



# FORMATO COMPLETO

## HOJA DE VIDA Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

### DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO DELGADO		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) CARVAJAL		NOMBRES ANGIE KATHERINE	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1105689048			GÉNERO F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> NB <input type="radio"/>		NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/>			NÚMERO		D.M.
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 08 MES 07 AÑO 1996			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA MANZANA 19 CASA 20 SEGUNDO PISO		
PAÍS COLOMBIA			PAÍS COLOMBIA		DEPTO TOLIMA
DEPTO TOLIMA			MUNICIPIO IBAGUÉ		
MUNICIPIO ESPINAL			TELÉFONO 2677009		EMAIL angiekatherine2008@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		BÁSICA SECUNDARIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2012

**EDUCACIÓN 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		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	10	X		ENFERMERIA	02	2019	

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)

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO

FORMATO COMPLETO

# 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**

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
INGLÉS		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 DIRECCION DE SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL			PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO TOLIMA		MUNICIPIO IBAGUÉ					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3102832354		FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
		Día	08	Mes	07	Año	2021	Día	17	Mes	03	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA L5		DEPENDENCIA COVID 19					DIRECCIÓN CALLE 3 - 4 50 calle 3 # 4-50 centro						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION DE SANIDAD			PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO TOLIMA		MUNICIPIO IBAGUÉ					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 2739811		FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
		Día	07	Mes	04	Año	2021	Día	30	Mes	06	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA COVID 19					DIRECCIÓN CARRERA 4 - 14 52						

## FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD UNIDAD PRESTADORA DE SALUD			PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 2739811			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO				
			Día	16	Mes	06	Año	2020	Día	14	Mes	03
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA COVID				DIRECCIÓN CARRERA 4 14 50 centro					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD UNIDAD PRESTADORA DE SALUD			PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 2739811			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO				
			Día	22	Mes	05	Año	2019	Día	21	Mes	05
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERA			DEPENDENCIA				DIRECCIÓN CARRERA 14 N 4 52 centro					

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:	
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	8
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	11
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

FORMATO COMPLETO

**HOJA DE VIDA**

Persona Natural

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

8

**FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA**

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI  NO  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

Argie H. Delgado c.

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

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

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, **ANGIE KATHERINE DELGADO CARVAJAL**  
IDENTIFICADO CON: C.C.X C.E. T.I. N° **1.105.689.048** CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:  
País **COLOMBIA** Departamento **TOLIMA** Municipio **ESPINAL**  
Dirección **MANZANA L CASA 31 VILLA LORENA** Teléfonos **3102832354**

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
MARIA DEL CARMEN CARVAJAL PEREZ	65.702.525	MADRE
FERNANDO ANTONIO DELGADO MUÑOZ	93.128.159	PADRE

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	300.000.000
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	-
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 300.000.000
<b>TOTAL</b>	

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BANCOLOMBIA	AHORRO	41100025092	ESPINAL	\$ 100.000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

EMPLEADOR O CONTRATANTE

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

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

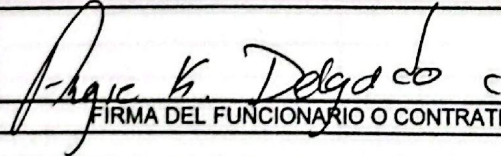
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION			N°
	C.C.	C.E.	T.I.	

**2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA**

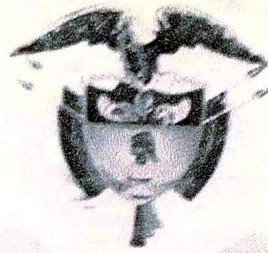
Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma ocasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

**3. FIRMA**

 FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA	L. Marzo 2016 CIUDAD Y FECHA
--	---------------------------------

DAFP-038



La República de Colombia  
Institución Educativa Técnica  
"Felix Tiberio Guzmán"

Autorizado por la Secretaría de Educación y Cultura del Departamento del Tolima según  
Resolución aprobación estudios: No. 04693 del 10 de Octubre de 2001

Confiere a:


Delgado Carbajal Angie Katherine  
C.I. N° 96070802110 Espinal

El Título de:

Bachiller Técnico  
Especialidad Sistemas y Computación

Por Haber Cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación  
Medio Académico, según los planes y programas vigentes Acto general de Graduación N° 037  
de diciembre 07 de 2001, Folio N° 971. Este Diploma no debe ser registrado ante la  
Secretaría de Educación (Decreto 921 de mayo 6 de 1994)

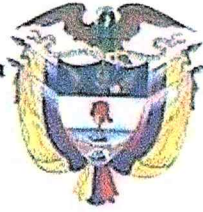
Dado en Espinal - Tolima a los 07 días del mes de Diciembre de 2001

  
Esper. Juan René Pardo Roldán  
C.C. No. 1.000.021 Espinal  
Tolima





En nombre de la República de Colombia  
y por autorización del  
Ministerio de Educación Nacional



**La Universidad de Cundinamarca**  
Creada mediante Ordenanza No. 045/69 - Resolución No. 19530/92 - M.E.N.

Le confiere a

**Angie Katherine Delgado Carvajal**

C. C. No. 1.105.689.048 Expedida en Espinal

El título de

**Enfermera**

Por haber aprobado las exigencias académicas reglamentarias de la carrera

En testimonio de ello se expide el presente

**DIPLOMA**

En la ciudad de Girardot, a los 22 días de Marzo de 2019

  
Rector

  
Decano de Facultad

Anotado al folio 58 del libro 005  
Registro: 2012

Girardot, 22 de Marzo de 2019



**UDEEC**  
UNIVERSIDAD DE  
CUNDINAMARCA

12.3

**PROGRAMA: ENFERMERIA**

**ACTA DE GRADO No. 286**

La Universidad de Cundinamarca, con domicilio principal en la ciudad de Fusagasugá, representada por el Rector, el Secretario General y el Decano de la Facultad de **CIENCIAS DE LA SALUD**, Programa **ENFERMERIA** Seccional Girardot, aprobado por Acuerdo No. 0048 del 12 de Diciembre de 2014 en Grado Ordinario del día 22 del mes de marzo de 2019, otorga a:

**ANGIE KATHERINE DELGADO CARVAJAL**  
C.C. No. 1.105.689.048 de Espinal

**EL TITULO DE:**

**ENFERMERA**

Por haber aprobado las exigencias académicas reglamentarias de la Carrera.

En nombre y representación de la Universidad de Cundinamarca, previo el juramento de rigor, se hizo entrega del diploma correspondiente.

En testimonio de lo anterior, se firma la presente Acta de Grado en la ciudad de Girardot, el día 22 del mes de marzo de 2019, válida para todos los efectos legales correspondientes.

FDO. RECTOR: ADRIANO MUÑOZ BARRERA  
FDO. DECANO DE LA FACULTAD: MARIA EULALIA BUENAHORA OCHOA  
FDO. EL GRADUADO: ANGIE KATHERINE DELGADO CARVAJAL  
FDO. SECRETARIO GENERAL: SANDRA YULIETH MONCADA CASANOVA

Es fiel copia tomada de su original en lo pertinente  
Anotada al Libro No. 13, Folio No. 286  
Girardot, 22 de Marzo de 2019

**JUAN CARLOS MENDEZ FORERO**  
Director de Seccional  
C.C No. 5.909.378 de Flandes

12.3.3.35

**UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA  
SECCIONAL GIRARDOT**

FACULTAD: CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA: ENFERMERIA  
ACTA DE GRADO No: 286  
LIBRO DE REGISTRO No. 5 FOLIO No 58  
FECHA: 22 DE MARZO DE 2019  
REGISTRO DE DIPLOMA No: 2012  
FECHA DE EXPEDICIÓN: 22 DE MARZO DE 2019

  
**JUAN MANUEL CRUZ BANOY**  
Profesional Universitario I  
Admisiones y Registro  
U.D.E.C.



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL  
POLICIA NACIONAL  
DIRECCION DE SANIDAD  
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD TOLIMA



EL SUSCRITO JEFE DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD TOLIMA

CERTIFICA:

Que la señorita ANGIE KATHERINE DELGADO CARVAJAL identificada con cedula de ciudadanía Nro. 1.105.689.048 de Espinal Tolima, cumplió con el tiempo correspondiente al servicio Social Obligatorio en el Establecimiento de Sanidad Policial Primaria Ibaguè desempeñándose como Enfermera y de conformidad con lo dispuesto en la resolución N° 220 del 21 de mayo de 2019 número de Plaza 76 número de formulario 51 del 14 de Noviembre de 2012. Iniciando desde el 22 de mayo del 2019 hasta el 21 de mayo del 2020 CODIGO MINISTERIO 7300100000043-5

Se expide a solicitud del interesado. Dada en Ibaguè a los veinte dos (22) días del mes de mayo del año dos mil veinte 2020

Mayor ~~BLADIMIR ACEVEDO MORA~~  
Jefe Unidad Prestadora de Salud Tolima

Elaborado por: Dr. Oscar Augusto Sánchez Flórez  
Revisado por: Dr. Álvaro Rodríguez Pineda  
Fecha de emisión del: 22/05/2020  
Lugar de emisión: Ibaguè Tolima, mayo 2020

Carrera 4 No. 14-52 Barrio Centro  
Teléfono 2739811 EXT 3410  
[detol@pnsa.gov.co](mailto:detol@pnsa.gov.co)





HOSPITAL SANTA BARBARA E.S.E  
VENADILLO - TOLIMA  
N.I.T. 890.701.010 - 1

## LA SUSCRITA PROFESIONAL UNIVERSITARIO DEL HOSPITAL SANTA BARBARA ESE DE VENADILLO TOLIMA

### CERTIFICA

Que, **ANGIE KATHERINE DELGADO CARVAJAL**, identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 1105689048, laboró en esta Institución por contrato de prestación de servicios desde 01 de octubre de 2024 al 25 de diciembre de 2024, desempeñando funciones de JEFE DE ENFERMERÍA.

A continuación, se relaciona los contratos suscritos:

NUMERO CONTRATO	PLAZO	VALOR CONTRATO	OBJETO DEL CONTRATO
120-2024	2 MESES 25 DIAS	\$21.000.000	CONTRATAR LA PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES DE UN (A) JEFE DE ENFERMERIA A EFECTOS DE CONFORMAR UNO DE LOS EQUIPOS BASICOS EN SALUD PARA LA IMPLEMENTACION, ADOPTAR Y EJECUTABILIDAD DEL PLAN DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD (APSI) PROMOVIDO POR EL MINISTERIO DE SALUD, EN EL TERRITORIO DEL MUNICIPIO DE VENADILLO DEL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA.

VIGILADO  Supersol

Dada en Venadillo Tolima, a los diecinueve (19) días del mes de febrero de 2025.

  
NIRSA PATRICIA MORENO ANDRADE  
PROFESIONAL UNIVERSITARIO

"TU SALUD, NUESTRO COMPROMISO"

Carrera 1 No. 6-20 B/Santa Barbara Venadillo- Tolima, Celular: 3205295137

Página Web: <http://www.hospitalbarbaratolima.gov.co>

Correo electrónico: [gerencia@hospitalbarbaratolima.gov.co](mailto:gerencia@hospitalbarbaratolima.gov.co)

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.105.689.048**  
DELGADO CARVAJAL

APELLIDOS  
**ANGIE KATHERINE**

*Angie Katherine Delgado*

FIRMA



INDICE DERECHO

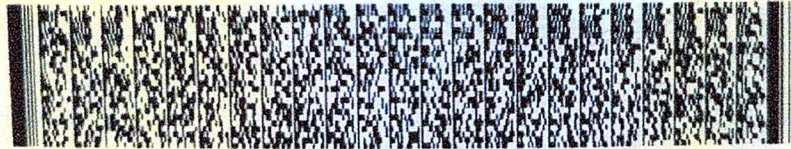
FECHA DE NACIMIENTO **08-JUL-1996**  
**ESPINAL**  
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO  
**1.63** **O+** **F**  
ESTATURA G.S. RH SEXO

**16-JUL-2014 ESPINAL**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carlos Ariel Sánchez Torres*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-2904600-00619475-F-1105689048-20140909

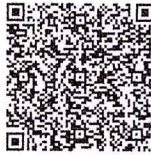
0039877689A 1

42950377

2. Concepto  0  1 Inscripción

4. Número de formulario

14500456845



(415)7707212489984(8020) 000001450045684 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 1 0 5 6 8 9 0 4 8

6. DV

2

12. Dirección seccional  
Impuestos y Aduanas de Ibagué

14. Buzón electrónico

9

## IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

1 1 0 5 6 8 9 0 4 8

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Tolima

7 3

30. Ciudad/Municipio

Espinal

2 6 8

31. Primer apellido

DELGADO

32. Segundo apellido

CARVAJAL

33. Primer nombre

ANGIE

34. Otros nombres

KATHERINE

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

## UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Tolima

7 3

40. Ciudad/Municipio

Espinal

2 6 8

41. Dirección principal

MZ L CA 31 BRR VILLA LORENA

42. Correo electrónico

angiekatherine2008@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 0 2 8 3 2 3 5 4

45. Teléfono 2

## CLASIFICACIÓN

## Actividad económica

## Ocupación

## Actividad principal

46. Código

8 6 9 2

47. Fecha inicio actividad

2 0 1 9 0 2 1 5

## Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

## Otras actividades

50. Código

1

2

51. Código

52. Número  
establecimientos

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código  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

20- Obtención NIT

## 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

60. No. de Folios:

1

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

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre VELASCO NARVAEZ CRISTHIAN CAMILO

985. Cargo Analista III

**CERTIFICADO DE ANTECEDENTES**  
**CERTIFICADO ORDINARIO**  
**No. 292191616**



PIB  
06:44:43  
Hoja 1 de 01


Bogotá DC, 02 de marzo 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) ANGIE KATHERINE DELGADO CARVAJAL identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1105689048:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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



Mario Enrique Castro González  
Jefe División de Relacionamento 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.

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 02 de marzo de 2026, a las 06:47:37, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1105689048
Código de Verificación	1105689048260302064737

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





POLICÍA NACIONAL  
DE COLOMBIA

## Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

### La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 06:43:15 AM horas del 02/03/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1105689048**

Apellidos y Nombres: **DELGADO CARVAJAL ANGIE KATHERINE**

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

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

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

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

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las [preguntas frecuentes](#) o acérquese a las [instalaciones de la Policía Nacional](#) más cercanas.



Dirección: Avenida El Dorado # 75  
– 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.  
Atención administrativa: Lunes a  
Viernes 8.00 am a 12.00 pm y  
2:00 pm a 5:00 pm  
Línea de atención al ciudadano:  
5159700 ext. 30552 (Bogotá)  
Resto del país: 018000 910 112  
E-mail: [dijin.araic-  
ato@policia.gov.co](mailto:dijin.araic-ato@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, 30/01/2026 10:22:09 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1105689048** y Nombre: **ANGIE KATHERINE DELGADO CARVAJAL**.

## 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. **133933798** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando <https://www.policia.gov.co>, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Búsqueda

Imprimir

515 9000



Policía Nacional de Colombia  
Dirección General - Cra. 59 N° 26 - 21  
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.  
Línea de atención: 018000-910112



## 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 11:48:30 horas del 02/03/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1105689048**, Apellidos y Nombres **DELGADO CARVAJAL ANGIE KATHERINE**

### NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **hospital santa rosa de lima**, con NIT **809005452-3** 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



Área de Administración de Información Criminal

#### ENLACES DE INTERÉS

- > Portal web Dijin
- > Consulta Antecedentes Judiciales
- > Protección de Datos

SÍGANOS EN LAS REDES SOCIALES



Consulta de Inhabilidades - Ley 1918 de 2018 | Ley 2375 de 2024

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



## 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 1105689048 **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 30/01/2026 10:28 PM



Código Verificación: **HKZ1ANDQYV**

Válida hasta: **01/05/2026**

---

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS  
COMUNICACIONES - MINTIC

# Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **DELGADO CARVAJAL ANGIE KATHERINE** identificado(a) con **CC número 1.105.689.048** se encuentra afiliado (a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 23 de mayo de 2019 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 02 de marzo de 2026.

Cordialmente,



**Cesar Mauricio Aubad Echeverry**  
Equipo Soporte para Clientes

**\*Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

\*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:

Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web [www.proteccion.com](http://www.proteccion.com) y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:

Bogotá (601) 482 33 64 – Medellín (604) 510 90 99 – Cali (602) 386 00 80 -

Barranquilla (605) 319 79 99 – Cartagena (605) 642 49 99 – WhatsApp +57 310 220 5575

o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a <https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/>



CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) ANGIE KATHERINE DELGADO CARVAJAL identificado(a) con CC 1105689048 se encuentra afiliado a la EPS.

**Fecha de Activación de Servicios:** 01/06/2019

**Estado de la Afiliación:** Vigente

**IPS:** VIVA I A IPS S.A. - SEDE IBAGUE

**Categoría:** B

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 2 días del mes 3 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**

Bogota D.C.

**POSITIVA**  
**COMPANÍA DE SEGUROS S.A.**  
**CERTIFICA QUE:**

Verificada la base de datos de afiliaciones, se identificó que el(la) señor(a) **ANGIE KATHERINE DELGADO CARVAJAL** identificado(a) con **CC . 1105689048** registra la siguiente información:

Documento empleador	Nombre empleador o contratante	Vinculación laboral	Fecha última afiliación	Fecha fin vinculación	Clase riesgo	Estado
809002097	HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIDE CHIQUINQUIRA DEL MUNICIPIO DE COELLO TOLIMA ESE	INDEPENDIENTE	14/02/2026		3	ACTIVO

Esta certificación se expide a los dos (2) día(s) del mes de marzo de 2026.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES  
POSITIVA COMPANÍA DE SEGUROS



GOBIERNO  
DE COLOMBIA



La salud  
es un trabajo

Ministerio



ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA  
IDENTIFICACIÓN ÚNICA DE TALENTO HUMANO EN SALUD

ENFERMERA

ANGIE KATHERINE DELGADO CARVAJAL

C.C. 1.105.689.048

Universidad De Cundinamarca

Girardot

Fecha de Expedición Diploma: 22/03/2019

Fecha de inscripción en Rethus: 05/06/2020



37719

Representante Legal Organización Colegial de Enfermería

Esta tarjeta es un documento público y se expide en conformidad con la Ley 1164 de 2007, Decreto 4192 de 2010 y la Resolución 085 de 2015.

Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla a la Organización Colegial de Enfermería.  
[www.oceinfo.org.co](http://www.oceinfo.org.co)

FIRMA DEL PROFESIONAL

IDéntico S.A.S.

# Certificación Bancaria

Martes, 03 de febrero de 2026

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que ANGIE KATHERINE DELGADO CARVAJAL identificado(a) con CC 1105689048, 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	41100025092	2019-04-17	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 [comproceso@bancolombia.com.co](mailto:comproceso@bancolombia.com.co)



Md. Lenin A. Puertas Silgado.

Reg. Méd.: 99-1438.

Esp. Seguridad y Salud en el Trabajo. Lic. S.O. 73-2011 Sec. Salud del Tolima.

md.leninpuertas@gmail.com



### CERTIFICADO DE EVALUACIÓN Y CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

FECHA DEL RECONOCIMIENTO: 8/04/2025	CIUDAD: IBAGUÉ	DPTO.: TOLIMA	CARGO A OCUPAR: PROF. ENFERMERIA
-------------------------------------	----------------	---------------	----------------------------------

MOTIVO DE EVALUACIÓN, TIPO DE EXAMEN:  INGRESO.  PERIÓDICO.  RETIRO.  ALTURAS.  OTRO:

NOMBRE EMPRESA: TRABAJADOR INDEPENDIENTE

ACTIVIDAD ECONÓMICA: PROFESIONAL DE ENFERMERIA

#### 2. IDENTIFICACION COLABORADOR

NOMBRE(S): ANGIE KATHERINE	1er APELLIDO: DELGADO	2do APELLIDO: CARVAJAL	CEDULA: 1.105.689.048
----------------------------	-----------------------	------------------------	-----------------------

SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>	FECHA DE NACIMIENTO: 08/07/1996	EDAD: 28 AÑOS	LUGAR DE NACIMIENTO: ESPINAL, TOL	LUGAR DE RESIDENCIA: IBAGUE, TOL
--	---------------------------------	---------------	-----------------------------------	----------------------------------

#### A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXÁMENES:

Examen médico ocupacional		Exámenes	Laboratorios:	
Examen médico ocupacional	<input checked="" type="checkbox"/>	Espirometría	Hemograma	Frotis faríngeo
Audiometría	<input type="checkbox"/>	Prueba psicotécnica	Perfil lipídico	KOH uñas
Examen optométrico	<input type="checkbox"/>	Electrocardiograma	Glicemia	Coprológico
Visiometría	<input type="checkbox"/>	Hemoclasificación: O +	Serología	Otros
			Serología II	
			Toxicológico	

#### 3. CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

##### 3.1. EXAMEN MEDICO DE INGRESO:

Sin restricción(es) para el cargo, sin patología aparente.	<input checked="" type="checkbox"/>	PUEDE REALIZAR LA LABOR.
Sin restricción(es) para el cargo, con patología que no limita la labor.	<input type="checkbox"/>	
Con restricción(es) para el cargo.	<input type="checkbox"/>	Por motivo de:
Aplazado.	<input type="checkbox"/>	Por motivo de:

##### 3.2. EXAMEN MEDICO PERIÓDICO:

Sin restricción(es), puede seguir realizando su labor.	<input type="checkbox"/>	
Se sugiere reubicación laboral:	Temporal <input type="checkbox"/>	Por motivo de:
	Permanente <input type="checkbox"/>	Por motivo de:

##### 3.3. EXAMEN MEDICO EGRESO:

Satisfactorio  
 No satisfactorio, por motivo de: \_\_\_\_\_

##### 3.4. CONCEPTO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS:

Sin restricción(es) para trabajo en alturas . Con restricción(es) para trabajo en alturas . No apto .

Tipo de restricción o limitación:

#### 4. CONDUCTA/RECOMENDACIONES

MANEJO POR EPS/ARL	OCUPACIONALES	HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA
Control periódico P y P por EPS	Control periódico ocupacional	Modificar dieta
Remisión a EPS	Higiene postural	Ejercicio físico regular <input checked="" type="checkbox"/>
Continuar manejo médico	Utilización correcta de E.P.P.	Abandono del hábito de fumar
Remisión a ARL para manejo de caso	Utilización de ayudas ergonómicas.	Reducir el consumo de alcohol
Seguimiento de caso por ARL	Realización de pruebas complementarias	

Recomendaciones específicas:

Declaro que todo lo referido y consignado en esta Historia Clínica Ocupacional está ceñido a la verdad y que no he ocultado información acerca de perturbaciones o deficiencias orgánicas, fisiológicas o psicológicas que impliquen riesgo para mi salud, para la de mis compañeros o para mi trabajo en esta empresa, además me comprometo a usar correctamente los elementos de protección personal (EPP) que me sean suministrados.

Firma Trabajador: Angie Delgado

CC: 1105689048

Firma y sello del Médico: Lenin A. Puertas Silgado  
 Médico Esp. S.O.  
 Res.: 2011 del 25-06-2016 S.S.T.



- Busqueda
- Mis procesos
- Menú
- Ir a

Escritorio → **Configuraciones de Perfil**

Mis datos de usuario

Noticias SECOP

Mis registros

Accesos del usuario

Términos y condiciones de uso

Editar

**Información del usuario**

**Cargo**

**Título**

**Nombre** ANGIE KATHERINE

**Apellidos** DELGADO CARVAJAL

**Fecha de nacimiento** 8/07/1996 ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)

**Nivel Educativo** Posgrado

**Género** Mujer

**¿Tiene alguna discapacidad?**  Sí  No

**Nombre y apellido** ANGIE KATHERINE DELGADO CARVAJAL

**Tipo de documento** Cédula de Ciudadanía

**Número de documento** 1105689048

**Dirección** Manzana L casa 31 Villa Lorena

**Código postal**

**Estrato** 2

**Ubicación** Espinal

**País** COLOMBIA

**Correo electrónico** delgadocarvajal78@gmail.com

**Teléfono**

**Celular** 3102832354



**Configuración**

**Zona horaria** (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito

**Idioma** Español (Colombia)

**Configuración regional** Spanish (Colombia)

**Seguridad de la información**

**Pregunta de seguridad** ¿Cuál es su número de teléfono?

**Respuesta** 3102832354

**SMS para recuperar la contraseña** 3102832354

Editar



DIVISION DE CRECIMIENTO Y BIENESTAR  
DEPARTAMENTO DE CAPACITACION Y BIBLIOTECAS

Certifica que:

***ANGIE KATHERINE DELGADO CARVAJAL***

Documento de Identidad No. 1105689048

Asistió al curso: *HUMANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD*

No. de horas: 40

Realizado en: Ibagué Tolima 18 septiembre 2024

**FREDY CASTRO PRADO**  
Jefe Departamento de Capacitación y Bibliotecas.

Fecha de expedición: 24 de septiembre 2024

Para verificar la validez de este certificado Tel: 3187069949

Email [capacitacion@institutocomfenalco.edu.co](mailto:capacitacion@institutocomfenalco.edu.co)



### Educación Informal.

Capítulo V Decreto 4964 Y numeral 5.5 M.E.N  
Es ateciente al Decreto Ley 2159 Artículo 47 de 1995

HACE CONSTAR QUE:



FUNDACIÓN INTEGRAL SOCIAL Y GERIÁTRICA  
DE ATENCIÓN PRIMARIA  
**MUNDO VITAL**  
INSCRITO CÁMARA DE COMERCIO EL 15 DE FEBRERO  
DE 2005 N° 9601234567 Y NIT 900039544

# ANGIE KATHERINE DELGADO CARVAJAL.

C.C. No. 1.105.689.048.

Asistió y Aprobó el Curso de:

## APOYO VITAL CARDIO RESPIRATORIO – CEREBRO PULMONAR AVANZADO. (ACLS) (AVCA)

Con una intensidad de 50 horas Teórico - Prácticas.  
Valido Por Dos (2) Años.

Dado en Bogotá - Tol., a los días 16 del Mes de Abril del 2023.



Manuel Eduardo Pérez Barragan  
Enfermero Esp. en Rehabilitación. Capacitador.  
Presidente. Fundación "MUVI"  
Rethus. 11309817.



Joaquín Miguel Zuluaga González  
Mediocr General - Entrenado.  
Capacitador  
RMI No. 93394565

Manuel E. Pérez B.  
Enfermero Esp. en Rehabilitación  
Rethus M. 11309817



# EDUCACION INFORMAL.

Capítulo V Decreto, 4904 Numeral 5.8. M.E.N.  
En atención al Decreto / Ley 2150 Artículo 47 de 1995.



FUNDACION INTEGRAL SOCIAL Y COMUNITARIA  
DE ATENCION INTEGRAL  
**MUNDO VITAL**  
INSCRITO CAMARA DE COMERCIO EL 25 DE FEBRERO  
DE 2008 N. 80612630 Y NIT. 900202651-9

HACE CONSTAR QUE:

**ANGIE KATHERINE DELGADO CARVAJAL.**

C.C. No. 1.105.689.048.

Asistió y Aprobó el Curso de.

**SOPORTE VITAL BASICO (BLS) CON ENFASIS EN  
REANIMACION CARDIO CEREBRO PULMONAR(RCCP) y  
Conocimientos en Avanzado.**

Con una intensidad de 20 Horas, Teórico - Practicas.

Vigencia De (2) Años.

Dado en Ibagué - Tol, a los 15 días del Mes de. Abril del 2023.

MANUEL EDUARDO PÉREZ BARRAGAN  
Enfermero Esp. en Rehabilitación  
Rethus No. 11309817

Manuel Eduardo Pérez Barragan.  
Rethus. No 11309817 - Capacitador.  
Enfermero Esp. en Rehabilitación. U. de A  
Presidente Fundación "MUVI"  
Móvil. 3124537975.

Enfermera Profesional Especializada.  
Clara Ibeth Castaño Díaz.  
Rethus No. 1110462593.  
Capacitador.

Manuel E. Pérez B.  
Enfermero Esp. en Rehab. U. de A.  
Rethus No. 11309817



# LA FUNDACION MUNDO VITAL

INSCRITO CAMARA DE COMERCIO EL 25 DE FEBRERO  
DE 2008 N° 80012630 Y NIT: 900202654-9



FUNDACION INTEGRAL SOCIAL Y COMUNITARIA  
DE ATENCION INTEGRAL  
**MUNDO VITAL**

HACE CONSTAR QUE:

## ANGIE DELGADO CARVAJAL.

C.C. No 1.105.689.048.

Asistió y Participo de la Capacitación en:

### MANEJO de la PRUEBAS RAPIDAS TOMADAS en el PUNTO de ATENCION del PACIENTE - POCT.

Con una intensidad de 40 Horas Teóricas y Practicas.

Ibagué – Tol, a los días 06 del Mes de Septiembre del 2024.

*Manuel E. Pérez B.*  
*Presidente*  
*11309817*

Manuel Eduardo Perez Barragan

Rethus: 11309817

Enfermero Esp. en Rehabilitación. Capacitador.

Presidente: Fundación "MUVI" NIT: 900202654-9.

Móvil. 3114537975.

*Jose Luis Roza Saavedra*  
*Enfermero Jefe - Especialista*  
*1110553550*

Enfermero Jefe – Especialista.

JOSELUIS ROZO SAAVEDRA.

Capacitador.

Rethus: 1110553550.

EDUCACIÓN INFORMAL

Capitulo V Decreto 4904 Numeral 5.8. M.E.N - Decreto / Ley 2150 Artículo 47 de 1995



**INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO**

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

***Hace Constar que:***  
***Angie Katherine Delgado carvajal***  
***CC 1105689048 de Espinal - Tolima***

Realizó y aprobó el Curso Cálculo Dilución y Administración de Medicamentos con un total de 48 Horas.

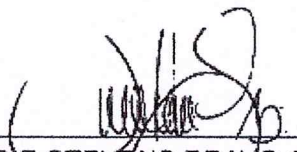
Verificación:

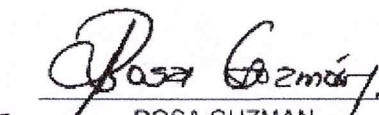


Fecha de emisión: 2025-10-01  
Fecha de vencimiento: 2027-10-01



  
FREDDY ARBEY HERNANDEZ  
CAMPUZANO  
Representante Legal  
TP. No 70976 - 051880. Copria

  
DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO  
Jefe de Enfermería  
TP 3206  
Docente.

  
ROSA GUZMAN  
ESP. Orientación Educativa y  
Desarrollo Humano  
Docente Especialista



# Educación Informal

Capítulo V Decreto, 4904 Numeral 5.8. M.E.N  
Decreto / Ley 2150 Artículo 47 de 1995

HACE CONSTAR QUE:



FUNDACION INTEGRAL SOCIAL Y COMUNITARIA  
DE ATENCION INTEGRAL  
**MUNDO VITAL**  
INSCRITO CAMARA DE COMERCIO EL 25 DE FEBRERO  
DE 2008 N. 80012630 Y NIT. 900202654-9

## Angie Delgado Carvajal.

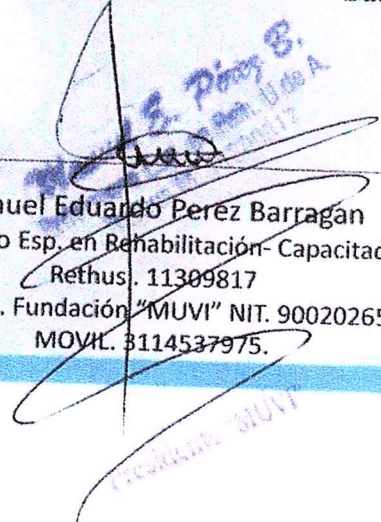
Identificada con C.C. No. 1.105.689.048.

Asistió y Participo de la Capacitación en:

### Atención Integral de Emergencia a Víctimas de Abuso, Violencia Familiar y Sexual

Intensidad de 40 horas Teóricas.

Dado en Ibagué – Tol, a los 28 días del Mes de. Septiembre del 2024.

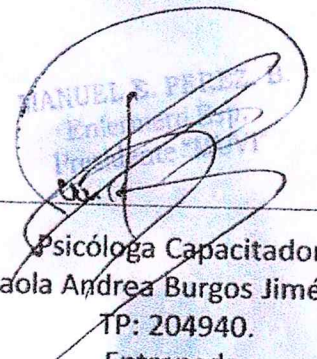
  
Manuel Eduardo Pérez Barragan

Enfermero Esp. en Rehabilitación- Capacitador.

Rethus. 11309817

Presidente. Fundación "MUVI" NIT. 900202654-9

MOVIL. 3114537975.

  
Psicóloga Capacitador  
Paola Andrea Burgos Jiménez.

TP: 204940.

Entrenada.



# Educación Informal

Capítulo V Decreto, 4904 Numeral 5.8. M.E.N  
En atención al Decreto / Ley 2150 Artículo 47 de 1995



FUNDACION INTEGRAL SOCIAL Y COMUNITARIA  
DE ATENCION INTEGRAL  
**MUNDO VITAL**  
INSCRITO CAMARA DE COMERCIO EL 25 DE FEBRERO  
DE 2008 N. 80012630 Y NIT. 900202654-9

HACE CONSTAR QUE:

## ANGIE DELGADO CARVAJAL.

Identificada con C.C. No. 1.105.689.048.

Asistió y Participo del Seminario en:

### ASISTENCIA INTEGRAL EN LA GESTION DEL DUELO Y SUS ETAPAS.

Con una intensidad de 30 Horas Teóricas.

Dado en Ibagué – Tol, a los 10 días del Mes de Septiembre del 2024.

*Manuel E. Pérez B.*  
Manuel E. Pérez B.  
Enfermero Esp. en Rehabilitación. U. de A.  
Capacitador.

Manuel Eduardo Perez Barragan  
Enfermero Esp. en Rehabilitación. U. de A.  
Capacitador.  
Presidente – Fundación "MUVI" NIT. 900202654-9  
MOVIL. 3114537975. Rethus No. 11309817.

*Paola Andrea Burgos Jiménez*  
MANUEL E. PEREZ B.  
Enfermero Esp. en Rehabilitación. U. de A.  
Capacitador.

Psicóloga – Entrenada.  
Capacitador.  
Paola Andrea Burgos Jiménez.  
TP. 204940.

MANUEL E. PEREZ B.  
Enfermero Esp. en Rehabilitación. U. de A.  
Capacitador.

Paola Andrea Burgos Jiménez  
TP. 204940  
Rethus M. 11309817

## 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 \*

1105689048

Primer Nombre

angie

Primer Apellido

delgado

Confirme los números de la Imagen \*

8 638



Cambiar

9261



## Resultado General -2026-03-02→11:25:42 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:
CC	1105689048	ANGIE	KATHERINE	DELGADO	CARVAJAL	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) **ANGIE KATHERINE DELGADO CARVAJAL** identificado(a) con CC 1105689048 registra La siguiente información:

2026-03-02→11:25:42 AM

## Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	ENFERMERIA	2020-06-04	1105689048	ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA

Datos SSO

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	Firma
VPH	1				
	2				
Anti rabica	1				
	2				
	3				
	4				
Influenza	Actual	2-11-19	sanoofi	T3A85IV	Delgado
Otras:	T.Y	11-07-18	H 3282-2	serum	Carvajal
	Yaniceia	11-07-18	CC147C	Merck	Carvajal
	Hep B 1R	28-10-2015	UYX13004	Gina Lopez	
	Td 1R	25-08-19	Biologia	21501313B	Delgado
		21-08-20	Green	V-30020106	Delgado

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	Firma
Sarampión	Única	11-07-13	H3282-2	serum	Carvajal
Fiebre Amariila	Única	2-9-15	sanoofi	L 5046	Maria Saiz
Toxide Tetáni co y Diftérico (Td)	1	12-07-13	serum	029B1008B	Sarmy
	2	28-08-13		029B1008B	Sulla
	3	26-09-14		029L7510B	yami
	4	07-09-15	serum	02231	Karmett
	5	28-10-16		02291	Gina Lopez
Hepatitis B	1	09-03-2015	serum	UYX19004	Gina Lopez
	2	10-04-2015		ARBX41716	Gina Lopez
	3	28-10-2015		UYX19004	Gina Lopez

Unidad Prestadora de Salud Tolima

## CARNET DE VACUNACIÓN

Nombre: Angie Katherine

Apellido: Delgado Carvajal

Documento de Identidad: 1105689048

Fecha de Nacimiento: 08-07-1996




**POLICIA NACIONAL  
DIRECCION DE SANIDAD**

# Carné Digital de Vacunación

# Colombia

## Esquema de Vacunación



### VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA



QR DE AUTENTICIDAD

Nombres y apellidos / Full name

ANGIE KATHERINE DELGADO CARVAJAL

Tipo de identificación / ID Type

CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number

1 1 0 5 6 8 9 0 4 8

Fecha de nacimiento / Date of birth

08/07/1996

País nacimiento / Country of birth

COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number

3102832354

Correo electrónico / e-mail

delgadocarvajal78@gmail.com

ID: 0766e565-5239-4e50-a433-831c1e81d3e2

### Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna	Dosis	Fecha de aplicación			Laboratorio	Número de Lote	IPS Vacunadora	Nombres y apellidos del vacunador
		Date of vaccination						
Vaccine	Doses	Día	Mes	Año	Laboratory	Vaccine Batch	Administering Center	Full name Vaccinator
		Day	Month	Year				
Varicela Particular	Primera	11	7	2013		CC147C	Cruz Roja	Cruz Roja
Triple Viral Particular	Refuerzo	11	7	2013		H5282-2	Cruz roja	Cruz roja
TD Adulto	Primera	12	7	2013		024B100118B	ESPAB IBAGUE	SANNY
TD Adulto Particular	Primera	12	7	2013		024B100BB	Colsubsidio	sanny
TD Adulto	Segunda	28	8	2013		024B1008B	ESPAB IBAGUE	SULLA
TD Adulto Particular	Segunda	28	8	2013		024B100BB	Colsubsidio	SULLA
TD Adulto	Tercera	26	2	2014		D2427510B	ESPAB IBAGUE	YANNI
Hepatitis B Adultos	Primera	9	3	2015		UVX14009	GABRIEL RAMIREZ RAMIREZ	GINA LOZANO
Hepatitis B Adultos	Segunda	10	4	2015		AAB12417136	GABRIEL RAMIREZ RAMIREZ	GINA LOZANO
Fiebre Amarilla	Única	2	9	2015		L50461	GIRARDOT EXTRAMURAL	
TD Adulto	Cuarta	7	9	2015		D2221	ESPAB IBAGUE	KARMETT
Hepatitis B Adultos	Tercera	28	10	2015		UVX14009	GABRIEL RAMIREZ RAMIREZ	GINA LOZANO
TD Adulto	Primer Refuerzo	28	10	2016		D2291	ESPAB IBAGUE	GINA LOZANO
Hepatitis B Adultos	Refuerzo	28	10	2016		UYX15004	GABRIEL RAMIREZ RAMIREZ	GINA LOZANO

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

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

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

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

The Ministry of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from PAIWEB, according to the Wide 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 it is described here.

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

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

# Carné Digital de Vacunación

# Colombia

## Esquema de Vacunación



### VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD



ID: 0766c565-5298-4c5c-e8133-831c1e81dd32

Nombres y apellidos / Full name

ANGIE KATHERINE DELGADO CARVAJAL

Tipo de identificación / ID Type

CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number

1 1 0 5 6 8 9 0 4 8

Fecha de nacimiento / Date of birth

08/07/1996

País nacimiento / Country of birth

COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number

3102832354

Correo electrónico / e-mail

delgadocarvajal78@gmail.com

### Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna	Dosis	Fecha de aplicación			Laboratorio	Número de Lote	IPS Vacunadora	Nombres y apellidos del vacunador
		Day	Month	Year				
TD Adulto	Quinta	25	5	2019				
INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	21	5	2020				
COVID PFIZER	Primera	10	3	2021				
COVID PFIZER	Segunda	31	3	2021				
COVID MODERNA	Primer Refuerzo	9	12	2021	Moderna Biotech	005H21A	ESPAB IBAGUE	AURA CRISTINA ZAMBRANO RINCON

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

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

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

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

The Ministry of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from PAIWEB, according to the Wide 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 it is described here.

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

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