022
**FECHA DE FINALIZACIÓN:** 30-06-2022
**PLAZO DE EJECUCIÓN:** Cinco (05) Meses y siete (07) días.
**VALOR DEL CONTRATO:** ($15.176.666) Quince millones ciento setenta y seis mil seiscientos sesenta y seis pesos mda/cte.

**OBLIGACIONES ESPECIFICAS:**

A. Apoyo técnico en la Proyección, consolidación, sistematización de la información de actividades de la Oficina de Bienestar con su respectiva estadística y cargue de los informes correspondientes a los sistemas información SPADIES, SNIES y SOFTWARE DE ALERTAS TEMPRANAS, de manera oportuna (entregar antes del 10 de junio)
B. Apoyar en la actualización del inventario de la dependencia y llevar un registro de préstamos de implementos
C. Realizar deporte formativo modalidad formación dancística a 2 grupos de 30 estudiantes, 3 horas semanales, durante el primer semestre del año 2022 entregar syllabus, informes y notas que evidencien la actividad.

**D.** Realizar ensayos con el grupo de danzas institucional 5 horas semanales.

**E.** Realizar actividades de salud y cultura Física cada 15 días para la comunidad educativa del ITP. (Estudiantes, Docentes, Administrativos)

**F.** Apoyar con el diseño gráfico de las diferentes convocatorias propias de Bienestar Universitario.

**G.** Apoyar en la planeación, organización y ejecución de los eventos de arte – cultura – recreación y deportes que se realicen en coordinación con los demás profesionales del área. (Semana universitaria, carrera atlética y campeonatos).

**H.** Apoyar la organización y participación de los eventos de arte y cultura e intersedes en las sedes y ampliaciones del ITP.

**I.** Apoyar las coreografías de los grupos de comparsas que se inscriban en la sede Mocoa que lo soliciten 3 horas cada grupo.

**J.** Realizar estudio sobre la satisfacción de los servicios del área de Bienestar Universitario.

**K.** Consolidar en un archivo de Excel las actividades realizadas en cumplimiento de su contrato para los informes de SPADIES Y HECCA 2022-2 y entregar el FBU-033 de cada actividad.

**L.** Elaboración, proyección y revisión de productos asociados al desarrollo del plan operativo anual de la dependencia (Informes, estudios, investigaciones y proyectos) y apoyar con la presentación ante los pares académicos institucionales.

**M.** Contribuir con la atención a los usuarios del área de bienestar universitario y llevar registro en el formato F-CAU 002.

**N.** Consolidar informe semestral y anual de todas las actividades del área de Cultura sedes y extensiones, entregando las estadísticas semestrales y anuales.

**O.** Apoyar en general todas las actuaciones y actividades propias de Bienestar Universitario que sean necesarias para el cumplimiento del objeto contractual.

**10. EJECUTADO:**

**CONTRATO:** No. 076 DEL 08 DE FEBRERO DE 2023

**OBJETO:** SERVICIOS PROFESIONALES COMO LICENCIADO EN EDUCACIÓN BÁSICA EN DANZAS PARA EL DESARROLLO DE LOS PROGRAMAS, PROYECTOS Y ACTIVIDADES RELACIONADOS CON LAS ÁREAS DE ARTE, CULTURA, RECREACIÓN Y DEPORTE DE LA SEDE MOCOA DEL INSTITUTO TECNOLÓGICO DEL PUTUMAYO.

**FECHA DE INICIO:** 08-02-2023
**FECHA DE FINALIZACIÓN:** 16-06-2023
**PLAZO DE EJECUCIÓN:** Cuatro (04) meses. **Adición 001:** Nueve (09) días
**VALOR DEL CONTRATO:** ($12.400.000) Doce millones cuatrocientos mil pesos mda/cte.
**ADICIÓN 001:** ($930.000) Novecientos treinta mil pesos mda/cte.
**VALOR TOTAL DEL CONTRATO:** ($13.330.000) Trece millones trescientos treinta mil pesos mda/cte.

**OBLIGACIONES ESPECIFICAS:**

**A.** Identificar y documentar los eventos en el área de arte, cultura, recreación y deporte locales, departamentales, nacionales e internacionales que generen impacto a la institución.

**B.** Diseñar y elaborar los procesos, procedimientos y formatos para acceder a la representación institucional a diferentes eventos locales, departamentales, nacionales e internacionales en el área de arte, cultura, recreación y deporte.

C. Diseñar las convocatorias para acceder a la representación institucional a diferentes eventos locales, departamentales, nacionales e internacionales en el área de arte, cultura, recreación y deporte, para estudiantes y docentes.

D. Realizar y ejecutar los trámites correspondientes para acceder a la representación institucional a diferentes eventos locales, departamentales, nacionales e internacionales en el área de arte, cultura, recreación y deporte, para estudiantes y docentes.

E. Evaluar y documentar los eventos realizados correspondientes a la representación institucional a diferentes eventos locales, departamentales, nacionales e internacionales en el área de arte, cultura, recreación y deporte, para estudiantes y docentes.

F. Diseñar oferta para la Formación artístico cultural, recreación y deporte dirigida a profesores y estudiantes.

G. Realizar el proceso para la Formación artístico cultural, recreación y deporte dirigida a profesores y estudiantes.

H. Realizar la convocatoria para la Formación artístico cultural, recreación y deporte dirigida a profesores y estudiantes.

I. Actualizar el proceso de conformación de los grupos instituciones de cultura y deporte conforme a los lineamientos nacionales.

J. Realizar ensayos con el grupo institucional de danzas, cinco (5) horas semanales.

K. Realizar y orientar dos (2) talleres de formación dancística.

L. Realizar jornadas de salud y cultura física cada quince (15) días, para la comunidad educativa del ITP. (Estudiantes, Docentes y/o Administrativos).

M. Realizar dos (2) eventos de tipo cultural durante el primer semestre 2023.

N. Realizar la Evaluación de todos los eventos artístico cultural, recreación y deporte dirigida a profesores y estudiantes.

O. Desarrollar proyección, consolidación, sistematización de la información de actividades relacionadas al área de arte, cultura, recreación y deportes y demás que le sean asignadas con su respectiva estadística y cargue de los informes correspondientes a los sistemas información ICETEX, SNIES Y SOFTWARE DE ALERTAS TEMPRANAS, de manera oportuna y confiable.

P. Consolidar en un archivo de Excel las actividades realizadas en cumplimiento de su contrato, para el reporte de información de las IES al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior - SNIES y entregar el F-BUN-002 de cada actividad.

Q. Elaboración, proyección y revisión de productos asociados al desarrollo del plan operativo anual de la dependencia (Informes, estudios, investigaciones y proyectos).

R. Consolidar informe semestral de todas las actividades del área de arte, cultura, recreación y deportes de las sedes y ampliaciones, entregando las estadísticas semestrales, además de apoyar con el diseño de los informes institucionales.

S. Realizar un diagnóstico de necesidades para el fortalecimiento del arte, la cultura recreación y deportes de las sedes y ampliaciones.

T. Contribuir en general con todas las actuaciones y actividades propias de Bienestar Universitario que sean necesarias para el cumplimiento del objeto contractual.

**11. EJECUTADO:**

**CONTRATO:** No. 207 DEL 01 DE AGOSTO DE 2023

**OBJETO:** SERVICIOS PROFESIONALES COMO LICENCIADO EN EDUCACIÓN BÁSICA EN DANZAS PARA EL DESARROLLO DE LOS PROGRAMAS, PROYECTOS Y ACTIVIDADES RELACIONADOS CON LAS ÁREAS DE ARTE, CULTURA, RECREACIÓN Y DEPORTE DE LA SEDE MOCOA DEL INSTITUTO TECNOLÓGICO DEL PUTUMAYO.

**FECHA DE INICIO:** 01-08-2023
**FECHA DE FINALIZACIÓN:** 22-12-2023
**PLAZO DE EJECUCIÓN:** Cuatro (04) meses, veintidós (22) días
**VALOR DEL CONTRATO:** Catorce millones seiscientos setenta y tres mil trescientos treinta y tres mil pesos ($14.673.333,00) Mda.Cte

**OBLIGACIONES ESPECIFICAS:**

**A.** Realizar el seguimiento para la aprobación y publicación de los procedimientos y formatos para acceder a la representación institucional a diferentes eventos locales, departamentales, nacionales e internacionales en el área de arte, cultura, recreación y deporte.
**B.** Realizar convocatorias para acceder a la representación institucional a diferentes eventos locales, estudiantes y docentes.
**C.** Realizar y ejecutar los trámites correspondientes para acceder a la representación institucional a diferentes eventos locales, departamentales, nacionales e internacionales en el área de arte, cultura, recreación y deporte, para estudiantes y docentes. –
**D.** Analizar, evaluar y documentar los eventos realizados correspondientes a la representación institucional a diferentes eventos locales, departamentales, nacionales e internacionales en el área de arte, cultura, recreación y deporte, para estudiantes y docentes.
**E.** Realizar, proyectar y/o diseñar oferta para la Formación artístico cultural, recreación y deporte dirigida a profesores y estudiantes
**F.** Realizar el seguimiento para la aprobación para la aprobación del proceso para la Formación artístico cultural, recreación y deporte dirigida a profesores y estudiantes
**G.** Realizar las convocatorias para la Formación artístico cultural, recreación y deporte dirigida a profesores y estudiantes y publicarlas en los diferentes medios de información.
**H.** Realizar el seguimiento para la aprobación del proceso de conformación de los grupos instituciones de cultura y deporte conforme a los lineamientos nacionales
**I.** Realizar ensayos con el grupo institucional de danzas, cinco (5) horas semanales.
**J.** Realizar y orientar a los estudiantes en las coreografías del desfile de comparsas en el marco de la semana universitaria.
**K.** Realizar jornadas de salud y cultura física cada quince (15) días, para la comunidad educativa del ITP. (Estudiantes, Docentes y/o Administrativos).
**L.** Continuar con la actualización del inventario de la dependencia y llevar un registro de préstamos de implementos.
**M.** Realizar Organización de la semana universitaria que involucre a toda la comunidad educativa.
**N.** Realizar la Evaluación de todos los eventos artístico cultural, recreación y deporte dirigida a profesores y estudiantes
**O.** Desarrollar proyección, consolidación, sistematización de la información de actividades relacionadas al área de arte, cultura, recreación y deportes y demás que le sean asignadas con su respectiva estadística y cargue de los informes correspondientes a los sistemas información ICETEX, SNIES Y SOFTWARE DE ALERTAS TEMPRANAS, de manera oportuna y confiable.

**P.** Consolidar en un archivo de Excel las actividades realizadas en cumplimiento de su contrato, para el reporte de información de las IES al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior - SNIES y entregar el F-BUN-002 de cada actividad

**Q.** Elaboración, proyección y revisión de productos asociados al desarrollo del plan operativo anual de la dependencia (Informes, estudios, investigaciones y proyectos).

**R.** Consolidar informe semestral de todas las actividades del área de arte, cultura, recreación y deportes de las sedes y ampliaciones, entregando las estadísticas semestrales, además de apoyar con el diseño de los informes institucionales.

**S.** Realizar un diagnóstico de necesidades para el fortalecimiento del arte, la cultura recreación y deportes de las sedes y ampliaciones

**T.** Las demás designadas por el supervisor en virtud del objeto contractual.

**12. EJECUTADO:**

**CONTRATO:** No. 060 DEL 13 DE FEBRERO DE 2024

**OBJETO:** PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO REFRENTE EN DANZAS PARA EL DESARROLLO DE LOS PROGRAMAS, PROYECTOS Y ACTIVIDADES RELACIONADOS CON LAS AREAS DE ARTE, CULTURA, RECREACION Y DEPORTE DE LA SEDE MOCOA DEL INSTITUTO TECNOLOGICO DEL PUTUMAYO

**FECHA DE INICIO:** 13-02-2024
**FECHA DE FINALIZACIÓN:** 12-06-2024
**PLAZO DE EJECUCIÓN:** Cuatro (04) meses.
**VALOR DEL CONTRATO:** Trece millones doscientos mil pesos ($13.200.000) Mda.Cte

**OBLIGACIONES ESPECIFICAS:**

**A.** Articular las actividades de arte y Cultura y de recreación y deportes haciendo las respectivas publicaciones e inscripciones y convocatorias a las que haya lugar en el marco de las policía de Bienestar universitario y del PDI.

**B.** Realizar las convocatorias para la participación en los juegos nacionales ASCUN, desde la solicitud del pago de la inscripción hasta la preparación y cargue de toda la documentación requerida a los sistemas de información de ascun.

**C.** Realizar las convocatorias para la participación en las diferentes convocatorias de arte y cultura nacionales de ASCUN, desde la solicitud del pago de la inscripción hasta la preparación y cargue de toda la documentación requerida a los sistemas de información de ascun.

**D.** Proyectar las cartas de necesidad en temas de recreación y deportes y de arte y cultura para la contratación de dotación, operadores logísticos, trasportes, hospedaje y lo demás relacionado con estudiantes.

**E.** Realizar convocatoria y ensayos con el grupo institucional de danzas, cinco (5) horas semanales.

**F.** Realizar convocatoria y orientar dos (2) talleres de formación dancística.

**G.** Realizar jornadas de salud y cultura física cada quince (15) días, para la comunidad educativa del ITP. (Estudiantes, Docentes y/o Administrativos).

**H.** Realizar dos (2) eventos de tipo cultural durante el primer semestre 2024

**I.** Articular con el equipo de deportes lo relacionado a las convocatorias deportivas de toda índole institucional, departamental y nacional.

**T.** Contribuir en general todas las actuaciones y actividades propias de Bienestar Universitario que sean necesarias para el cumplimiento del objeto contractual.

**14. EJECUTADO:**

**CONTRATO:** No. 065 DEL 03 DE FEBRERO DE 2025

**OBJETO:** PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO REFRENTE EN DANZAS PARA EL DESARROLLO DE LOS PROGRAMAS, PROYECTOS Y ACTIVIDADES RELACIONADOS CON LAS AREAS DE ARTE, CULTURA, RECREACION Y DEPORTE DE LA SEDE MOCOA DEL INSTITUTO TECNOLOGICO DEL PUTUMAYO

**FECHA DE INICIO:** 03-02-2025
**FECHA DE FINALIZACIÓN:** 16-06-2025
**PLAZO DE EJECUCIÓN:** Cuatro (04) meses catorce (14) días calendario.
**VALOR DEL CONTRATO:** Catorce millones setecientos cuarenta mil pesos ($14.740.000,00) Mda.Cte

**OBLIGACIONES ESPECIFICAS:**

**A.** Realizar las actividades de arte y Cultura haciendo las respectivas publicaciones e inscripciones y convocatorias a las que haya lugar en el marco de las política de Bienestar universitario y del PDI.

**B.** Realizar cronograma de uso del coliseo conforma a las actividades programadas.

**C.** Realizar las inscripciones en las plataformas digitales de los grupos institucionales y seleccionados para las representaciones nacionales.

**D.** Proyectar las cartas de necesidad en temas de arte y cultura para la contratación de dotación, operadores logísticos, trasportes, hospedaje y lo demás relacionado con las actividades propias de bienestar en el área de cultura.

**E.** Orientar talleres de formación Cultural modalidad danzas folclóricas para los estudiantes que se inscriban en el curso de deporte formativo 2 horas semanales.

**F.** Orientar talleres de formación Cultural modalidad danzas investigativas para los estudiantes que se inscriban en el curso de deporte formativo 2 horas semanales.

**G.** Orientar Talleres de formación cultural al grupo de danzas institucional, que contenga (expresión corporal, composición de coreografías, aplicar la correcta alineación de los segmentos corporales en el movimiento, así como brindar los conocimientos necesarios para que el estudiante pueda adquirir las habilidades básicas de la danza en cualquier modalidad) 5 horas semanales y presentar registro diario en el formato de asistencia F BU 01.

**H.** Orientar talleres de formación Cultural modalidad comparsas para los estudiantes que se inscriban en el curso de deporte formativo 2 horas semanales.

**I.** Realizar (10) jornadas de salud y cultura física, actividades lúdico recreativas, para la comunidad educativa del ITP. (Estudiantes, Docentes y/o Administrativos).

**J.** Realizar dos (4) eventos de tipo cultural durante el primer semestre del 2025-1

**K.** Realizar en la actualización del inventario de la dependencia y llevar un registro de préstamos de implementos culturales.

**L.** Realizar con el diseño gráfico de las diferentes convocatorias, crear formularios y encuestas en línea en Formularios de Google propias de Bienestar Universitario.

**M.** Desarrollar proyección, consolidación, sistematización de la información de actividades de la Oficina de Bienestar con su respectiva estadística y cargue de los informes correspondientes a los sistemas información ICETEX, SNIES Y SOFTWARE DE ALERTAS TEMPRANAS y RENTA JOVEN de manera oportuna y confiable cuando se le requiera.

**N.** Organizar el día del estudiante en articulación con los directivos, el equipo de bienestar, los decanos, directores de programa y los estudiantes.

**O.** Elaboración, proyección y revisión de productos asociados al desarrollo del plan operativo anual de la dependencia (Informes, estudios, investigaciones y proyectos) y apoyar con la presentación ante los pares académicos institucionales.

**P.** Realizar (1) taller de expresión corporal con empleados del ITP.

**Q.** Realizar estudio sobre la satisfacción de los servicios del área de arte y cultura.

**R.** Consolidar las estadísticas anuales de la oficina de Bienestar universitario por eje estratégico.

**S.** Consolidar en un archivo de Excel las actividades realizadas en cumplimiento de su contrato para los informes de SPADIES Y HECCA, entregar informes mensuales de las actividades realizadas en cumplimiento de su contrato en el F-BUN 02, el tablero de control, informe ejecutivo e informe general de actividades semestrales.
Consolidar semestralmente el informe de arte y cultura.
Consolidad semestralmente el tablero de control del área de arte y cultura.

**T.** Contribuir con la atención a los usuarios en las jornadas 3 horas semanales y llevar registro en el formato F-CAU 002.

**U.** Realizar los procesos para la representación de los estudiantes en los eventos locales, regionales y nacionales en el área de arte y cultura.

**V.** Asistir a todas las actividades institucionales convocadas por las diferentes dependencias en temas de capacitación y desarrollo de competencias personales y laborales y de Hábitos y estilos de vida saludables.

**W.** Contribuir en general todas las actuaciones y actividades propias de Bienestar Universitario que sean necesarias para el cumplimiento del objeto contractual.

**X.** Realizar documento de evaluación de impacto de cada una de las actividades realizadas en cumplimento de su labor contractual.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, una vez aportado el pago de estampilla PRO-ITP, según factura No. **266077** del **02/07/2025.**

**JHON ANDRES CERON**
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

**Proyectó:** Nilsa Maryholy Narváez Piedrahita - Profesional de Apoyo Jurídico VAD
**Aprobó:** Jhon Andrés Cerón- Vicerrector Administrativo.

# GRUPO FOLCLÓRICO "LA TIERRA"

Nit: 900355871 - 7
MOCOA - PUTUMAYO

*"Danza, Arte y Folclor, para construir Identidad"*

## EL DIRECTOR DEL GRUPO FOLCLORICO LA TIERRA

## CERTIFICA

Que, **MAICON FREYDER CASANOVA RUEDA** identificado con C.C. No 18.130.412 de Mocoa Putumayo, viene prestando sus servicios al Grupo Folclórico La Tierra en Calidad de Instructor y Coreografo del Elenco Principal y Prejuvenil en forma continua desde el 23 de abril de 2.003 hasta la fecha (10 años, 10 meses) destacándose por su gran liderazgo, profesionalismo y sentido de pertenencia por su labor.

Durante este periodo la persona en mención liderando los procesos de formación artística del Grupo Folclórico La Tierra ha obtenido grandes logros, los principales se describen a continuación:

- Tercer Puesto en Concurso Departamental de Danza Juvenil Expresión Artistica y Cultura – Santiago Putumayo, 2006.
- Primer Puesto en Encuentro Departamental de Danza Autoctona del Putumayo, con la Obra "La Toma del Yagé" – Mocoa, 2006.
- Participación destacada en la Muestra Cultural Todos por Putumayo, al lado de Costa Rica y Venezuela – Mocoa, 2007.
- Participación destacada en el Encuentro Nacional de Danza en el marco del Reinado Nacional del Café durante cuatro años consecutivos (2006 a 2009) – Calarcá Quindío.
- Participacion destacada en el Festival Folclórico de Nueva Loja Ecuador - 2008.
- Participación destacada en el Encuentro Internacional de la Surcolombianidad – Sibundoy Putumayo, 2009.
- Primer Puesto en Festival de Danza Aniversario Alcaldia de San Miguel Putumayo, 2010.
- Cuarto Puesto en Concurso Departamental de Danza – Orito Putumayo, 2010.
- Primer Puesto a mejor puesta coreográfica con la Danza "La Toma del Yagé", En encuentro Nacional de Danza "Danzando con el sol - Anapoima Cundinamarca, 2010, *creación de Maicon Freyder Casanova.*

- Segundo Puesto en Muestra Cultural indigena en el Reinado Nacional del Turismo, acompañando a la Señorita Putumayo – Girardot, 2010.
- Primer Puesto en Concurso de Danza Folclórica, Aniversario Instituto Tecnológico del Putumayo – Mocoa, 2010.
- Mejor Danza Autentica con la Obra "La Toma del Yagé", En encuentro Nacional de Danza, "Danzando con el sol - Anapoima Cundinamarca, marzo de 2011.
- Participación destacada en la Celebración del Dia Internacional de la Danza, Mocoa Putumayo, abril de 2011.
- Mas de 5000 personas en pie aplaudiendo al Grupo Folclórico La Tierra después de la presentación de Gala en el Encuentro Nacional de Danza "Nuestra Tierra" en Yumbo Valle, mayo de 2011. *Con la obra "Entre Yagé y Churumbelo" creada por Maicon Freyder Casanova.*
- Participación destacada en el Reinado Nacional de la Ecología en Florencia Caquetá, acompañando en la muestra cultural indigena a la Señorita Putumayo en este certamen, junio de 2011
- Participación destacada en el Encuentro Nacional de Danza en el marco de la Celebración de las Fiestas del San Pedro en el Espinal Tolima, julio de 2011.
- Participación destacada en el Festival Internacional de Danzas Folclóricas "Cultura y Tradición" en Pasto Nariño, agosto de 2011.
- Participación destacada en el Festival Artistico San Miguel de Agreda de Mocoa 448 años, Mocoa Putumayo, septiembre de 2011.
- Participación destacada en el V Festival Internacional de Danzas "Danzando en la Perla del Norte", Chepén PERÚ, noviembre de 2011.
- Participación destacada en el Encuentro Surcolombiano de Danza, Villagarzon Putumayo, diciembre de 2011.
- Participación destacada en el Festival Internacional de Fusagasuga Cundinamarca en Mayo de 2012
- Participación destacada en el Festival Folclórico Laboyano y Reinado Surcolombiano con las danzas del folclor tradicional indigena creadas por Maicon Freyder Casanova. Julio de 2.012
- Participación destacada con las obras creadas por Maicon Freyder Casanova "Danza, la toma del yage, Churumbelo y Carnaval Indigena" en la Gira México 2.012 en Septiembre de 2.012.

Fundacion Huellas
NIT. 900.445.971 - 1

**LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL DE LA FUNDACION HUELLAS**

**NIT. 900.445.971-1**

**CERTIFICA**

Que el señor **MAICON FREYDER CASANOVA RUEDA** identificado con cedula de ciudadanía No. 18.130.412 de Mocoa Putumayo. Prestó sus servicios como EDUCADOR FÍSICO en el área de atención directa a personas adultas mayores en el Convenio de asociación No. 105 del 22 de junio de 2023. Convenio firmado con firmado con la Secretaría de la Protección Social del municipio de Puerto Guzmán Putumayo

Durante su permanencia en el cargo demostró excelente compañerismo buenas habilidades, compromiso y responsabilidad en cada una de sus labores encomendadas de quien se puede esperar grandes resultados Durante el periodo comprendido entre el 22 de junio de 2023 a 21 de diciembre de 2023 cumpliendo con las siguientes funciones:

- Apoyo en actividades integrales de atención al adulto mayor según su objeto contractual.
- Apoyo en actividades deportivas, recreativas y/o terapéuticas.
- Colaboración con el equipo interdisciplinario del centro (trabajo social, enfermería, etc.).
- Cumplimiento de protocolos de atención centrada en la persona.

Esta certificación se expide a solicitud verbal del interesado; dada en Puerto Guzmán el día 27 de diciembre del 2023. Con destino a la hoja de vida.

Cordialmente,

ALBA EDITH ACOSTA GAVIRIA
C.C. No. 41.170.881 Villagarzón
Rep. legal Asociación



Calle 14 N° 7-37 B/ Olímpico Mocoa Putumayo
CELULAR 3219089277
Fundacionhuellas01@gmail.com

# ACTIVA IPSO S.A.S

NIT. 901.485.534-0

CALLE 17N #6-66 BARRIO EL RECUERDO
CELULAR. 313 7963800

## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 42.203

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 26 DÍA | 07 MES | 2024 AÑO | POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA) Ciudad | EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO |

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

| PARTICULARES CONTADO | PARTICULAR |
|---|---|
| Nombre de la empresa | Empresa en misión |

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

| CASANOVA RUEDA MAICON FREYDER | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| | MASCULINO | 40 AÑOS 5 MESES 14 DÍAS | CC | 18130412 |
| Apellidos y Nombres | | | Tipo | Número |

Cargo
**LICENCIADO EN EDUCACIÓN BÁSICA EN DANZA**

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

Observaciones: *PUEDE REALIZAR ACTIVIDADES PROPIAS DEL CARGO*

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

| RESTRICCIONES LABORALES | TIPO | RECOMENDACIONES |
|---|---|---|
| SIN RESTRICCIONES LABORALES | NO APLICA | NO APLICA |

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

| | |
|---|---|
| EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL ✓ | ---------- |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| | USO DE EPP : SEGÚN MATRIZ DE PELIGROS | HABITOS SALUDABLES |
| | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : CADA 2 HORAS POR 5 MINUTOS PAUSAS ACTIVAS Y CAMBIOS DE POSTURA | FORTALECIMIENTO MUSCULAR |
| | SVE OSTEOMUSCULAR | CONTROL DE PESO |
| | CAPACITACIÓN : SST | DIETA BALANCEADA |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

SE DEJA CONSTANCIA EN HISTORIA CLÍNICA DE LAS CONDICIONES DE SALUD ENCONTRADAS EN LA VALORACIÓN, SIN ALTERACION APARENTE QUE LIMITE SU LABOR, SE DAN RECOMENDACIONES DE AUTOCUIDADO.

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

**Médico**

Firma:

Nombre: MARTINEZ BURBANO MAVIR BIBIANA

R. M.: 1061712240 L.S.O.: 08434-19

Código de Seguridad
R979X1D42203

**Aspirante o Trabajador**

Firma:

Nombre: CASANOVA RUEDA MAICON FREYDER

CC: 18130412


Software para el sector salud - www.biofile.com.co

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

* 01B 19690901 *

A-850

FECHA DE RADICACIÓN: 08 08 25

## I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN — B. REPORTE DE NOVEDADES: X
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual — a) Cotizante o Cabeza de familia: X — b) Beneficiario o afiliado adicional — D. Colectivo — C. Institucional — D. De oficio
3. RÉGIMEN: A. Contributivo: X — B. Subsidiado
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI — NO: X
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante: X — B. Cabeza del grupo familiar — C. Beneficiario — D. Afiliado adicional
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente — B. Independiente: X — C. Pensionado
7. CÓDIGO: 03

## II. AFILIACIÓN

### A. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

8. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO: Casanova — SEGUNDO APELLIDO: Rueda — PRIMER NOMBRE: Maicon — SEGUNDO NOMBRE: Freyder
9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC
10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 18.130.412
11. SEXO BIOLÓGICO: X
12. SEXO IDENTIFICACIÓN: Cual? —o—
13. NACIONALIDAD: Colombia
14. LUGAR DE NACIMIENTO: Colombia — Putumayo — Mocoa
15. FECHA NACIMIENTO: 10 02 1984

### B. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA: 6
17. UNIDAD DE MEDIDA
18. DISCAPACIDAD: SI — NO: X — CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD
19. TIENE ENCUESTA SISBEN? SI — NO: X
20. CLASIFICACIÓN SISBEN — NIVEL — GRUPO
21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL
22. ARL: Positiva
23. APP
24. IBC: 3.300.000
25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA
26. RESIDENCIA
DIRECCIÓN: Calle 10 # 13A-01 Br. Huasipanga
TELÉFONO FIJO: —o—
TELÉFONO CELULAR: 3146599717
CORREO ELECTRÓNICO: maifrec09@hotmail.com
DEPARTAMENTO: Putumayo
MUNICIPIO/ DISTRITO: Mocoa
LOCALIDAD/COMUNA: Urbano
ZONA — CABECERA MUNICIPAL: X — CENTRO POBLADO — RURAL DISPERSO — RESTO RURAL
DANE: 20563

### III. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

27. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE
28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — 29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — 30. SEXO BIOLÓGICO — 31. SEXO IDENTIFICACIÓN: Cual?
32. NACIONALIDAD — 33. LUGAR DE NACIMIENTO — 34. FECHA NACIMIENTO

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

| | 35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS | 36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 37. NÚMERO DE IDENTIDAD | 38. NACIONALIDAD | 39. SEXO | 40. SEXO IDENTIFICACIÓN | 41. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS | DEPART. | MUNICIPIO | 42. FECHA DE NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 01 | | | | | | | | | | | | |
| 02 | | | | | | | | | | | | |
| 03 | | | | | | | | | | | | |
| 04 | | | | | | | | | | | | |
| 05 | | | | | | | | | | | | |

| Datos complementarios del Beneficiario | | | | 45. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL | 47. TIPO ENCUESTA SISBEN? SI | NO | 48. CLASIFICACIÓN SISBEN: NIVEL | GRUPO | 49. DISCAPACIDAD SI | NO | 50. RECEPTOR PENSIONES PERMANENTE SI | NO | 51. Datos de residencia: DEPARTAMENTO | MUNICIPIO/ DISTRITO | ZONA: CABECERA MUNICIPAL | CENTRO POBLADO | RURAL DISPERSO | RESTO RURAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 43. PARENTESCO | 44. ETNIA | 46. COMUNIDAD | | | | | | | | | | | | | | | |
| 01 | | | | | | | I. II. | | | | | | | | | | | |
| 02 | | | | | | | I. II. | | | | | | | | | | | |
| 03 | | | | | | | I. II. | | | | | | | | | | | |
| 04 | | | | | | | I. II. | | | | | | | | | | | |
| 05 | | | | | | | I. II. | | | | | | | | | | | |

| | TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR | 52. VALOR DE LA UPC DEL AFILIADO ADICIONAL | DIRECCIÓN | LOCALIDAD/ COMUNA | CORREO ELECTRÓNICO | 53. IPS | 54. CÓDIGO DE LA IPS (A REGISTRAR POR LA EPS) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 01 | | | | | | | |
| 02 | | | | | | | |
| 03 | | | | | | | |
| 04 | | | | | | | |
| 05 | | | | | | | |

### IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

55. Nombre o razón social: Endrpte
56. Tipo documento de identificación: CC
57. Número del documento de identificación: 18.130.412
58. Pago por aportante o dependiente (Para uso de la EPS): Endrpte
59. Ubicación

### V. REPORTE DE NOVEDADES

60. TIPO DE NOVEDAD
1 MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD
4 ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS
5 TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS Código:
6. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO Código:
7 INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES
8 EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR: X
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO
11. INSCRIPCIÓN EPS/ RETORNO AL PAÍS/ RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA
12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS
13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS
14. MOVILIDAD: A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO — B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO
15. TRASLADO: A) MISMO RÉGIMEN — B) DE UNO A OTRO RÉGIMEN
16. REPORTE DE FALLECIMIENTO
17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO
19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO
20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA
21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

### VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO: Casanova — SEGUNDO APELLIDO: Rueda — PRIMER NOMBRE: Maicon — SEGUNDO NOMBRE: Freyder
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC — NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 18.130.412
62. SEXO BIOLÓGICO: X
63. SEXO IDENTIFICACIÓN: Cual? —o—
64. FECHA NACIMIENTO: 10 02 1984
65. EPS ANTERIOR
66. FECHA DE NOVEDAD: 12 08 25
67. MOTIVO DE TRASLADO Código:
68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O FONDO DE PENSIONES

### VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69 Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí.
70 Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad
72 Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
73 Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
74 Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones lo requieran.
75 Autorizo para que la EPS realice el manejo de los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
76 a) Autorizo mi consentimiento explícito para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos
b) Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Numeros Excluidos" (RNE).
77 Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
78 Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente

### VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79 En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que hara cargo del pago de la Contribucion Solidaria
APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

### IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional: X
81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

### X. ANEXOS

82 Anexo copia del documento de identidad — CN — MS — RC — TI — CC — CE — SC — PA — CD — AS — PT — Cantidad — Total
83 Copia del dictamen de invalidez permanente emitido por la autoridad competente
84 Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
85 Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, si la de la unión marital
86 Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor
87 Copia de la orden judicial o del acto administrativo de Custodia.
88 Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre
89 Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2 1 7 3 del Decreto 780 de 2016.
90 Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
91 Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en las que declare la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación al
Total Anexos

nueva eps
TATIANA CARVAJAL CARVAJAL A-850
REPRESENTANTE LEGAL
21/75

### XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES

92. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL — Código del Municipio — Código del departamento
93. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

### XII. DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN

94. APELLIDOS Y NOMBRES
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — 95. FIRMA DEL FUNCIONARIO — 96. FECHA DE RADICACIÓN — 97. FECHA DE VALIDACIÓN

OBSERVACIONES:

# AUXILIAR LOGÍSTICO Y ADMINISTRATIVO

FUNDACIÓN HUELLAS
NIT. 900.445.971-1
REP. LEGAL. ALBA EDITH ACOSTA GAVIRIA C.C. NO. 41.170.881
VILLAGARZÓN

Fundacion Huellas
NIT. 900.445.971 - 1

Mocoa, agosto de 2025

Señores
ALCALDIA DE MOCOA
Calle 7 No. 6-42 B/Centro

Referencia: Manifestación de interés y disponibilidad como integrante de la propuesta presentada por FUNDACION HUELLAS.

YO, KELLY DAYANA URBANO LUNA, de acuerdo a las condiciones establecidas en el proyecto denominado **"APOYO A LA ATENCION DEL ADULTO MAYOR CON SERVICIOS INTEGRALES EN CENTRO DÍA. MUNICIPIO DE MOCOA DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO"**, Presento mi hoja de vida e interes de participar como Apoyo logistico, para la ejecución del convenio de asociación, resultante del proceso de la referencia.

Atentamente,

Nombres: KELLY DAYANA URBANO LUNA

C.C.1006961717 de Puerto Caicedo



Calle 14 N° 7-37 B/ Olimpico Mocoa Putumayo
CELULAR 3219089277
Fundacionhuellas01@gmail.com

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO ( O DE CASADA ) | NOMBRES |
|---|---|---|
| URBANO | LUNA | KELLY DAYANA |

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1006961717

SEXO: F (X) M ( )

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

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 25 MES 06 AÑO 1998

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: PUTUMAYO

MUNICIPIO: MOCOA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: BARRIO LA PEÑA

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: PUTUMAYO

MUNICIPIO: MOCOA

TELÉFONO: 3124372384 EMAIL: dayanaluna625@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: |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO |
| 1o. | 2o. | 3o. | 4o. | 5o. | 6o. | 7o. | 8o. | 9o. | 10 | X | MES 11 AÑO 2016 |

**EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)**

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:
TC (TÉCNICA), TL (TECNOLÓGICA), TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), UN (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), MG (MAESTRÍA O MAGISTER), DOC (DOCTORADO O PHD),
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

| MODALIDAD ACADÉMICA | No.SEMESTRES APROBADOS | GRADUADO SI | GRADUADO NO | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN MES | TERMINACIÓN AÑO | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TL | 3 | X | | GESTIÓN ADMINISTRATIVA | 09 | 2024 | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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

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

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

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

**EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| HOGAR SAN VICENTE DE PAÚL | | X | COLOMBIA |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| PUTUMAYO | MOCOA | voluntariasvicentinas@gmail.com |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 3203402621 | DÍA 20 MES 11 AÑO 2023 | DÍA 20 MES 06 AÑO 2024 |

| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| APOYO LOGISTICO | ATENCION ADULTO MAYOR | MOCOA |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A | | X | COLOMBIA |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| PUTUMAYO | MOCOA | marial.dias@positiva.gov.co |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 850 22 00 | DÍA 04 MES 12 AÑO 2023 | DÍA 03 MES 06 AÑO 2024 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| APRENDIZ SENA | ÁREA ADMINISTRATIVA | MOCOA |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| TECNOQUIMICAS S.A | | X | COLOMBIA |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| PUTUMAYO | MOCOA | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 882 55 55 | DÍA 10 MES 07 AÑO 2018 | DÍA 18 MES 07 AÑO 2021 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| MERCADERISTA | MERCADEO | MOCOA |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| NEXARTE SERVICIOS TEMPORALES S.A.S | | X | COLOMBIA |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| PUTUMAYO | MOCOA | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 3224434035 | DÍA 12 MES 02 AÑO 2017 | DÍA 01 MES 03 AÑO 2018 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| IMPULSADOR | ATENCIÓN AL CLIENTE | MOCOA |

**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 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* |
|---|---|---|---|
| CAROLINA FASHION | | X | COLOMBIA |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| PUTUMAYO | MOCOA | |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| 3224434035 | DÍA 21 MES 06 AÑO 2017 | DÍA 21 MES 11 AÑO 2017 |

| *CARGO O CONTRATO ACTUAL* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| VENDEDORA | ATENCIÓN AL CLIENTE | AV 17 DE JULIO |

*EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR*

| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| LINDA SARAY | | X | COLOMBIA |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| PUTUMAYO | MOCOA | |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| 3117254223 | DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO |

| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| VENDEDORA | ATENCIÓN AL CLIENTE | BARRIO EL CENTRO |

*EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR*

| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| | | | |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| | | |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| | DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO |

| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| | | |

*EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR*

| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| | | | |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| | | |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| | DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO |

| *CARGO O CONTRATO* | *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 E PERIENCIA* | |
|---|---|---|
| | *AÑOS* | *MESES* |
| *SERVIDOR PÚBLICO* | | |
| *EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO* | 5 | 1 |
| *TRABAJADOR INDEPENDIENTE* | | |
| ***TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA*** | 5 | 1 |

## 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).

*Ciudad y fecha de diligenciamiento* MOCOA, 1 DE AGOSTO DE 2025

*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.

*Ciudad y fecha*

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.006.961.717

URBANO LUNA

APELLIDOS

KELLY DAYANA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 25-JUN-1998

PUERTO CAICEDO
(PUTUMAYO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.57 ESTATURA

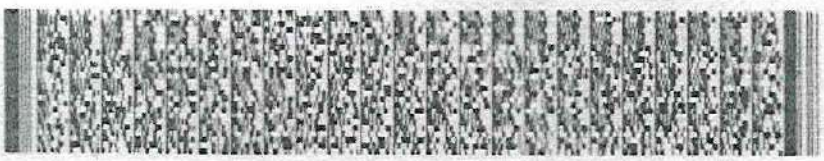
O+ G.S. RH

F SEXO

26-JUL-2016 MOCOA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P-6400100-00843862-F-1006961717-20160818 0050678052A 1 46157358

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO No. 277618082

PIB
16:39:23
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 01 de agosto 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) KELLY DAYANA URBANO LUNA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1006961717:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

Carlos William Rodriguez Millán
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 viernes 01 de agosto de 2025, a las 16:49:55, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 1006961717 |
| Código de Verificación | 1006961717250801164955 |

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

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

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 04:35:40 PM horas del 01/08/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1006961717**

Apellidos y Nombres: **URBANO LUNA KELLY DAYANA**

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

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

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

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

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

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

# Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

## La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 14/08/2025 05:05:58 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1006961717** y Nombre: **KELLY DAYANA URBANO LUNA.**

## 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. **121576196** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

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

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 10:03:43 horas del 20/08/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1006961717,** Apellidos y Nombres **URBANO LUNA KELLY DAYANA**

**NO REGISTRA INHABILIDAD**

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ALCALDIA DE MOCOA**, con NIT **800102891-6** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E INTERPOL

© 2025

**Horario:** Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
**Dirección:** Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
**Teléfonos:** 515 97 00 ext. 30552 (Bogotá D.C.) | 01 8000 112 712 (resto del país)
**Correo:** dijin.araic-atc@policia.gov.co
**Web:** www.policia.gov.co/dijin
**Instagram:** /dijinpolicia
**Twitter:** @DIJINPolicia

Presidencia de la República · Ministerio de Defensa Nacional · Colombia compra eficiente · GOV.CO

TIC

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

## CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1006961717 **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 14/08/2025 05:02 PM

Código Verificación: **HQVAD6YSLB**

Válida hasta: **12/11/2025**

---

**Dirección de Gobierno Digital**

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

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14810850255

(415)7707212489984(8020) 000001481085025 5

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 0 0 6 9 6 1 7 1 7 | 8 | Impuestos y Aduanas de Puerto Asis 4 6 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión iliquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 0 0 6 9 6 1 7 1 7 | 2 0 1 6 0 7 2 6 |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| OLOMBIA 1 6 9 | Putumayo 8 6 | Mocoa 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| URBANO | LUNA | KELLY | DAYANA |

35. Razón social

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

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Putumayo 8 6 | Mocoa 0 0 1 |

41. Dirección principal
BRR LA PEÑA

42. Correo electrónico dayanaluna625@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 1 2 4 3 7 2 3 8 4 | |

## 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 2 9 9 | 2 0 1 8 0 5 2 3 | | | | | |

## 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 2 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

20- Obtención NIT

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

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

## Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2022 - 02 - 04 / 17 : 23: 13

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 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre URBANO LUNA KELLY DAYANA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

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

## KELLY DAYANA URBANO LUNA

*Con Cédula de Ciudadanía No. 1006961717*

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

**Título de**

**TECNÓLOGO EN**

## GESTIÓN ADMINISTRATIVA

*En testimonio de lo anterior, se firma el presente Titulo en Mocoa, a los nueve (9) dias del mes de septiembre de dos mil veinticuatro (2024)*

Firmado Digitalmente por

ADRIAN ROLANDO RIASCOS VALLEJOS
Subdirector (E) CENTRO AGROFORESTAL Y ACUICOLA ARAPAIMA
REGIONAL PUTUMAYO

**82918584 - 09/09/2024**
No y FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9518002504527CC1006961717C.

Libertad y Orden

La República de Colombia

y en su nombre, la

# Institución Educativa Pío XII

## Mocoa - Putumayo

Autorizada por la Secretaria de Educación y Cultura Departamental según Decreto No. 0605 de Diciembre 6 de 2002

Confiere a:

## *Kelly Dayana Urbano Luna*

C. C. No. 1006961717 de Mocoa – Putumayo

El Título de:

# Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica (Artículo 28 Ley 115 de 1994); según el Programa de Estudios y los Planes vigentes.

Esp. James Nolberto Meza Sevillano
Rector

Anotado al Folio No. 439 Libro de Registro No. 2

Dado en Mocoa Putumayo, a los Veinticinco (25) días del mes de Noviembre de 2016

No requiere registro. Decreto No. 921 del 00 de Mayo de 1994, expedido por el M.E.N.

# Acta Individual de Graduación

## Institución Educativa PIO XII

*Mocoa – Putumayo*

*Inscripción S. E. ACTA No. 022 F 022*
*DANE No. 186001000175*

En la ciudad de Mocoa Putumayo a los Veinticinco (25) días del mes de Noviembre del año 2016, en la Dirección de la INSTITUCION EDUCATIVA PIO XII de Mocoa Putumayo, aprobada hasta nueva orden en el nivel de Educación Media Académica, y autorizada por la Secretaría de Educación y Cultura Departamental para otorgar el título de BACHILLER ACADEMICO, Según Decreto No. 0605 del 6 de Diciembre de 2002

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el Título de:

## Bachiller Académico

Al graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de identificación se relaciona a continuación:

**KELLY DAYANA URBANO LUNA**

C. C. No.1006961717 de Mocoa - Putumayo

Es fiel copia tomada del Acta Original General No. 107 del 25 de Noviembre de 2016, la cual consta de 158 estudiantes que comienza con el nombre de ADRIANA ALEXANDRA RUIZ MACIAS y termina con el nombre de YULY ANDREA NASAYO CARVAJAL.

Firmada por el Esp. JAMES NOLBERTO MEZA SEVILLANO (Rector).

Dada en Mocoa – Putumayo, a los Veinticinco (25) días del mes de Noviembre del año 2016.

*Esp. James Nolberto Meza Sevillano*
C. C. No. 5.29[illegible].370 de Mocoa (P)
Rector

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En cumplimiento de la Ley 119 de 1994*

***Hace constar que***

## KELLY DAYANA URBANO LUNA

*Con Cédula de Ciudadanía No. 1006961717*

*Cursó y aprobó la acción de Formación*

## COMPORTAMIENTO EMPRENDEDOR

*con una duración de 48 horas*

*En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Villagarzón (Villa Amazónica), a los diez (10) días del mes de julio de dos mil veintitres (2023)*

Firmado Digitalmente por

ADRIAN ROLANDO RIASCOS VALLEJOS
Subdirector (E)
CENTRO AGROFORESTAL Y ACUICOLA ARAPAIMA
REGIONAL PUTUMAYO

**91830695 - 10/07/2023**
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web https://certificados.sena.edu.co, bajo el número 95180027885300CC1006961717C.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En cumplimiento de la Ley 119 de 1994*

***Hace constar que***

**KELLY DAYANA URBANO LUNA**

*Con Cédula de Ciudadanía No. 1006961717*

*Cursó y aprobó la acción de Formación*

## EJERCICIO DERECHOS FUNDAMENTALES EN EL TRABAJO

*con una duración de 48 horas*

*En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Mocoa, a los doce (12) días del mes de julio de dos mil veintitres (2023)*

Firmado Digitalmente por

ADRIAN ROLANDO RIASCOS VALLEJOS
Subdirector (E)
CENTRO AGROFORESTAL Y ACUICOLA ARAPAIMA
REGIONAL PUTUMAYO

**91960572 - 12/07/2023**
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9518002794626CC1006961717C.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En cumplimiento de la Ley 119 de 1994*

***Hace constar que***

**KELLY DAYANA URBANO LUNA**

*Con Cédula de Ciudadania No. 1006961717*

*Cursó y aprobó la acción de Formación*

## BÁSICO DE CONTABILIDAD COSTOS Y PRESUPUESTOS

*con una duración de 40 horas*

*En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Valle Guamuez, a los catorce (14) dias del mes de diciembre de dos mil veintitres (2023)*

Firmado Digitalmente por

ADRIAN ROLANDO RIASCOS VALLEJOS
Subdirector (E)
CENTRO AGROFORESTAL Y ACUICOLA ARAPAIMA
REGIONAL PUTUMAYO

**94003545 - 14/12/2023**
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9518002843621CC1006961717C.

## RECOMENDACIÓN LABORAL

# CAROLINA FASHION

AVENIDA 17 DE JULIO - MOCOA

## CERTIFICA:

Que la señora **KELLY DAYANA URBANO LUNA,** identificada con cédula de ciudadanía número 1.006.961.717 expedida en Mocoa (P); laboró bajo mi responsabilidad desempeñando el cargo de VENTAS y ATENCION AL CLIENTE, en un almacén de mi propiedad ubicado en el barrio Centro de Mocoa, durante cinco (5) meses; quien durante su permanencia demostró gran experiencia, responsabilidad y eficiencia para desempeñar sus funciones asignadas.

Se firma en Mocoa Putumayo, a los **veintiún (21)** del mes de **Noviembre** del año dos mil diecisiete **(2017).**

1124852278

**MARIA CAROLINA SANTACRUZ**
CELULAR: 322 4434035
PROPIETARIA ALMACÉN

## CERTIFICACION LABORAL

# LINDA SARAY

BARRIO CENTRO – MOCOA PUTUMAYO
Celular: 314 7254223

## CERTIFICA:

Que la señora **KELLY DAYANA URBANO LUNA**, identificada con cédula de ciudadania No. 1.006.961.717 de Mocoa (Putumayo); laboró durante cinco (5) meses en este ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO, desempeñando el cargo de VENTAS y ATENCION AL CLIENTE. Cabe resaltar que durante su permanencia en esta Empresa, se caracterizó por ser una persona honorable, responsable, eficiente y con experiencia para desempeñar su cargo.

Se firma a petición de la interesada, a los 21 del mes de Noviembre del año 2017.

1248509347.

LEIDY ANDREA OBANDO FIGUEROA
PROPIETARIA ALMACÉN

nexarte

**Nexarte Servicios Temporales S.A.**
NIT. 860058975-6

**CERTIFICA**

Que la señora **KELLY DAYANA URBANO LUNA** identificada con Cédula de Ciudadanía No.**1006961717**, como trabajadora en misión bajo la modalidad de contrato por duración **OBRA O LABOR**, registra la siguiente información laboral:

| CARGO | SALARIO PROMEDIO Y/O SALARIO BÁSICO | FECHA DE INICIO | FECHA DE RETIRO | EMPRESA CLIENTE |
|---|---|---|---|---|
| IMPULSADORA | $ 781.242,00 | 01/12/2017 | VIGENTE | LEVAPAN S.A. |

En vigencia de la relación laboral **Nexarte Servicios Temporales S.A.**, cumplió a cabalidad con las obligaciones a su cargo en su condición de Empleador.

La presente certificación se expide a solicitud de la interesada el día miércoles, 28 marzo, 2018.

Cordialmente,

**Claudia Herrera Bermudez**
DIRECTORA DE RELACIONES LABORALES DE E/M

Tecnoquímicas

**Administrador de Operaciones de Compensación**

**de Tecnoquimicas S.A.**

**Certifica:**

Que **Kelly Dayana Urbano Luna,** con cédula de ciudadanía **No. 1,006,961,717** laboró en esta empresa con contrato a término Indefinido desde el **10 de julio de 2018** hasta el **18 de julio de 2021.**

El último cargo desempeñado fue **Mercaderista,** su último salario Básico mensual devengado fue de **$ 924,700** y un salario promedio mensual de **$ 1,152,598** con corte **18 de julio de 2021.**

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado en Cali, el 26 de julio de 2021.

Cordialmente.

**Juan Pablo Ossa Gonzalez**

Si éste certificado requiere verificación, puede comunicarse de lunes a viernes, de 10 a.m. a 12 m., al teléfono 882 55 55 en la extensión 1200.

"De acuerdo con lo dispuesto en el Artículo 57, numeral 7 el Código Sustantivo del Trabajo, esta certificación se emite por una sola vez, con el propósito de cumplir con la obligación del empleador de expedir un certificado al momento de la expiración del contrato, razón por la cual usted debe conservar este original y entregar fotocopias del mismo cuando se lo requieran, puesto que los documentos que componen su hoja de vida pasarán al archivo inactivo y se pueden deteriorar o destruir."

Nit. 890.300.466-5
Calle 23 No. 7-39
A.A. 756, Cali - Colombia
Teléfono: (57-2) 882 5555
Fax: (57-2) 883 0859
www.tecnoquimicas.com

**ASOCIACIÓN VOLUNTARIAS VICENTINAS DE LA CARIDAD**

Personería Jurídica Resolución: 787 septiembre - 14 -1971
NIT. 891200512-0

# LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL DE LA ASOCIACION DE VOLUNTARIAS VICENTINAS DE LA CARIDAD

## CERTIFICA:

La presente es para certificar que la señora **KELLY DAYANA URBANO LUNA**, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. **1006961717** realizó actividades de manera voluntaria en el **Hogar San Vicente de Paúl**, ubicado en el municipio de Mocoa – Putumayo, durante un período de seis (6) meses, comprendido entre el mes de noviembre y diciembre de 2023. Enero a abril del 2024

Durante este tiempo, realizó apoyo logístico, tramites y en actividades de atención adulto mayor cumpliendo con sus funciones de manera responsable, ética y comprometida, contribuyendo significativamente al bienestar de los adultos mayores atendidos por nuestra institución.

Para constancia de los interesados se firma en Mocoa a los 20 días del mes de abril del año 2024.

**LUZ MARIA CARVAJAL GOMEZ**
**Representante Legal**

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

**LA GERENTE DE TALENTO HUMANO**

**DE POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**

**CERTIFICA QUE:**

La Aprendiz **KELLY DAYANA URBANO LUNA** identificada con Cédula de Ciudadanía **1.006.961.717**, realizó en esta Compañía la Etapa Productiva - Especialidad **TECNÓLOGO EN GESTION ADMINISTRATIVA** del SENA, en la Gerencia Sucursal Tipo C Putumayo, de lunes a viernes desde el cuatro de diciembre de 2023 hasta el tres de junio de 2024.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado en Bogotá, D.C., el cuatro de junio de 2024.

En el evento que la presente certificación tenga enmendaduras, carece de validez.

**JENIFFER ALEXANDRA BARBOSA ESCOBAR**

Elaboró: Marcela Hilarión R. Profesional Especializado – Gerencia de Talento Humano

# AUXILIAR DE ENFERMERIA

FUNDACIÓN HUELLAS
NIT. 900.445.971-1
REP. LEGAL. ALBA EDITH ACOSTA GAVIRIA C.C. NO. 41.170.881
VILLAGARZÓN

Fundacion Huellas
NIT. 900.445.971 - 1

Mocoa, agosto de 2025

Señores
ALCALDIA DE MOCOA
Calle 7 No. 6-42 B/Centro

Referencia: Manifestación de interés y disponibilidad como integrante de la propuesta presentada por FUNDACION HUELLAS.

YO, MABEL ROCIO MELO BURBANO, de acuerdo a las condiciones establecidas en el proyecto denominado **"APOYO A LA ATENCION DEL ADULTO MAYOR CON SERVICIOS INTEGRALES EN CENTRO DÍA. MUNICIPIO DE MOCOA DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO"**, Presento mi hoja de vida e interes de participar como Auxiliaar de Enfermeria, para la ejecución del convenio de asociación, resultante del proceso de la referencia.

Atentamente,

Nombres: MABEL ROCIO MELO BURBANO

C.C.69.007.082 DE MOCOA



Calle 14 N° 7-37 B/ Olímpico Mocoa Putumayo
CELULAR 3219089277
Fundacionhuellas01@gmail.com

FORMATO COMPLETO

Libertad y Orden

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) | NOMBRES |
|---|---|---|
| Melo | Burbano | Mabel Rocio |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | SEXO | NACIONALIDAD | PAÍS |
|---|---|---|---|
| C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 69007082 | F ⊗ M ○ NB ○ | COL. ⊗ EXTRANJERO ○ | COLOMBIA |

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

**FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO**

FECHA DIA 27 MES 01 AÑO 1977

PAÍS COLOMBIA

DEPTO PUTUMAYO

MUNICIPIO MOCOA

**DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA**

CARRERA 14 - 15 02 AV SAN FRANCISCO

PAÍS COLOMBIA DEPTO PUTUMAYO

MUNICIPIO MOCOA

TELÉFONO 3213548325 EMAIL meloburbano01@gmail.com

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

**EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA**

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

| EDUCACIÓN BÁSICA | | | | | | | | | | | TÍTULO OBTENIDO | BASICA SECUNDARIA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO | | | |
| 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | 7° | 8° | 9° | 10° | 11° | MES | 12 | AÑO | 2002 |

**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 | |
| RREGRADO | 3 | X | | AUXILIAR DE ENFERMERIA | 09 | 1998 | |

## 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 COMPLETO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 4 IDIOMAS

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

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

## 5 EXPERIENCIA LABORAL

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ - MOCOA | | | *PÚBLICA*<br>X | | *PRIVADA* | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>PUTUMAYO | *MUNICIPIO*<br>MOCOA | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 02 | *Año* | 2009 | *Día* | 31 | *Mes* | 12 | *Año* | 2010 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA | *DEPENDENCIA*<br>ACCIONES OPERATIVAS DE SALUD | | | | | | *DIRECCIÓN* | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>COOPERATIVA DE TRBAJO ASOCIADO | | | *PÚBLICA* | | *PRIVADA*<br>X | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>PUTUMAYO | *MUNICIPIO*<br>MOCOA | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 05 | *Año* | 2007 | *Día* | 06 | *Mes* | 12 | *Año* | 2007 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA | *DEPENDENCIA*<br>ACCIONES OPERATIVAS DE SALUD | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>Sin dirección | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>CLINICA AYNAN | | | *PÚBLICA* | | *PRIVADA*<br>X | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>PUTUMAYO | *MUNICIPIO*<br>MOCOA | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 03 | *Año* | 2005 | *Día* | 24 | *Mes* | 10 | *Año* | 2006 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA | *DEPENDENCIA*<br>ADMINISTRACION EN SALUD | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>Sin dirección | | | | | |

FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 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 | 2 | 3 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 1 | 11 |
| EXPERIENCIA DOCENTE | 0 | 0 |

## 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* 13-08-2025

Manuel Rocio Mateo

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 69.007.082

MELO BURBANO
APELLIDOS

MASEL ROCIO
NOMBRES

Masel Rocio Melo





FECHA DE NACIMIENTO 27-ENE-1977
MOCOA
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
17-OCT-1995 MOCOA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-8400100-70106785-F-0069007082-20071109 01656 07319N 02

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 | PERIÓDICO | Fecha de publicación | 2025-06-11 20:16 |
|---|---|---|---|

Nombres y apellidos completos

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| MABEL | ROCIO | MELO | BURBANO |

Documento de identificación

| Tipo | Número |
|---|---|
| CEDULA DE CIUDADANIA | 69007082 |

Lugar de nacimiento

| País | Departamento | Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA | PUTUMAYO | MOCOA |

Lugar de domicilio

| País | Departamento | Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA | PUTUMAYO | MOCOA |

| | |
|---|---|
| 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 | GOBERNACION DE PUTUMAYO |

Lugar de sede

| País | Departamento | Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA | PUTUMAYO | MOCOA |

| | |
|---|---|
| Dirección | ["Cll 8 No. 7-40 Mocoa."] |
| 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 2024 fueron:

| CONCEPTO | VALOR |
|---|---|
| Salarios y demás ingresos laborales | $13.600.000,00 |
| Cesantías e intereses de cesantías | $0,00 |
| Gastos de representación | $0,00 |
| Arriendos | $0,00 |
| Honorarios | $0,00 |
| Otros ingresos y rentas | $0,00 |
| TOTAL | $13.600.000,00 |

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 |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| Tipo de bien | País | Departamento | Municipio | Valor |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

| Concepto | Saldo |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

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

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí [ ] No [X]

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

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

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

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| | | | |

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

| |
|---|
| |

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

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

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

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

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

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

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual: Sí [ ] No [X]

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

## 2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

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

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

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

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

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

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

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

## 2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

| |
|---|
| |

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO
## No. 278715417

PIB
17:36:21


Bogotá DC, 19 de agosto 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) MABEL ROCIO MELO BURBANO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 69007082:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

Carlos William Rodríguez Millán
Jefe División de 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 19 de agosto de 2025, a las 16:56:46, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 69007082 |
| Código de Verificación | 69007082250819165646 |

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

## Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 05:01:53 PM horas del 19/08/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **69007082**

Apellidos y Nombres: **MELO BURBANO MABEL ROCIO**

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

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

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

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

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

DIJIN

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

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, 20/08/2025 10:23:19 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **69007082** y Nombre: **MABEL ROCIO MELO BURBANO.**

## 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. **121786660** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

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

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 16:14:18 horas del 10/06/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **69007082,** Apellidos y Nombres **MELO BURBANO MABEL ROCIO**

**NO REGISTRA INHABILIDAD**

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **GOBERNACION DEL PUTUMAYO**, con NIT **800094164-4** 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

Horario: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Teléfonos: 515 97 00 ext. 30552 (Bogotá D.C.) | 01 8000 112 712 (resto del país)
Correo: dijin.araic-atc@policia.gov.co
Web: www.policia.gov.co/dijin
Instagram: /dijinpolicia
Twitter: @DIJINPolicia

© 2025

Presidencia de la República Ministerio de Defensa Nacional Colombia compra eficiente GOV.CO

TIC

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

## CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 69007082 **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 20/08/2025 08:09 AM

Código Verificación: **548M1GUZKY**

Válida hasta: **18/11/2025**

---

**Dirección de Gobierno Digital**

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

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141185962787

(415)7707212489984(8020) 000014118596278 7

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 6 9 0 0 7 0 8 2 | 7 | Impuestos y Aduanas de Puerto Asís 4 6 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 6 9 0 0 7 0 8 2 | |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Putumayo 8 6 | Mocoa 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| MELO | BURBANO | MABEL | ROCIO |

35. Razón social

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

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Putumayo 8 6 | Mocoa 0 0 1 |

41. Dirección principal: AV SAN FRANCISCO CR 14 15 02

42. Correo electrónico: meloburbano01@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 2 1 3 5 4 8 3 2 5 | 3 2 0 2 2 4 3 2 4 4 |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 4 5 4 1 | 2 0 1 6 0 5 1 1 | 4 5 4 2 | 2 0 1 6 0 5 1 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 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 [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

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

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre MELO BURBANO MABEL ROCIO

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

La República de Colombia
La Secretaría de Salud,
La Secretaría de Educación del Huila
y en su nombre

# La Escuela de Salud
# "San Pedro Claver"

Autorizada Oficial Mediante Decreto No. 21 del Ministerio de Salud y
Resolución No. 1288 del 27 de Noviembre de 1968 de la Secretaría de Educación del Huila

Teniendo en cuenta que:

## Rafael Rocío Melo Burbano

c. c. No. 69.007.622 de Neiva

Cumplió satisfactoriamente con exigidas y cumplió con todas las horas requisitos legales y reglamentarios,
le confiere el Certificado de Aptitud Ocupacional de:

## Técnico Auxiliar en Enfermería

Dada en Neiva a los 12 días del mes de Diciembre de 1968

Escuela de Salud
"San Pedro Clavel"

# ACTA DE GRADO No 115

La Escuela de Salud San Pedro Clavel, institución aprobada por el Ministerio de Salud mediante acuerdo ejecutivo No. 28 de Septiembre 3 de 1998 y por la Secretaría de Educacion del Huila, según Resolución No. 1389 del 20 de Noviembre de 1995 en atención a que el estudiante,

Mola Burbano Mabel Rocio

C. de C. No. 69.007.882 de Popayan

Cumplió satisfactoriamente la situación legal y académica aprobando los estudios correspondientes, resuelve otorgarle el certificado de Aptitud Ocupacional como Técnico en :

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Testimonio de lo anterior, se firma la presente acta a los dias 12 del mes de Diciembre de 199 8 .

firmado y sellado por:

Rector

Coordinador Académico

Secretaria

# 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 *

69007082

Primer Nombre

MABEL

Primer Apellido

MELO

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

8607

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

**Resultado General -2025-03-02→5:25:34 PM**

| Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Estado Identificación: | Deta |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 69007082 | MABEL | ROCIO | MELO | BURBANO | 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) MABEL ROCIO MELO BURBANO identificado(a) con CC 69007082 registra La siguiente información:**

**2025-03-02→5:25:34 PM**

**Información Académica**

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación | Fecha inicio ejercer Acto Administrativo | Acto Administrativo | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|---|
| AUX | Local | TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA | 1999-03-24 | 407 | GOBERNACION DEL HUILA - SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL |

**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**

(7)

# Clínica Aynan

CODIGO 8600100197
NIT: 900012404-9

EL SUSCRITO GERENTE DE LA CLINICA AYNAN LTDA

CERTIFICA:

Que, La señora MABEL ROCIO MELO BURBANO, identificado con cédula de ciudadanía No 69007082 De Mocoa presta sus servicios profesionales como Auxiliar de Enfermería en la institución ubicada en la Calle 14 Cra 11-36 en la avenida Colombia del Municipio de Mocoa Putumayo, vinculada mediante contrato laboral a termino fijo.

Que se encuentra desempeñando su cargo desde el 01 de Marzo de 2005 hasta la fecha , devengando el salario de 600.000 pesos mensuales.

Se expide a solicitud del interesado a los 24 días del mes de octubre de 2006

Atentamente,

LUIS ANTONIO JUAGIBIOY
Representante legal

COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO
"COOPSALUD" LTDA.
NIT. 846 003 348 - 0
TELEFONO. 4596625
MOCOA - PUTUMAYO

**LA GERENTE DE LA COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO COOPSALUD" LTDA.**

HACE CONSTAR:

Que la señora **MABEL ROCIO MELO BURBANO,** identificado con cédula de ciudadanía No.69.0007.082 de Mocoa (P), labora como **AUXILIAR DE ENFERMERIA,** en la unidad funcional de Urgencias, de la **ESE Hospital José María Hernández** de Mocoa, contratado a través de la cooperativa "COOPSALUD" LTDA, a partir del 1º mayo de 2007, con una compensación mensual de $650.000, cumpliendo sus funciones con mucho profesionalismo y responsabilidad.

La siguiente constancia se expide para realizar crédito bancario.

Se firma en Mocoa a seis (06) días del mes diciembre de 2007

COOPSALUD LTDA.
NIT. 846003348 - 0
MOCOA PUTUMAYO

NIDIA LILIANA BERNAL LEAL
Gerente

E.S.E. HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ
NIT 891.200.679 – 1
*Manos Abiertas al Servicio de su Salud*
Unidad Funcional de Recursos Humanos

EL COORDINADOR DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE RECURSOS HUMANOS
DE LA E.S.E. HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ

## HACE CONSTAR:

Que MABEL ROCIO MELO BURBANO, identificado con cedula de ciudadania No. 69.007.682 expedida en Mocoa (Putumayo), presta sus servicios en la ESE HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ de Mocoa, desempeñándose como Auxiliar de Enfermeria, en las Diferentes Unidades Funcionales Asistenciales con una asignación mensual de UN MILLON CIEN MIL PESOS ($1.100.000) Moneda Corriente; vinculado mediante las siguientes Ordenes de Servicios:

| No. | MODALIDAD | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACION | DURACION | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | MESES | DIAS |
| 00233 RH | ORDEN DE SERVICIOS | 01/02/2009 | 30/03/2009 | 2 | |
| 00377 RH | ORDEN DE SERVICIOS | 01/04/2009 | 31/08/2009 | 5 | |
| 00711 RH | ORDEN DE SERVICIOS | 01/09/2009 | 30/11/2009 | 3 | |
| 00245 RH | ORDEN DE SERVICIOS | 18/01/2010 | 07/02/2010 | 2 | 12 |
| 00263 RH | ORDEN DE SERVICIOS | 08/02/2010 | 30/06/2010 | 4 | 21 |
| 00406 RH | ORDEN DE SERVICIOS | 01/07/2010 | 31/12/2010 | 6 | |

La presente certificación se firma y se expide para fines de la persona interesada.

Dado en la ciudad de Mocoa a los 17 dias del mes Diciembre de 2010.

GUIDO ALFREDO GARZON VITERY
Coordinador U. F. de Recursos Humanos

Digitó: Nelson Hernández

ASISTENCIA MEDICA DEL SUR IPS LTDA
La seguridad del paciente es nuestra responsabilidad

asistenciamedicadelsurltda@hotmail.com
NIT: 900337015-2

TLH-C-093

# LA SUSCRITA GERENTE DE LA EMPRESA ASISTENCIA MÉDICA DEL SUR IPS LTDA

## CERTIFICA

Que la señora **MABEL ROCIO MELO BURBANO;** identificada con cédula de ciudadanía No. 69.007.082 expedida en Mocoa (Putumayo); labora en la empresa **ASISTENCIA MÉDICA DEL SUR IPS LTDA.** En el programa de Home care:

**CARGO:** Auxiliar enfermería de atención domiciliaria (Cuidado de adulto mayor)

**TIPO DE CONTRATO:** prestación de servicios

**CONTRATO Nro. 1:** FECHA INGRESO: 01/02/2023 al 18/07/2024

**FUNCIONES:**

1. Control y registro de funciones vitales: del paciente asignado.
2. Aseo e higiene: la auxiliar de enfermería mantendrá los cuidados de higiene básicos del paciente.
3. Cumplimiento del tratamiento indicado por el médico y establecido en el plan de cuidados asignado por el Jefe de Enfermería.
6. Alimentación: supervisar la nutrición y apoyo en la administración de los alimentos del paciente.
7. Cambios posturales (en pacientes postrados y en los pacientes que lo requieran).
8. Preparar los equipos, medicamentos e insumos necesarios para realizar las acciones de enfermería de baja complejidad de acuerdo con la historia de la clínica del usuario.
9. Realizar uso adecuado de los insumos y medicamentos a cargo, diligenciando los formatos dispuestos para tal fin y en cada caso particular del paciente.
10. Reportar los eventos adversos que se lleguen a presentar en la prestación del servicio, de manera inmediata a su ocurrencia al jefe asistencial.

**11.** Registros Clínicos: El auxiliar diligenciará las notas de enfermería en forma clara y legible, sin tachones, enmendaduras, cada anotación debe llevar fecha, hora, nombre completo del usuario, el Dx, y procedimientos que realiza al recibo durante y entrega laboral, se entregará mensualmente, para el respectivo pago.

12. Insumos Y Pedidos: Realizar el pedido de insumos y medicamentos que el paciente necesita para la prestación de servicio.

**13**. Cumplir con las indicaciones del uso adecuado de los EPP. Lo anterior incluye uso obligatorio de uniforme anti fluido y zapatos totalmente cerrados.

**14.** Reportar a los ingenieros biomédicos los daños o posibles fallas que puedan presentar los equipos médicos, así mismo gestionar que los equipos sean reparados dentro de un término razonable, teniendo en cuenta la urgencia de este.

**15.** Asistir al turno correspondiente sin realizar cambios según el cuadro de turnos.

**16.** No abandonar el turno sin antes comunicar a la empresa que se retira por algún motivo de fuerza mayor o caso fortuito, en caso de renuncia notificar con 15 días de anticipación para poder buscar su remplazo y garantizar el servicio idóneo y necesario al paciente

**17** Aplicar el código de ética médica y ejercer las demás tareas que sean afines con la naturaleza del contrato.

Se expide la presente a solicitud del interesado.

Para constancia se firma a los once (11) días del mes de agosto del 2025.

**RUBICINTIA BUSUY GUALDRON**
**Gerente**

*Elaboro: EM*
*Líder TLH*

SOLUCIONES INTEGRALES EN GESTION OCUPACIONAL S.A S

*Av. San Francisco No 15 - 07 Teléfonos (8) 429 62 81 3209506624 Fax - Macoa - Putumayo*

## Concepto Aptitud Ocupacional 7586

Hora Ingreso: 17:10
Hora Egreso: 17:16

| FECHA DE REALIZACION DEL EXAMEN | | | TIPO DE EXAMEN PARACLINICO (MARQUE CON UNA (X)) |
|---|---|---|---|
| 14 | 10 | 2024 | Ingreso [X] Egreso [ ] Periodico [ ] Otro [ ] Altura [ ] |

## DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ

Razón Social: PARTICULARES

Dirección del centro de trabajo:

## DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE

MELO BURBANO MABEL ROCIO — CC 69007082

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

| Género (Marque con una X) | | Fecha de Nacimiento | | | Edad (años) | EPS (A la que se encuentra afiliado) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Femenino [X] | Masculino [ ] | 27 | 1 | 1977 | 47 | NUEVA EPS |

## INFORMACION OCUPACIONAL CARGO ACTUAL A INGRESAR

| Fecha Ingreso a la Empresa | Cargo | Cargo en | Antiguedad en el cargo actual (no aplica para ingreso) |
|---|---|---|---|
| | AUXILIAR DE ENFERMERIA | Piso | |

## CONSULTAS/PROCEDIMIENTOS Y/O EXAMENES REALIZADOS

Consulta de Medicina Laboral

## CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Autorizo al (a la) Dr(a) abajo mencionado(a), a realizar en mi examen médico y/o paraclínicos ocupacionales, registrados en este documento. El profesional abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y paraclínicos ocupacionales. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y paraclínicos ocupacionales. A partir de la asesoría brindada antes de las respectivas toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes que se realizaran el (los) examen(es). Las respuestas dadas por mi en esta(en) examen(es) están completas y son verídicas. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido pertinentemente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

## CONCEPTO OCUPACIONAL

**Apto Con Recomendación**

[ ] Sospecha De Enfermedad Laboral

## RECOMENDACIONES

### Ocupacionales

- [X] Capacitación Según Matriz De Riesgos y Peligros
- [X] Higiene Postural
- [X] Higiene Biomecánico Integral
- [X] Pausas Activas Laborales
- [X] Uso De EPP
- [X] Cultura Del Autocuidado

### Médicas

- [ ] Valoración Por Optometría Prioritaria
- [ ] Valoración Por Medicina General EPS
- [ ] Valoración Por ARL
- [ ] Valoración Por Medicina Laboral EPS
- [ ] Valoración Por Nutricionista EPS

### Capacitación y Entrenamiento

[ ] Para trabajo en altura y/o espacios confinados y/ manipulación de alimentos

### Sistema Vigilancia Epidemiológic

- [ ] SVE Salud Auditiva (Enfasis en protección Auditiva)
- [ ] SVE Cardiovascular
- [ ] SVE Salud Visual
- [ ] Corrección Óptica Permanente
- [ ] SVE Salud Respiratoria
- [ ] SVE Biomecánico

### Hábitos y Estilos De Vida Saludable

- [X] Ejercicio Físico Regular 3 Veces por semana. (Acondicionamiento físico)
- [X] Enfasis En Estramientos Integrales Nutrición Balanceada
- [ ] Cesación De Tabaquismo
- [ ] Reducción Consumo de Alcohol

### Condición de Salud - Otros

USO MEDIAS DE COMPRESION BAJA DURANTE EL DIA, LEVANTAMIENTO ADECUADO DE CARGAS,CUIDADOS VISUALES AMBIENTALES, RECOMENDACIONES SOBRE POSTURAS, SEDENTES, ESTATICAS, FORZADAS Y MOVIMIENTOS REPETITIVOS.

| Evaluado por | Trabajador |
|---|---|
| Firma | Firma: Mabel Rocio Melo |
| Nombre: CRISTIAN JESUS CALVACHE ORTEGA | Nombre: MELO BURBANO MABEL ROCIO |
| Registro: 088602201 | Documento: CC 69007082 |

Los Hallazgos fueron consignados en historia clínica ocupacional que desarrolla los contenidos establecidos en la resolución 2346 de 2007

Notas:
1) Archive este informe en la hoja de vida del trabajador en el área de recursos humanos.
2) El contenido de la historia clínica ocupacional tiene carácter confidencial y su custodia esta regulada por la resolución 1918 del 05 de junio de 2009 del cual se transcriben a continuación algunos apartes:
"La custodia de las evaluaciones medicas ocupacionales y de la historia clínica ocupacional estará a cargo del prestador de servicios de salud ocupacional que la genero en el curso de la atención, cumpliendo los requisitos y procedimientos de archivo conforme a las normas legales vigentes para la historia clínica"
"En ningún caso los empleadores podrán tener, conservar o portar copia de las evaluaciones médicas ocupacionales y de la historia clínica ocupacional a la hoja de vida del trabajador"
3) Este informe no reemplaza el realizado por Indumil para porte de armas

# NUEVA EPS S.A

## Certifica...

89 - 0

Que las personas relacionadas a continuación en cumplimiento de lo establecido en las normas legales vigentes han cotizado al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de esta Entidad Promotora de Salud las siguientes semanas de cotización:

**Datos Cotizante Cabeza de Familia...**

**CC 69007082 MABEL ROCIO MELO BURBANO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Semanas Cotizadas NUEVA EPS S.A** | 0 | | |
| **Fecha Afiliación** | 01/08/2021 | **Estado Cotizante** | ACTIVO |
| **Fecha Ultimo Periodo Cotizado.** | 01/04/2025 | **Causal** | ACTIVO4 |
| **Fecha Cancelación.** | 00/00/0000 | | |

**Beneficiarios**

La presente certificación se expide el día 11 de Junio de 2025 a solicitud del interesado.

**Observaciones**

NO VALIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

**YULIETH CAMILA PINTO ANDRADE**
**ASESOR DE SERVICIO AL CLIENTE**

Powered by CamScanner

# AUXILIAR DE ENFERMERIA 2

FUNDACIÓN HUELLAS
NIT. 900.445.971-1
REP. LEGAL. ALBA EDITH ACOSTA GAVIRIA C.C. NO. 41.170.881
VILLAGARZÓN

Fundacion Huellas
NIT. 900.445.971 - 1

Mocoa, agosto de 2025

Señores
ALCALDIA DE MOCOA
Calle 7 No. 6-42 B/Centro

Referencia: Manifestación de interés y disponibilidad como integrante de la propuesta presentada por FUNDACION HUELLAS.

YO, MARTHA MILENA CABEZAS CEROMECA, de acuerdo a las condiciones establecidas en el proyecto denominado **"APOYO A LA ATENCION DEL ADULTO MAYOR CON SERVICIOS INTEGRALES EN CENTRO DÍA. MUNICIPIO DE MOCOA DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO"**, Presento mi hoja de vida e interes de participar como Auxiliaar de Enfermeria, para la ejecución del convenio de asociación, resultante del proceso de la referencia.

Atentamente,

Nombres: MARTHA MILENA CABEZAS CEROMECA

C.C.69.009232 DE MOCOA



Calle 14 N° 7-37 B/ Olímpico Mocoa Putumayo
CELULAR 3219089277
Fundacionhuellas01@gmail.com

FORMATO COMPLETO

Libertad y Orden

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) | NOMBRES |
|---|---|---|
| Cabezas | Ceromeca | Martha Milena |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | SEXO | NACIONALIDAD | PAÍS |
|---|---|---|---|
| C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 69009232 | F ⊗ M ○ | COL ⊗ EXTRANJERO ○ | COLOMBIA |

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

| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO | | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FECHA DIA 20 MES 10 AÑO 1979 | | Inspecci?n de Puerto Lim?n casa Restrepo | | | |
| PAÍS | COLOMBIA | PAÍS | COLOMBIA | DEPTO | PUTUMAYO |
| DEPTO | PUTUMAYO | MUNICIPIO | MOCOA | | |
| MUNICIPIO | MOCOA | TELÉFONO | 310808 | EMAIL | milenak027@hotmail.com |

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

| EDUCACIÓN BÁSICA | | | | | | | | | | | TÍTULO OBTENIDO | | BASICA SECUNDARIA | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO | | | |
| 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | 7° | 8° | 9° | 10° | 11° | MES | 12 | AÑO | 2007 |

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).

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

| MEDIO DE CAPACITACIÓN | INSTITUCIÓN | MODALIDAD | CURSO | TERMINACION | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | MES | AÑO |
| PRESENCIAL | FUNDACION BANCA DE INFORMACION Y SERVICIOS | EDUCACION PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | FORMACION CONTINUA EN EL PROGRAMA DE ATENCIO PSICOSOCIAL Y SALUD INTEGRAL A VICTIMAS DE CONFLICTO ARMADO PARA PERSONAL DE SALUD | 07 | 2022 |
| PRESENCIAL | FUNDACION BANCA DE INFORMACION Y SERVICIOS | EDUCACION PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | FORMACION CONTINUA EN ATENCION ESPECIAL A POBLACION CON DISCAPACIDAD PARA PERSONAL DE SALUD | 07 | 2022 |
| PRESENCIAL | FUNDACION BANCA DE INFORMACION Y SERVICIOS | EDUCACION PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | FORMACION CONTINUA EN LA CALIDAD Y HUMANIZACION EN LOS SERVICIOS DE SALUD | 07 | 2022 |
| PRESENCIAL | FUNDACION BANCA DE INFORMACION Y SERVICIOS | EDUCACION PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | FORMACION CONTINUA EN SOPORTE VITAL BASICO Y AVANZADO DE VIDA SVBA, DIRIGIDO PARA PERSONAL DE | 07 | 2022 |

CamScanner

FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| MEDIO DE CAPACITACIÓN | INSTITUCIÓN | MODALIDAD | CURSO | TERMINACION | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | MES | AÑO |
| PRESENCIAL | FUNDACION BANCA DE INFORMACION Y SERVICIOS | EDUCACION PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | FORMACION CONTINUA EN LA DETECCION TEMPRANA DE CANCER DE CUELLO UTERINO Y TOMA DE CITOLOGIA DE CUELLO UTERINO | 07 | 2022 |
| PRESENCIAL | FUNDACION BANCA DE INFORMACION Y SERVICIOS | EDUCACION PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | FORMACION CONTINUA EN LA ATENCION A PERSONAS VICTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUIMICOS PARA PERSONAL DE SALUD | 07 | 2022 |
| PRESENCIAL | FUNDACION BANCA DE INFORMACION Y SERVICIOS | EDUCACION PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | FORMACION EN ACCION Y TRATAMIENTO EN SALUD MENTAL Y CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS PARA PERSONAL DE SALUD | 07 | 2022 |
| PRESENCIAL | FUNDACION BANCA DE INFORMACION Y SERVICIOS | EDUCACION PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | FORMA CONTINUA EN LAS BUENAS PRACTICAS EN LA TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLINICO PARA PERSONAL DE SALUD | 07 | 2022 |
| PRESENCIAL | FUNDACION BANCA DE INFORMACION Y SERVICIOS | EDUCACION PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | FORMACION CONTINUA EN LA ATENCION INTEGRAL EN SALUD DE LAS PERSONAS VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL | 07 | 2022 |
| PRESENCIAL | ECSALUD | EDUCACION PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | AUXILIAR EN ENFERMERIA | 11 | 2011 |

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 |
| | | | | | | | | | |

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

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

| EMPLEO O CONTRATO VIGENTE | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ - MOCOA | | | PÚBLICA: X | PRIVADA: | PAÍS: COLOMBIA | | | | | | | |
| DEPARTAMENTO: PUTUMAYO | MUNICIPIO: MOCOA | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: | | | | | | |
| TELÉFONOS: | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | |
| | Día | 19 | Mes | 01 | Año | 2023 | Día | | Mes | | Año | |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL: AUXILIAR AREA DE SALUD | DEPENDENCIA: AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | | DIRECCIÓN: CALLE 14 - 7 26 Avenida Sanfrancisco | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ - MOCOA | | | PÚBLICA: X | PRIVADA: | PAÍS: COLOMBIA | | | | | | | |
| DEPARTAMENTO: PUTUMAYO | MUNICIPIO: MOCOA | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: | | | | | | |
| TELÉFONOS: 4296056 | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | |
| | Día | 01 | Mes | 11 | Año | 2022 | Día | 31 | Mes | 12 | Año | 2022 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL: AUXILIAR AREA DE SALUD | DEPENDENCIA: AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | | DIRECCIÓN: CALLE 14 - 7 26 avenida sanfrancisco b/ obrero | | | | | | |

CamScanner

FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

## Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ - MOCOA | | | *PÚBLICA*<br>X | | *PRIVADA* | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>PUTUMAYO | *MUNICIPIO*<br>MOCOA | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>4296056 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 10 | *Año* | 2022 | *Día* | 31 | *Mes* | 10 | *Año* | 2022 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>AUXILIAR AREA DE SALUD | *DEPENDENCIA*<br>AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 14 - 7 26 avenida sanfrancisco b/ obrero | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ - MOCOA | | | *PÚBLICA*<br>X | | *PRIVADA* | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>PUTUMAYO | *MUNICIPIO*<br>MOCOA | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>4296056 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 08 | *Año* | 2022 | *Día* | 30 | *Mes* | 09 | *Año* | 2022 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>AUXILIAR AREA DE SALUD | *DEPENDENCIA*<br>AUXILIAR DE ENFERMEIRA | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 14 - 7 26 avenida san francisco b/ obrero | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ - MOCOA | | | *PÚBLICA*<br>X | | *PRIVADA* | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>PUTUMAYO | *MUNICIPIO*<br>MOCOA | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>4296056 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 07 | *Año* | 2022 | *Día* | 31 | *Mes* | 07 | *Año* | 2022 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>AUXILIAR AREA DE SALUD | *DEPENDENCIA*<br>AUXILIAR DE ENFERMEIRA | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 14 - 7 26 avenida sanfrancisco b/ obrero | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ - MOCOA | | | *PÚBLICA*<br>X | | *PRIVADA* | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>PUTUMAYO | *MUNICIPIO*<br>MOCOA | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>4296056 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 04 | *Año* | 2022 | *Día* | 30 | *Mes* | 05 | *Año* | 2022 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>AUXILIAR AREA DE SALUD | *DEPENDENCIA*<br>AUXILIAR DE ENEFERMERIA | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 14 - 7 26 avenida sanfrancisco b/ obrero | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ - MOCOA | | | *PÚBLICA*<br>X | | *PRIVADA* | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>PUTUMAYO | *MUNICIPIO*<br>MOCOA | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>4296056 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 01 | *Año* | 2022 | *Día* | 31 | *Mes* | 03 | *Año* | 2022 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>AUXILIAR AREA DE SALUD | *DEPENDENCIA*<br>AUXILIAR DE ENEFERMERIA | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 14 - 7 26 avenida sanfrancisco b/ obrero | | | | | |

CamScanner

FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

**6** FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

*Ciudad y fecha de diligenciamiento* 13 de Agosto/2025

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

**7** 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.

*Ciudad y fecha*

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



CamScanner

# REPUBLICA DE COLOMBIA
## IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **69.009.232**

**CABEZAS CEROMECA**

APELLIDOS

**MARTHA MILENA**

NOMBRES

Martha Milena Cabezas

FIRMA



Powered by CamScanner



FECHA DE NACIMIENTO **20-OCT-1979**

**MOCOA**
**(PUTUMAYO)**

LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.58** | **O+** | **F** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**11-MAY-2000 MOCOA**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NAC
**CARLOS ARIEL SANCHEZ T**

INDICE DERECHO

A-6400100-00289503-F-0069009232-20110406 **0026**565988A 1 2101225

Powered by CamS

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO
## No. 278413162

PIB
16:26:56


Bogotá DC, 13 de agosto 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) MARTHA MILENA CABEZAS CEROMECA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 69009232:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

Carlos William Rodríguez Millán
Jefe División de 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 miércoles 13 de agosto de 2025, a las 16:11:01, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 69009232 |
| Código de Verificación | 690092322508131611101 |

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

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

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 04:12:15 PM horas del 13/08/2025 el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **69009232**

Apellidos y Nombres: **CABEZAS CEROMECA MARTHA MILENA**

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

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

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

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

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

DIJIN

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



Todos los derechos reservados.

# Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

## La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 13/08/2025 04:22:46 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **69009232** y Nombre: **MARTHA MILENA CABEZAS CEROMECA.**

## 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. **121498592** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

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

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 10:29:18 horas del 20/08/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **69009232,** Apellidos y Nombres **CABEZAS CEROMECA MARTHA MILENA**

**NO REGISTRA INHABILIDAD**

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ALCALDIA DE MOCOA**, con NIT **800102891-6** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E INTERPOL

© 2025

Horario: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Teléfonos: 515 97 00 ext. 30552 (Bogotá D.C.) | 01 8000 112 712 (resto del país)
Correo: dijin.araic-atc@policia.gov.co
Web: www.policia.gov.co/dijin
Instagram: /dijinpolicia
Twitter: @DIJINPolicia

Presidencia de la República | Ministerio de Defensa Nacional | Colombia compra eficiente | GOV.CO

**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 69009232 **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 13/08/2025 04:09 PM

Codigo Verificacion: **A87R46X1SZ**

Válida hasta: **11/11/2025**

---

**Dirección de Gobierno Digital**

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

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14751551023

(415)7707212489984(8020) 000001475155102 3

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 6 9 0 0 9 2 3 2 | 4 | Delegada de Impuestos y Aduanas de Puerto Asís 4 6 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 69009232 | 2000 05 11 |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Putumayo 8 6 | Mocoa 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| CABEZAS | CEROMECA | MARTHA | MILENA |

35. Razón social

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

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Putumayo 8 6 | Mocoa 0 0 1 |

41. Dirección principal
CORR PUERTO LIMON BRR RESTREPO

42. Correo electrónico milenak027@hotmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 2 0 8 4 4 7 8 2 2 | 3 1 0 8 0 8 7 2 8 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 9 9 | 2 0 1 5 0 2 0 2 | 8 2 9 9 | 2 0 1 6 0 3 1 5 | | 3 2 2 3 | |

## 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 4 9

49 - No responsable de IVA

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

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

**Para uso exclusivo de la DIAN**

59. Anexos SI ☐ NO ☒ 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2021 - 04 - 09 / 10 : 15: 56

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 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:
Martha Milena C.

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:
Martha Milena Cabezas C

984. Nombre CABEZAS CEROMECA MARTHA MILENA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 09-04-2021 10:16:07AM

CamScanner

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

Y EN SU NOMBRE

CENTRO DE EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

# ECSALUD

Con la autorización oficial según Res. No. 4605 del día 23 del mes NOVIEMBRE del año 2011.
de la Secretaría de Educación DEPARTAMENTAL del Departamento del PUTUMAYO y Acuerdo
Ejecutivo No. 000135 del Ministerio de la Protección Social.

**Certifica Que**

## CABEZAS CEROMECA MARTHA MILENA

C.C. 69.009.232 MOCOA/ PUTUMAYO

**Cursó y Aprobó el Programa de Estudio y le confiere el Certificado de:**

Aptitud Ocupacional Por Competencias
Técnico Laboral

## AUXILIAR EN ENFERMERÍA

Realizado en la ciudad de MOCOA con una intensidad horaria total de 1800 Horas.
Dado en MOCOA a los 09 días del mes de DICIEMBRE del año 2011

OMAIRA GRIJALBA CAMACHO
DIRECTORA GENERAL

DIRECCIÓN GENERAL

EDITH MERA URRESTE
DIRECTORA ACADEMICA

DIRECTOR ACADEMICO

Acta de Grado No. 023 Fecha 21/11/2011 Libro de Registro 001 Fólio No. 0037-0038

CamScanner

CENTRO DE EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

**ECSALUD**

MOCOA - PUTUMAYO

# ACTA DE CERTIFICACION N° 23

La Directora y Secretaria de la Escuela Colombiana de Ciencias en Salud ECSALUD, aprobada según Acuerdo No. 000135 emanado de la Comisión Intersectorial del Ministerio de Protección Social y Resolución No. 4605 de la Secretaria de Educación Departamento del Putumayo.

## CERTIFICAN

Que el día veintiuno (21) de noviembre del año 2011, siendo las 8:00 am, se reunió el Consejo de Dirección de ECSALUD para otorgar el CERTIFICADO de:

APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS
TECNICO LABORAL
AUXILIAR EN ENFERMERIA

A:

**CABEZAS CEROMECA MARTHA MILENA**

C.C. 69.009.232 de Mocoa (P).

Quien terminó satisfactoriamente sus estudios en el presente año. Este certificado se otorga en atención a que el (la) estudiante cursó y aprobó en ECSALUD, el Programa Auxiliar en Enfermería de acuerdo con las normas emanadas por el Ministerio de Protección Social.

Presidio la reunión la Dra. OMAIRA GRIJALBA CAMACHO.

Dada en Mocoa a los nueve (9) días del mes de Diciembre del año 2011.

DIRECTORA GENERAL ECSALUD

DIRECCION GENERAL

SECRETARIA

SECRETARIA

CamScanner

Libertad y Orden

La República de Colombia

y en su nombre, la

# Institución Educativa Guillermo Valencia

**Villagarzón - Putumayo**

Autorizada por la Secretaria de Educación y Cultura Departamental mediante Resolución No. 0159 del 3 de Febrero de 2003

Confiere a:

## Martha Milena Cabezas Ceromeca

C. C. No. 69.009.232 de Mocoa – Putumayo

El Título de:

# Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica (Artículo 28 Ley 115 de 1994); según el Programa de Estudios 3011 y los Planes y Programas vigentes.

Lic. Leandro León Gómez Gómez
Rector

Rosa Elvira Botina Mojana
Secretaria

Anotado al Folio No. 40 Libro de Registro No. 01

Dado en Villagarzón Putumayo, a los 9 días del mes de Diciembre de 2007

No requiere registro, Decreto No. 921 del 06 de Mayo de 1994, expedido por el M.E.N.

CamScanner

Villagarzón – Putumayo

# ACTA DE GRADO

*Inscripción S. E.: Folio 111 – Acta 112*
*Inscripción DANE No. 186885001188*

En la ciudad de Villagarzón Putumayo a los Nueve (9) días del mes de Diciembre del año 2007, se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría de la

## Institución Educativa Guillermo Valencia

Institución aprobada en sus niveles de Educación Básica y Media Técnica Agropecuaria y Académica y autorizada por la Secretaría de Educación y Cultura Departamental para otorgar el título de

**BACHILLER EN LA MODALIDAD ACADEMICA,**
**JORNADA FIN DE SEMANA**
Según Resolución No. 0159 del 3 de Febrero de 2003

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el Título de **Bachiller Académico**, al graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de identificación se relaciona a continuación:

**Martha Milena Cabezas Ceromeca**
C. C. No. 69.009.232 de Mocoa – Putumayo

Es fiel copia tomada del Acta General de Graduación No. 002 del 9 de Diciembre de 2007, la cual consta de 56 estudiantes que comienza con el nombre de AIDA NILSA JURADO PEREZ y se cierra con el nombre de YULEIMA MARIBETH VALENCIA PANTOJA.

Firmada y sellada por el Lic. LEANDRO LEON GOMEZ GOMEZ (Rector) y ROSA ELVIRA BOTINA MOJANA (Secretaria).

Dada en Villagarzón – Putumayo, a los Nueve (9) días del mes de Diciembre de 2007.

*Lic. Leandro León Gómez Gómez*
C. C. No. 18.126.226 de Mocoa (P)
Rector

*Rosa Elvira Botina Mojana*
C. C. No. 27.364.223 de Villagarzón (P)
Secretaria

CamScanner

Fundacion
Banca de Información & Servicios

## HACE CONSTAR LA PARTICIPACIÓN COMO ASISTENTE A:

# MARTHA MILENA CABEZAS CEROMECA

**Con documento de Identidad CC: 69009232 de Mocoa Putumayo**

**DONDE EFECTUO ACCIONES DE**

**Formacion Continua en Soporte Vital Basico y Avanzado de Vida SVBA, dirigido para Personal de Salud**

**En Cumplimiento a la Norma de la Comisión Nacional de Ocupaciones.**

**Según Resolucion 3100 de 2019 Ministerio de Salud y Protección Social y Decreto 1075 de 2015, Titulo 6 Articulo 2.6.6.8. Educación Informal Expedido por el Ministerio de Educación Nacional.**

**Modalidad de Capacitación: "Presencial", Con intensidad horaria de: 48 Horas**

**Esta capacitación la efectuó el docente bajo código y Referencia al Curso: F6353/317/22**

***Esta constancia se acredita el 29 de Julio de 2024***

**Dicha constancia valida por dos años|**

**Registro de Verificación del Certificado No. F6353/317/22**

Esp. JHON ALEXANDER CHACÓN
Representante Legal

GLORIA STELLA CA[illegible]ON DAGUA
COORDINADOR ACADEMICO
Reg. 100652[illegible] - BD 02[illegible]

**Código de Registro: F6353/317/22**
**También lo puede ser verificada mediante solicitud al correo: bancadeinformación@gmail.com o al Celular 3208153292**

**Código F6353/317/22**
**Ubique el lector de código de barras y verifique la autenticidad de este documento.**

CamScanner

Fundación
Banca de Información & Servicios

## HACE CONSTAR LA PARTICIPACIÓN COMO ASISTENTE A:

# MARTHA MILENA CABEZAS CEROMECA

Con documento de Identidad CC: 69009232 de Mocoa Putumayo

**DONDE EFECTUO ACCIONES DE**

Formacion Continua en la Atencion Integral en Salud de las Personas Victimas de Violencia Sexual

En Cumplimiento a la Norma de la Comisión Nacional de Ocupaciones.

**Según Resolucion 3100 de 2019 Ministerio de Salud y Protección Social y Decreto 1075 de 2015, Titulo 6 Articulo 2.6.6.8. Educación Informal Expedido por el Ministerio de Educación Nacional.**

Modalidad de Capacitación: "Presencial", Con intensidad horaria de: 24 Horas

Esta capacitación la efectuó el docente bajo código y Referencia al Curso: F6354/317/22

*Esta constancia se acredita el 29 de Julio de 2024*

Dicha constancia valida por dos años|

Registro de Verificación del Certificado No. F6354/317/22

Esp. JHON ALEXANDRO CHAGÓN
Representante Legal

GLORIA STELLA CA[illegible]ON DAGUA
COORDINADOR ACADEMICO
Reg. 100652[illegible]12 - BD 025

Código de Registro: F6354/317/22
También lo puede ser verificada mediante solicitud al correo bancadeinformación2@gmail.com o al Celular 3208153292

Código F6354/317/22
Ubique el lector de código de barras y verifique la autenticidad de este documento.

CamScanner

# Fundación Banca de Información & Servicios

## HACE CONSTAR LA PARTICIPACIÓN COMO ASISTENTE A:

# MARTHA MILENA CABEZAS CEROMECA

**Con documento de Identidad CC: 69009232 de Mocoa Putumayo**

**DONDE EFECTUO ACCIONES DE**

Formación Continua en el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Victimas de Conflicto Armado (40 horas) para personal de Salud

**En Cumplimiento a la Norma de la Comisión Nacional de Ocupaciones.**

**Según Resolucion 3100 de 2019 Ministerio de Salud y Protección Social y Decreto 1075 de 2015, Titulo 6 Articulo 2.6.6.8. Educación Informal Expedido por el Ministerio de Educación Nacional.**

Modalidad de Capacitación: "Presencial", Con intensidad horaria de: 40 Horas

**Esta capacitación la efectuó el docente bajo código y Referencia al Curso: F6356/317/22**

***Esta constancia se acredita el 29 de Julio de 2024***

**Dicha constancia valida por dos años**

Registro de Verificación del Certificado No. F6356/317/22

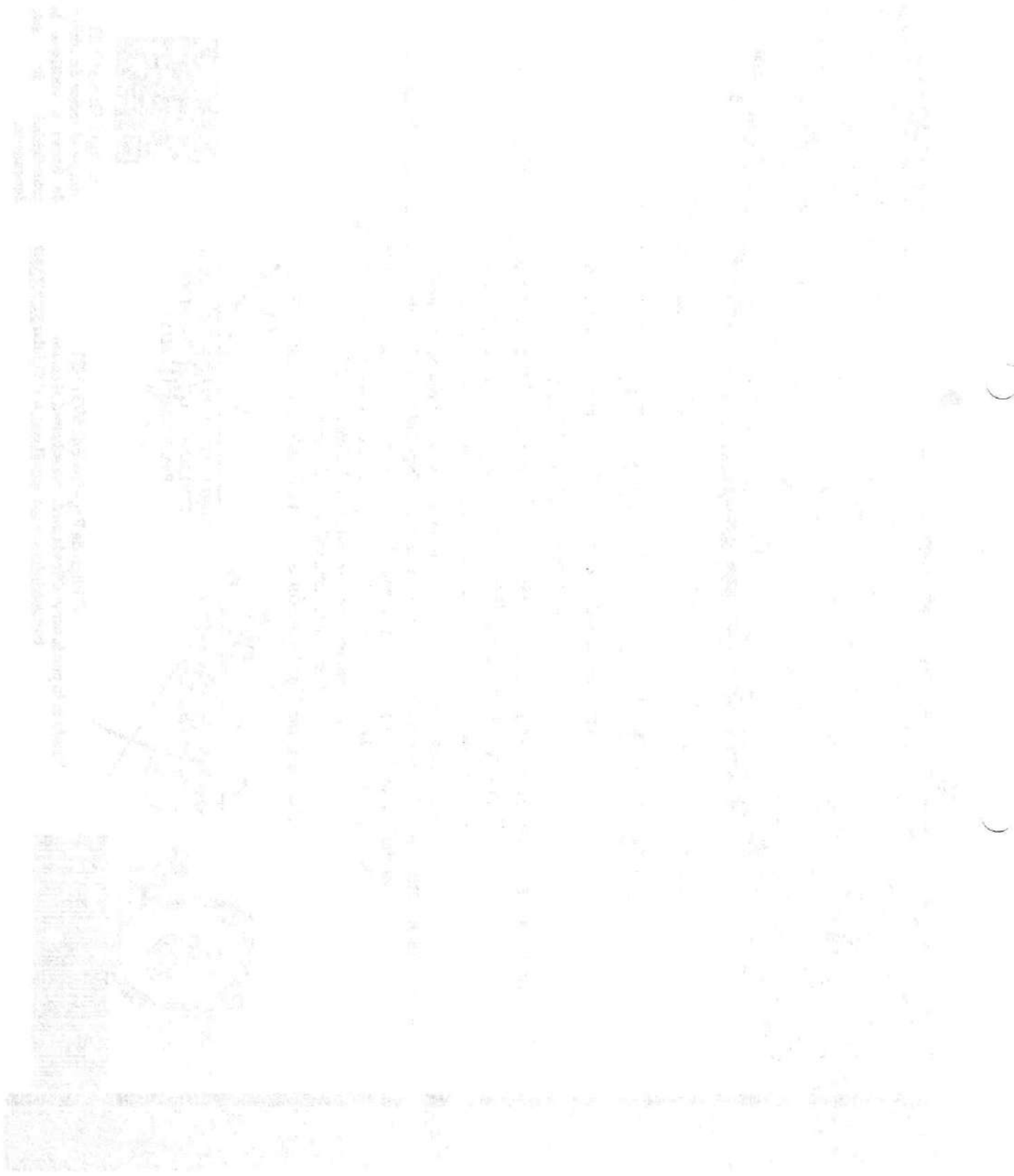
Esp. JHON ALEXANDER CHAGÓN
Representante Legal

GLORIA ESTELLA CALDERON DAGUA
COORDINADOR ACADEMICO
Reg. 100652[illegible] - BD 025

**Código de Registro: F6356/317/22**
**También lo puede ser verificada mediante solicitud al correo.**
**bancadeinformación@gmail.com o al Celular 3208153292**

**Código F6356/317/22**
**Ubique el lector de código de barras y verifique la autenticidad de este documento.**

CamScanner



Fundación
Banca de Información & Servicios

## HACE CONSTAR LA PARTICIPACIÓN COMO ASISTENTE A:

# MARTHA MILENA CABEZAS CEROMECA

**Con documento de Identidad CC: 69009232 de Mocoa Putumayo**

**DONDE EFECTUO ACCIONES DE**

**Formacion Continua en la Detección Temprana de Cáncer de Cuello Uterino y Toma de Citología de Cuello Uterino**

**En Cumplimiento a la Norma de la Comisión Nacional de Ocupaciones.**

**Según Resolucion 3100 de 2019 Ministerio de Salud y Protección Social y Decreto 1075 de 2015, Título 6 Artículo 2.6.6.8. Educación Informal Expedido por el Ministerio de Educación Nacional.**

**Modalidad de Capacitación: "Presencial", Con intensidad horaria de: 24 Horas**

**Esta capacitación la efectuó el docente bajo código y Referencia al Curso: F6357/317/22**

***Esta constancia se acredita el 29 de Julio de 2024***

**Dicha constancia valida por dos años**

**Registro de Verificación del Certificado No. F6357/317/22**

Rep. JHON ALEXANDER CHAGÓN
Representante Legal

GLORIA STELLA CAMPERON DAGUA
COORDINADOR ACADEMICO
Reg. 100652 [illegible] BD 02

**Código de Registro: F6357/317/22**
**También lo puede ser verificada mediante solicitud al correo: bancadeinformación@gmail.com o al Celular 3203259202**

**Código F6357/317/22**
**Ubique el lector de código de barras y verifique la autenticidad de este documento.**

CamScanner

Fundacion
Banca de Información & Servicios

**HACE CONSTAR LA PARTICIPACIÓN COMO ASISTENTE A:**

# MARTHA MILENA CABEZAS CEROMECA

**Con documento de Identidad CC: 69009232 de Mocoa Putumayo**

**DONDE EFECTUO ACCIONES DE**

**Formación Continua en la Atención a Personas Víctimas de Ataques con Agentes Químicos (40 horas) para personal de Salud**

**En Cumplimiento a la Norma de la Comisión Nacional de Ocupaciones.**

**Según Resolucion 3100 de 2019 Ministerio de Salud y Protección Social y Decreto 1075 de 2015, Título 6 Artículo 2.6.6.8. Educación Informal Expedido por el Ministerio de Educación Nacional.**

**Modalidad de Capacitación: "Presencial", Con intensidad horaria de: 40 Horas**

**Esta capacitación la efectuó el docente bajo código y Referencia al Curso: F6360/317/22**

***Esta constancia se acredita el 29 de Julio de 2024***

**Dicha constancia valida por dos años|**

**Registro de Verificación del Certificado No. F6360/317/22**

Esp. JHON ALEXANDER CHACÓN
Representante Legal

GLORIA STELLA CA[illegible]ON DAGUA
COORDINADOR ACADEMICO
Reg. 100652[illegible] - BD 02

**Código de Registro: F6360/317/22**
**También lo puede ser verificada mediante solicitud al correo: bancadeinformación@gmail.com o al Celular 3208183292**

**Código F6360/317/22**
**Ubique el lector de código de barras y verifique la autenticidad de este documento.**

CamScanner

Fundacion
Banca de Información & Servicios

## HACE CONSTAR LA PARTICIPACIÓN COMO ASISTENTE A:

# MARTHA MILENA CABEZAS CEROMECA

Con documento de Identidad CC: 69009232 de Mocoa Putumayo

**DONDE EFECTUO ACCIONES DE**

Formacion Continua en las Buenas Prácticas en la Toma de Muestras de Laboratorio Clínico (24H) para personal de Salud.

En Cumplimiento a la Norma de la Comisión Nacional de Ocupaciones.

**Según Resolucion 3100 de 2019 Ministerio de Salud y Protección Social y Decreto 1075 de 2015, Titulo 6 Articulo 2.6.6.8. Educación Informal Expedido por el Ministerio de Educación Nacional.**

Modalidad de Capacitación: "Presencial", Con intensidad horaria de: 24 Horas

Esta capacitación la efectuó el docente bajo código y Referencia al Curso: F6358/317/22

*Esta constancia se acredita el 29 de Julio de 2024*

Dicha constancia valida por dos años.

Registro de Verificación del Certificado No. F6358/317/22

Esp. JHON ALEXANDER CHAGÓN
Representante Legal

GLORIA STELLA CALDERON DAGUA
COORDINADOR ACADEMICO
Reg. 100652[illegible] - BD 02

Código de Registro: F6358/317/22
También lo puede ser verificada mediante solicitud al correo:
bancadeinformación@gmail.com o al Celular 3208153292

Código F6358/317/22
Ubique el lector de código de barras y verifique la autenticidad de este documento.

CamScanner

Fundacion
Banca de Informacion & Servicios

**HACE CONSTAR LA PARTICIPACIÓN COMO ASISTENTE A:**

# MARTHA MILENA CABEZAS CEROMECA

**Con documento de Identidad CC: 69009232 de Mocoa Putumayo**

**DONDE EFECTUO ACCIONES DE**

**Formacion Continua en la Calidad y Humanizacion en los Servicios de Salud.**

**En Cumplimiento a la Norma de la Comisión Nacional de Ocupaciones.**

**Según Resolucion 3100 de 2019 Ministerio de Salud y Protección Social y**
**Decreto 1075 de 2015, Titulo 6 Articulo 2.6.6.8. Educación Informal Expedido por el Ministerio de Educación Nacional.**

**Modalidad de Capacitación: "Presencial", Con intensidad horaria de: 12 Horas**

**Esta capacitación la efectuó el docente bajo código y Referencia al Curso: F6359/317/22**

***Esta constanola se acredita el 29 de Julio de 2024***

**Dicha constancia valida por dos años**

**Registro de Verificación del Certificado No. F6359/317/22**

Rep. JHON ALEXANDER CHACÓN
Representante Legal

GLORIA STELLA [illegible] BRON DAGUA
COORDINADOR ACADEMICO
Reg. 1006529412 - BD 625

**Código de Registro: F6359/317/22**
**También lo puede ser verificada mediante solicitud al correo:**
**bancadeinformación@gmail.com o al Celular 3209163292**

Código F6359/317/22
**Ubique el lector de código de barras y verifique la autenticidad de este documento.**

CamScanner

Salud Ser R&J S.A.S.
"Conocimiento que salva vidas"
NIT. 901265151-1

Hace Constar que

# MARTHA MILENA CABEZAS CEROMECA

Identificado(a) con CC. 69009232

Asistió al curso en:

## GESTION DE LA RUTA INTEGRAL DE ATENCION MATERNO PERINATAL

Para constancia se firma en la ciudad de Mocoa-Putumayo, el día 14/09/2024

Con una intensidad horario de cuarenta (40) horas

Esta capacitación no requiere registro por parte de la Secretaría de Educación de la Entidad Territorial Certificada, IMPARTIMOS EDUCACIÓN INFORMAL, con una duración inferior 160 horas según decreto 4909 de 2009, capitulo 5 numeral 5.8 y decreto Nal. 1075 de 2015, titulo 6 articulo 2.6.6.8 del Ministerio e Educación Nacional, por lo cual no conduce a titulo alguno o certificado de aptitud ocupacional.

GLORIA LUCELY QUINCHOA
CC. 1.124.312.607
Representante Legal

MD. RUBY JAJOY
CC. 52.515.446 Especialista Auditoria en Salud, Epidemiología, Alta Gerencia - GSST-Magister en Salud Publica y Desarrollo Social -Coordinadora Científica

Valido hasta 14 de septiembre 2026

Mocoa - Putumayo Colombia

CamScanner

Salud Ser R&J S.A.S.
"Conocimiento que salva vidas"
NIT. 901265151-1

Hace Constar que

# MARTHA MILENA CABEZAS CEROMECA

Identificado(a) con CC. 69009232

Asistió al curso en:

## GESTION DE LA RUTA INTEGRAL DE ATENCION PARA LA PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD

Para constancia se firma en la ciudad de Mocoa-Putumayo, el día 14/09/2024
Con una intensidad horario de cuarenta (40) horas

Esta capacitación no requiere registro por parte de la Secretaría de Educación de la Entidad Territorial Certificada, **IMPARTIMOS EDUCACIÓN INFORMAL**, con una duración Inferior 160 horas según decreto 4909 de 2009, capítulo 5 numeral 5.8 y decreto Nal. 1075 de 2015, título 6 artículo 2.6.6.8 del Ministerio e Educación Nacional, por lo cual no conduce a título alguno o certificado de aptitud ocupacional.

**GLORIA LUCELY QUINCHOA**
**CC. 1.124.312.607**
**Representante Legal**

**MD. RUBY JAJOY**
**CC. 52.515.446 Especialista Auditoria en Salud, Epidemiología, Alta Gerencia - GSST-Magister en Salud Publica y Desarrollo Social -Coordinadora Científica**

Valido hasta 14 de septiembre 2026

Mocoa - Putumayo - Colombia

CamScanner

Fundación
Banca de Información & Servicios

## HACE CONSTAR LA PARTICIPACIÓN COMO ASISTENTE A:

# MARTHA MILENA CABEZAS CEROMECA

**Con documento de Identidad CC: 69009232 de Mocoa Putumayo**

**DONDE EFECTUO ACCIONES DE**

**Formación en Acción y Tratamiento en Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas (40 horas) para personal de Salud**

**En Cumplimiento a la Norma de la Comisión Nacional de Ocupaciones.**

**Según Resolucion 3100 de 2019 Ministerio de Salud y Protección Social y Decreto 1075 de 2015, Titulo 6 Articulo 2.6.6.8. Educación Informal Expedido por el Ministerio de Educación Nacional.**

**Modalidad de Capacitación: "Presencial", Con intensidad horaria de: 40 Horas**

**Esta capacitación la efectuó el docente bajo código y Referencia al Curso: F6361/317/22**

***Esta constancia se acredita el 29 de Julio de 2024***

**Dicha constancia valida por dos años|**

**Registro de Verificación del Certificado No. F6361/317/22**

Esp. JHON ALBA[illegible] CHAGÓN
Representante Legal

GLORIA STELLA CA[illegible]ON DAGUA
COORDINADOR ACADEMICO
Reg. 100652[illegible] - BD 02

**Código de Registro: F6361/317/22**
**También lo puede ser verificada mediante solicitud al correo: bancadeinformación@gmail.com o al Celular 3208159292**

**Código F6361/317/22**
**Ubique el lector de código de barras y verifique la autenticidad de este documento.**

CamScanner



Fundación
Banca de Información & Servicios

## HACE CONSTAR LA PARTICIPACIÓN COMO ASISTENTE A:

# MARTHA MILENA CABEZAS CEROMECA

Con documento de Identidad CC: 69009232 de Mocoa Putumayo

**DONDE EFECTUO ACCIONES DE**

Formación Continua en Atención Especial a Población con Discapacidad (40 horas) para personal de Salud

En Cumplimiento a la Norma de la Comisión Nacional de Ocupaciones.

**Según Resolucion 3100 de 2019 Ministerio de Salud y Protección Social y**
**Decreto 1075 de 2015, Titulo 6 Articulo 2.6.6.8. Educación Informal Expedido por el Ministerio de Educación Nacional.**
Modalidad de Capacitación: "Presencial", Con intensidad horaria de: 40 Horas
Esta capacitación la efectuó el docente bajo código y Referencia al Curso: F6355/317/22
*Esta constancia se acredita el 29 de Julio de 2024*
Dicha constancia valida por dos años
Registro de Verificación del Certificado No. F6355/317/22

Esp. JHON ALEXANDER CHAGÓN
Representante Legal

GLORIA STELLA CA[illegible]ON DAGUA
COORDINADOR[illegible] ACADEMICO
Reg. 100652[illegible]12 - BD 02

Código de Registro: F6355/317/22
También lo puede ser verificada mediante solicitud al correo bancadeinformacion@gmail.com o al Celular 3209153292

Código F6355/317/22
Ubique el lector de código de barras y verifique la autenticidad de este documento.

CamScanner

mipg | modelo integrado de planeación y gestión

Función Pública

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Hace constar que:

# martha milena cabezas ceromeca

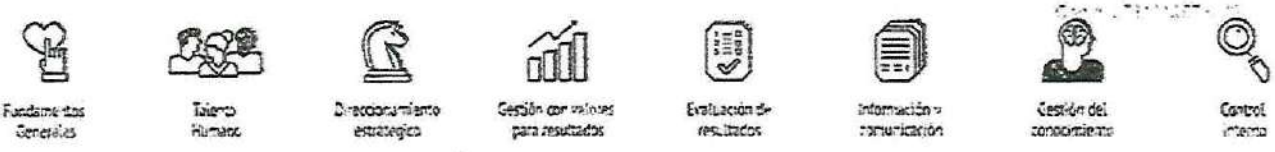
C.C [illegible]

Participó y completó con éxito el Módulo de Fundamentos Generales del curso virtual del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG

MIPG VERSION II [illegible]

[illegible]

Leonardo Molina Henao
**Director de Gestión y Desempeño Institucional**




CamScanner

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 *

69009232

Primer Nombre

MARTHA

Primer Apellido

CABEZAS

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

4977

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

**Resultado General -2025-08-20→10:24:48 AM**

| Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Estado Identificación: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 69009232 | MARTHA | MILENA | CABEZAS | CEROMECA | 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) MARTHA MILENA CABEZAS CEROMECA identificado(a) con CC 69009232 registra La siguiente información:**

**2025-08-20→10:24:48 AM**

**Información Académica**

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación | Fecha inicio ejercer Acto Administrativo | Acto Administrativo | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|---|
| AUX | Local | Auxiliar en enfermería | 2013-10-03 | 331 | Secretaria Departamental de Putumayo |

**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**

Código

E.S.E. HOSPITAL JOSÉ MARÍA HERNÁNDEZ
NIT 800.280.132-1

UNIDAD FUNCIONAL DE RECURSOS HUMANOS

EL COORDINADOR DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE RECURSOS HUMANOS DE LA E.S.E. HOSPITAL JOSÉ MARÍA HERNÁNDEZ

HACE CONSTAR:

Que MARTHA MILENA CABEZAS CEROMECA, identificada con cedula de ciudadania No 69 009 232 expedida en Mocoa - Putumayo, prestó sus servicios en la ESE HOSPITAL JOSÉ MARÍA HERNÁNDEZ desempeñandose como Auxiliar de Enfermeria-Puestos de Salud en la Unidad Funcional de Servicios Conexos a la Salud Promoción y Prevención de la empresa, cumpliendo a satisfacción con las actividades asignadas en las diferentes contratos de prestación de servicios

En nuestros archivos encontramos lo siguiente:

| No. | MODALIDAD | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN | DURACION | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | MESES | DIAS |
| 0100 | OPS | 01/07/2015 | 31/08/2015 | 2 | |
| | Adicional 01 | 01/09/2015 | 30/09/2015 | 1 | |
| 0832 | OPS | 01/10/2015 | 31/12/2015 | 3 | |
| 0151 | OPS | 01/01/2016 | 31/03/2016 | 3 | |
| | Adicional 01 | 01/04/2016 | 30/04/2016 | 1 | |
| 0631 | OPS | 01/05/2016 | 31/08/2016 | 4 | |
| | Adicional 01 | 01/09/2016 | 30/09/2016 | 1 | |
| | Adicional 02 | 01/10/2016 | 31/10/2016 | 1 | |
| 1182 | OPS | 08/11/2016 | 30/11/2016 | 1 | |
| 1452 | OPS | 09/12/2016 | 31/12/2016 | 1 | |
| 0128 | OPS | 02/01/2017 | 30/04/2017 | 4 | |
| | Adicional 01 | 01/05/2017 | 30/06/2017 | 2 | |
| 0581 | OPS | 04/07/2017 | 30/09/2017 | 3 | |
| | Adicional 01 | 01/10/2017 | 31/10/2017 | 1 | |
| 0950 | OPS | 08/11/2017 | 30/11/2017 | 1 | |
| 1303 | OPS | 22/12/2017 | 31/12/2017 | 1 | |

La presente certificación se firma y se expide para fines de la persona interesada

Dado en la ciudad de Mocoa a los 17 días del mes Junio de 2019.

OSCAR ORLANDO BURGOS TULCÁN
Coordinador U. F. de Recursos Humanos

Proyectó Hellen Cabezas

*"Manos abiertas al servicio de su salud"*



CamScanner

Código

E.S.E HOSPITAL JOSÉ MARÍA HERNÁNDEZ
NIT 891200579 - 1

UNIDAD FUNCIONAL DE RECURSOS HUMANOS

EL COORDINADOR DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE RECURSOS HUMANOS DE LA E.S.E HOSPITAL JOSÉ MARÍA HERNÁNDEZ

HACE CONSTAR

Que **MARTHA MILENA CABEZAS CEROMECA**, identificada con cedula de ciudadanía No 69.009.232 expedida en Mocoa - Putumayo, prestó sus servicios en la ESE HOSPITAL JOSÉ MARÍA HERNÁNDEZ desempeñándose como Auxiliar de Enfermería-Puestos de Salud en la Unidad Funcional de Servicios Opcionales a la Salud-Promoción y Prevención de la empresa, cumpliendo a satisfacción con las actividades asignadas en las diferentes órdenes de prestación de servicios

En nuestros archivos encontramos lo siguiente

| No | MODALIDAD | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN | DURACION | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | MESES | DIAS |
| 0144 | CPS | 01/02/2018 | 30/04/2018 | 1 | |
| | Adicional 01 | 01/05/2018 | 31/05/2018 | 1 | |
| 0513 | CPS | 01/06/2018 | 31/08/2018 | 3 | |
| | Adicional 01 | 01/09/2018 | 30/09/2018 | 1 | |
| 0868 | CPS | 01/10/2018 | 31/10/2018 | 1 | |
| 1285 | CPS | 05/11/2018 | 30/11/2018 | 1 | |
| 1571 | CPS | 07/12/2018 | 31/12/2018 | 1 | |

La presente certificación se firma y se expide para fines de la persona interesada. Es valida para demostrar experiencia laboral

Dado en la ciudad de Mocoa a los 24 días del mes de Enero de 2019

OSCAR ORLANDO BURGOS TULCAN
Coordinador UF de Recursos Humanos

*"Manos abiertas al servicio de su salud"*



CamScanner

**EL COORDINADOR DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE TALENTO HUMANO DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ DE MOCOA-PUTUMAYO**

**HACE CONSTAR**

Que **MARTHA MILENA CABEZAS CEROMECA**, identificada con cédula de Ciudadanía N° 69.009.232 expedida en Mocoa (Pto) Presto sus servicios en la empresa Social del Estado Hospital José María Hernández de la siguiente manera:

- **Contrato de Prestación de Servicios N°0282 de 2019.**
  **Duración:** 08 de enero al 31 de marzo 2019
- **Contrato de Prestación de Servicios N°0605 de 2019.**
  **Duración:** 01 de abril al 31 de julio 2019.
- **Contrato de Prestación de Servicios N°0937 de 2019.**
  **Duración:** 01 de agosto al 31 de octubre 2019
- **Contrato de Prestación de Servicios N°1521 de 2019.**
  **Duración:** 01 noviembre al 30 de noviembre 2019.
- **Contrato de Prestación de Servicios N°1813 de 2019.**
  **Duración:** 01 diciembre al 31 de diciembre 2019.
- **Contrato de Prestación de Servicios N°0155 de 2020.**
  **Duración:** 01 enero al 31 de mayo 2020.
- **Contrato de Prestación de Servicios N°0626 de 2020.**
  **Duración:** 02 junio al 31 de julio 2020.
- **Contrato de Prestación de Servicios N°1180 de 2020.**
  **Duración:** 01 agosto al 30 de septiembre 2020.
- **Contrato de Prestación de Servicios N°0153 de 2020.**
  **Duración:** 01 octubre al 31 de octubre 2020.

| ELABORO | REVISO |
| --- | --- |
| Laura Alejandra Calderon Hernandez<br>Tecnico en Gestion Documental | John Pablo Capchura Sierra<br>Coordinador en Gestion Documental |



CamScanner

Fundacion Huellas
NIT. 900.445.971 - 1

**LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL DE LA FUNDACION HUELLAS**

**NIT. 900.445.971-1**

**CERTIFICA**

Que la señora **MARTHA MILENA CABEZAS CEROMECA** identificada con cedula de ciudadanía No. 69.009.232. Prestó sus servicios como AUXILIAR DE ENFERMERÍA en el área de atención directa a personas adultas mayores en el Convenio de asociación No. 105 del 22 de junio de 2023. Convenio firmado con firmado con la Secretaría de la Protección Social del municipio de Puerto Guzmán Putumayo

Durante su permanencia en el cargo demostró excelente compañerismo buenas habilidades, compromiso y responsabilidad en cada una de sus labores encomendadas de quien se puede esperar grandes resultados Durante el periodo comprendido entre el 22 de junio de 2023 a 21 de diciembre de 2023 cumpliendo con las siguientes funciones:

- Apoyo en actividades integrales de atención al adulto mayor según su objeto contractual.
- Apoyo en actividades propias de enfermería.
- Colaboración con el equipo interdisciplinario del centro (trabajo social, psicología, etc.).
- Cumplimiento de protocolos de atención centrada en la persona.

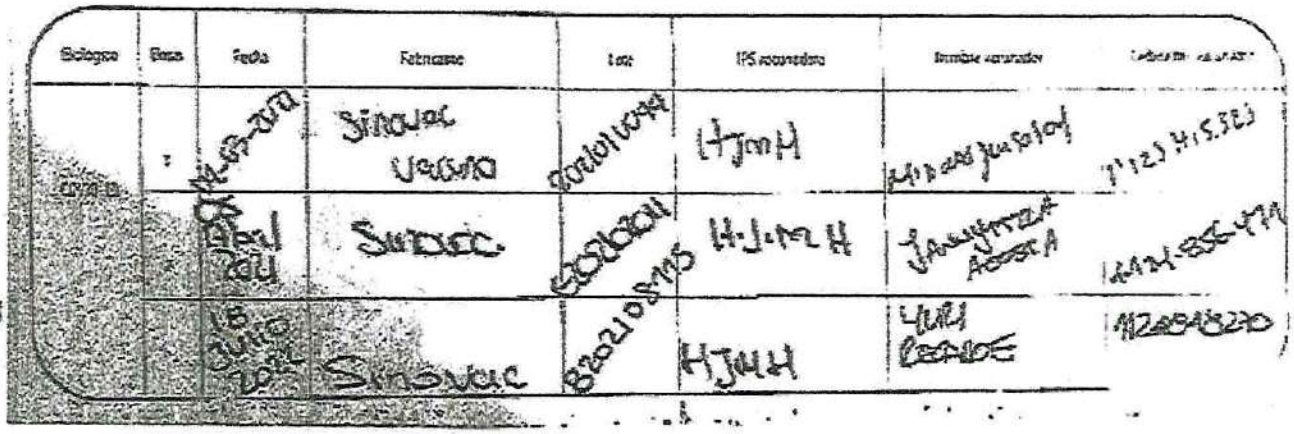
Esta certificación se expide a solicitud verbal del interesado; dada en Puerto Guzmán el día 27 de diciembre del 2023. Con destino a la hoja de vida.

Cordialmente,

ALBA EDITH ACOSTA GAVIRIA
C.C. No. 41.170.881 Villagarzón
Rep. legal Asociación



Calle 14 N° 7-37 B/ Olímpico Mocoa Putumayo
CELULAR 3219089277
Fundacionhuellas01@gmail.com



| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante | Lote | IPS vacunadora | Nombre vacunador | Número de identificación |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| COVID-19 | 1 | 14-05-2021 | Sinovac Vaccine | 20202101044 | HJMH | [illegible] | 1'123.415.521 |
| | 2 | 04 Jun 2021 | Sinovac | 20202101044 | H.J.M.H | [illegible] | 1.123.856.471 |
| | | 18 Junio 2021 | Sinovac | 20202101045 | HJMH | [illegible] | 1123848220 |

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

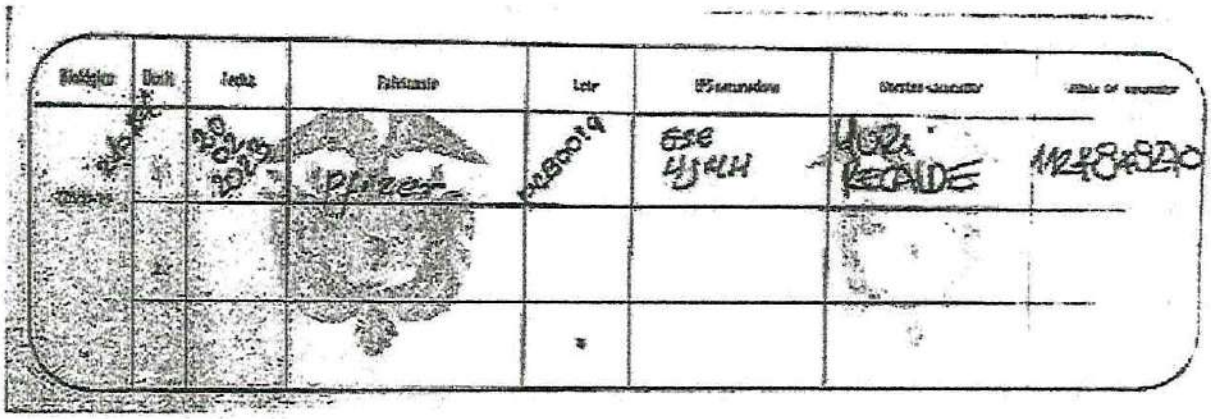
HOSPITAL I.M.H
NIVEL
NOCA
PAI

MiVacuna

Certificado de vacunación

Nombres: Martha Milena
Apellidos: Cabrera Cabrera
Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte PEP SIVE otro
No. 60269232
Fecha de nacimiento: Día 20 Mes 10 Año 1979

CamScanner



| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante | Lote | IPS vacunadora | Nombre vacunador | Firma del vacunador |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 20 DIC 2021 | Pfizer | HB8019 | ESE HSEH | HUR KEDADE | 1122488220 |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |



MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

E.S.E. HOSPITAL
MOCOA
Programa PAI

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna

Certificado de vacunación

Nombres: Kedir Alexis

Apellidos: Cabezas Cerón

Documento de identidad: CC No. 5760[illegible]232

Fecha de nacimiento: 20 10 1979

CamScanner

# NUTRICIONISTA

FUNDACIÓN HUELLAS
NIT. 900.445.971-1
REP. LEGAL. ALBA EDITH ACOSTA GAVIRIA C.C. NO. 41.170.881
VILLAGARZÓN

Fundacion Huellas
NIT. 900.445.971 - 1

Mocoa, agosto de 2025

Señores
ALCALDIA DE MOCOA
Calle 7 No. 6-42 B/Centro

Referencia: Manifestación de interés y disponibilidad como integrante de la propuesta presentada por FUNDACION HUELLAS.

YO, ANGELA PATRICIA REVELO, de acuerdo a las condiciones establecidas en el proyecto denominado "**APOYO A LA ATENCION DEL ADULTO MAYOR CON SERVICIOS INTEGRALES EN CENTRO DÍA. MUNICIPIO DE MOCOA DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO",** Presento mi hoja de vida e interes de participar como Nutricionista y dietetica, para la ejecución del convenio de asociación, resultante del proceso de la referencia.

Atentamente,

Nombres: ANGELA PATRICIA REVELO

C.C.11233191584 DE PASTO



Calle 14 N° 7-37 B/ Olímpico Mocoa Putumayo
CELULAR 3219089277
Fundacionhuellas01@gmail.com

# HOJA DE VIDA



| 1. DATOS PERSONALES | |
|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | Angela Patricia Revelo Narváez |
| TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | CC: X CE: ☐ PASAPORTE: ☐<br>NUMERO: 1233191584 |
| SEXO | MASCULINO: ☐ FEMENINO: X |
| DIRECCIÓN DE RESIDENCIA | Barrio Primero de enero |
| MUNICIPIO DE RESIDENCIA | Mocoa Putumayo |
| CELULAR | 3202393365 |
| CORREO | Reveloangela20@gmail.com |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO (dd-mm-aaaa) | 14 Julio 1998 |
| PERTENECE A UN GRUPO ETNICO | SI: ☐ NO: X<br>¿CUAL? |
| LIBRETA MILITAR (SI APLICA) | 1° CLASE: ☐ 2° CLASE: ☐<br>NUMERO: DM: |

## 2. FORMACIÓN ACADEMICA

### FORMACIÓN BASICA

| INSTITUCIÓN O COLEGIO | AÑOS CURSADOS | TITULO OBTENIDO | FECHA DE GRADO |
|---|---|---|---|
| Colegio Pio XII | 11 | Bachiller Academico | 28/11/2021 |

### EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO

TÉCNICA – TECNOLOGICA – UNIVERSITARIA – ESPECIALIZACIÓN – MAESTRIA O MAGISTER - DOCTORADO

| MODALIDAD ACADEMICA | TITULO OBTENIDO | FECHA DE TERMINACIÓN | CIUDAD |
|---|---|---|---|
| Profesional | Nutricionista Dietista | 20/10/2023 | Pamplona N.S |
| | | | |
| | | | |

### DIPLOMADOS, CURSOS, SEMINARIOS O TALLERES

| INSTITUCIÓN | TIPO DE FORMACIÓN | FECHA DE TERMINACIÓN | CIUDAD |
|---|---|---|---|
| Servicio Nacional De Aprendizaje (Sena) | Nutrición Y Alimentación En El Desarrollo Humano | 08/09/2021 | Mocoa |
| Servicio Nacional De Aprendizaje (Sena) | Primeros Auxilios En Primera Infancia | 22/08/2023 | Mocoa |
| Plan Decenal De Lactancia Materna Y Alimentación Complementaria | Nutrir Con Amor: Leche Materna Y Adecuada Alimentación Complementaria | 17/08/2023 | Mocoa |
| | | | |

## 3. EXPERIENCIA LABORAL

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

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| Empresa Moreno & Clavijo | x | | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | TELÉFONO | DIRECCIÓN |
|---|---|---|---|
| Arauca | Tame | 7-8836452 | Cl. 15 Cra. 12 Esq. B/ 20 De Julio |

| CARGO | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO | TIEMPO LABORADO |
|---|---|---|---|
| Nutricionista Dietista | 03/01/2022 | 03/02/2022 | 1 mes |

| EMPRESA O ENTIDAD | PUBLICA | PRIVADA | PAIS |
|---|---|---|---|
| Fundación Fraternidad – Modalidad DIMF | X | | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | TELÉFONO | DIRECCIÓN |
|---|---|---|---|
| Putumayo | Mocoa | | B/ Kennedy Cl 6# 9-74 |

| CARGO | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO | TIEMPO LABORADO |
|---|---|---|---|
| Nutricionista | 01/06/2022 | 15/12/2022 | 6 meses |

| EMPRESA O ENTIDAD | PUBLICA | PRIVADA | PAIS |
|---|---|---|---|
| Zona Medica MR | X | | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | TELÉFONO | DIRECCIÓN |
|---|---|---|---|
| Putumayo | Mocoa | 601 751 46 26 | Sede Norte Ak 45 N°. 105-21 |

| CARGO | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO | TIEMPO LABORADO |
|---|---|---|---|
| Nutricionista | 07/07/2022 | 05/02/2023 | Prestación de Servcios |

| EMPRESA O ENTIDAD | PUBLICA | PRIVADA | PAIS |
|---|---|---|---|
| Unión Temporal Corazones Unidos – Modalidad CDI | X | | |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | TELEFONO | DIRECCIÓN |
|---|---|---|---|
| Putumayo | Mocoa | 3164621130 | Villa Caimaron Cl 8 No 15ª-20 |

| CARGO | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO | TIEMPO LABORADO |
|---|---|---|---|
| Nutricionista | 13/03/2023 | 15/12//2023 | 9 meses |

| EMPRESA O ENTIDAD | PUBLICA | PRIVADA | PAIS |
|---|---|---|---|
| Asociación de cabildos indígenas (SIONA) – Modalidad Dimf | X | | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | TELEFONO | DIRECCIÓN |
|---|---|---|---|
| Putumayo | Mocoa | 3104445925 | |

| CARGO | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO | TIEMPO LABORADO |
|---|---|---|---|

| 4. TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA. | |
|---|---|
| **OCUPACIÓN** | **EXPERIENCIA EN AÑOS Y MESES** |
| SERVIDOR PUBLICO | 2 años y 5 meses |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | |
| **TOTAL, TIEMPO EXPERIENCIA** | 2 años y 5 meses |



**FIRMA DEL CONTRATISTA**

**CIUDAD Y FECHA: Mocoa / Putumayo – 01/03/2025**

La salud es de todos | Minsalud

COLNUD

Identificación Unica del Talento Humano en Salud

NUTRICIONISTA DIETISTA



ANGELA PATRICIA REVELO NARVAEZ

CC 1233191584

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA

PAMPLONA

Fecha de expedición del diploma 2021-10-20

Fecha de Inscripción ReTHUS 2021-11-24

**Firma Titular**

**"Esta Tarjeta es un documento público y se expide de conformidad a la ley 1164 de 2007, el decreto 4192 de 2010 compilado en el Decreto Único Reglamentario 780 de 2016." Si es encontrada, favor devolverla al COLEGIO COLOMBIANO DE NUTRICIONISTAS DIETISTAS Carrera 15 No 76 – 67 oficina 401 Teléfono 3542322 Bogotá.**

**Firma Representante Legal**

COLNUD-3012

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO No. 278718285

PIB
17:51:20


Bogotá DC, 19 de agosto 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 PATRICIA REVELO NARVAEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1233191584:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

Carlos William Rodríguez Millán
Jefe División de 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 19 de agosto de 2025, a las 17:26:45, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 1123319584 |
| Código de Verificación | 1123319584250819172644 |

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

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

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 05:24:42 PM horas del 19/08/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº 1123319584

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

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

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

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

DIJIN

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

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

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

# Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

## La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 19/08/2025 05:49:57 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1233191584** y Nombre: **ANGELA PATRICIA REVELO NARVAEZ.**

## 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. **121757719** . 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

TIC

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

## CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1233191584 **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 14/08/2025 01:51 PM

Código Verificación: **6NWSKJ8PZT**

Válida hasta: **12/11/2025**

---

**Dirección de Gobierno Digital**

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

# 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 22:17:29 horas del 24/07/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1233191584,** Apellidos y Nombres **REVELO NARVAEZ ANGELA PATRICIA**

**NO REGISTRA INHABILIDAD**

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **Asociación de Padres de familia y vecinos de Mocoa**, con NIT **846000628-4** 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

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14971334141

(415)7707212489984(8020) 000001497133414 1

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|---|
| 1 2 3 3 1 9 1 5 8 4 | 4 | Impuestos y Aduanas de Puerto Asís | 4 6 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1233191584 | 2016/07/15 |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | | 30. Ciudad/Municipio | |
|---|---|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Nariño | 5 2 | Pasto | 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| REVELO | NARVAEZ | ANGELA | PATRICIA |

35. Razón social

36. Nombre comercial | 37. Sigla

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | | 40. Ciudad/Municipio | |
|---|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Putumayo | 8 6 | Mocoa | 0 0 1 |

41. Dirección principal: BRR OBRERO I ETAPA

42. Correo electrónico: angelarevelo1498@hotmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 2 0 2 3 9 3 3 6 5 | 3 1 1 3 2 3 0 8 7 3 |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

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

0- Obtención NIT

### 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 [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024 - 01 - 10 / 15 : 09: 25

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 REVELO NARVAEZ ANGELA PATRICIA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

*La República de Colombia*

MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL
Y EN SU NOMBRE

# LA UNIVERSIDAD DE PAMPLONA

CON PERSONERÍA JURÍDICA RECONOCIDA MEDIANTE DECRETO 1550 DE 1971

CONFIERE EL TÍTULO DE

## *NUTRICIONISTA DIETISTA*

A

## *ANGELA PATRICIA REVELO NARVAEZ*

CC. 1.233.191.584 Expedida en PASTO

Quien cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos. En testimonio de ello otorga el presente

## DIPLOMA

En la ciudad de Pamplona, 20 de octubre de 2021

*Ivaldo Torres Chávez Ph. D.*
Rector(a)

*Eduardo Salim Chanin Rueda*
Secretario(a) General

Registro 92166 Folio 277 Libro 12 de Diplomas de Grado

097550

# UNIVERSIDAD DE PAMPLONA

Secretaría General

## Acta de Grado N° 669

En la ciudad de Pamplona, Departamento de Norte de Santander, República de Colombia, a los 20 días del mes de Octubre 2021, se llevó a cabo la Ceremonia de Graduación en la cual la Universidad de Pamplona aprobada por el Decreto N° 1550 del 13 de agosto de 1971, emanado de la Presidencia de la República, otorgó el grado de NUTRICIONISTA DIETISTA

a ANGELA PATRICIA REVELO NARVAEZ

Identificado(a) con C.C. N° 1.233.191.584 de PASTO

quien aprobó todas las asignaturas que conforman el Plan de Estudio y dio cumplimiento a los demás requisitos de grado exigidos por la Universidad. Presidió el Acto de Graduación el señor Rector de la Universidad Doctor(a) Ivaldo Torres Chavez

Quien después de tomar el juramento de rigor procedió a entregar al graduando el diploma correspondiente, marcado en su orden con el Número 097550 y registrado con el Número 92166, Folio 277, Libro 12 de Diplomas.

Para constancia se extiende y firma la presente Acta.

El Rector (fdo) Doctor(a) Ivaldo Torres Chavez

El Decano (fdo) Facultad de Salud
Heriberto Jose Rangel Navia

El Secretario(a) General (fdo) Doctor(a) Eduardo Salim Chahin Rueda

Es fiel copia tomada en su original, en Pamplona a los 20 días del mes de Octubre de 2021

EDUARDO SALIM CHAHIN RUEDA

Secretario(a) General

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En cumplimiento de la Ley 119 de 1994*

***Hace constar que***

**ANGELA PATRICIA REVELO NARVAEZ**

*Con Cedula de Ciudadania No. 1233191584*

*Cursó y aprobó la acción de Formación*

## NUTRICION Y ALIMENTACION EN EL DESARROLLO HUMANO

*con una duración de 40 horas*

*En testimonio de lo anterior. se firma el presente en Cartagena. a los ocho (8) dias del mes de septiembre de dos mil veintiuno (2021)*

Firmado Digitalmente por

YENY LINEY ROMERO OCHOA
Subdirectora
CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS
REGIONAL BOLÍVAR

**77742583 - 08/09/2021**
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9304002390396CC1233191584C.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En cumplimiento de la Ley 119 de 1994*

***Hace constar que***

**ANGELA PATRICIA REVELO NARVAEZ**

*Con Cédula de Ciudadanía No. 1233191584*

*Cursó y aprobó la acción de Formación*

**PRIMEROS AUXILIOS CON ENFASIS EN PRIMERA INFANCIA**

*con una duración de 40 horas*

*En testimonio de lo anterior. se firma el presente en Mocoa. a los veintidos (22) dias del mes de agosto de dos mil veintitres (2023)*

Firmado Digitalmente por

ADRIAN ROLANDO RIASCOS VALLEJOS
Subdirector (E)
CENTRO AGROFORESTAL Y ACUICOLA ARAPAIMA
REGIONAL PUTUMAYO

**92791189 - 22/08/2023**
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9518002816607CC1233191584C.

El futuro es de todos | Consejería Presidencial para la Niñez y la Adolescencia

GRAN ALIANZA POR LA NUTRICIÓN

Plan Decenal de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria 2021-2030

Ruta por la nutrición de nuestra niñez, un camino de amor

SALUTIA

Fundación éxito

# CERTIFICADO

*Angela Revelo*

Ha finalizado y aprobado el curso:

Nutrir con amor: leche materna y adecuada alimentación complementaria

Guía didáctica para implementar con éxito el Plan Decenal de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria 2021-2030.

Intensidad 10 horas.

17 de August de 2023

Lactatón®

# LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ

Hace constar que

## Angela Patricia Revelo Narvaez

Con cédula de ciudadanía N° 1233191584

ha completado el curso

TAMIZAJE NUTRICIONAL ADULTOS y PEDIATRICO

6 agosto 2020

Horas de crédito: 2

Código de verificación:

jdzBmSQMwN

E.S.E. Hospital Universitario
ERASMO MEOZ

# LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ

Hace constar que

## Angela Patricia Revelo Narvaez

Con cédula de ciudadanía N° 1233191584

ha completado el curso

IAMI

agosto 6, 2020

Horas de crédito: 4

Código de verificación:

yuOMBTneEq

E.S.E. Hospital Universitario
ERASMO MEOZ

# LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ

Hace constar que

## Angela Patricia Revelo Narvaez

Con cédula de ciudadanía N° 1233191584

ha completado el curso

MANEJO DE PACIENTE COVID19 CRÍTICO

6 agosto 2020

Horas de crédito: 2

Código de verificación:

35Vz3ruD2G

E.S.E. Hospital Universitario
ERASMO MEOZ

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

unicef

Certifican que

ANGELA PATRICIA REVELO NARVAEZ

Realizó y aprobó el curso virtual
Manejo integrado de la desnutrición aguda, moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad.
Intensidad: 20 horas

Bogotá, 19 de Jun de 2019

Search

SIDAM- SI Estandares de ...

SIDAM Cliente

SISPRO - APLICATIVOS MISIONALES
Sistema Integral de Información de la Protección Social

Ingresar | Registrarse | Ayuda

## 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 *: Cédula de Ciudadania

Número de Identificación *: 1233191584

Primer Nombre *: ANGELA

Primer Apellido *: REVELO

Confirme los números de la Imagen *: 1 4 4

Cambiar

7298

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

**Resultado General -2022-05-31→8:14:35 PM**

| Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Estado Identificación: | Detalles |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1233191584 | ANGELA | PATRICIA | REVELO | NARVAEZ | 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) ANGELA PATRICIA REVELO NARVAEZ identificado(a) con CC 1233191584 registra La siguiente información:**

**2022-05-31→8:14:35 PM**

**Información Académica**

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación | Fecha inicio ejercer Acto Administrativo | Acto Administrativo | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|---|
| UNV | Local | NUTRICION Y DIETETICA | 2021-11-24 | 2426 | COLEGIO COLOMBIANO DE NUTRICIONISTAS DIETISTAS |

**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 Secretaria de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matricula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).**

Robert Eduardo Quiston Guayapatoy
Representante Legal
NIT.900-933-460-3
Celular:314-851-60-54
Sibundoy Putumayo

## *EL SUSCRITO REPRESENTANTE LEGAL DE LA FUNDACION BUNGBE BENACH*

## *CERTIFICA:*

Que la señora **ANGELA PATRICIA REVELO NARVAEZ** identificada con C.C N° 1.123.191.584 de Pasto Nariño presto sus servicios Como nutricionista en el área de atención directa a personas adultas mayores, en el Contrato N° 86000642022 Firmado con el Resguardo Indígena Kamëntsá Biya de Sibundoy el 21 de febrero de 2022 y la **FUNDACIÓN BUNGBE BENACH** del Municipio de sibundoy reconocida ante cámara de comercio el día tres (3) de febrero de 2016 bajo el número 9077 del Libro I,

Durante su permanencia en el cargo demostro excelente compañerismo buenas habilidades, compromiso y responsabilidad en cada una de sus labores encomendadas de quien se puede esperar grandes resultados

Durante el periodo comprendido veinticuatro (24) de junio del 2024 hasta el (23) de Diciembre del 2024 cumpliendo con las siguientes funciones:

- Definición de menús en garantía a alimentación variada, balanceada y acorde a sus necesidades.
- Apoyo en actividades integrales de atención al adulto mayor según su objeto contractual.
- Apoyo en actividades recreativas y terapéuticas.
- Colaboración con el equipo interdisciplinario del centro (trabajo social, enfermería, etc.).
- Cumplimiento de protocolos de atención centrada en la persona

La presente certificación se expide a los veintisiete (27) días del mes de diciembre de 2024 en las oficinas de la Fundación Bungbe Benach de sibundoy Putumayo para fines de la interesada

**ROBERT EDUARDO QUISTON GUAYAPATOY**
Representante Legal Fundación Bungbe Benach
celular: 314-851-6054

LA SUSCRITA COORDINADORA DEL AREA DE PROMOCION Y PREVENCION DE LA ESE MORENO Y CLAVIJO

# CERTIFICA QUE:

La Nutricionista **ANGELA PATRICIA REVELO NARVAEZ**, identificada con cédula de ciudadanía número 1.233.191.584, cumplió con las actividades asignadas en el contrato Nº 001-0411 de 2022 durante el mes de enero de 2022, de acuerdo a la siguiente relación:

| IPS | FECHA ATENCION | Nº PACIENTES VALORADOS |
|---|---|---|
| HOSPITAL SAN ANTONIO DE TAME | 17-19-26 | 72 |
| CENTRO SALUD PUERTO JORDAN | 24 | 24 |
| HOSPITAL DE PUERTO RONDON | 20-28 | 48 |
| HOSPITAL DE CRAVO NORTE | 27 | 24 |
| TOTAL DE ATENCIONES | | **168** |

La siguiente certificación hace parte del requerimiento del contrato 001-0411-2022 Para efectos de trámite de pago y se expide en la Tame Arauca a los siete (07) días del mes de febrero del año 2022.

**MARIA OLINDA HERNANDEZ CALDERON**
Líder Proceso de PyM
ESE Moreno y Clavijo

**LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL DE LA FUNDACION FRATERNIDAD**
**C E R T I F I C A:**

Que, **ANGELA PATRICIA REVELO NARVAEZ,** identificado con cedula de ciudadanía número **1233191584**, presta sus servicios en la Fundación Fraternidad como **NUTRICIONISTA DIETISTA,** mediante contrato de Prestación de servicios, dentrodel marco legal del contrato de aportes Nro. 860000772022 de 2022- Modalidad DIMF en Medio Familiar Mocoa- (Putumayo) - celebrado entre la Fundación Fraternidad y el ICBF, cuyo objeto es "PRESTAR EL SERVICIO DE ATENCIÓN, EDUCACIÓN INICIAL Y CUIDADO A NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS, O HASTA SU INGRESO AL GRADO DE TRANSICIÓN, Y A MUJERES GESTANTES Y MADRES EN PERIODO DE LACTANCIA CON EL FIN DE PROMOVER EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA PRIMERA INFANCIA CON CALIDAD, DE CONFORMIDAD CON LOS LINEAMIENTOS, MANUAL OPERATIVO, LAS DIRECTRICES, PARÁMETROS Y ESTÁNDARES ESTABLECIDOS POR EL ICBF, EN EL MARCO DE LA ATENCIÓN INTEGRAL " DE CERO A SIEMPRE" realizando las siguientes funciones:

**A-Desde el servicio**: 1) Identificar necesidades y situaciones de salud individuales de los niños. 2) Realizar procesos de formación con docentes, auxiliares, madres y padres de familia para informar el estado nutricional actual de los niños y niñas y tomar las medidas conjuntas de ser necesarias. 3) Elaborar el diagnóstico situacional y tener como punto de referencia la Ruta Integral de Atenciones para iniciar el diseño de los mecanismos de articulación, atención y gestión que buscan asegurar que los niños y las niñas puedan acceder al más alto nivel de salud. 4) Implementar acciones de promoción y prevención de la salud. 5) Movilizar recursos interinstitucionales. 6) Elaborar e implementar el manual de buenas prácticas de manufactura para el servicio de alimentación de la unidad de servicio. 7) Verificar la calidad y cantidad de los productos adquiridos para el servicio de alimentación. 8) Participar en las estrategias de planeación, seguimiento y evaluación de la modalidad. 9) Procurar la consecución oportuna de los recursos necesarios para una garantizar una adecuada atención de la modalidad. 10) Utilizar los protocolos de seguimiento a la garantía de derechos y 11) Elaborar o coordinar la elaboración con el profesional idóneo el diagnóstico nutricional de los niños y niñas atendidos en el servicio, bajo los parámetros establecidos por el ICBF. 12) Elaborar el ciclo de menús o la minuta concertada en caso de grupos étnicos, de acuerdo a la minuta patrón establecida por el ICBF incluyendo cantidades diarias de cada alimento por beneficiario y por grupo de edad. 13) Elaborar o coordinar la elaboración con el profesional idóneo las listas de intercambio de alimentos de acuerdo a los hábitos de consumo regional y alimentos que se encuentren en cosecha. 14) Realizar control trimestral del estado nutricional de los niños y niñas mediante la toma de medidas antropométricas. 15) Realizar control mensual a los menores de 2 años o a los niños y niñas que presenten desnutrición o riesgo de sufrirla.

**B- Con el talento Humano:** 1) Realizar el proceso de asesoría y capacitación permanente a las manipuladoras de alimentos para la estandarización de las porciones utilizadas y servidas. 2) participar en las capacitaciones que cualifiquen la atención en el área de salud y nutrición y todos los procesos pedagógicos que apliquen al área. 3) Diseñar e implementar los mecanismos de capacitación y control a manipuladoras para garantizar la calidad e inocuidad de los alimentos ofrecidos en el servicio de alimentación- 4) capacitar al personal docente para la detección temprana de factores de riesgo en salud pública que permita tomar acciones preventivas y activar la red de servicios. 5) Garantizar la capacitación el personal en primeros

auxilios.

**C. Con las Familias:** 1) Dar a conocer a las familias la ruta integral de atenciones en primera infancia y la ruta de acción en caso de vulneración de los derechos de las niñas y niños. 2) Brindar asesoría permanente a los cuidadores sobre adecuados hábitos de higiene y manipulación de alimentos, en el hogar. 3) Orientar sobre aspectos nutricionales a las madres gestantes y lactantes. 4) Identificar las necesidades de formación a las familias de acuerdo con las prácticas de nutrición observados en las visitas familiares. 5) Acompañar y orientar las acciones educativas de los padres madres y personas significativas en la crianza y cuidado de los niños y niñas en las condiciones de su hogar y entorno social inmediato. 6) las familias conocen que es el POS y que tienen derecho sus hijos. 7) Incentivar la participación de las familias en los encuentros formativos y reforzar y hacer seguimiento a la apropiación de los aprendizajes construidos durante los mismos, identificando los logros y dificultades. 8) Para el caso de la modalidad familiar, realizar visitas de acompañamiento al hogar, en coordinación con el equipo de la modalidad. 9) Sostener comunicación permanente con los padres, madres o adultos responsables de los niños y niñas con el fin de identificar las situaciones favorables al desarrollo y promover el restablecimiento de derechos cuando estos sean afectados por inobservancia, amenaza o vulneración.

**D- Con los Niños:** 1) Fomentar el desarrollo de actividades pedagógicas en los que niñas y niñas conocen y quieren su cuerpo. 2) Tener registro de la evolución del estado nutricional de cada beneficiario en las curvas de crecimiento y diligenciar el cartel de crecimiento. 3) Elaborar el plan de intervención individual para los niños y niñas que presenten malnutrición. El Plan deberá estar acorde a las directrices del ICBF. 4) Organizar y sistematizar información sobre las acciones adelantadas con los niños, niñas familias y comunidades.

| NRO. DE CONTRATO | TIPO DEL CONTRATO | FECHA DE INICIO DEL CONTRATO | FECHA DE FINALIZACIO N DEL CONTRATO | ESTADO CONTRATO | CARGO DESEMPEÑADO |
|---|---|---|---|---|---|
| 077/2022 | Contrato de Prestación de Servicios | **21 DE JUNIO DE 2022** | **31 DE OCTUBRE DE 2022** | Vencimiento de Plazo. | Nutricionista Dietista - Municipio Mocoa Modalidad DIMF |
| 077/2022 | Contrato de Prestación de Servicios | **1 DE NOVIEMBRE 2022** | **30 DE NOVIEMBRE DE 2022** | Vencimiento de Plazo. | Nutricionista Dietista - Municipio Mocoa Modalidad DIMF |
| 077/2022 | Contrato de Prestación de Servicios | **1 DE DICIEMBRE DE 2022** | **15 DE DICIEMBRE DE 2022** | Vencimiento de Plazo. | Nutricionista Dietista - Municipio Mocoa Modalidad DIMF |

Dada en Mocoa, Putumayo a los 22 días del mes de Diciembre de 2022.

Atentamente:

**LYDIA GAVIRIA GOMEZ**
Representante Legal
Fundación Fraternidad

ZONAMEDICA
IPS
Salud de verdad!

**ZONAMEDICA MR**
**S.A.S.NIT.**
**900170994-9**

**CERTIFICA A**
**QUIEN INTERESE:**

Que, ANGELA PATRICIA REVELO NARVAEZ identificado con cédula de ciudadanía No 1.233.191.584 de Pasto; Presta sus servicios como Nutricionista Dietista, bajo la modalidad de contrato por prestación de servicios, desde Julio del 2022.

Para validar la presente certificación, por favor comunicarse al 3175590214 o al correo gestionhumana@zonamedicaips.com

La presente se expide a solicitud del interesado, a los cinco (05) días del mes de febrero (02) del 2024

Atentamente,

**KATERINE AGUIRRE RUIZ**
**COORDINADOR DE GESTION HUMANA**
**ZONAMEDICA MR S.A.S**

| | |
|---|---|
| NÚMERO DEL CONTRATO / CONVENIO CON LA U.T. CORAZONES UNIDOS | 86000882023 |
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATISTA | ANGELA PATRICIA REVELO |
| NIT / C.C. DE CONTRATISTA | 1233191584 |
| FECHA DE SUSCRIPCIÓN CONTRATO | 13/02/2023 |
| OBJETO | **Prestar los servicios como Nutricionista del contrato 86000882023, celebrado con el ICBF Regional Putumayo, en las modalidades de CDI Institucional y Modalidad Familiar.** |
| ACTIVIDADES CONTRATISTA | A cumplir con el objeto, los servicios y las obligaciones descritas en este Contrato, de acuerdo con las normas propias y actividades a desempeñar: 1. Cumplir con el objeto, los servicios y las obligaciones descritas en este contrato y todas las responsabilidades y compromisos del cargo de Nutricionista que señala el MANUAL OPERATIVO MODALIDAD INSTITUCIONAL PARA LA ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA MO12.PP 12/01/2022 Versión 7, o el documento que lo modifique o sustituya. 2. Garantizar la atención en la modalidad contratada y cumplir cabalmente con el objeto del presente contrato de acuerdo con lo señalado en los documentos técnico – administrativos, normas y estándares de calidad y el reglamento interno de trabajo, así como en los lineamientos, principios, parámetros, planes de mejoramiento, disposiciones legales vigentes, y las directrices impartidas por el ICBF. 3. Velar por el buen uso y mantenimiento de los bienes y elementos entregados por el OPERADOR CONTRATANTE para el ejercicio de las actividades pactadas. 4. Mantenerse actualizado en todos los conocimientos inherentes a las funciones que le corresponde desarrollar y también en conocimientos de interés general, preparándose permanentemente con la debida profundidad y seriedad. 5. Asistir y representar al OPERADOR CONTRATANTE en las jornadas de capacitación, socialización o demás que requiera el ICBF o cualquier otra entidad relacionada con la ejecución del programa de Primera Infancia. 6. Apoyar con las demás actividades que, de acuerdo a los conocimientos básicos, sean necesarios para un normal desarrollo y ejecución del presente Contrato, y demás actividades descritas en los lineamientos de ICBF. DESDE EL SERVICIO: 1. Identificar necesidades |

| | |
|---|---|
| | y situaciones de salud individuales de los niños. 2. Realizar procesos de formación con docentes, auxiliares, madres y padres de familia para informar el estado nutricional actual de los niños y niñas y tomar las medidas conjuntas de ser necesarias. 3. Elaborar el diagnóstico situacional y tener como punto de referencia la Ruta Integral de Atenciones para iniciar el diseño de los mecanismos de articulación, atención y gestión que buscan asegurar que los niños y las niñas puedan acceder al más alto nivel de salud. 4. Implementar acciones de promoción y prevención de la salud. 5. Movilizar recursos interinstitucionales. 6. Elaborar e implementar el manual de buenas prácticas de manufactura para el servicio de alimentación de la unidad de servicio. 7. Verificar la calidad y cantidad de los productos adquiridos para el servicio de alimentación. 8. Participar en las estrategias de planeación, seguimiento y evaluación de la modalidad. 9. Procurar la consecución oportuna de los recursos necesarios para garantizar una adecuada atención de la modalidad. 10. Utilizar los protocolos de seguimiento a la garantía de derechos. 11. Elaborar o coordinar la elaboración con el profesional idóneo el diagnóstico nutricional de los niños y niñas atendidos en el servicio, bajo los parámetros establecidos por el ICBF. 12. Elaborar el ciclo de menús o la minuta concertada en caso de grupos étnicos, de acuerdo a la minuta patrón establecida por el ICBF incluyendo cantidades diarias de cada alimento por usuario y por grupo de edad. 13. Elaborar o coordinar la elaboración con el profesional idóneo las listas de intercambio de alimentos de acuerdo a los hábitos de consumo regional y alimentos que se encuentren en cosecha. 14. Realizar control trimestral del estado nutricional de los niños y niñas mediante la toma de medidas antropométricas. 15. Realizar control mensual a los menores de 2 años o a los niños y niñas que presenten desnutrición o riesgo de sufrirla. CON EL TALENTO HUMANO: 1. Realizar el proceso de asesoría y capacitación permanente a las manipuladoras de alimentos para la estandarización de las porciones utilizadas y servidas. 2. Participar en las capacitaciones que cualifiquen la atención en el |

| | |
|---|---|
| | área de salud y nutrición y todos los procesos pedagógicos que apliquen al área. 3. Diseñar e implementar los mecanismos de capacitación y control a manipuladoras para garantizar la calidad e inocuidad de los alimentos ofrecidos en el servicio de alimentación. 4. Capacitar al personal docente para la detección temprana de factores de riesgo en salud pública que permita tomar acciones preventivas y activar la red de servicios. 5. Garantizar la capacitación el personal en primeros auxilios. CON LAS FAMILIAS: 1. Dar a conocer a las familias la ruta integral de atenciones en primera infancia y la ruta de acción en caso de vulneración de los derechos de las niñas y niños. 2. Brindar asesoría permanente a los cuidadores sobre adecuados hábitos de higiene y manipulación de alimentos, en el hogar. 3. Orientar sobre aspectos nutricionales a las madres gestantes y lactantes. 4. Identificar las necesidades de formación a las familias de acuerdo con las prácticas de nutrición observados en las visitas familiares. 5. Acompañar y orientar las acciones educativas de los padres, madres y personas significativas en la crianza y cuidado de los niños y niñas en las condiciones de su hogar y entorno social inmediato. 6. las familias conocen que es el POS y a que tienen derecho sus hijos. 7. Incentivar la participación de las familias en los encuentros formativos y reforzar y hacer seguimiento a la apropiación de los aprendizajes construidos durante los mismos, identificando los logros y dificultades. 8. Para el caso del familiar, realizar visitas de acompañamiento al hogar, en coordinación con el equipo de la modalidad. 9. Sostener comunicación permanente con los padres, madres o adultos responsables de los niños y niñas con el fin de identificar las situaciones favorables al desarrollo y promover el restablecimiento de derechos cuando estos sean afectados por la inobservancia, amenaza o vulneración. CON LOS NIÑOS: 1. Fomentar el desarrollo de actividades pedagógicas en los que niñas y niñas conocen y quieren su cuerpo. 2. Tener registro de la evolución del estado nutricional de cada beneficiario en las curvas de crecimiento y diligenciar el cartel de crecimiento. 3. Elaborar el plan de intervención individual para los niños y niñas que presenten |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | malnutrición, el Plan deberá estar acorde a las directrices del ICBF. 4. Organizar y sistematizar información sobre las acciones adelantadas con los niños, niñas familias y comunidades. 5. Responder oportunamente en los plazos establecidos, los correos electrónicos con solicitudes de bases de datos, formatos, soportes y demás documentos propios de la modalidad. | | |
| VALOR SALARIO MENSUAL | **$ 2.900.000** | | |
| PLAZO INICIAL | Desde el 07 de febrero de 2023 hasta el 15 de diciembre de 2023. | | |
| FECHA DE INICIO | **DÍA: 13** | **MES: 03** | **AÑO: 2023** |
| FECHA DE TERMINACIÓN | **DÍA: 15** | **MES: 12** | **AÑO: 2023** |
| ESTADO | **LIQUIDADO** | | |
| FECHA DE EXPEDICION | **DÍA: 02** | **MES: 01** | **AÑO: 2024** |

**FLABIO NORBERTO VALLEJO**
Representante Legal
U.T Corazones Unidos

## EL SUSCRITO REPRESENTANTE LEGAL DE LA ASOCIACION DE CABILDOS INDIGENAS DEL PUEBLO SIONA

## CERTIFICA

Que, **ANGELA PATRICIA REVELO NARVAEZ**, identificado(a) con cedula de ciudadanía No. **1233191584**, presta sus servicios en la ASOCIACIÓN DE CABILDOS INDIGENAS DEL PUEBLO SIONA ACIPS como, PROFESIONAL DE APOYO NUTRICIONAL (NUTRICIONISTA), por contrato de prestación de servicios, dentro del marco legal del contrato de aportes número 86001102024, programa DI FAMILIAR, en el Municipio de Mocoa, cuyo objeto es "PRESTAR EL SERVICIO DE ATENCIÓN, EDUCACIÓN INICIAL Y CUIDADO A NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS, O HASTA SU INGRESO AL GRADO DE TRANSICIÓN, Y A MUJERES GESTANTES Y MADRES EN PERIODO DE LACTANCIA CON EL FIN DE PROMOVER EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA PRIMERA INFANCIA CON CALIDAD, DE CONFORMIDAD CON LOS LINEAMIENTOS, MANUAL OPERATIVO, LAS DIRECTRICES, PARÁMETROS Y ESTÁNDARES ESTABLECIDOS POR EL ICBF, EN EL MARCO DE LA ATENCIÓN INTEGRAL " DE CERO A SIEMPRE".

Con las siguientes actividades:

A). **Desde el servicio**: 1) Identificar necesidades y situaciones de salud individuales de los niños. 2) Realizar procesos de formación con docentes, auxiliares, madres y padres de familia para informar el estado nutricional actual de los niños y niñas y tomar las medidas conjuntas de ser necesarias. 3) Elaborar el diagnóstico situacional y tener como punto de referencia la Ruta Integral de Atenciones para iniciar el diseño de los mecanismos de articulación, atención y gestión que buscan asegurar que los niños y las niñas puedan acceder al más alto nivel de salud. 4) Implementar acciones de promoción y prevención de la salud. 5) Movilizar recursos interinstitucionales. 6) Elaborar e implementar el manual de buenas prácticas de manufactura para el servicio de alimentación de la unidad de servicio. 7) Verificar la calidad y cantidad de los productos adquiridos para el servicio de alimentación. 8) Participar en las estrategias de planeación, seguimiento y evaluación de la modalidad. 9) Procurar la consecución oportuna de los recursos necesarios para una garantizar una adecuada atención de la modalidad. 10) Utilizar los protocolos de seguimiento a la garantía de derechos y 11) Elaborar o coordinar la elaboración con el profesional idóneo el diagnóstico nutricional de los niños y niñas atendidos en el servicio, bajo los parámetros establecidos por el ICBF. 12) Elaborar el ciclo de menús o la minuta concertada en caso de grupos étnicos, de acuerdo a la minuta patrón establecida por el ICBF incluyendo cantidades diarias de cada alimento por beneficiario y por grupo de edad. 13) Elaborar o coordinar la elaboración con el profesional idóneo las listas de intercambio de alimentos de acuerdo a los hábitos de consumo regional y alimentos que se encuentren en cosecha. 14) Realizar control trimestral del estado nutricional de los niños y niñas mediante la toma de medidas antropométricas. 15) Realizar control mensual a los menores de 2 años o a los niños y niñas que presenten desnutrición o riesgo de sufrirla.

B). **Con el talento Humano:** 1) Realizar el proceso de asesoría y capacitación permanente a las manipuladoras de alimentos para la estandarización de las porciones utilizadas y servidas. 2) participar en las capacitaciones que cualifiquen la atención en el área de salud y nutrición y todos los procesos pedagógicos que apliquen al área. 3) Diseñar e implementar los mecanismos de capacitación y control a manipuladoras para garantizar la calidad e inocuidad de los alimentos ofrecidos en el servicio de alimentación. 4) capacitar al personal docente para la detección temprana de factores de riesgo en salud pública que permita tomar acciones preventivas y activar la red de servicios. 5) Garantizar la capacitación el personal en primeros auxilios.

C). **Con las Familias:** 1) Dar a conocer a las familias la ruta integral de atenciones en primera infancia y la ruta de acción en caso de vulneración de los derechos de las niñas y niños. 2) Brindar asesoría permanente a los cuidadores sobre adecuados hábitos de higiene y manipulación de alimentos, en el hogar. 3) Orientar sobre aspectos nutricionales a las madres gestantes y lactantes. 4) Identificar las necesidades de formación a las familias de acuerdo con las prácticas de nutrición observados en las visitas familiares. 5) Acompañar y orientar las acciones educativas de los padres madres y personas significativas en la crianza y cuidado de los niños y niñas en las condiciones de su hogar y entorno social inmediato. 6) las familias conocen que es el POS y que tienen derecho sus hijos. 7) Incentivar la participación de las familias en los encuentros formativos y reforzar y hacer seguimiento a la apropiación de los aprendizajes construidos durante los mismos, identificando los logros y dificultades. 8) Para el caso de la modalidad Institucional, realizar visitas de acompañamiento al hogar, en coordinación con el equipo de la modalidad. 9) Sostener comunicación permanente con los padres, madres o adultos responsables de los niños y niñas con el fin de identificar las situaciones favorables al desarrollo y promover el restablecimiento de derechos cuando estos sean afectados por inobservancia, amenaza o vulneración.

D). **Con los Niños:** 1) Fomentar el desarrollo de actividades pedagógicas en los que niñas y niñas conocen y quieren su cuerpo. 2) Tener registro de la evolución del estado nutricional de cada beneficiario en las curvas de crecimiento y diligenciar el cartel de crecimiento. 3) Elaborar el plan de intervención individual para los niños y niñas que presenten malnutrición. El Plan deberá estar acorde a las directrices del ICBF. 4) Organizar y sistematizar información sobre las acciones adelantadas con los niños, niñas familias y comunidades.

E). **Presentación de informes: 1)** Son mensuales y/o cuando se le requiera, se deberá presentar la relación de los beneficiarios para la sistematización y verificación y seguimiento de cada una de las acciones propias de su apoyo de los beneficiarios atendidos de acuerdo con el sistema de información que defina el ICBF. para su respectivo reporte a la estrategia " De Cero a Siempre" 2) Presentar informes de ejecución técnica 3) Presentar informe administrativa, 4) Recepcionar y presentar informe del área Nutricional y Salud, 5) presentar el informe a coordinación, en medio físico y magnético en las siguientes formas: a) Cualitativo: Se presenta mensualmente al supervisor del contrato o convenio, debe incluir lo relativo a: Gestión (narrar los eventos realizados en el proceso de caracterización, visitas domiciliarias, formación a las familias, niños, niñas y cuidadores; acciones desarrolladas; reuniones, seguimiento al desarrollo del plan de

acción del programa), Dificultades y alternativas de solución aplicadas, Logros obtenidos, Sugerencias y recomendaciones, entregar evidencias fotográficas y otros documentos que evidencien las actividades realizadas en los encuentros y visitas a los hogares) b) Cuantitativo: Realizar el registro de información de beneficiarios atendidos , así como el reporte de novedades en el sistema de información y condiciones que defina el Operador teniendo en cuenta los lineamientos impartidos por el ICBF. Este informe se presenta mensualmente. 6) Presentar los demás informes requeridos por la Asociación Siona y/o ICBF, según el desarrollo de sus actividades propias de sus funciones, 7) así mismo resolver y responder oportunamente los requerimientos que le realice la Asociación y el ICBF, en desarrollo de la Modalidad, esta información debe presentarla a la Coordinación Técnica y/o Coordinador General del DIMF y al ICBF Centro Zonal de MOCOA, en medio físico y magnético.

| TIPO DE CONTRATO | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACION | ESTADO DE CONTRATO | CARGO DESEMPEÑADO | HONORARIOS DEVENGADO |
|---|---|---|---|---|---|
| Prestación de servicios | 12 de marzo de 2024 | 30 de junio de 2024 | Terminado | Profesional De Apoyo Nutricional | $ 3.000.000 |
| Prestación de servicios | 1 de Julio de 2024 | 30 de septiembre de 2024 | Terminado | Profesional De Apoyo Nutricional | $ 3.000.000 |
| Prestación de servicios | 1 de octubre de 2024 | 15 de diciembre de 2024 | Terminado | Profesional De Apoyo Nutricional | $ 3.000.000 |

Para constancia se firma en Leguízamo (Putumayo) a los 20 días del mes de enero de 2025.

**JOSE SNEYDER YAIGUAJE VIGAIL**
Representante legal ASOCIACION SIONA

# MANIPULADORA

FUNDACIÓN HUELLAS
NIT. 900.445.971-1
REP. LEGAL. ALBA EDITH ACOSTA GAVIRIA C.C. NO. 41.170.881
VILLAGARZÓN

Fundacion Huellas
NIT. 900.445.971 - 1

Mocoa, agosto de 2025

Señores
ALCALDIA DE MOCOA
Calle 7 No. 6-42 B/Centro

Referencia: Manifestación de interés y disponibilidad como integrante de la propuesta presentada por FUNDACION HUELLAS.

YO, ROSA ESTELLA PORTILLA LANDAZURI, de acuerdo a las condiciones establecidas en el proyecto denominado "**APOYO A LA ATENCION DEL ADULTO MAYOR CON SERVICIOS INTEGRALES EN CENTRO DÍA. MUNICIPIO DE MOCOA DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO**", Presento mi hoja de vida e interes de participar como Manipuladora de alimentos, para la ejecución del convenio de asociación, resultante del proceso de la referencia.

Atentamente,

Rosa Estella Portilla L.
Nombres: **ROSA ESTELLA PORTILLA LANDAZURI**

C.C.69.009.267 de Mocoa



Calle 14 N° 7-37 B/ Olímpico Mocoa Putumayo
CELULAR 3219089277
Fundacionhuellas01@gmail.com

Manipulación

Libertad y Orden

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO ( O DE CASADA ) | NOMBRES |
|---|---|---|
| PORTILLA | LANDAZURI | ROSA ESTELLA |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | SEXO | NACIONALIDAD | PAÍS |
|---|---|---|---|
| C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 69 009 267 | F (X) M ( ) | COL. (X) EXTRANJERO ( ) | COLOMBIA. |

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA |
|---|---|
| FECHA DÍA 04 MES 09 AÑO 1969 | PUERTO UMON |
| PAÍS COLOMBIA | PAÍS COLOMBIA DEPTO PUTUMAYO |
| DEPTO PUTUMAYO | MUNICIPIO MOCOA |
| MUNICIPIO MOCOA | TELEFONO 3115319223 EMAIL _____ |

**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 ACADÉMICO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO |
| 1o. | 2o. | 3o. | 4o. | 5o. | 6o. | 7o. | 8o. | 9o. | 10 | MES [ ] AÑO [ ] |
| | | | | X | | | | | X | |

**EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)**

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

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

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

| MODALIDAD ACADÉMICA | No. SEMESTRES APROBADOS | GRADUADO SI | GRADUADO NO | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN MES | TERMINACIÓN AÑO | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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)

[redacted]

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 |
|---|---|---|---|
| FUNDACIÓN PARA EL DESARROLLO SOCIAL FUPADESO | X | | COLOMBIA |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| PUTUMAYO | MOCOA | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 3115319223 | DÍA 30 MES 01 AÑO 2023 | DÍA 10 MES 03 AÑO 2025 |

| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| | | |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| | | | |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| | | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| | DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| | | |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| | | | |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| | | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| | DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| | | |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| | | | |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| | | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| | DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| | | |

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

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO No. 278424878

PIB
18:37:41


Bogotá DC, 13 de agosto 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) ROSA ESTELLA PORTILLA LANDAZURI identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 69009267:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

Carlos William Rodríguez Millán
Jefe División de 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 miércoles 13 de agosto de 2025, a las 18:33:11, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 69009267 |
| Código de Verificación | 6900926720080131633111 |

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

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

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 06:04:15 PM horas del 05/08/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **69009267**

Apellidos y Nombres: **PORTILLA LANDAZURI ROSA ESTELLA**

**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.

# Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

## La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 13/08/2025 06:32:19 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **69009267** y Nombre: **ROSA ESTELLA PORTILLA LANDAZURI.**

## 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. **121509147** . 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

TIC

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

## CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 69009267 **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 14/08/2025 05:02 PM

Código Verificación: **69AN4HT37P**

Válida hasta: **12/11/2025**

---

**Dirección de Gobierno Digital**

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

# Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

| Nombres y apellidos / Full name | Tipo de identificación / ID Type |
|---|---|
| ROSA ESTELLA PORTILLA LANDAZURI | CEDULA DE CIUDADANIA |
| **Número de identificación / ID Number** | **Fecha de nacimiento / Date of birth** | **País nacimiento / Country of birth** |
| 6 9 0 0 9 2 6 7 | 04/09/1969 | COLOMBIA |
| **Número de contacto (móvil) / Phone number** | **Correo electrónico / e-mail** |
| 3115319223 | |

Datos de Vacunación / Vaccination detail

| Vacuna | Dosis | Fecha de aplicación / Date of vaccination | | | Laboratorio | Número de Lote | IPS Vacunadora | Nombres y apellidos del vacunador |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Vaccine | Dosis | Día / Day | Mes / Month | Año / Year | Laboratory | Vaccine Batch | Administering Center | Full name Vaccinator |
| INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS | Anual | 21 | 10 | 2020 | | VSI220617 | MOCOA ESE HOSPITAL JOSE MARIA | Martha Milena Cabezas Cerrano |
| COVID PFIZER | Primera | 10 | 6 | 2021 | PFIZER | AA7478 | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL JOSÉ MARÍA HERNÁNDEZ | KELLY MUCHAVISOY |
| COVID PFIZER | Segunda | 6 | 7 | 2021 | PFIZER | EY5574 | EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL JOSE MARIA HERNÁNDEZ | JANETH GOMEZ CASTILLO |
| Fiebre Amarilla | Unica | 12 | 5 | 2025 | Fabricante | 34526563 | ESE HOSPITAL JORGE JULIO GUZMAN | VANESSA OROZCO PUELLO - CC1125185491 - Activo |

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 realicen los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Ministry of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from **PAIWEB** according to the Wi de **Program of Immunization - 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 this 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.

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

7. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14914888977

(415)7707212489984(8020) 000001491488897 7

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

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 69009267 | 2 0 0 0 0 5 2 5 |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Putumayo 8 6 | Mocoa 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| PORTILLA | LANDAZURI | ROSA | ESTELLA |

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Putumayo 8 6 | Mocoa 0 0 1 |

41. Dirección principal: CORR PUERTO LIMON

42. Correo electrónico: notienecorreo@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 1 2 4 9 8 1 4 5 0 | |

## 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 |
| 1 0 8 4 | 2 0 2 2 0 8 2 3 | 8 2 9 9 | 2 0 2 3 0 5 0 5 | 4 7 2 1 | 4 9 2 3 | | |

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 2 0

20- Obtención NIT

## Obligados aduaneros

54. Código

## Exportadores

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

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

## Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] | 60. No. de Folios: 0 | 61. Fecha: 2023 - 05 - 17 / 09 : 16: 03

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 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre: PORTILLA LANDAZURI ROSA ESTELLA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

SOLUCIONES INTEGRALES EN GESTION OCUPACIONAL

*Protegemos tu recurso más valioso*

**EL SUSCRITO MEDICO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA IPS SIGO EN USO DE SUS ATRIBUCIONES LEGALES**

# CERTIFICA

Que **ROSA ESTELLA PORTILLA LANDAZURY** , identificada con C.C. 69.009.267, quien es APTO. para la manipulación de alimentos, y no presenta al momento patología infecto contagiosa que le impida la convivencia en comunidad.

Dado en la ciudad de Mocoa a los 08 días del mes de agosto de 2025.

Paula Toro Ch
Esp. Salud y Seguridad del Trabajo
UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA

PAULA ANDREA TORO CHAMORRO
MEDICO OCUPACIONAL

INSTITUCIÓN EDUCATIVA RURAL CIUDAD PUERTO LIMÓN

Reconocido mediante Resolución No. 002145 del 25 de Mayo de 2011
educación Preescolar- Básica y Media Vocacional
Bachillerato Académico
NIT [illegible] DANE [illegible]

# EL COORDINADOR DE ESTE PLANTEL.

## HACE CONSTAR

Que, **ROSA ESTELA PORTILLA LANDAZURY**, identificada con c.c. No 69009267 de Mocoa, se desempeñó en esta institución como manipuladora de alimentos del restaurante escolar durante la fecha comprendida desde 05/02/2024 hasta 10/03/2025, en su actividad demostró un excelente trabajo y gran responsabilidad.

Dado en Puerto Limón a los 13 días del mes de agosto de 2025.

Esp. EVER GERARDO SUAREZ DELGADO
Coordinador I.E.R.C.P.L.

Email: iecpl1972@yahoo.es

Powered by CamScanner

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

## ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

### Resultados de la consulta

**Información Básica del Afiliado :**

| COLUMNAS | DATOS |
|---|---|
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN | CC |
| NÚMERO DE IDENTIFICACION | 69009267 |
| NOMBRES | ROSA ESTELLA |
| APELLIDOS | PORTILLA LANDAZURI |
| FECHA DE NACIMIENTO | **/**/** |
| DEPARTAMENTO | PUTUMAYO |
| MUNICIPIO | MOCOA |

**Datos de afiliación :**

| ESTADO | ENTIDAD | REGIMEN | FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA | FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN | TIPO DE AFILIADO |
|---|---|---|---|---|---|
| ACTIVO | EMSSANAR S.A.S. | SUBSIDIADO | 29/01/2013 | 31/12/2999 | CABEZA DE FAMILIA |

| Fecha de Impresión: | 01/23/2025 08:52:49 | Estación de origen: | 192.168.70.220 |
|---|---|---|---|

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de *Finalización de Afiliación, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que*** haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

**Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.**

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

# MANIPULADOR 2

FUNDACIÓN HUELLAS
NIT. 900.445.971-1
REP. LEGAL. ALBA EDITH ACOSTA GAVIRIA C.C. NO. 41.170.881
VILLAGARZÓN

Fundacion Huellas
NIT. 900.445.971 - 1

Mocoa, agosto de 2025

Señores
ALCALDIA DE MOCOA
Calle 7 No. 6-42 B/Centro

Referencia: Manifestación de interés y disponibilidad como integrante de la propuesta presentada por FUNDACION HUELLAS.

YO, JHON JAIR VARGAS QUINTERO, de acuerdo a las condiciones establecidas en el proyecto denominado "**APOYO A LA ATENCION DEL ADULTO MAYOR CON SERVICIOS INTEGRALES EN CENTRO DÍA. MUNICIPIO DE MOCOA DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO",** Presento mi hoja de vida e interes de participar como manipulador de alimentos, para la ejecución del convenio de asociación, resultante del proceso de la referencia.

Atentamente,

Nombres: JHON JAIR VARGAS QUINTERO

C.C.112484871169.



Calle 14 N° 7-37 B/ Olímpico Mocoa Putumayo
CELULAR 3219089277
Fundacionhuellas01@gmail.com

Libertad y Orden

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

*ENTIDAD RECEPTORA*

## 1. DATOS PERSONALES

| *PRIMER APELLIDO* | *SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)* | *NOMBRES* |
|---|---|---|
| VARGAS | QUINTERO | JHON JAIR |

| *DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN* | *SEXO* | *NACIONALIDAD* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| C.C ● C. E PAS No. 1.124.848.711 | F ○ M ● | COL. ● EXTRANJERO ○ | COLOMBIA |

*LIBRETA MILITAR*

PRIMERA CLASE ● SEGUNDA CLASE NÚMERO 1.124.848. 711 D.M

*FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO*

FECHA DÍA 11 MES 04 AÑO 1986

PAÍS COLOMBIA

DEPTO PUTUMAYO

MUNICIPIO MOCOA

*DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA*

VEREDA ALTO PORVENIR

PAÍS COLOMBIA DEPARTAMENTO PUTUMAYO

MUNICIPIO MOCOA TELÉFONO 310 5780708

E-MAIL jair46298@gmail.com

## 2. ESTUDIOS REALIZADOS

### *EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA*

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

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

*TÍTULO OBTENIDO:* BACHILLER ACADEMICO

*FECHA DE GRADO:* 02 DE DICIEMBRE DE 2006

MES 12 AÑO 2006

### *EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)*

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

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

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

| *MODALIDAD ACADÉMICA* | *No. SEMESTRES APROBADOS* | *GRADUADO SI* | *GRADUADO NO* | *NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO* | *TERMINACIÓN MES* | *TERMINACIÓN AÑO* | *No. DE TARJETA PROFESIONAL* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TC | 3 | X | | Auxiliar en Enfermería | MAR | 2016 | |
| TC | 3 | X | | Gestor Comunitario | DIC | 2018 | |
| TC | 3 | X | | Sistemas Agropecuarios Agroecológicos | DIC | 2020 | |
| TC | 3 | X | | Investigación Criminalística y Judicial | DIC | 2022 | |

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

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

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

## 3. EXPERIENCIA LABORAL

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

***EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE***

| EMPRESA O ENTIDAD ACTUAL | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| | | | |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| | | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| | DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO |

| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| | | |

***EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR***

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| ALCALDIA MUNICIPAL DE MOCOA PUTUMAYO | X | | COLOMBIA |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| PUTUMAYO | MOCOA | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| | DÍA 10 MES 02 AÑO 2023 | DÍA 10 MES 09 AÑO 2023 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| APOYO TECNICO AGROPECUARIO | | |

***EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR***

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| ANDINA SOLUCIONES EMPRESARIALES S.A.S. | | X | COLOMBIA |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| PUTUMAYO | MOCOA | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| | DÍA 29 MES 11 AÑO 2023 | DÍA 29 MES 04 AÑO 2024 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| APOYO TECNICO AGROPECUARIO | | MUNICIPIO DE MOCOA |

***EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR***

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| ASSOZIACIONE COSPE ONLUS | | X | COLOMBIA |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| PUTUMAYO | MOCOA | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| | DÍA 11 MES 04 AÑO 2023 | DÍA 27 MES 09 AÑO 2023 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| TECNICO AGROPECUARIO BPA - ECAS | | MUNICIPIO DE MOCOA |

# 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 ACTUAL | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| | | | |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| | | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| | DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO |

| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| | | |

***EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR***

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| ALCALDIA MUNICIPAL DE MOCOA | X | | COLOMBIA |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| PUTUMAYO | MOCOA | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| | DÍA 10 MES 02 AÑO 2023 | DÍA 29 MES 09 AÑO 2023 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| TECNICO AGROPECUARIO DE CAMPO | | MUNICIPIO DE MOCOA |

***EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR***

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| FUNDACION PUTUMAYO SOCIAL | | X | COLOMBIA |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| PUTUMAYO | MOCOA | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| | DÍA 01 MES 02 AÑO 2021 | DÍA 21 MES 01 AÑO 2023 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| TECNICO AGROPECUARIO | | MUNICIPIO DE MOCOA |

***EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR***

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| FUNDACION PUTUMAYO SOCIAL | | X | COLOMBIA |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| PUTUMAYO | MOCOA | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| | DÍA 14 MES 01 AÑO 2019 | DÍA 18 MES 12 AÑO 2020 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| TECNICO – GESTOR COMUNITARIO | | MUNICIPIO DE MOCOA |

**FORMATO ÚNICO**

# HOJA DE VIDA

**Persona Natural**

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

## 4. TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA LABORAL

| *OCUPACIÓN* | *TIEMPO DE EXPERIENCIA* | |
|---|---|---|
| | *AÑOS* | *MESES* |
| *SERVIDOR PÚBLICO* | | 8 |
| *EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO* | 4 | 10 |
| *TRABAJADOR INDEPENDIENTE* | | |
| ***TOTAL, TIEMPO EXPERIENCIA*** | 5 | 6 |

## 5. FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

13-08-2025

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.

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*






ICCOL0014652512640O1<<<<<<<<<<<
8604116M3112205COL1124848711<4
VARGAS<QUINTERO<<JHON<JAIR<<<<



REPÚBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES
Tarjeta Reservista Primera Clase

NÚMERO 1124848711

APELLIDOS Y NOMBRES
VARGAS QUINTERO
JHON JAIR

PERTENECE A LA RESERVA DE:

| 1ª LINEA | 2ª LINEA | 3ª LINEA |
|---|---|---|
| 31 DIC 2016 | 31 DIC 2026 | 31 DIC 2036 |

FECHA DE EXP. 10-DIC-2007 ESP. MIL AUX. PONAL

PROFESION BACHILLER UM PONAL

CDTE. DE DISTRITO



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICIA NACIONAL

TARJETA DE CONDUCTA

EL COMANDANTE DEL DEPARTAMENTO
DE POLICIA PUTUMAYO
HACE CONSTAR QUE EL AUXILIAR DE POLICIA

VARGAS QUINTERO JHON JAIR

Con tarjeta de reservista No. 1124848711 observó Conducta
EXCELENTE durante el servicio militar obligatorio prestado en
esta unidad del 310107 al 010108

Mocoa 010108 CR. HERNANDO TARA CONCHA
LUGAR Y FECHA FIRMA Y POSTFIRMA CDTE. DEPTO.



REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

Libertad y Orden

No. 1124848711

NOMBRE

JHON JAIR VARGAS QUINTERO

FECHA DE NACIMIENTO

11-04-1986

GRUPO SANGUÍNEO-RH

O+

FECHA DE EXPEDICION

14-10-2021

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR

ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR

STRIA TTEyTTO MCPAL SANTA FE ANTIOQUIA

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO No. 278546259

PIB
13:52:08


Bogotá DC, 15 de agosto 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) JHON JAIR VARGAS QUINTERO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1124848711:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

Carlos William Rodríguez Millán
Jefe División de 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 viernes 15 de agosto de 2025, a las 13:04:53, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 1124848711 |
| Código de Verificación | 1124848711250815130453 |

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

## Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 04:35:37 PM horas del 15/08/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1124848711**

Apellidos y Nombres: **VARGAS QUINTERO JHON JAIR**

**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.

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

# Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

## La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 15/08/2025 05:19:31 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1124848711 JHON JAIR VARGAS 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. **121640888** . 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

TIC

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

## CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1124848711 **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 15/08/2025 04:42 PM

Código Verificación: **JYQ3XDP2GS**

Válida hasta: **13/11/2025**

---

**Dirección de Gobierno Digital**

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

# 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 11:05:12 horas del 20/08/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1224848711,**

**NO REGISTRA INHABILIDAD**

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ALCALDIA DE MOCOA** , con NIT **800102891-6** 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

**Horario:** Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
**Dirección:** Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
**Teléfonos:** 515 97 00 ext. 30552 (Bogotá D.C.) | 01 8000 112 712 (resto del país)
**Correo:** dijin.araic-atc@policia.gov.co
**Web:** www.policia.gov.co/dijin
**Instagram:** /dijinpolicia
**Twitter:** @DIJINPolicia

© 2025

Presidencia de la República  Ministerio de Defensa Nacional  Colombia compra eficiente  GOV.CO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14901071514

(415)7707212489984(8020) 000001490107151 4

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 1 2 4 8 4 8 7 1 1 | 1 | Impuestos y Aduanas de Popayán | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 1 2 4 8 4 8 7 1 1 | 2 0 0 4 0 4 2 6 |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Putumayo 8 6 | Mocoa 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| VARGAS | QUINTERO | JHON | JAIR |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| D´KLARIZ PELUQUERIA | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Cauca 1 9 | Piamonte 5 3 3 |

41. Dirección principal: CR 12 7 30 BRR CENTRO

42. Correo electrónico: jair46298@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 1 0 5 7 8 0 7 0 8 | |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8 2 9 9 | 2 0 1 7 0 2 0 2 | 0 1 6 1 | 2 0 2 2 0 3 1 0 | | | | | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 4 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

53. Código 49

49 - No responsable de IVA

### Obligados 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 [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2023 - 03 - 07 / 08 : 49: 28

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 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre VARGAS QUINTERO JHON JAIR
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario
## Establecimientos

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14901071514

(415)7707212489984(8020) 000001490107151 4

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 1 2 4 8 4 8 7 1 1 | 1 | Impuestos y Aduanas de Popayán | |

**Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros**

**1**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| Establecimiento de comerci 0 2 | Comercio al por mayor de otros tipos de maquinaria y equipo n.c.p. 4 6 5 9 |

162. Nombre del establecimiento: WONDERFUL WARE HOUSE OF CELULARES AND ACCESORY

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| Putumayo 8 6 | Mocoa 0 0 1 |

165. Dirección: AV. COLOMBIA

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
|---|---|
| 0 0 0 0 0 3 8 4 1 5 | 2 0 1 0 0 3 1 5 |
| **168. Teléfono** | **169. Fecha de cierre** |
| 3 2 1 7 3 7 4 4 4 5 | 2 0 1 5 0 7 1 2 |

**2**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| Establecimiento de comerci 0 2 | Peluquería y otros tratamientos de belleza 9 6 0 2 |

162. Nombre del establecimiento: D´KLARIZ PELUQUERIA

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| Cauca 1 9 | Piamonte 5 3 3 |

165. Dirección: BRR CENTRO

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
|---|---|
| 1 8 4 8 5 4 | 2 0 1 8 0 9 2 8 |
| **168. Teléfono** | **169. Fecha de cierre** |
| 3 2 0 2 6 5 1 9 0 5 | |

**3**

| 160. Tipo de establecimiento | 161. Actividad económica |
|---|---|
| | |

162. Nombre del establecimiento:

| 163. Departamento | 164. Ciudad/Municipio |
|---|---|
| | |

165. Dirección

| 166. Número de matrícula mercantil | 167. Fecha de la matrícula mercantil |
|---|---|
| | |
| **168. Teléfono** | **169. Fecha de cierre** |
| | |

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En cumplimiento de la Ley 119 de 1994*

*Hace constar que*

**JHON JAIR VARGAS QUINTERO**

*Con Cédula de Ciudadania No. 1124848711*

*Cursó y aprobó la acción de Formación*

**MANIPULACION DE ALIMENTOS**

*con una duración de 48 horas*

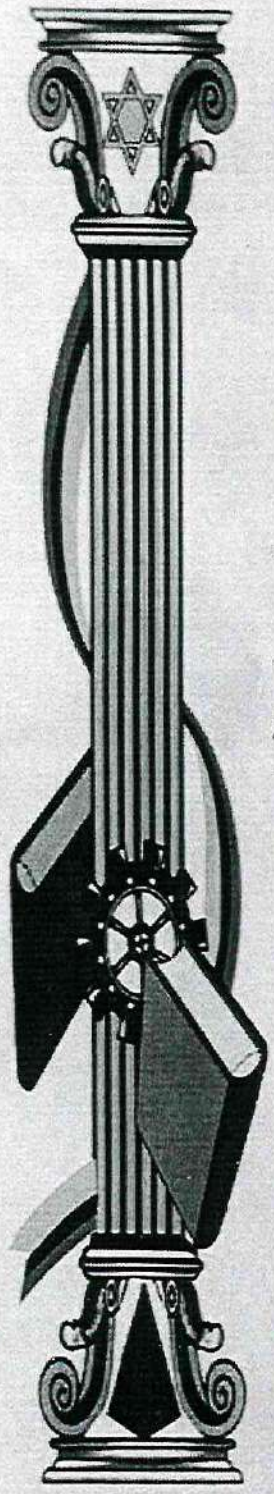
*En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Mocoa, a los seis (6) días del mes de agosto de dos mil veinticinco (2025)*

Firmado Digitalmente por

FREIDER ALEJANDRO NARVAEZ HERRERA
Subdirector (E)
CENTRO AGROFORESTAL Y ACUICOLA ARAPAIMA
REGIONAL PUTUMAYO

106983380 - 06/08/2025
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9518003285985CC1124848711C.



LA REPUBLICA DEL ECUADOR

FUNDACIÓN ALTRUISTA

*Expide el presente certificado a favor de:*

**VARGAS QUINTERO JHON JAIR**

*Por su participación y aprobación del curso de:*

**AUXILIAR DE ENFERMERÍA**

*con la duración de 650 horas presenciales, investigación y prácticas hospitalarias, con el auspicio del Ministerio de Salud Pública.*

*Dado y firmado en Guayaquil* **12 de Marzo del 2016**

*M.Sc. Antonio Gutiérrez Peñafiel*
*Presidente Ejecutivo*
*Fundación Altruista*

*M.Sc. Edmon White Centeno*
*División Académica*

Dr. Pedro [illegible] M.Sc.
REG. SAN. 4971 APIL.COL. 11262

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
GUAYAQUIL - ECUADOR

Fundación Altruista MSP

Libertad y Orden

La República de Colombia

y en su nombre la:

# Institución Educativa Ciudad Mocoa

## Mocoa - Putumayo

Autorizado por la Secretaría de Educación y Cultura
del Departamento del Putumayo, según Decreto No. 0157
del 03 de Febrero de 2003

## Confiere a:

## Jhon Jair Vargas Quintero

C.C. 1.124.848.711 de Mocoa - Putumayo

## El Título de:

# Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, (Artículo 20 Ley 115 de 1994); según los planes y programas vigentes.

Rector
Esp. Humberto Daniel Mora Acosta

Secretaria
Esp. Gabriela Vallejo Ordóñez

*Anotado al Folio No.* 18 *del Libro de Registro No.* 01

Dado en Mocoa Putumayo, a los 2 días del mes de Diciembre de 2006

# Institución Educativa
# " Ciudad Mocoa "
## Mocoa - Putumayo

**Acta de Grado No. 09**

**Inscripción ICFES No. 079418**
**CODIGO DANE No. 18600103284**

*En la ciudad de Mocoa Putumayo a los dos (2) días del mes de Diciembre de dos mil seis (2006) se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes del último grado los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría de la:*

*INSTITUCIÓN EDUCATIVA "CIUDAD MOCOA"*

*Institución aprobada en el Nivel de Educación Media Académica y autorizada por la Secretaría de Educación del Departamento del Putumayo, Mediante Resolución No. 0157 del 03 de Febrero de 2003 para otorgar el Título de:*

*BACHILLER ACADÉMICO*

*Comprobada la situación legal y Académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron estudios correspondientes al Nivel de la Educación Media Académica, se procedió a otorgar el título de*

*BACHILLER ACADÉMICO*

*al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identificación se relaciona a continuación:*

# Jhon Jair Vargas Quintero

C.C. 1.124.848.711 de Mocoa - Putumayo

*Es fiel copia tomada del Acta de Original No.09 de fecha 02 de Diciembre de 2006*
*que consta de 50 estudiantes que comienza con el nombre de:*
*ACOSTA BENAVIDES MARÍA ALEJANDRA*
*y se cierra con el nombre de: VIVEROS IBARRA OMAR JEYSON*

*En constancia se firma la presente por quienes intervinieron en cumplimiento de lo ordenado en el Artículo 7o. Del Decreto 180 de 1.981, el Decreto 921 de 1.994 y el Decreto 0230 de 2002*
*Firmado y Sellado por : Esp. HUMBERTO DANIEL MORA ACOSTA (Rector)*
*Y Esp. GABRIELA VALLEJO ORDÓÑEZ (Secretaria)*

**Rector**
**Esp. Humberto Daniel Mora Acosta**
**C. C. No. 5.297.711 de Macua (P.)**

**Secretaria**
**Esp. Gabriela Vallejo Ordóñez**
**C. C. No. 27.474.279 de San Francisco (P.)**

**Dado en Mocoa Putumayo, a los 02 días del mes de Diciembre de 2006**

*República de Colombia*

Y en su nombre
El

# POLITÉCNICO NACIONAL DE ARTES Y OFICIOS "PONAO"

## INSTITUCIÓN DE EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO

Licencia de Funcionamiento según Resolución No. 20181700055464 del 18 de Junio de 2018
Registro de Programa No. 20181700066584 del 23 de Julio de 2018,
Expedido por la Secretaria de Educación de la Ciudad de Popayán

# Jhon Jair Vargas Quintero

C.C. 1124848711 Mocoa - Putumayo

Terminó satisfactoriamente los estudios correspondientes al programa de TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN GESTOR COMUNITARIO con una intensidad horaria de 1.200 horas y cumplió los requisitos establecidos en el decreto 4904 de Diciembre del 2009, expedido por el Ministerio de Educación Nacional, le confiere el Certificado de Aptitud Ocupacional en la Modalidad de:

## TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN GESTOR COMUNITARIO

Dado en Popayán, a los 01 días del mes de Diciembre de 2018

PONAO Rector

**Esp. LUIS ANTONIO RUIZ CICERY**
C.C. 17.683.329 de Belén de los Andaquies
Rector

PONAO Secretaria

**ENITH VIVIANA BAILON MORALES**
C.C. 1.010.068.437 de Cali
Secretaria General (e)

Anotado al folio 1 Libro 01 Consecutivo 14

## *LA REPÚBLICA DE COLOMBIA*

*Y en su nombre el*

## *EL POLITÈCNICO NACIONAL DE ARTES Y OFICIOS "PONAO"*

*Licencia de Funcionamiento según Resolución No. 20181700055464 del 18 de Junio de 2018 y Registro de Programa No. 20181700066584 del 23 de Julio de 2018, Expedido por la Secretaría de Educación del Municipio de Popayán.*

# *ACTA DE GRADO INDIVIDUAL*

*En Popayán, a los (01) días del mes de Diciembre de 2018, en el auditorio de la Institución se realizó la ceremonia para certificar a los estudiantes que terminaron satisfactoriamente sus estudios correspondientes a el Programa* ***TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN GESTOR COMUNITARIO*** *de esta Institución con una duración de 1.200 horas, el señor rector confiere a:*

*Al graduando cuyo nombre y apellidos se relacionan a continuación:*

*Vargas Quintero Jhon Jair*

C C 1.124.848.711 de Mocoa Putumayo

*El certificado de Aptitud Ocupacional en la modalidad de* ***TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN GESTOR COMUNITARIO*** *según el decreto 4904 de Diciembre del 2009, después de haber cursado y aprobado los estudios correspondientes, así como la práctica requerida. La presente acta es fiel copia tomada del acta original No.* ***01*** *que consta de Treinta y Siete (37) graduandos que comienzan con el nombre de* ***CUARAN TRUJILLO ALEXANDRA LORENA*** *y termina con el nombre de* ***SALAS BOLAÑOS YURLY ANDREA****, Firmada y sellada por* ***LUIS ANTONIO RUIZ CICERY*** *Rector y* ***ENITH VIVIANA BAILON MORALES*** *Secretaria General (E).*

*No siendo otro el objeto de la ceremonia se dio por terminada y para constancia se firma en Popayán- Cauca, a los (01) días del mes de Diciembre de 2018.*

PONAO Rector

**Esp. LUIS ANTONIO RUIZ CICERY**
C.C. 17.683.329 de Belén de los Andaquies
Rector

PONAO Secretaria

**ENITH VIVIANA BAILON MORALES**
C.C. 1.010.068.437 de Cali
Secretaria General (E)

No requiere de registro en la Secretaría de Educación, según decreto 921 del 6 de mayo de 1994 y 2150 del 5 de diciembre de 1.995 de la Presidencia de la República

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

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

## JHON JAIR VARGAS QUINTERO

*Con Cedula de Ciudadania No. 1124848711*

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

**Título de**

**TÉCNICO EN**

## SISTEMAS AGROPECUARIOS ECOLOGICOS.

*En testimonio de lo anterior, se firma el presente Titulo en Piamonte, a los dieciocho (18) dias del mes de diciembre de dos mil veinte (2020)*

Firmado Digitalmente por

SERGIO FABRICIO LOPEZ MUÑOZ
Subdirector (E) CENTRO AGROPECUARIO
REGIONAL CAUCA

**54367213 - 18/12/2020**
No y FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 911300169901 3CC1124848711C

REGIONAL CAUCA
CENTRO AGROPECUARIO

# ACTA DE GRADO

No Y FECHA REGISTRO 54367213- 18/12/2020

# EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

## CONSIDERANDO

**Que: JHON JAIR VARGAS QUINTERO. Con Cedula de Ciudadania No. 1124848711**

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

# TÉCNICO EN SISTEMAS AGROPECUARIOS ECOLOGICOS.

En constancia de lo anterior se firma la presente en Piamonte. a los dieciocho (18) días del mes de diciembre de dos mil veinte (2020)

Firmado Digitalmente por

SERGIO FABRICIO LOPEZ MUÑOZ
Subdirector (E) CENTRO AGROPECUARIO
REGIONAL CAUCA

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 911300169B013CC1124848711A.

*La República de Colombia*

y en su nombre

**Politécnico Internacional Colombiano**

# POLINTEC

***Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano***

*Con reconocimiento oficial de la Secretaria de Educación para ofrecer educación según Resolución No. 4820 de 10 de noviembre de 2015, 0765 de marzo 06 de 2017 y 3823 de septiembre 24 de 2021*

## Confiere a:

# JHON JAIR VARGAS QUINTERO

***Identificado(a) con C.C. 1124848711***

## El Certificado de:

**Técnico Laboral por competencias en :**

# *Investigación Criminalística y Judicial*

*Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes a los planes y programas vigentes contemplados en el Proyecto Educativo Institucional.*

**John Jairo Leon Hurtado**
Director General

**Juan Carlos Leon Hurtado**
Director Administrativo

**Geydi Deyanira Acosta Caicedo**
Coordinador Academico

**Diana Milena Valencia Tapia**
Secretaria

Registro No. 4721 Anotado al Folio No. 85 Acta de Certificación No. 51
Dado en Mocoa - Putumayo, a los once (11) dias del mes de diciembre de 2022

# POLÍNTEC

## POLITÉCNICO INTERNACIONAL COLOMBIANO

**ACTA No. 51**

**El Director de Politécnico Internacional Colombiano - POLINTEC, aprobado mediante Resolución No. 4820 de 10 de noviembre de 2015, 0765 de marzo 06 de 2017 y 3823 de septiembre 24 de 2021 emanada por Secretaria de Educación.**

## CERTIFICA:

Que segun Resolucion No. 052 de 30 de noviembre de 2022 , en esta fecha se reunieron las directivas de la institùción para comprobar la situación legal, académica, administrativa y normativa de cada uno de los estudiantes que cursaron y aproberon los estudios correspondientes a la formación técnica, verificado esto se procede a autorizar la expedición del certificado que acredita como:

# Tecnico en Investigación Criminalística y Judicial

## a:

## *JHON JAIR VARGAS QUINTERO*

***C.C. 1124848711***

Este certificado se otorga en atención a que el Alumno cursó y aprobó en el Politécnico, el programa de formación de Técnica, de acuerdo a las normas emanadas por el Ministerio de Educación Decreto 1075 de 26 de mayo 2015.

Tomado de la Resolución Interna No. 052 de 30 de noviembre de 2022 firmado por John Jairo Leon Hurtado, Director General del Instituto POLINTEC.
Registro Interno No. 4721

En fe de lo anterior se firma el presente certificado.

**JOHN JAIRO LEON HURTADO**
**Director**

*"Piensa en tu Futuro"*

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En cumplimiento de la Ley 119 de 1994*

***Hace constar que***

**JHON JAIR VARGAS QUINTERO**

*Con Cédula de Ciudadanía No. 1124848711*

*Cursó y aprobó la acción de Formación*

**DIAGNOSTICO DE LA ZONA DE ESTUDIO, LA ORGANIZACION Y EMPRESA AGROPECUARIA RURAL**

*con una duración de 96 horas*

*En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Villagarzón (Villa Amazónica), a los dieciseis (16) días del mes de diciembre de dos mil veinticuatro (2024)*

Firmado Digitalmente por

FREIDER ALEJANDRO NARVAEZ HERRERA
Subdirector (E)
CENTRO AGROFORESTAL Y ACUICOLA ARAPAJMA
REGIONAL PUTUMAYO

**101630123 - 16/12/2024**
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9518903095983CC1124848711C.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En cumplimiento de la Ley 119 de 1994*

***Hace constar que***

**JHON JAIR VARGAS QUINTERO**

*Con Cédula de Ciudadania No. 1124848711*

*Cursó y aprobó la acción de Formación*

**ELABORACION DEL PLAN DE INTERVENCION PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO DE EXTENSION AGROPECUARIA**

*con una duración de 96 horas*

*En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Villagarzón (Villa Amazónica), a los dieciseis (16) dias del mes de diciembre de dos mil veinticuatro (2024)*

Firmado Digitalmente por

FREIDER ALEJANDRO NARVAEZ HERRERA
Subdirector (E)
CENTRO AGROFORESTAL Y ACUICOLA ARAPAIMA
REGIONAL PUTUMAYO

**101631053 - 16/12/2024**
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 95180030959733CC1124848711C.

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
NIT. 900882702-0
*Fundación Cultural Sueños Cumplidos*

LA FUNDACION CULTURAL SUEÑOS CUMPLIDOS
NIT 900882702-0

Asunto: CERTIFICADO LABORAL

Que el señor, **JHON JAIR VARGAS QUINTERO**, mayor de edad, identificado con cedula de ciudadanía No. 1.124.848.711 de Mocoa Putumayo, presto los servicios como apoyo personal de logística, en los servicios de MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS en los eventos proyectos y ejecutados por la fundación, su vinculación desde el 12 de abril del 2024 al 15 de marzo del 2025, demostrando responsabilidad y compromiso en sus labores asignadas.

Dada en Mocoa a los (19) días del mes de agosto de 2025

**RAUMIR TENORIO PERDOMO**
C.C 15571715 DE PUERTO CAICEDO
REPRESENTANTE LEGAL FUNDACION CULTURAL SUEÑOS CUMPLIDOS
Calle 7 No.6-42 Barrio las Américas - Código postal 860001
Profesional en salud ocupacional
Especialista en gestión cultural
Especialista en Gerencia de Proyectos
Magister en Administración de Derechos Humanos
Cel. 314-47-65-935-098-42-04-038
Email- raumir.tenorio@hotmail.com

**IPS SAMYSALUD SAS**

**Codigo de habilitacion 860010062701 NIT: 900506634-7**

**Dir. CRA 7B No. 17B-40 Tel. 3102363271 - 4204779.**

**CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL**

Folio No: 114325 Admision No: 0

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **PACIENTE:** | VARGAS QUINTERO JHON JAIR | **E.CIVIL:** | Union Libre | FECHA ATENCION: | 19/08/2025 03:15 p. m. |
| **IDENTIFICACION:** | CC1124848711 | **EDAD:** | 39 Años 4 Meses | | |
| **No HISTORIA:** | 1124848711 | **SEXO:** | Masculino | **TELEFONO:** | 3105780708 |
| **EMPRESA:** | PARTICULAR. | **FEC. NAC:** | 11/04/1986 | **MUNICIPIO:** | MOCOA PUT |
| **REGIMEN:** | . | | | **DIRECCION:** | ALTO PORVENIR |

## INFORMACION GENERAL:

EMPRESA: . . . . . ALCALDIA DE MOCOA
CARGO: . . . . . CONTRATISTA
TIPO DE EXAMEN:. . . EXAMEN MÉDICO LABORAL DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR Y DE MANIPULACION DE ALIMENTOS
CONCEPTO DE APTITUD: SIN RESTRICCIONES PARA LAS ACTIVIDADES DEL CARGO

## EXAMENES REALIZADOS:

OSTEOMUSCULAR: . . . . . NORMAL
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL: SATISFACTORIO
OTROS EXAMENES. . . . . COPROLOGICO NEGATIVO, KOH DE UÑAS NEGATIVO, FROTIS DE GARGANTA, SEROLOGIA N O REACTIVO

## RECOMENDACIONES:

CAPACITACIÓN RIESGO DE LA EMPRESA
HIGIENE POSTURAL Y DEL SUEÑO
PAUSAS ACTIVAS
CULTURA DEL AUTOCUIDADO
USO OBLIGATORIO, ADECUADO Y PERMANENTE DE EPP CONFORME A LOS PELIGROS IDENTIFICADOS Y NIVEL DE EXPOSICIÓN

ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
ALIMENTACIÓN BALANCEADA
EJERCICIO REGULAR
USO DE PROTECTOR SOLAR
HIDRATACIÓN PERMANENTE
BUENAS PRÁCTICAS HIGIÉNICO-DIETÉTICAS (LAVADOS FRECUENTES DE MANOS- AGUA POTABLE)
ESQUEMA DE VACUNACIÓN COMPLETO VIGENTE (TÉTANOS, FIEBRE AMARILLA)
MANEJO DEL ESTRÉS

## SEGUIMIENTO:

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA
SVE BIOMECÁNICO
SVE RESPIRATORIO
SVE AUDITIVO
SVE PSICOSOCIAL
SVE CARDIOVASCULAR
SVE DERMATOLÓGICO
SVE GASTROINTESTINAL (SI APLICA POR CONDICIONES DE CAMPO)

## OBSERVACIONES:

SIN RESTRICCIONES PARA LAS ACTIVIDADES DEL CARGO






Firma del Paciente

**PROFESIONAL:** MEJIA BURBANO CARMEN ELISA O
**ESPECIALIDAD:** MEDICO OCUPACIONAL
**REGISTRO:** SIN DATOS
**IDENTIFICACION:** CC 69005141



Fec Impresion: 19/08/2025 03:32:43 p. m. Usuario: DAYANAY Infosalud Net

# PSICOLOGA

FUNDACIÓN HUELLAS
NIT. 900.445.971-1
REP. LEGAL. ALBA EDITH ACOSTA GAVIRIA C.C. NO. 41.170.881
VILLAGARZÓN

Fundacion Huellas
NIT. 900.445.971 - 1

Mocoa, agosto de 2025

Señores
ALCALDIA DE MOCOA
Calle 7 No. 6-42 B/Centro

Referencia: Manifestación de interés y disponibilidad como integrante de la propuesta presentada por FUNDACION HUELLAS.

YO, MARCY ZULENNY JAMIOY MUTUMBAJOY, de acuerdo a las condiciones establecidas en el proyecto denominado **"APOYO A LA ATENCION DEL ADULTO MAYOR CON SERVICIOS INTEGRALES EN CENTRO DÍA. MUNICIPIO DE MOCOA DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO"**, Presento mi hoja de vida e interes de participar como Psicologa, para la ejecución del convenio de asociación, resultante del proceso de la referencia.

Atentamente,

Marcy Zulenny Jamioy

Nombres: **MARCY ZULENNY JAMIOY MUTUMBAJOY**

C.C.1.061.776.543 de Mocoa



Calle 14 N° 7-37 B/ Olímpico Mocoa Putumayo
CELULAR 3219089277
Fundacionhuellas01@gmail.com

Psicología

# MARCY ZULENNY JAMIOY MUTUMBAJOY

Psicóloga

## PERFIL

Profesional en Psicología, competente enfocada en la investigación, desarrollo e innovación, con un profundo conocimiento para responder de manera adecuada a las necesidades de la población. mi vocación de servicio hacia la comunidad se destaca por mi capacidad crítica y creativa, acompañada de una notable sensibilidad y empatía para establecer vínculos efectivos durante las intervenciones previas. Me caracterizo por mi responsabilidad y sentido ético, cualidades esenciales en el ejercicio profesional.

## CONTACTO

TELÉFONO:
3225919176

CORREO ELECTRÓNICO:
Jamioymarcy77@gmail.com

## EDUCACIÓN

**Psicóloga**
22/07/2016
Fundación Universitaria de Popayán

**Técnico laboral por competencias en seguridad ocupacional 20/12/2018**
Centro de servicios y capacitación Comfacauca

**Diplomado en sistemas integrados de gestión en calidad, medio ambiente, seguridad y salud en el trabajo hsq**
10/04/2016
Corporación internacional de lideres ONG

## EXPERIENCIA LABORAL

**Cabildo inga pakai - Gobernadora**
01-2025 / 12/2026
· Liderazgo legal y autoridad máxima del Cabildo, representando a la comunidad ante terceros. · Resolución efectiva de conflictos e impartición de justicia comunitaria. · Gestión de proyectos que promueven el bienestar común. · Orientación y guía a la comunidad en procesos colectivos e individuales. · Elaboración y organización de documentos relevantes, asegurando su archivo en medios físicos y digitales. · Informe continuo a la asamblea sobre compromisos y participaciones con entes estatales, ONG y asociaciones. · Socialización con la comunidad sobre participaciones clave y decisiones importantes.

**Consorcio Interdragados Mocoa – profesional social**
27/08/2021 – 24/12/2022
Profesional social en la obra de recuperación mediante la construcción de Jarillón y espolones sector rio Mocoa.

**Promotora de derechos para la implementación del programa generaciones étnicas con bienestar – acimvip (icbf)**
03/2022 – 07/2022

**Hospital Alcides Jiménez – Psicóloga – PIC**
1/08/2019 – 30/11/2019
Desarrollo de actividades programadas dentro del plan de intervenciones colectivas a nivel del municipio de Puerto Caicedo perteneciente al departamento del Putumayo.

**Psicóloga – unimap eu ips**
01/04/2017 – 01/07-2017
Apoyo psicosocial: capacitaciones a personal docente de los diferentes centros educativos del departamento del Putumayo

**Psicóloga – kawallu sas**
03/09/2916 – 19/11/2016
Desarrollo de talleres sobre inteligencia emocional y desarrollo de terapias complementarias (equino-terapia) a niños con y sin NEE (necesidades educativas especiales)

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 05 de agosto de 2025, a las 06:42:42, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 1061776543 |
| Código de Verificación | 1061776543250805064242 |

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

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

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 06:45:32 AM horas del 05/08/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1061776543**
Apellidos y Nombres: **JAMIOY MUTUMBAJOY MARCY ZULENNY**

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

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

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

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

DIJIN

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

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

# Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

## La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 13/08/2025 03:54:39 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1061776543** y Nombre: **MARCY ZULENNY JAMIOY MUTUMBAJOY.**

**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. **121494909** . 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

TIC

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

## CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1061776543 **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 14/08/2025 01:24 PM

Código Verificación: **SWJRD9Q7ZU**

Válida hasta: **12/11/2025**

---

**Dirección de Gobierno Digital**

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

# 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 11:10:58 horas del 20/08/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1061776543,** Apellidos y Nombres **JAMIOY MUTUMBAJOY MARCY ZULENNY**

**NO REGISTRA INHABILIDAD**

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ALCALDIA DE MOCOA**, con NIT **800102891-6** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E INTERPOL

© 2025

**Horario:** Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
**Dirección:** Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
**Teléfonos:** 515 97 00 ext. 30552 (Bogotá D.C.) | 01 8000 112 712 (resto del país)
**Correo:** dijin.araic-atc@policia.gov.co
**Web:** www.policia.gov.co/dijin
**Instagram:** /dijinpolicia
**Twitter:** @DIJINPolicia

Presidencia de la República · Ministerio de Defensa Nacional · Colombia compra eficiente · GOV.CO

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141157844148

(415)7707217489984(8020) 000014115784414 2

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|---|
| 1 0 6 1 7 7 6 5 4 3 | 0 | Impuestos y Aduanas de Puerto Asís | 4 6 | |

## 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 6 1 7 7 6 5 4 3 |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Cauca 1 9 | Popayán 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| JAMIOY | MUTUMBAJAOY | MARCY | ZULENNY |

azón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| EL RINCON DEL TURMEQUE | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Putumayo 8 6 | Villagarzón 8 8 5 |

41. Dirección principal
BRR MARCO PLAZA

42. Correo electrónico pakaicabildoinga@gmail.com

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

## 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 |
| 5 6 3 0 | 2 0 2 2 1 2 0 3 | 7 4 9 0 | 2 0 1 8 0 8 0 8 | 8 2 9 9 | | |

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 5 2 2 4 9 5 2

impto. renta y compl. régimen ordinar

22- Obligado a cumplir deberes formales a

49 - No responsable de IVA

52 - Facturador electrónico

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

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

## Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

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 JAMIOY MUTUMBAJAOY MARCY ZULENNY

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

# La Fundación Universitaria de Popayán

Personería Jurídica Nº 10161 del 28 de Junio de 1989 del Ministerio de Educación Nacional

En nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación Nacional,
en atención a que

## Marcy Zulenny Jamioy Mutumbajoy

c.c. Nº 1.061.776.543 de Popayán

ha cumplido con todos los requisitos legales y estatutarios, le otorga el título de

## Psicóloga

con todos los derechos, privilegios y dignidades que la facultan para el ejercicio profesional.

Popayán, 22 de Julio de 2016.

Registrado en el folio 84 del Libro de Diplomas Nº 46.

Acta de Grado Nº 8.

República de Colombia Popayán (C)
Como Notario Tercero del Circulo de Popayan, doy fe que esta fotocopia coincide con el ORIGINAL que he tenido a la vista

04 ABR 2025

MARIO OSWALDO ROSERO MERA
NOTARIO TERCERO

Rector

Susana E Haya Arias
Decano

Secretario General

La República de Colombia

y en su nombre

El Centro de Servicios y Capacitación

**comfacauca**

Con Licencia de Funcionamiento No. 01013 del 26 de agosto de 2005
emanada de la Secretaria de Educación de Popayán

Certifica a:

# Marcy Zulenny Jamioy Mutumbajoy

Identificada con la Cédula No. 1.061.776.543

como

## Técnico Laboral por Competencias en Seguridad Ocupacional

con una intensidad de 1450 horas

Programa con Resolución 2014700024484 de 7 de mayo de 2014

Por haberse matriculado, asistido, cursado y aprobado el Programa de Formación para el Trabajo y Desarrollo Humano, en cumplimiento del proyecto educativo institucional.

En testimonio de lo anterior se firma en Popayán
a los (20) días del mes de Diciembre del año dos mil dieciocho (2018).

Karen Ximena Vargas Tobar
Coordinadora Capacitación

Jhuly Andrea Daza Martínez
Secretaria

Anotado en el libro No. 134 Folio 9

comfacauca
Centro de Servicios Capacitación

Carrera 9 No. 3-23 Teléfono: 8231868 ext 255
Popayán

**ACTA DE GRADO Nº. 201218**
**La República de Colombia**
**y en su nombre**
**El Centro de Servicios y Capacitación**
**comfacauca**
Con Licencia de Funcionamiento No. 01013 del 26 de agosto de 2005
emanada de la Secretaria de Educación de Popayán

Comprobada la situación legal y Académica de el (la) estudiante

**Marcy Zulenny Jamioy Mutumbajoy**

Identificada con la Cédula No. 1.061.776.543

y de conformidad con el reglamento pedagógico del área de Capacitación,
habiendo realizado la practica empresarial requerida por el programa
y el informe de pasantía laboral.

**RESUELVE**

La Caja de Compensación Familiar del Cauca Comfacauca
y en su nombre el área de Capacitación,
en atención a que el estudiante en mención ha cumplido con todos los requisitos legales
reglamentarios le confiere el certificado de:

**Técnico Laboral por Competencias**
**en Seguridad Ocupacional**

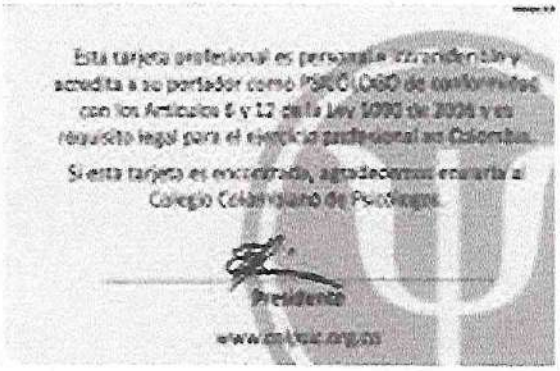
El acta de grado se entrega mediante resolución
de Coordinación de Capacitación del 20 de Diciembre de 2018
Tomado del libro de Actas No 134, Folio 9

Para constancia se firma en Popayán
a los (20) días del mes de Diciembre del año dos mil dieciocho (2018).

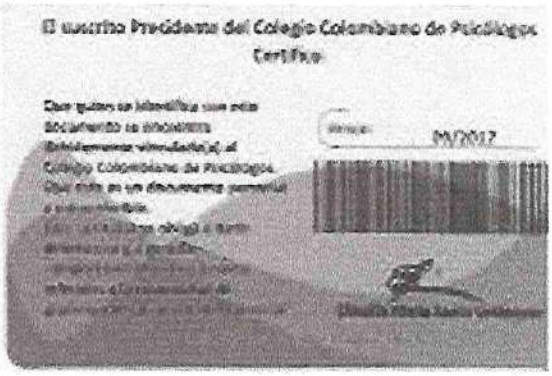
Karen Ximena Vargas Tobar
Coordinadora Capacitación

Jhuly Andrea Daza Martínez
Secretaria


República de Colombia
Colegio Colombiano de Psicólogos
Tarjeta Profesional
de Psicólogo
No. 168464
C.C. 1.061.776.343


Esta tarjeta profesional es personal e intransferible y acredita a su portador como PSICÓLOGO de conformidad con los Artículos 6 y 17 de la Ley 1090 de 2006 y es requisito legal para el ejercicio profesional en Colombia.
Si esta tarjeta es encontrada, agradeceremos enviarla al Colegio Colombiano de Psicólogos.
Presidente
www.colpsic.org.co


Colegio Colombiano de Psicólogos
C.C 1.061.776.343


El suscrito Presidente del Colegio Colombiano de Psicólogos
Certifica
04/2017

CIL

Haca Constar Que

18 AÑOS

*Marcy Zulenny Jamioy Mutumbajoy*

C.C.1.061.776.543

Cursó y aprobó los estudios correspondientes al

DIPLOMADO

# SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTION EN CALIDAD, MEDIO AMBIENTE, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO HSEQ

Con una intensidad de ciento veinte (120) horas

Se expide el presente Certificado en la ciudad de Popayán a los diez (10) días del mes de Abril de año 2015

En cumplimiento del decreto 4904 del 19 de diciembre 2009 expedido por el ministerio de educación [illegible]

LUIS CARLOS TRUJILLO PRADA
Director de Gestión

RICARDO SAMUDIO
Subdirector

JOHN JAVIER CANELO BERCAÑO
Director

Robert Eduardo Quiston Guayapatoy
Representante Legal
NIT.900-933-460-3
Celular:314-851-60-54
Sibundoy Putumayo

***EL SUSCRITO REPRESENTANTE LEGAL DE LA FUNDACION BUNGBE BENACH***

***CERTIFICA:***

Que la señora **MARCY ZULENNY JAMIOY MUTUMBAJOY** identificada con C.C N° 1.061.776.543 de Popayan Cauca presto sus servicios Como psicologa en el area de atención directa a personas adultas mayores, en el Contrato N° 860000642022 Firmado con el Resguardo Indígena Kamëntsá Biya de Sibundoy el 21 de febrero de 2022 y la **FUNDACIÓN BUNGBE BENACH** del Municipio de sibundoy reconocida ante cámara de comercio el día tres (3) de febrero de 2016 bajo el número 9077 del Libro I,

Durante su permanencia en el cargo demostro excelente compañerismo buenas habilidades, compromiso y responsabilidad en cada una de sus labores encomendadas de quien se puede esperar grandes resultados

Durante el periodo comprendido veinticuatro (24) de junio del 2024 hasta el (23) de Diciembre del 2024 cumpliendo con las siguientes funciones:

- Asistencia en actividades básicas de la vida diaria (aseo, alimentación, movilidad).
- Acompañamiento emocional y social.
- Apoyo en actividades recreativas y terapéuticas.
- Colaboración con el equipo interdisciplinario del centro (trabajo social, enfermería, nutrición, etc.).
- Cumplimiento de protocolos de atención centrada en la persona.

La presente certificación se expide a los veintisiete (27) días del mes de diciembre de 2024 en las oficinas de la Fundación Bungbe Benach de sibundoy Putumayo para fines de la interesada

**ROBERT EDUARDO QUISTON GUAYAPATOY**
Representante Legal Fundación Bungbe Benach
celular: 314-851-6054

**LA GERENTE DE LA E.S.E HOSPITAL ALCIDES JIMENEZ, DEL MUNICIPIO DE PUERTO CAICEDO PUTUMAYO**
**NIT 846001669 – 0**

**CERTIFICA QUE:**

**MARCY ZULENNY JAMIOY MUTUMBAJOY** identificada con cedula de ciudadania N° 1.061.766.543 Expedida en Popayán (Cauca) presta sus servicios como **PSICÓLOGA DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS** en la ESE Hospital Alcides Jiménez, vinculada mediante contrato de prestación de servicios **N° 484** desde el seis (06) de Agosto hasta el treinta y uno (31) de Agosto de 2019.

Con las siguientes actividades especificas a desarrollar:

**PIC MUNICIPAL:**

1. Realizar 6 capacitáciones a agentes comunitarios o representantes de juntas de acción comunal: en el área rural Alpes Orientales 4 capacitaciones y 2 capacitaciones en Alpes Orientales en los temas de violencia (violencia sexual VSX, violencia intrafamiliar VIF y violencia contra la mujer VCM y sustancia psicoactivas, suicidio, salud mental infantil (apego y vinculo) con el fin de disminuir la incidencia de problemas de salud mental. Hacer entrega de acta de cada capacitación listado de asistencia, registro fotográfico, plan de capacitaciones, cronograma de capacitaciones.
2. Realizar 4 capacitaciones cada institución para el fortalecimiento de los centros de escucha (zonas orientación escolar (ZOE)) en las instituciones educativas: sede secundaria en CER Arizona (2 CEI), CER Divino niño (2 CEI), identificando a través de una entrevista y aplicación de test AUDIT ASSIT, según la necesidad aplicando diagnósticos estratégicos SIDIES y activación de la ruta en salud) una vez identificada la problemática realizar un cronograma de capacitaciones bimensualmente. Hacer entrega de acta de casa capacitación, listado de asistencia, registros fotográficos, seguimiento a cada caso atendido, certificación del coordinador de la institución de la realización de la actividad.
3. Realizar talleres educativos a la escuela de padres, 2 por casa institución: educativa Jose Antonio Galán, CER Kwest Uma Kiwe, CER Bagre, sede primaria en temas como pautas crianza, dinámica familiar, adolescentes, prevención del consumo de spa y violencias contra la mujer, menor de edad, intrafamiliar y sexual. Hacer entrega de acta de cada capacitación, listado de asistencia, registros fotográficos, certificación del coordinar de la institución de la realización de la actividad.
4. Desarrollar un programa radial en las temáticas 1 resolución pacifica de conflictos en los diferentes entornos (familiar, escolar, laboral y comunitario) como fortalecimiento de la estrategia del PDSP "TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION Y LAS COMUNICACIONES DE Y PARA LA SALUD MENTAL". Hacer entrega de oficio de recibido por parte de la emisora, cuña magnética, certificado de la emisora.

5. Realizar 1 taller lúdico educativo con la población en situación de discapacidad con el fin de promocionar la salud mental y prevención de trastornos, informar a la red familiar la corresponsabilidad con la población con discapacidad. VULNERABLE DE DISCAPACIDAD. Hacer entrega de acta de cada sesión, listado de asistencia, registros fotográficos.
6. Realizar una jornada educativa dirigida a los estudiantes de los grados noveno, decimo y once en la institución educativa CER KUEES SUMA KIWE y CER la Isla, en temas como autoestima, prevención del consumo de spa, prevención del embarazo en adolescentes, proyecto de vida, conducta suicida, ansiedad, depresión, aprovechando espacios como izadas de bandera, encuentros de jóvenes donde se concerté el trabajo con docentes alumnos e entidad responsable. Hacer entrega de acta de cada sesión, listado de asistencia, registros fotográficos, certificación del coordinador de la institución de la realización de la actividad.

**PIC DEPARTAMENTAL:**

1. Realizar dos capacitaciones sensibilización para la prevención del consumo de todo tipo de SPA, dirigido a los docentes y padres de familia de los grados 6° de bachillerato, una I.E Urbana y una I.E rural del municipio (Kwest Uma Kiwe) hacer entrega de un informe por cada capacitación que contenga, registro de asistencia original 100% diligenciado y si enmendaduras, registro fotográfico legible, certificado de la institución educativa donde se realizó la actividad.
2. Realizar una capacitación en zona rural de formación de agentes comunitarios con enfoque diferencial y etnocultural del municipio, en salud mental y convivencia social en los diferentes tipos de violencia: violencia basada de género, intrafamiliar, trastornos mentales, suicidios, explotación sexual, trata de personas, atención en salud mental en situaciones de emergencias y desastres, salud mental infantil apego y vinculo acorde a la normatividad vigente. Hacer entrega de un informe por cada capacitación que contenga: registro de asistencia original 100% diligenciado y sin enmendaduras, registro fotográficos legible, certificado del personal que realizo la actividad.

**PSICÓLOGA DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS** en la ESE Hospital Alcides Jiménez, vinculada mediante contrato de prestación de servicios **N° 506** desde el primero (01) de Septiembre hasta el treinta (30) de Septiembre de 2019.

Con las siguientes actividades especificas a desarrollar:

**PIC MUNICIPAL:**

1. Realizar 2 capacitaciones a agentes comunitarios o representantes de juntas de acción comunal, en el área rural Alpes Orientales y 4 capacitaciones en cedral en los temas de violencia (violencia sexual VSX, violencia intrafamiliar VIF y violencia contra la mujer VCM y sustancia psicoactivas, suicidio, salud mental infantil (apego y vinculo) con el fin de disminuir la incidencia de problemas de salud mental. Hacer entrega de acta de

4. Desarrollar dos programa radial en las temáticas 1. Prevención de todo tipo de violencia y 2. Estimulación del autoestima; en los diferentes entornos (familiar, escolar, laboral y comunitario) como fortalecimiento de la estrategia del PDSP "TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION Y LAS COMUNICACIONES DE Y PARA LA SALUD MENTAL". Hacer entrega de oficio de recibido por parte de la emisora, cuña magnética, certificado de la emisora
5. Realizar 1 jornada educativa dirigida a los estudiantes en la Institución Educativa CER Divino Niño y 1 jornada en CER Arizona, en temas como autoestima, prevención del consumo de spa, prevención del embarazo en adolescentes, proyecto de vida, conducta suicida, ansiedad, depresión, aprovechando espacios como izada de bandera, encuentro de jóvenes donde se concerté el trabajo con docentes alumnos e entidad responsable. Hacer entrega de acta de cada sesión, listado de asistencia, registros fotográficos, certificación del coordinador de la institución de la realización de la actividad.
6. Coordinar actividades para la celebración de la semana de la salud mental del 5 al 10 de octubre. Hacer entrega de acta de reunión intersectorial con registro fotográfico y de asistencia, plan de acción e informe de la celebración con sus respectivos soportes.

**PIC DEPARTAMENTAL**

1. Realizar tres talleres lúdico recreativo por cada grado sobre factores de riesgo y vulnerabilidad en suicidio, consumo de SPA y uso adecuado de redes sociales. Dirigido a los estudiantes de los grados 6, 7 y 8 de la I E José Antonio Galán (23/10/19). Hacer entrega de los informes de los talleres que contengan registro fotográfico, de asistencia y certificado de la IE.
2. Realizar una capacitación sobre sensibilización para la prevención del consumo de SPA dirigidos a docentes y padres de familia de los grados 6° en la IE José Antonio Galán. Hacer entrega de los informes de los talleres que contengas registro fotográfico, de asistencia y certificado de la IE.
3. Realizar una capacitación de agentes comunitarios en salud mental con enfoque diferencial y etnocultural en salud mental y convivencia social en los diferentes tipos de violencia: violencia basada en género, intrafamiliar, trastornos mentales, suicidio, explotación sexual, trata de personas, atención en salud mental en situaciones de emergencias y desastres, salud mental infantil, apego y vinculo acorde a las normatividad vigente. Mínimo 15 personas. Hacer entrega de informe de la capacitación que además deben contener: registro de asistencia original. Registro fotográfico y certificado del personal que realizo la actividad. Fecha 09/10/19 hora 4:00 pm.

**OTRAS**

- Apoyo al seguimiento de los casos en salud mental.

**PSICÓLOGA DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS** en la ESE Hospital Alcides Jiménez, vinculada mediante contrato de prestación de servicios **N° 692** desde el primero (01) de Noviembre hasta el treinta (30) de Noviembre de 2019.

Con las siguientes actividades especificas a desarrollar:

**PIC MUNICIPAL:**

1. Realizar capacitaciones por cada institución para el fortalecimiento que los centros de escucha (zonas de orientación escolar (ZOE)) en las instituciones educativas identificando a través de una entrevistas y aplicación de test AUDIT ASSIT, según la necesidad aplicando diagnósticos estratégicos SIDIES y activación de la ruta en salud) una vez identificada la problemática realizar un cronograma de capacitaciones bimensualmente CER la independencia: 12-15-20-27 de noviembre 2 CEI en CER KUEES SUMA KIWE: 14-21 de noviembre.
2. Realizar una jornada educativa dirigida a los estudiantes de Arizona el día 06 de noviembre y grados de básica primaria de los centro rurales. CER la independencia el dia 19 de noviembre, en temas como autoestima, prevención del consumo de spa, prevención del embarazo en adolescentes, proyecto de vida, conducta suicida, ansiedad, depresión, aprovechando espacios como izada de bandera, encuentros de jóvenes donde se concerté el trabajo con docentes alumnos e entidad responsable.
3. Realizar talleres educativos a la escuela de padres, dos por cada institución: CER Arizona el dia 14 de noviembre a las 2 pm, CER KUEES SUMA KIWE el dia 12 de noviembre, CER la independencia fecha pendiente por definir según director, CER la isla fecha pendiente por definir según director, CER Maracaibo el dia 08 de noviembre, CER villa flor dias del 18 al 22 de noviembre, CER bagre el dia 15 de noviembre y CER san pedro el dia 22 de noviembre, sede primaria en temas como pautas crianza, dinámica familiar, adolescentes, prevención del consumo de spa y violencias contra la mujer, menor de edad, intrafamiliar y sexual.
4. Realizar armonización del sistema propio intercultural para la prevención del intento del suicidio con los gobernadores de los cabildos indígenas del municipio de puesto Caicedo por medio de taller práctico que permita interactuar en la búsqueda de las posibles causas.
5. Coordinar actividades para la celebración día internacional de la no violencia contra la mujer (25 de noviembre).
6. Las demás que le sean asignadas por coordinador y/o supervisores del contrato.

**PIC DEPARTAMENTAL:**

1. Apoyar en el desarrollo de UNA feria estudiantil con los grados 8, 9, 10 y 11 con UNA instituciones educativas del área rural, para tratar temas relacionados con los derechos sexuales y reproductivos (métodos anticonceptivos, orientación sexual, identidad de género, prevención de ITS, violencia sexual y de genero) el dia 18 de noviembre en CER villa flor.
2. Realizar dos talleres ludicos recreativos sobre factores de riesgo y vulnerabilidad en suicidio, consumo de sustancias psicoactivas y uso adecuado de redes sociales, dirigido a los adolescentes 1 por cada grado 7 y 8 zona rural.
3. Realizar dos capacitaciones sensibilización para la prevención del consumo de todo tipo de SPA, dirigido a los docentes y padres de familia de los grado 6° de bachillerato, una I.E urbana y una I.E rural del municipio.

4. Realizar dos capacitaciones sensibilización para la prevención del consumo de todo tipo de SPA, dirigido a los docentes y padres de familia de los grado 6° de bachillerato, una I.E urbana y una I.E rural del municipio el dia 01 de noviembre de la IER divino niño.
5. Realizar una capacitación de formación de agentes comunitarios con enfoque diferencial y etnocultural del municipio, en salud mental y convivencia social en los diferentes tipos de violencia: violencia basada de género, intrafamiliar, trastornos mentales, suicidios, explotación sexual, trata de personas, atención en salud mental en situaciones de emergencias y desastres, salud mental infantil apego y vinculo acorde a las normatividad vigente ZONA URBANA.
6. Las demás que le sean asignadas por coordinador y/o supervisores del contrato.

La presente certificación se expide a petición del interesado a los veintisiete (27) dias del mes de Noviembre de 2019.

**ELIANA RIVADENEIRA LUNA**
Gerente de la E.S.E Hospital Alcides Jiménez

Proyecto: Jessica Valencia – Asistente Gerencia

Revisó y Aprobó: Eliana Rivadeneira Luna- Gerente

# FISIOTERAPEUTA

FUNDACIÓN HUELLAS
NIT. 900.445.971-1
REP. LEGAL. ALBA EDITH ACOSTA GAVIRIA C.C. NO. 41.170.881
VILLAGARZÓN

Fundacion Huellas
NIT. 900.445.971 - 1

Mocoa, agosto de 2025

Señores
ALCALDIA DE MOCOA
Calle 7 No. 6-42 B/Centro

Referencia: Manifestación de interés y disponibilidad como integrante de la propuesta presentada por FUNDACION HUELLAS.

YO, CAMILA LOZANO LOPEZ, de acuerdo a las condiciones establecidas en el proyecto denominado **"APOYO A LA ATENCION DEL ADULTO MAYOR CON SERVICIOS INTEGRALES EN CENTRO DÍA. MUNICIPIO DE MOCOA DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO"**, Presento mi hoja de vida e interes de participar como Fisioterapeuta, para la ejecución del convenio de asociación, resultante del proceso de la referencia.

Atentamente,

Camila Lozano L.

Nombres: CAMILA LOZANO LOPEZ

C.C.1127078321 DE VILLAGARZON



Calle 14 N° 7-37 B/ Olímpico Mocoa Putumayo
CELULAR 3219089277
Fundacionhuellas01@gmail.com

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 |
|---|---|---|
| LOZANO | LOPEZ | JISSHET CAMILA |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | GENERO | NACIONALIDAD | PAÍS |
|---|---|---|---|
| C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No 1127078321 | F ⊗ M ○ NB ○ | COL. ⊗ EXTRANJERO ○ | COLOMBIA |

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

**FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO**

FECHA DIA 16 MES 11 AÑO 1996

PAÍS COLOMBIA

DEPTO PUTUMAYO

MUNICIPIO VILLAGARZÓN

**DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA**

CALLE 11 1 22 casa BARRIO OBRERO

PAÍS COLOMBIA DEPTO PUTUMAYO

MUNICIPIO VILLAGARZÓN

TELÉFONO EMAIL jisshet-lozano@hotmail.com

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

***EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA***

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

| EDUCACIÓN BÁSICA | | | | | | | | | | | TÍTULO OBTENIDO | BASICA SECUNDARIA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO | | | |
| 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | 7° | 8° | 9° | 10° | 11° | MES | 11 | AÑO | 2014 |

***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 | |
| PREGRADO | 10 | X | | FISIOTERAPIA | 10 | 2021 | 1127078321 |

## 3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

***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)

## 4 IDIOMAS

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

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

## 5 EXPERIENCIA LABORAL

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EMPRESA O ENTIDAD: CENTRO DE SALUD SAN GABRIEL ARCANGEL - VILLAGARZON | | | PÚBLICA: X | | PRIVADA: | | PAÍS: COLOMBIA | | | | | |
| DEPARTAMENTO: PUTUMAYO | MUNICIPIO: VILLAGARZÓN | | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: | | | | | |
| TELÉFONOS: | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | |
| | Día | 05 | Mes | 03 | Año | 2024 | Día | 08 | Mes | 06 | Año | 2024 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL: FISIOTERAPEUTA | DEPENDENCIA: AREA DE SALUD COMUNITARIA | | | | | | DIRECCIÓN: CARRERA 4B 1 35 SUR barrio Juan Pablo | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD: ALCALDIA DE VILLAGARZON | | | PÚBLICA: X | | PRIVADA: | | PAÍS: COLOMBIA | | | | | |
| DEPARTAMENTO: PUTUMAYO | MUNICIPIO: VILLAGARZÓN | | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: | | | | | |
| TELÉFONOS: | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | |
| | Día | 21 | Mes | 01 | Año | 2022 | Día | 20 | Mes | 07 | Año | 2022 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL: FISIOTERAPEUTA | DEPENDENCIA: SECRETARIA DE SALUD | | | | | | DIRECCIÓN: CALLE 2 5 14 barrio centro | | | | | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 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 | 9 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 0 | 0 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 0 | 0 |
| EXPERIENCIA DOCENTE | 0 | 0 |

## 8 FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO 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* VILLAGARZON- 21-JULIO-2025

Camila Lozano

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.127.078.321**

**LOZANO LOPEZ**
APELLIDOS

**JISSHET CAMILA**
NOMBRES

Camila Lozano
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **16-NOV-1996**
**VILLAGARZON**
**(PUTUMAYO)**
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.70** ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

**19-NOV-2014 VILLAGARZON**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-6403000-01093245-F-1127078321-20190813 **0067**3512734 1 9900488662

La salud es de todos

COLFI
Colegio Colombiano de Fisioterapeutas

Identificación Única del Talento Humano en Salud
FISIOTERAPEUTA

**JISSHET CAMILA LOZANO LOPEZ**

CC 1127078321
Universidad de Pamplona
Pamplona

Fecha Expedicion Diploma: 2021-10-20
Fecha Inscripcion RETHUS: 2021-11-22



**Esta tarjeta es un documento público y se expide de acuerdo con lo dispuesto en la Ley 1164 de 2007 y el Decreto 4192 de 2010. Es personal e intransferible.**

**Si esta tarjeta es encontrada por favor informar al Colegio Colombiano de Fisioterapeutas: colegio@colfi.co**

Imma Q. Caicedo M.

**Imma Quitzel Caicedo Molina**
**Representante Legal**

**COLFI - 18910**

**Firma**

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO No. 278716338

PIB
17:41:10


Bogotá DC, 19 de agosto 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) JISSHET CAMILA LOZANO LOPEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1127078321:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

Carlos William Rodríguez Millán
Jefe División de 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 19 de agosto de 2025, a las 16:59:37, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 1127078321 |
| Código de Verificación | 1127078321250819165937 |

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

## Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 05:02:52 PM horas del 19/08/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1127078321**

Apellidos y Nombres: **LOZANO LOPEZ JISSHET CAMILA**

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

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

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

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

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

DIJIN

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

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

# Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

## La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 19/08/2025 05:58:06 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1127078321** y Nombre: **JISSHET CAMILA LOZANO LOPEZ.**

## 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. **121758252** . 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

TIC

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

## CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1127078321 **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 19/08/2025 04:59 PM

Código Verificación: **KSRQTD5Z6B**

Válida hasta: **17/11/2025**

---

**Dirección de Gobierno Digital**

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

# 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 11:18:01 horas del 20/08/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1127078321,** Apellidos y Nombres **LOZANO LOPEZ JISSHET CAMILA**

**NO REGISTRA INHABILIDAD**

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ALCALDIA DE MOCOA** , con NIT **800102891-6** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E INTERPOL

© 2025

**Horario:** Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
**Dirección:** Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
**Teléfonos:** 515 97 00 ext. 30552 (Bogotá D.C.) | 01 8000 112 712 (resto del país)
**Correo:** dijin.araic-atc@policia.gov.co
**Web:** www.policia.gov.co/dijin
**Instagram:** /dijinpolicia
**Twitter:** @DIJINPolicia

Presidencia de la República · Ministerio de Defensa Nacional · Colombia compra eficiente · GOV.CO

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 141111895458

(415)7707212489984(8020) 000014111189545 8

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 1 2 7 0 7 8 3 2 1 | 7 | Impuestos y Aduanas de Puerto Asis 4 6 | |

## 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 1 2 7 0 7 8 3 2 1 | |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Putumayo 8 6 | Villagarzón 8 8 5 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| LOZANO | LOPEZ | JISSHET | CAMILA |

35. Razón social

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

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Putumayo 8 6 | Mocoa 0 0 1 |

41. Dirección principal: BRR LA UNION

42. Correo electrónico: jisshet-lozano@hotmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 1 1 2 9 0 3 7 8 4 | 3 1 3 8 7 2 1 2 8 8 |

## 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 |
| 7 4 9 0 | 2 0 2 1 1 2 0 9 | 8 6 9 9 | 2 0 2 0 1 1 1 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 | 4 | 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

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

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

## Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

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

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

*La República de Colombia*

MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL
Y EN SU NOMBRE

# LA UNIVERSIDAD DE PAMPLONA

CON PERSONERÍA JURÍDICA RECONOCIDA MEDIANTE DECRETO 1550 DE 1971

CONFIERE EL TÍTULO DE

## *FISIOTERAPEUTA*

A

## *JISSHET CAMILA LOZANO LOPEZ*

CC. 1.127.078.321 Expedida en VILLAGARZON

Quien cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos. En testimonio de ello otorga el presente

## DIPLOMA

En la ciudad de Pamplona, 20 de octubre de 2021

*Ivaldo Torres Chávez Ph. D.*
Rector(a)

*Eduardo Salim Chahin Rueda*
Secretario(a) General

Registro 91622 Folio 254 Libro 12 de Diplomas de Grado

097006

# UNIVERSIDAD DE PAMPLONA

Secretaría General

## Acta de Grado N° 669

En la ciudad de Pamplona, Departamento de Norte de Santander, República de Colombia, a los 20 días del mes de Octubre 2021, se llevó a cabo la Ceremonia de Graduación en la cual la Universidad de Pamplona aprobada por el Decreto N° 1550 del 13 de agosto de 1971, emanado de la Presidencia de la República, otorgó el grado de FISIOTERAPEUTA

a JISSHET CAMILA LOZANO LOPEZ

Identificado(a) con C.C. N° 1.127.078.321 de VILLAGARZON

quien aprobó todas las asignaturas que conforman el Plan de Estudio y dio cumplimiento a los demás requisitos de grado exigidos por la Universidad. Presidió el Acto de Graduación el señor Rector de la Universidad Doctor(a) Ivaldo Torres Chavez

Quien después de tomar el juramento de rigor procedió a entregar al graduando el diploma correspondiente, marcado en su orden con el Número 097006 y registrado con el Número 91622, Folio 254, Libro 12 de Diplomas.

Para constancia se extiende y firma la presente Acta.

El Rector (fdo) Doctor(a) Ivaldo Torres Chavez

El Decano (fdo) Facultad de Salud
Heriberto Jose Rangel Navia

El Secretario(a) General (fdo) Doctor(a) Eduardo Salim Chahin Rueda

Es fiel copia tomada en su original, en Pamplona a los 20 días del mes de Octubre de 2021

EDUARDO SALIM CHAHIN RUEDA

Secretario(a) General

# MULTIMÉDICAS
## CORPORACIÓN EDUCATIVA

*Certifica que:*

## ***JISSHET CAMILA LOZANO LOPEZ***

*C.C. No:* ***1.127.078.321***

*Aprobó satisfactóriamente los requerimientos del curso taller en:*

## ***SOPORTE VITAL AVANZADO "SVA – ACLS"***

***Reanimación Cardiorespiratório en Adultos***

*Desarrollado con base a los lineamientos y parámetros establecidos por las organizaciónes internacionales de reanimación tales como:* ***(AHA) American Heart Association, (ERC) European Resuscitation Council, (ILCOR) International Liaison Committe on Resuscitation.***

*Certificado por* ***48 horas*** *y válido por dos años; Emitido el* ***12/01/2025***

***JUAN CARLOS CRISTANCHO DIAZ***
*Director Corporación Multimédicas*

***DR. JUAN CARLOS DURAN GALVEZ***
*Cordinador Médico R.M. # 16957*

*Libro 2 - Registro No. 08753 – Fecha de renovación, enero 11 de 2027*

Para la verificación y autenticidad de este documento, comunícate vía WhatsApp a línea 3123905971

NIT 901495072-2 Matrícula Mercantil 493359

# MULTIMÉDICAS
## CORPORACIÓN EDUCATIVA

*Certifica que:*

## ***JISSHET CAMILA LOZANO LOPEZ***

*C.C. No:* ***1.127.078.321***

*Aprobó satisfactóriamente los requerimientos del curso taller en:*

## ***SOPORTE VITAL BÁSICO "SVB – BLS"***

***Reanimación Cardiorespiratório en Pediátricos y Adultos***

*Desarrollado con base a los lineamientos y parámetros establecidos por las organizaciónes internacionales de reanimación tales como:* ***(AHA) American Heart Association, (ERC) European Resuscitation Council, (ILCOR) International Liaison Committe on Resuscitation.***

*Certificado por* ***20 horas*** *y válido por 2 años; Emitido el* ***11/01/2025***

***JUAN CARLOS CRISTANCHO DIAZ***
*Director Corporación Multimédicas*

***DR. JUAN CARLOS DURAN GALVEZ***
*Coordinador Médico R.M. # 16957*

*Libro 2 - Registro No. 08752 - Fecha de renovación, enero 10 de 2027*

Para la verificación y autenticidad de este documento, comunícate vía WhatsApp a línea 3123905971

NIT 901495072-2 Matrícula Mercantil 493359

República de Colombia

Departamento de Antioquia

POLITECNICO MAYOR

Agencia Cristiana de Servicio y Educación

Licencia de funcionamiento otorgada mediante resolución No 03491 del 20 de abril de 2009 emanada por la Secretaría de Educación de Medellín.
Registro Mercantil No 21-463795-02 de Julio 04 de 2008. Nit: 811029476-0.

# HACE CONSTAR QUE:

## JISSHET CAMILA LOZANO LOPEZ

con documento de identidad C.C. 1127078321

Cursó y aprobó

## DIPLOMADO EN ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR AVANZADO

con una intensidad horaria de Ciento Veinte (120) horas

Registrado en el Libro de Actas N°. 024

Medellín, 17 de julio de 2022.

MAYKEL BARRAGÁN AMAYA
Rector

*Para verificar la autenticidad de este documento, ingresar a http://virtual.politecnicomayor.edu.co, y en VERIFICAR CERTIFICADO digitar el Código de Seguridad: M2SQFW*

República de Colombia

Departamento de Antioquia

POLITECNICO MAYOR

Agencia Cristiana de Servicio y Educación

Licencia de funcionamiento otorgada mediante resolución No 03491 del 20 de abril de 2009 emanada por la Secretaría de Educación de Medellín.
Registro Mercantil No 21-463795-02 de Julio 04 de 2008. Nit: 811029476-0.

# HACE CONSTAR QUE:

## JISSHET CAMILA LOZANO LOPEZ

con documento de identidad C.C. 1127078321

Cursó y aprobó

## DIPLOMADO EN ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR BÁSICO

con una intensidad horaria de Ciento Veinte (120) horas

Registrado en el Libro de Actas Nº. 14

Medellín, 8 de mayo de 2022.

MAYKEL BARRAGÁN AMAYA
Rector

*Para verificar la autenticidad de este documento, ingresar a http://virtual.politecnicomayor.edu.co, y en VERIFICAR CERTIFICADO digitar el Código de Seguridad: AQ7RD6*

# 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 *

1127078321

Primer Nombre

jisshet

Primer Apellido

lozano

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

1330

Limpiar

**Resultado General -2025-07-21→10:53:37 AM**

| Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Estado Identificación: | D |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1127078321 | JISSHET | CAMILA | LOZANO | LOPEZ | Vigente | V |

**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) JISSHET CAMILA LOZANO LOPEZ identificado(a) con CC 1127078321 registra La siguiente información:**

**2025-07-21→10:53:37 AM**

**Información Académica**

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación | Fecha inicio ejercer Acto Administrativo | Acto Administrativo | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|---|
| UNV | Local | FISIOTERAPIA | 2021-11-22 | 12898 | Colegio Colombiano de Fisioterapeutas - COLFI |

**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**

**EL SUSCRITO SECRETARIO DE GOBIERNO MUNICIPAL DE VILLAGARZÓN PUTUMAYO**

**CERTIFICA:**

Que una vez revisada la relación contractual, el expediente contractual y revisado en el SECOP, durante las vigencias correspondientes, se encontró que se suscribió Contrato a nombre de JISSHET CAMILA LOZANO LOPEZ, con cedula de ciudadania Nro. 1,127,078,321 expedida en VILLAGARZÓN, relacionado de la siguiente manera:

**CONTRATO UNO VIGENCIA 2022**

| | |
|---|---|
| **CONTRATO N°:** | CPS-91-2022 del 20/01/2022 |
| **CLASE DE CONTRATO:** | Prestación De Servicios Profesionales |
| **CONTRATISTA:** | JISSHET CAMILA LOZANO LOPEZ con Identificacion N 1,127,078,321 |
| **PLAZO DEL CONTRATO:** | 6 MESES |
| **FECHA DE INICIO:** | 21/01/2022 |
| **FECHA DE TERMINACIÓN:** | 20/07/2022 |
| **OBJETO:** | PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO FISIOTERAPEUTA COMO APOYO A LA SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL CON DESTINO AL PROGRAMA ADULTO MAYOR DEL MUNICIPIO DE VILLAGARZON, DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO |
| **ASIGNACIÓN MENSUAL:** | DOS MILLONES SESENTA MIL PESOS CON CENTAVOS ($ 2,060,000.00) M/CTE |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO:** | DOCE MILLONES TRESCIENTOS SESENTA MIL PESOS CON 00 CENTAVOS ($ 12,360,000.00) M/CTE |
| **EJECUTADO:** | 100.00% - FINALIZADO |

**ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DEL CONTRATISTA:**

| Nro. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|
| 1 | Apoyar en la realización valoración fisioterapéutica inicial y periódica de acuerdo a criterio profesional |
| 2 | Apoyar en la creación de un plan de intervención individual a partir del resultado de la evaluación inicial |
| 3 | Apoyar en ejecutar las acciones que se encuentren descritas en el plan de intervención individual propuestas a partir del resultado de la valoración inicial |
| 4 | Apoyar en la realización de acciones de intervención individual y/o grupal dirigidas a mantener y/o aumentar la movilidad articular, la fuerza muscular, la buena marcha y equilibrio de los adultos mayores priorizados y los 7 adultos mayores usuarios centro de bienestar y vida para la tercera edad Jesús de Nazaret. |
| 5 | Apoyar en la realización de acciones de intervención individual y/o grupal enfocadas en mantener o mejorar la independencia en actividades diarias y buenas prácticas de higiene postural de los adultos |

| | |
|---|---|
| | mayores usuarios del centro de bienestar y vida para la tercera edad Jesús de Nazaret. |
| 6 | Coadyuvar en el historial de caídas, revisar la arquitectura y accesos del centro de bienestar y vida para evaluar y generar propuesta de posibles ajustes razonables. |
| 7 | Apoyar en la realización de ejercicio dirigido y supervisado con los usuarios del centro de bienestar y vida para la tercera edad Jesús de Nazaret |
| 8 | Apoyar en la realización de talleres educativos en temas relacionados con enfermedades no trasmisibles y enfermedad degenerativa dirigida a la población adulto mayor. |
| 9 | Apoyar en el seguimiento al historial, diagnóstico, tratamiento y mejoría médica de los adultos Mayores del centro de bienestar y vida |
| 10 | Apoyar en la participación activamente de las actividades programadas de encuentros educativos con familias |
| 11 | Apoyar los eventos programados por el enlace de adulto mayor del Municipio de Villagarzón |
| 12 | Apoyar en las reuniones de equipo interdisciplinario para elaborar el plan de atención grupal de los usuarios del centro de bienestar y vida |
| 13 | Apoyar en las diferentes actividades que designe la Secretaria de salud de acuerdo con la naturaleza del servicio y que sean delegadas inherentes al objeto del contrato |
| 14 | Realizar apoyo en Actividades lúdico-pedagógicos con la población adulto mayor del corregimiento de Puerto Umbría |

Se expide a petición del interesado, el 22 de Agosto de 2023.

**MAGALY CAROLINA CARDONA**
**Secretario de Gobierno (E) mediante Decreto No. 053 del del 05 de Junio de 2023.**
**Jefe de Recursos Humanos**

Proyectó: Leidy Lopez - Apoyo

CL-AD-11-007

## EL SUSCRITO ADMINISTRADOR Y JEFE DE TALENTO HUMANO DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN GABRIEL ARCÁNGEL

## C E R T I F I C A Q U E :

**JISSHET CAMILA LOZANO LOPEZ**, identificada con cedula de ciudadanía No. 1.127.078.321 Expedida en Villagarzón (Putumayo), estuvo vinculada en la E.S.E. Hospital San Gabriel Arcángel, mediante la modalidad de Contrato de Prestación de Servicios como profesional en Fisioterapia para la Operación de Equipos Básicos, suscribiendo el siguiente contrato:

| No. Contrato | Objeto | Plazo | Fecha de Inicio | Fecha de terminación |
|---|---|---|---|---|
| 24-0266 | CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE UN PROFESIONAL EN FISIOTERAPIA PARA LA OPERACIÓN DE LOS EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD EN EL MARCO DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD DE LA E.S.E. HOSPITAL SAN GABRIEL ARCÁNGEL DEL MUNICIPIO DE VILLAGARZÓN PUTUMAYO. | Tres (03) Meses tres (03) Días | 05/Marzo/2024 | 08/Junio/2024 |

Además del cumplimiento del objeto contractual, el CONTRATISTA se obliga a:

1)Planeación de la operación mensual por perfil. 2) Realizar mapeo y cartografía social de los territorios de abordaje y de primer contacto con las comunidades de cada micro territorio. 3) Identificar personas no afiliadas al sistema de salud y gestionar el trámite de afiliación. 4) Formular el plan integral del cuidado primario individual, familiar y comunitario con base en los resultados de la caracterización, identificando y articulando las diferentes intervenciones a desarrollar en el sector salud y los diferentes sectores. 5) Identificar las prioridades de respuesta individual, familiar y comunitaria por edad, sexo-género, etnia, entre otras características pertinentes y por microterritorio asignado. 6) Inducir la demanda de servicios de los eventos relacionados con las prioridades en salud pública y aquellos que ocasionen un alto impacto en salud pública. 7) Brindar educación para la salud e información orientada a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, identificación de signos de alarma y adopción de prácticas de cuidado de sí mismo, de los demás y de su entorno. 8) Informar a las familias sobre el portafolio de servicios de salud y de otros sectores de acuerdo con sus necesidades. 9) Canalizar a la oferta de servicios brindada por otros sectores en el territorio conforme a las prioridades y necesidades sociales de la salud identificadas. 10) Realizar seguimiento al acceso efectivo a los servicios de salud y servicios brindados por los otros sectores. 11) Digitalizar los instrumentos que sean diligenciados de forma manual en la herramienta que defina el Ministerio de Salud y Protección Social para tal fin. 12) Convocar, implementar y realizar seguimiento a espacios de participación social y popular por cada una de las veredas- barrios y microterritorios abordados por el equipo. 13) Cada perfil profesional del equipo básico de salud desarrolla acciones específicas en la familia para la promoción y el mantenimiento de la salud. 14) Identificar las condiciones de salud de los miembros de la familia y los hogares, haciendo uso de los dispositivos médicos asignados. 15) Gestionar la prestación de los servicios de salud (promoción de la salud, educación, prevención de la enfermedad, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos), de acuerdo con las necesidades identificadas, realizando la canalización a las diferentes modalidades. (extramural, intramural en prestador primario o complementario y telemedicina). 17) Gestionar el traslado a instituciones de salud de personas que requieren remisión urgente a partir de lo identificado en la atención en salud. 18) Las actividades se realizarán para todos los territorios, segun las necesidades. 19) Responder por los equipos y materiales asignados. 20) Ejercer las demás obligaciones que le sean asignadas de acuerdo con la

naturaleza del contrato. 21) El profesional deberá cumplir ética y profesionalmente con sus obligaciones y ser responsable por cualquier pérdida o deterioro de los equipos dispuestos para el cumplimiento de sus funciones. 22) Velar por la buena imagen de la institución. 23) Utilizar de manera adecuada los recursos entregados por el hospital. 24) Ejercer las demás tareas y actividades asignadas por el supervisor que sean afines con la naturaleza del contrato.

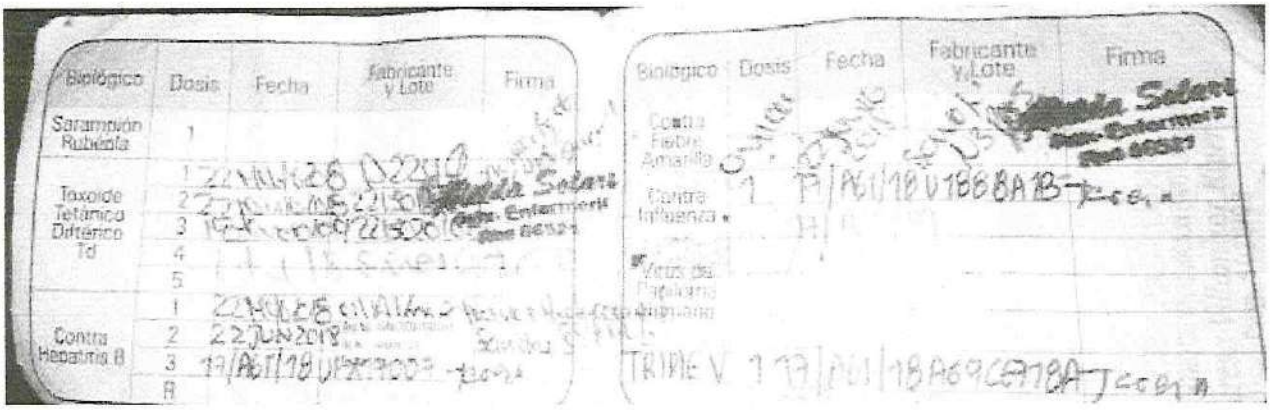
Se expide esta constancia en el Municipio de Villagarzón - Putumayo, a solicitud del interesado el dia 14 de Enero de 2025.

San Gabriel Arcangel
E.S.E. HOSPITAL
NIT. 846.001.620-0
ADMINISTRACION

Jairo Patiño León

**JAIRO HERNAN PATIÑO LEON**

Proyectó: Brenda Diaz Chamorro,
Auxiliar Administrativo.
Talento Humano



| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión Rubéola | 1 | | | |
| Toxoide Tetánico Diftérico Td | 1 | 22 NOV 2017 | | |
| | 2 | 22 JUN 2018 | | |
| | 3 | 19/ABR/18 | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| Contra Hepatitis B | 1 | 22 NOV 2017 | | |
| | 2 | 22 JUN 2018 | | |
| | 3 | 19/ABR/18 | | |
| | R | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Contra Fiebre Amarilla | 1 | 19/ABR/18 | V1888A1B | |
| Contra Influenza * | | | | |
| Otras de Vacunación Ocupacional | | | | |
| TRIPLE V | 1 | 19/ABR/18 | A69C878A | |



...amé es válido en Colombia
...do para entrar a zonas de riesgo

Consérvelo

...el certificado Internacional de Vacunación
...te su transcripción en los sitios autorizados

...POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Jisshet Camila
Apellidos: Lozano Lopez
Documento de identidad: CC Pasaporte No. 1127928321
Fecha de Nacimiento: Día 16 Mes 11 Año 1996

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| Hepatitis B | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| Antirrábica | 3 | 30 NOV 2023 | Sanofi 1480V091 | Angela Castillo |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| Influenza estacional | 3 | 30 NOV 2023 | Sanofi 220419 | Angela C |
| Otras | | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | R | | | |

| BIOLÓGICO | DOSIS | FECHA | FABRICANTE Y LOTE | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| CONTRA FIEBRE AMARILLA | | | | |
| | | | | |
| CONTRA INFLUENZA | | | | |
| | | | | |
| VIRUS DE PAPILOMA HUMANO | | | | |
| | | | | |
| | | | 213A21A | |
| Vacuna covid-19 | U | 07-10-21 | Janssen | Angie Parra |
| | Ref | 24-02-22 | Moderna 015E21A | Mailey E [illegible] |

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

**Consérvelo**

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

**La salud es de todos**

Vacunado con Adenovirus: 3123119432

La salud es de todos | Minsalud

**Certificado de vacunación del adulto**

Nombres: Jisseth Camila

Apellidos: Lozano Lopez

Documento de identidad: C.C. ✓ T.I. Pasaporte No 1127078321

Fecha de nacimiento: Día 16 Mes 11 Año 1996

Este carnet es valido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

Consérvelo

En caso de requerir el Certificado Internacional de Vacunas o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

POR MI Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

San Gabriel Arcangel
E.S.E. HOSPITAL

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN DEL ADULTO

| | |
|---|---|
| NOMBRES | Jissehet Camila |
| APELLIDOS | Lozano Lopez |
| APELLIDOS DE IDENTIDAD | CC [X] TI [ ] PASAPORTE [ ] 1127 078.321 |
| FECHA DE NACIMIENTO | DIA [1][6] MES [1][1] AÑO [1][9][9][6] |

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

**Consérvelo**

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

**MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL**

## Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Jisseth Camila

Apellidos: Lozano Lopez

Documento de identidad: CC X CE PA CD SC PE PPT DE

Número de documento: 1 1 2 7 0 7 8 3 2 1

Fecha de nacimiento: Día 1 6 Mes 1 1 Año 1 9 9 6

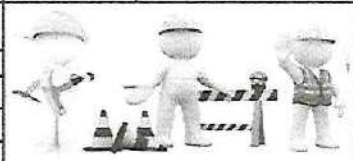
| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión - Rubéola | Única | | | |
| Fiebre Amarilla | Única | | | |
| Toxoide Tetánico Diftérico (Td) | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | 21-03-24 | 2333Gomis | Clínica |
| | 5 | Revisa cita 21 | | |
| Tdap acelular | 1 | 2025 | | |
| | 2 | | | |
| Hepatitis B | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| VPH | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| Influenza estacional | Anual | | | |
| | Anual | | | |
| COVID 19 Inicial | 1ª | | | |
| | 2ª | | Moderna Bivalente | |
| | Ref | 21-03-24 | DIOB23-2A | Clínica P. |
| Adicional | 2do Ref | | | |
| Otras | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Vacunas al día

| SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | WILLIAM DAVID JONATHAN PORTILLA CORDOBA<br>CC 12754980<br>RM11556/16<br>LICENCIA 067/18 | VERSION | 1 |
|---|---|---|---|
| | | VIGENCIA | ENERO DE 2019 |
| | | CODIGO | F- GC- 203 |
| | | PAGINA | 1 DE 1 |

# CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL



| | | | |
|---|---|---|---|
| CIUDAD: | MOCOA | FECHA: | 21/04/2025 |
| NOMBRE: | JISSHET CAMILA LOZANO LOPEZ | CEDULA: | 1127078321 |
| EMPRESA: | E.S.E HOSPITAL SAN GABRIEL ARCANGEL | CARGO: | Fisioterapeuta |
| TIPO DE EXAMEN | ◉ INGRESO | ○ PERIODICO | ○ RETIRO |

## EXAMEN PARACLINICO

| | | Normal | Anormal | | | Normal | Anormal | | | Normal | Anormal |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Examen Fisico | ☑ | ☐ | 9 | Triglicéridos | ☐ | ☐ | 17 | Frotis faríngeo | ☐ | ☐ |
| 2 | Optometria | ☐ | ☐ | 10 | Hdl, ldl, Vldl | ☐ | ☐ | 18 | Bun | ☐ | ☐ |
| 3 | Audiometria | ☐ | ☐ | 11 | Parcial de Orina | ☐ | ☐ | 19 | Creatinina | ☐ | ☐ |
| 4 | Espirómetro | ☐ | ☐ | 12 | Transaminasas | ☐ | ☐ | 20 | VDRL | ☐ | ☐ |
| 5 | Psicologia | ☐ | ☐ | 13 | Cuadro Hematico | ☐ | ☐ | 21 | Electrocardiograma | ☐ | ☐ |
| 6 | Prueba multidroga | ☐ | ☐ | 14 | Parcial de Orina | ☐ | ☐ | 22 | Rx de tórax | ☐ | ☐ |
| 7 | Glicemia | ☐ | ☐ | 15 | Coprologico | ☐ | ☐ | 23 | Rx de colmuna | ☐ | ☐ |
| 8 | Colesterol | ☐ | ☐ | 16 | Koh | ☐ | ☐ | 24 | Sicosensometrico | ☐ | ☐ |

## APTITUD OCUPACIONAL (INGRESO)

| | |
|---|---|
| El examen médico no presenta defectos ni patologías | ☑ |
| Al examen médico presenta condiciones de salud que no disminuyen su capacidad laboral | ☐ |
| Al examen médico presenta condiciones de salud que pueden agravarse con el trabajo | ☐ |
| Al examen médico presenta condiciones de salud que deben ser tratados antes de ingresar | ☐ |

***Observaciones:*** *no se observa compromiso cardiovascular, hábitos de vida saludables, uso de protección solar, hidratarse realizar pausas activas, evitar movimientos vibratorios repetitivos.*

## APTITUD OCUPACIONAL (PERIODICO)

| | | |
|---|---|---|
| Examen médico satisfactorio, puede seguir desempeñando sus labores | | ☐ |
| Al examen médico presenta enfermedades pero no es limitante para seguir desempeñando sus labores | | ☐ |
| Fundamento de la remisión: | | ☐ |
| Al examen médico presenta enfermedades que requieren remisión a la: | EPS☐ ARL☐ | |
| *Fundamento de la remisión:* | | |
| *Presenta restriciones: cuales* | | |

## APTITUD OCUPACIONAL (RETIRO)

| | | |
|---|---|---|
| Al examen médico no se encuentran alteraciones que limitan su capacidad laboral | | ☐ |
| Al examen médico se encuentran alteraciones que impiden su desempeño en un nuevo trabajo | | ☐ |
| Al examen médico presenta enfermedades que requieren remisión a la: | EPS☐ ARL☐ | |
| *Fundamento de la remisión:* | | |
| *Presenta restriciones: cuales* | | |

## CONCEPTO

| | | |
|---|---|---|
| APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO SIN PATOLOGÍA APARENTE | | ☑ |
| APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA QUE NO LIMITA LA LABOR | | ☐ |
| APTO CON RESTRICCIONES O ADAPTACIONES PARA LA LABOR | | ☐ |
| APTO PARA ESPACIOS CONFINADOS | | ☐ |
| APTO PARA LABOR EN ALTURAS | | ☐ |
| APTO PARA CONTINUAR DESEMPEÑANDO SU LABOR | | ☐ |
| EXAMEN DE RETIRO | | ☐ |
| SECUELA DE ACCIDENTE DE TRABAJO | SI ☐ | NO ☑ |
| ENFERMEDAD PROFESIONAL | SI ☐ | NO ☑ |
| ENFERMEDAD RELACIONADA CON EL TRABAJO | SI ☐ | NO ☑ |

## INGRESAR AL PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA (PVE)

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PVE Osteomuscular | ☑ | PVE Osteomuscular | ☑ | PVE Auditivo | ☐ | PVE Cardiovascular | ☐ | PVE Visual | ☑ |
| PVE Radiaciones | ☐ | PVE Radiaciones | ☐ | PVE Psicosocial | ☐ | PVE Biológico | ☐ | PVE Químico | ☐ |
| PVE Respiratorio | ☐ | PVE Respiratorio | ☐ | PVE metabólico | ☐ | PVE otro cual: | | | |

## CONCEPTO

**APTO SIN RESTRICCIONES**

WILLIAM DAVID JONATHAN PORTILLA C.
MEDICO ESPECIALISTA EN GERENCIA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
Resolución No. 067 de 2018

Firma Medico

Camila Lozano

Firma Paciente

## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS EMSSANAR EPS SAS
### Movilidad Régimen Contributivo

EMSSANAR EPS SAS, CERTIFICA que el afiliado relacionado a continuación, presenta la siguiente información a la fecha de su expedición:

| | |
|---|---|
| Tipo y Número de identificación: | CC 1127078321 |
| Apellidos: | LOZANO LOPEZ |
| Nombres: | JISSHET CAMILA |
| Tipo de discapacidad: | Ninguna |
| Plan de salud: | Movilidad Régimen Contributivo |
| Tipo de afiliado: | Cabeza de familia/Cotizante |
| Tipo de trabajador: | Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes |
| Estado de servicio: | Vigente |
| Fecha de Afiliación: | 01/02/2025 |
| Departamento de Afiliación: | PUTUMAYO |
| Municipio de Afiliación: | VILLAGARZÓN |
| Zona: | Urbana - Cabecera Municipal |

**IPS de atención de primer nivel**

| IPS | Direccion | Servicio |
|---|---|---|
| ESE HOSPITAL SAN GABRIEL ARCANGEL - VILLAGARZON ( PUTUMAYO ) | KR 4 # 1 - 35 BRR JUAN PABLO II | MEDICINA GENERAL<br>ODONTOLOGÍA<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN |

Tiene derecho a recibir los servicios contemplados en el Plan de Beneficios en Salud.
Válida únicamente para comprobación de derechos de la red prestadora, en la fecha de expedición. No es válido para aclarar multiafiliación ni para traslados (Decreto 806 Artículo 55 y 56).

Señores Prestadores: Esta certificación es válida únicamente para corroborar el estado del afiliado en el momento de la prestación del servicio, de la población contratada y remitida periódicamente por la institución según normatividad. En ningún momento esta certificación puede ser empleada para reemplazar las autorizaciones necesarias para la prestación de servicios en los niveles superiores de complejidad

En constancia se firma el 21 de Julio de 2025 a solicitud del interesado.

**JEFE COMERCIAL**
**EMSSANAR EPS SAS**

Toda certificación generada es almacenada en base de datos para su verificación, la modificación parcial o total de este documento puede incurrir en un delito.

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Colpensiones

**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JISSHET CAMILA LOZANO LOPEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1127078321,** se encuentra afiliado/a desde **21/01/2022** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES.**

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 21 de julio de 2025.

**Rosa Mercedes Nino Amaya**
**Dirección de Afiliaciones**

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