# 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 13:09:39 horas del 08/01/2026, 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 08/01/2026 01:13 PM

Código Verificación: **VAKJRBUD86**

Válida hasta: **08/04/2026**

---

**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 1487768545

(415)7707212489984(8020) 000001487768545 7

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 8 1 3 0 4 1 2 | 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 | 1 8 1 3 0 4 1 2 | 2 0 0 2 0 4 |

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

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| CASANOVA | RUEDA | MAICON | FREYDER |

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 |

41. Dirección principal
CL 8 7 50

42. Correo electrónico maifrec09@hotmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 4 2 0 6 1 6 0 | 3 1 4 4 5 9 9 7 |

## 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 establecimiento |
| 4 7 6 9 | 2 0 0 8 0 1 0 1 | 8 5 5 3 | 2 0 0 8 0 1 0 1 | 8 5 5 2 | 5 8 2 0 | 2 1 3 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 2

53. Código 2 2 4 9

22- Obligado a cumplir deberes formales a

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 renov**

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2022 - 11 - 22 / 09 : 36: 14

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

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

# Certificación
## Bancaria

Jueves, 08 de enero de 2026

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que MAICON RUEDA CASANOVA identificado(a) con CC 18130412, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

| Producto | No. Producto | Fecha Apertura aaaa-mm-dd | Estado | Saldo |
|---|---|---|---|---|
| Cuenta Ahorros | 92727413717 | 2021-10-13 | ACTIVO | ***** |

*Importante: Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.
*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345.Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com.co

nueva eps

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) MAICON FREYDER CASANOVA RUEDA identificado(a) con CC 18130412 se encuentra afiliado a la EPS.

**Fecha de Activación de Servicios: 01/01/2026**

| | |
|---|---|
| **Estado de la Afiliación:** | **Vigente** |
| **IPS:** | **SUBSIDIADO-E.S.E. HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ** |
| **Categoría:** | **SISBEN_1** |

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 8 días del mes 1 del año 2026.

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

**Observaciones:**

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

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MAICON FREYDER CASANOVA RUEDA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **18130412,** se encuentra afiliado/a desde **22/07/2010** 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 08 de enero de 2026.

**Rosa Mercedes Nino Amaya**
**Dirección de Afiliaciones**

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

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 |
| | PAUSAS 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 ALTERA 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 documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema 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 cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco sido completados entes 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**

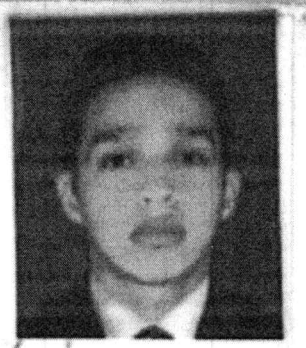
Firma:

**Nombre:** CASANOVA RUEDA MAICON FREYDER

**CC:** 18130412

REPÚBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES

Tarjeta Reservista Segunda Clase



NÚMERO 18130412

APELLIDOS Y NOMBRES

**CASANOVA RUEDA**

**MAICON FREYDER**

PERTENECE AL EJÉRCITO DE:

| 1ª LÍNEA 31 - DIC | 2ª LÍNEA 31 - DIC | 3ª LÍNEA 31 - DIC |
|---|---|---|
| 2014 | 2024 | 2034 |

PROFESIÓN **BACHILLER**

FECHA DE EXP.: **03-OCT-2007**

CDTE. DE DISTRITO

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJÉRCITO NACIONAL

Instrucciones Especiales

1. Este es un documento publico y es requisito presentarlo para los siguientes casos:
   - Celebrar contratos con cualquier entidad pública.
   - Ingresar a la carrera administrativa.
   - Tomar posesión de cargos públicos.
   - Obtener grado de profesional en cualquier centro docente de educación superior.
2. En caso de convocatoria de reservas, de llamamiento especial o de movilización, debe efectuar presentación inmediata en la unidad militar más cercana al lugar de su residencia para recibir instrucciones al respecto.

EJ ATE 787

Fundacion Huellas
NIT. 900.445.971 - 1

Mocoa, enero de 2026

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

Manifestación de interés y disponibilidad como integrante de la propuesta presentada por FUNDACIÓN HUELLAS.

YO, JISSHET CAMILA LOZANO LÓPEZ de acuerdo a las condiciones establecidas en el proyecto denominado "APOYO A LA ATENCION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DÍA DEL 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
**JISSHET CAMILA LOZANO LÓPEZ**

C.C.1127078321 de Villa garzón



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 |
|---|---|---|
| LOZANO | LOPEZ | JISSHET CAMILA |

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No 1127078321

GENERO: F (X) M ( ) NB ( )

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

***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*<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* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 05 | *Mes* | 03 | *Año* | 2024 | *Día* | 08 | *Mes* | 06 | *Año* | 2024 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>FISIOTERAPEUTA | *DEPENDENCIA*<br>AREA DE SALUD COMUNITARIA | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 4B 1 35 SUR barrio Juan Pablo | | | | | |

| 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* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 21 | *Mes* | 01 | *Año* | 2022 | *Día* | 20 | *Mes* | 07 | *Año* | 2022 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>FISIOTERAPEUTA | *DEPENDENCIA*<br>SECRETARIA DE SALUD | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>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 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* VILLAGARZON- 21-JULIO-2025

Camila Lozano

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

*Ciudad y fecha*

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

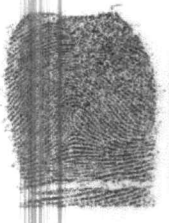
NÚMERO **1.127.078.321**

**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-8403000-01093245-F-1127078321-20190813 **0067**351273A 1 9909488662

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO
## No. 290168847

PIB
11:35:01
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 28 de enero del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) 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 Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

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 28 de enero de 2026, a las 11:39:17, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 1124078321 |
| Código de Verificación | 1124078321260128113917 |

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 10:59:49 AM horas del 28/01/2026, 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



Todos los derechos reservados.

Policía Nacional de Colombia

(https://www.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, 28/01/2026 05:09:50 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. **133722057** . 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 18:17:07 horas del 28/01/2026, 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 **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.

---




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

TIC

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

## CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 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 29/01/2026 09:56 AM

Código Verificación: **2S5WRCV3ZK**

Válida hasta: **29/04/2026**

---

**Dirección de Gobierno Digital**

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

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 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 | 1127078321 | |

| 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

| 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 |
| 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

| | 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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

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 Expedición Diploma: 2021-10-20
Fecha Inscripción 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**

# 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

Verificar Registro en ReTHUS 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**

La República de Colombia

y en su nombre, la

# Institución Educativa Guillermo Valencia

**Villagarzón - Putumayo**

**Jornada Diurna**

Autorizada por la Secretaria de Educación y Cultura Departamental mediante Resolución No. 0139 del 3 de Febrero de 2003

Confiere a:

## *Jisshet Camila Lozano Lopez*

C. C. No. 1.127.078.321 de Villagarzón - 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); los Planes y Programas vigentes.

INSTITUCION EDUCATIVA GUILLERMO VALENCIA
VILLAGARZON
PUTUMAYO

Lic. Leandro León Gómez Gómez
Rector

Blanca Lytse Camacho Quintero
Secretaria

Anotado al Folio No. ____ Libro de Registro No. 02

Dado en Mocoa Putumayo, a los Veintiocho (28) dias del mes de Noviembre de 2014

No requiere registro, Decreto No. 921 del 06 de Mayo de 1994, expedido por el M.E.N.

Libertad y Orden

# *Institución Educativa Guillermo Valencia*

*Villagarzón – Putumayo*

# ACTA DE GRADO

*Inscripción S. E.: Folio 111 – Acta 112*
*Inscripción DANE No. 186885001188*

En la ciudad de Villagarzón Putumayo a los Veintiocho (28) del mes de Noviembre del año 2014, 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 titulo de Bachiller Académico, Jornada Diurna, 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 Titulo de **BACHILLER ACADEMICO**, al graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de identificación se relaciona a continuación:

**JISSHET CAMILA LOZANO LOPEZ**
**C. C. No. 1.127.078.321 de Villagarzón - Putumayo**

Es fiel copia tomada del Acta General de Graduación No. 068 del 28 de Noviembre de 2014, la cual consta de 77 estudiantes que comienza con el nombre de PABLO ADRIAN ANDRADE ZAMUDIO y se cierra con el nombre de SOLEY CATERINE ZAMBRANO JOSSA.

Firmada y sellada por el Lic. LEANDRO LEON GOMEZ GOMEZ (Rector) y BLANCA LYTSE CAMACHO QUINTERO (Secretaria).

Dada en Villagarzón – Putumayo, a los Veintiocho (28) días del mes de Noviembre de 2014.

*Lic. Leandro León Gómez Gómez*
C. C. No. 18.126.226 de Mocoa (P)
Rector

*Blanca Lytse Camacho Quintero*
C. C. No. 27.364.223 de Villagarzón (P)
Secretaria

*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

THOMAS ARES & SONS

Fundacion Huellas
NIT. 900.445.971 - 1

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

**NIT. 900.445.971-1**

**CERTIFICA**

Que la señora **JISSHET CAMILA LOZANO LOPEZ** identificada con cedula de ciudadanía No 1.127.078.321 de Villagarzon Putumayo. Prestó sus servicios como FISIOTERAPEUTA en el área de atención directa a personas adultas mayores en el Convenio de Aasociación 2025 firmado con la Secretaría de Salud del municipio de Mocoa 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 25 de agosto al 26 de diciembre de 2025.

Esta certificación se expide a solicitud verbal del interesado; dada en Mocoa Putumayo el día 30 de diciembre del 2025. Con destino a la hoja de vida.

Cordialmente,

**ALBA EDITH ACOSTA GAVIRIA**
R-L FUNDACION HUELLAS



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

| | REPUBLICA DE COLOMBIA<br>DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO<br>MUNICIPIO DE VILLAGARZON<br>E.S.E HOSPITAL SAN GABRIEL ARCANGEL<br>Nit 846001620-0 | Código |
|---|---|---|
| | | CER-AD-11 |
| | | Dependencia |
| | CERTIFICADO | Administración y Talento Humano |

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) Dias | 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 Leon

**JAIRO HERNAN PATIÑO LEON**

Proyectó: Brenda Diaz Chamorro,
Auxiliar Administrativo.
Talento Humano

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
MUNICIPIO DE VILLAGARZON
Secretaría de Gobierno
NIT. 8000 54 249-0

VILLAGARZÓN
CORAZÓN DEL PUTUMAYO

**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:**

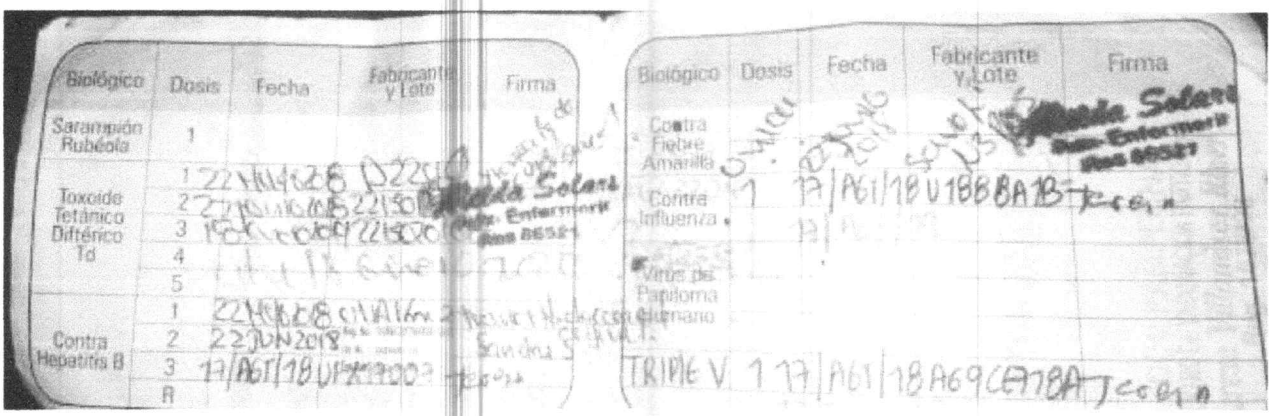
| Nro. | DESCRIPCIÓN |
|---|---|
| 1 | Apoyar en la realización valoración fisioterapéutica inicial y periódica de acuerdo a criterio profesional |
| 2 | Apoyar en la creación de un plan de intervención individual a partir del resultado de la evaluación inicial |
| 3 | Apoyar en ejecutar las acciones 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 Umbria |

Se expide a petición del interesado, el 22 de Agosto de 2023.

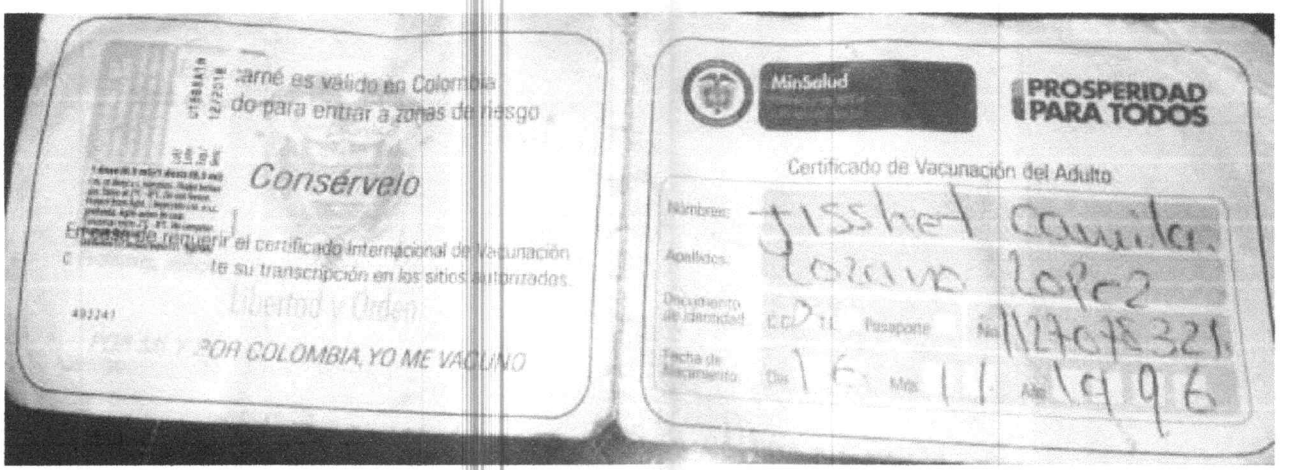
**MAGALY CAROLINA CARDONA**
**Secretario de Gobierno (E) mediante Decreto No. 053 del del 05 de Junio de 2023.**
**Jefe de Recursos Humanos**

Proyectó: Leidy Lopez - Apoyo



| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión Rubéola | 1 | | | |
| Toxoide Tetánico Diftérico Td | 1 | 22 JUN 2018 | | |
| | 2 | 22 JUN 2018 | | |
| | 3 | 17/AGT/18 | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| Contra Hepatitis B | 1 | 22 JUN 2018 | | |
| | 2 | 22 JUN 2018 | | |
| | 3 | 17/AGT/18 | | |
| | R | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Contra Fiebre Amarilla | 1 | 17/AGT/18 | U188BA1B | |
| Contra Influenza | | | | |
| Virus del Papiloma Humano | | | | |
| TRIPLE V | 1 | 17/AGT/18 | A69CE78A | |



carné es válido en Colombia
do para entrar a zonas de riesgo

Conservelo

requerir el certificado internacional de vacunación
te su transcripción en los sitios autorizados.

Unidad y Orden

POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

| | |
|---|---|
| Nombres: | Yisshet Camila |
| Apellidos: | Cortes Lopez |
| Documento de identidad | C.C. TI. Pasaporte No. 1127078321 |
| Fecha de Nacimiento | Día 16 Mes 11 Año 1996 |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| [illegible] | | | | |
| [illegible] | | | | |
| [illegible] | | | | |
| [illegible] | | | | |
| [illegible] | | | | |
| [illegible] | | | | |
| [illegible] | | | | |
| [illegible] | | | | |
| [illegible] | | | | |
| [illegible] | | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y lote | IPS vacunadora Nombre vacunador |
|---|---|---|---|---|
| Hepatitis B | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| Antirrábica | 1 | 30 NOV 2023 | Bavian 480v091 | Angela Castillo |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| Influenza estacional | 1 | 30 NOV 2023 | Bavian 220419 | Angela C |
| Otras | | | | |

| BIOLÓGICO | DOSIS | FECHA | FABRICANTE Y LOTE | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| SARAMPIÓN RUBÉOLA | 1 | | | |
| | 1 | | | |
| TOXOIDE TETÁNICO DIFTÉRICO TD | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| CONTRA HEPATITIS | 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 015F21A | 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**

Vacunas con Idiomas 3123111433

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 Vacunación 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 ( ) 1127078.321

FECHA DE NACIMIENTO: DIA 16 MES 11 AÑO 1996

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: 1127078321

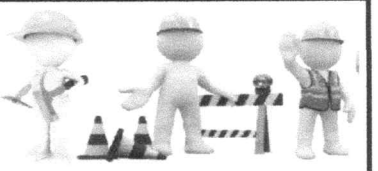
Fecha de nacimiento: Día 16 Mes 11 Año 1996

| 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 | 2335Q0126 | Vacunas al día |
| | 5 | Proxima cita 21 | 2025 | |
| TdaP acelular | 1 | | | |
| | 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 | 1ª | | | |
| | 2ª | | Moderna Bivalente | |
| | 1er Ref | 21-03-24 | 010B23-2A | Vacunas al día |
| | 2do Ref | | | |
| Otras: | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| SST 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
Resolucion No 067 de 2018

Firma Medico

Camila Lozano

Firma Paciente

# MULTIMÉDICAS
## CORPORACIÓN EDUCATIVA

*Certifica que:*

## ***JISSHET CAMILA LOZANO LOPEZ***

*C.C. No:* ***1.127.078.321***

*Asistió al* ***curso en:***

## ***TRIAGE***

*Desarrollado con base en los critérios Técnicos para el Sistema de Selección y Clasificación de Paciente, según la Resolución* ***5596 de 2015*** *- Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia.*

*Certificado por* ***40 horas;*** *Emitido el* ***16/01/2025.***

***JUAN CARLOS CRISTANCHO DIAZ***
*Director Corporación Multimédicas*

***DR. JUAN CARLOS DURAN GALVEZ***
*Coordinador Médico R.M. # 16957*

*Libro 2 - Registro No. 08755 - Fecha de actualización, enero 15 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***

*Asistió y desarrolló el* ***Curso*** *en:*

## ***ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE AGRESIÓN CON AGENTES QUÍMICOS***

*Desarrollado con base a los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia –* ***Resolución 3100 de 2019.***

*Certificado por* ***40 horas*** *y válido por 2 años; Emitido el* ***14/01/2025***

***JUAN CARLOS CRISTANCHO DIAZ***
*Director Corporación Multimédicas*

***DR. JUAN CARLOS DURAN GALVEZ***
*Coordinador Médico R.M. # 16957*

*Libro 2 - Registro No. 08754 - Fecha de renovación, enero 13 de 2027*

NIT 901495072-2 Matrícula Mercantil 493359

Para la verificación y autenticidad de este documento, comunícate vía WhatsApp a línea 3123905971

# 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*

NIT 901495072-2 Matrícula Mercantil 493359

Para la verificación y autenticidad de este documento, comunícate vía WhatsApp a línea 3123905971

# 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*

NIT 901495072-2 Matrícula Mercantil 493359

Para la verificación y autenticidad de este documento, comunícate vía WhatsApp a línea 3123905971

# MULTIMÉDICAS
## CORPORACIÓN EDUCATIVA

*Certifica que:*

## ***JISSHET CAMILA LOZANO LOPEZ***

*C.C. No:* ***1.127.078.321***

*Asistió y desarrolló el* ***Curso*** *en:*

## ***ACOMPAÑAMIENTO EN PROCESO DE DUELO Y PÉRDIDA***

*Desarrollado con base a los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia –* ***Resolución 0459 - 3100 de 2019.***

*Certificado por* ***40 horas*** *y válido por 2 años; Emitido el* ***09/01/2025***

***JUAN CARLOS CRISTANCHO DIAZ***
*Director Corporación Multimédicas*

***DR. JUAN CARLOS DURAN GALVEZ***
*Coordinador Médico R.M. # 16957*

*Libro 2 - Registro No. 08751 - Fecha de actualización, enero 08 de 2027*

NIT 901495072-2 Matrícula Mercantil 493359

Para la verificación y autenticidad de este documento, comunícate vía WhatsApp a línea 3123905971

# MULTIMÉDICAS
## CORPORACIÓN EDUCATIVA

*Certifica que:*

**JISSHET CAMILA LOZANO LOPEZ**

*C.C. No:* **1.127.078.321**

*Asistió al* ***Diplomado:***

## ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD CON ENFOQUE PSICOSOCIAL A VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO

*Desarrollado con base a los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia* ***3100 de 2019 - Ley 1448 de 2011.***

*Certificado por* ***120 horas*** *y válido por 2 años; Emitido el* ***05/01/2025***

**JUAN CARLOS CRISTANCHO DIAZ**
*Director Corporación Multimédicas*

**DR. JUAN CARLOS DURAN GALVEZ**
*Coordinación Médica R.M. # 16957*

*Libro 2 - Registro No. 08750 "Fecha de actualización, enero 04 de 2027*

NIT 901495072-2 Matricula Mercantil 493359

Para la verificación y autenticidad de este documento, comunícate vía WhatsApp a línea 3123905971

# MULTIMÉDICAS
## CORPORACIÓN EDUCATIVA

*Certifica que:*

## ***JISSHET CAMILA LOZANO LOPEZ***

*C.C. No:* ***1.127.078.321***

*Asistió al* ***Diplomado*** *en:*

## ***ATENCIÓN, CARACTERIZACIÓN E INCLUSIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD***

*Desarrollado con base a los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia –* ***Resolución 1239 de 2022 – 3100 de 2019.***

*Certificado por* ***120 horas;*** *Emitido el* ***02/01/2025***

***JUAN CARLOS CRISTANCHO DIAZ***
*Director Corporación Multimédicas*

***DR. JUAN CARLOS DURAN GALVEZ***
*Coordinados Médico R.M. # 16957*

*Libro 2 - Registro No. 08749 - Fecha de renovación, enero 01 de 2027*

NIT 901495072-2 Matrícula Mercantil 493359

Para la verificación y autenticidad de este documento, comunícate vía WhatsApp a línea 3123905971

# CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN

CAROLINA SILVA
KINESIOLOGÍA PÉLVICA

OTORGADO A

*Jisshet Camila Lozano López*

Por haber concluido el curso de ENTRENAMIENTO MUSCULAR DEL PISO PÉLVICO PARA LA FUNCIÓN SEXUAL, con carga horaria de 16 horas aula.

**CALI, COLOMBIA - 12 DE MAYO 2024**

Carolina Silva Gordillo
FISIOTERAPEUTA PÉLVICA

Salud Ser R&J S.A.S.
"Conocimiento que salva vidas"

Hace Constar que

# JISSHET CAMILA LOZANO LÓPEZ

Identificado(a) con CC. **1127078321**

Asistió al curso en:

## HUMANIZACIÓN EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Para constancia se firma en la ciudad de Mocoa-Putumayo, el día el día 2/03/2024
Con una intensidad horario de ocho (8) 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 De 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: 2 De marzo 2026

Mocoa - Putumayo - Colombia

Salud Ser R&J S.A.S.
"Conocimiento que salva vidas"
NIT. 901265151-1

Hace Constar que

# JISSHET CAMILA LOZANO LÓPEZ

Identificado(a) con CC. **1127078321**

Asistió al curso virtual en:

## ATENCIÓN INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

**RESOLUCIÓN 459 DE 2012 - RESOLUCION 3100 DE 2019 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL**

Para constancia se firma en la ciudad de Mocoa-Putumayo, el día el día 2/03/2024
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: 2 de marzo 2026

Mocoa - Putumayo - Colombia

DEPS Nº 5435

Universidad del Valle

# Universidad del Valle - Facultad de Salud

## Certifica que:

## JISSHET CAMILA LOZANO LÓPEZ

Cédula de ciudadanía No. 1.127.078.321

## Aprobó

EL DIPLOMADO EN REHABILITACIÓN DE PISO PÉLVICO

Aprobado mediante Resolución No. 284 del Consejo de Facultad de Salud, 13 de septiembre de 2022

Realizado del 1 de febrero al 1 de abril de 2023

Intensidad Horaria: 125 (Ciento veinticinco) Horas

Santiago de Cali, 1 de abril de 2023

JHONATHAN STICK GUERRERO S.
**Director de Extensión y Proyección Social**
**Facultad de Salud**

HERNEY ANDRÉS GARCÍA P.
**Coordinador (a) Académico (a)**

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*

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 Secretaria 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 Nº. 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*

## 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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**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.

Hacienda

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

## POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

## HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **JISSHET CAMILA LOZANO LOPEZ** identificado con **CC No. 1127078321**, registra la siguiente información.

| Datos del Contratante | Datos de la Relación Laboral |
|---|---|
| **ESE HOSPITAL SAN GABRIEL ARCANGEL**<br>**NIT 846001620** | **Fecha de inicio de cobertura:27/07/2025**<br>**Estado Afiliación: ACTIVO**<br>**Fecha de inicio de Contrato:21/07/2025**<br>**Fecha fin de Contrato: 30/09/2025**<br>**Tipo Vinculación: INDEPENDIENTE**<br>**Clase de Riesgo: 1** |

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad para continuar con la cobertura.

Esta certificación se expide en la ciudad de Mocoa a los 29 días del mes de julio de 2025.

Cordialmente,

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