

Bogotá D.C, 17 de marzo de 2026

Asunto: Carta para terminación de contrato

Estimado equipo Secretaría de Salud Boyacá – Gobernación de Boyacá.

Reciban un cordial saludo.

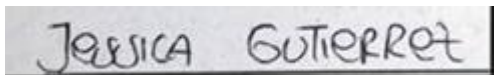
Por medio de la presente, en primer lugar, quiero agradecer la confianza depositada en mí a lo largo de estos meses, agradezco el permitirme ser parte del equipo, gracias por apoyar y aportar a mi crecimiento profesional pero principalmente a mi crecimiento personal y humano.

Sin embargo, es mi deber informar mi decisión de terminar el contrato de forma voluntaria al cargo de profesional de apoyo, que vengo desempeñando desde el mes de Noviembre 2025. Decisión que he tomado por iniciativa propia en búsqueda de seguir acrecentando logros profesionales, así como continuar cumpliendo mis metas personales y familiares.

Dicha terminación de contrato la hago efectiva desde el 30 de marzo de 2026, momento en el cual entrego mi cargo, no sin antes reiterar mi agradecimiento. Espero haber cumplido con gran parte de las metas, logros y expectativas, y de igual manera espero mantener puertas abiertas de manera bilateral con miras a futuro.

Muchas gracias y Dios los bendiga.

Cordialmente,

A rectangular box containing a handwritten signature in black ink that reads "JESSICA GUTIERREZ".

Jessica Paola Gutiérrez Castellanos

CC 1018482320

Tel: 3204022800

Tunja, 15 de mayo de 2026

Doctora
ANDREA CONSTANZA GONZALEZ FONSECA
Directora Administrativa Contractual
Secretaría de Contratación
Gobernación de Boyacá
Ciudad.

*ASUNTO: SOLICITUD CESIÓN CONTRATO CO1.PCCNTR.8781700/0116 CELEBRADO CON
JESSICA PAOLA GUTIERREZ CASTELLANOS*

Cordial saludo,

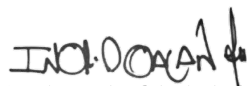
Por medio de la presente me permito solicitar la cesión del contrato *CO1.PCCNTR.8781700/0116*, celebrado con la señora JESSICA PAOLA GUTIERREZ CASTELLANOS, toda vez que la citada contratista manifiesta su intención de no continuar con el contrato, el cual presentó ejecución desde la firma del acta de inicio y hasta el 30 de marzo y presenta su renuncia por situaciones de índole personal que le impiden continuar con el mismo.

La cesión del contrato en mención es la señora ANGÉLICA MARÍA RODRÍGUEZ RODRIGUEZ, identificada con CC 1.049.620.618 de Tunja; quien cumple con requisitos de profesión y la experiencia para asumir los términos Contractuales del contrato de prestación de servicios.

Cordialmente,



CONSTANZA MARCELA GARCÍA GARCÍA
Supervisora



Vo.Bo. INDRID MARGARITA GALÁN DIAZ
Secretaria de Salud de Boyacá



Vo.Bo. CANDY SAMANTA RODRIGUEZ CASTILLO
Directora de Promoción y Prevención



FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

GOBERNACIÓN DE BOYACÁ

1

DATOS PERSONALES

| | | | | | | | |
|---|--|---|--|---|--|------------------|--|
| PRIMER APELLIDO Rodríguez | | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Rodríguez | | NOMBRES Angelica María | | | |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No 1049620618 | | GENERO F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> NB <input type="radio"/> | | NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/> | | PAÍS COLOMBIA | |
| LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> | | NÚMERO | | D.M. | | | |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 16 MES 04 AÑO 1990 PAÍS COLOMBIA DEPTO BOYACÁ MUNICIPIO TUNJA | | | | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CALLE 33B 17 55 BARRIO LA FUENTE IV ETAPA PAÍS COLOMBIA DEPTO BOYACÁ MUNICIPIO TUNJA TELÉFONO 3108792789 EMAIL anmaroro7@gmail.com | | | |

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|----|----|----|----|------------|----|----|----|-----|-------|-----------------|----|-------------------|------|
| EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA) | | | | | | | | | | | | | | |
| EDUCACIÓN BÁSICA | | | | | | | | | | | TÍTULO OBTENIDO | | BASICA SECUNDARIA | |
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | | MEDIA | FECHA DE GRADO | | | |
| 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | 7° | 8° | 9° | 10° | 11° | MES | 11 | AÑO | 2007 |

| 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 | |
| POSTGRADO | 2 | X | | ESPECIALIZACION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | 12 | 2025 | |
| PREGRADO | 12 | X | | MEDICINA | 05 | 2018 | 1049620618 |

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 |
| FRANCÉS | X | | | X | | | X | | |
| 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 MEDICINA Y TERAPIAS DOMICILIARIAS S.A.S MTD | | | | PÚBLICA | | PRIVADA X | | PAÍS COLOMBIA | | | | | | |
| DEPARTAMENTO BOYACÁ | | | MUNICIPIO TUNJA | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | |
| TELÉFONOS 3336025696 | | | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | | |
| | | | Día | 25 | Mes | 11 | Año | 2025 | Día | 24 | Mes | 04 | Año | 2026 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO ATENCION DOMICILIARIA | | | DEPENDENCIA ASISTENCIAL DOMICILIARIA | | | | | DIRECCIÓN CARRERA 9A 14 130 SOGAMOSO | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD CLINICA CASANARE S.A | | | | PÚBLICA | | PRIVADA X | | PAÍS COLOMBIA | | | | | | |
| DEPARTAMENTO CASANARE | | | MUNICIPIO YOPAL | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | |
| TELÉFONOS 6328861 | | | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | | |
| | | | Día | 01 | Mes | 01 | Año | 2021 | Día | 31 | Mes | 07 | Año | 2025 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO HOSPITALARIO | | | DEPENDENCIA ASISTENCIAL HOSPITALIZACION | | | | | DIRECCIÓN CALLE 13 29 36 | | | | | | |

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|---|--------------|-----|--------------|-----|----------------------------------|-----|----|-----|----|-----|------|
| EMPRESA O ENTIDAD AMBULANCAS URGENCIA VITAL DEL CASANARE AEREA Y TERRESTRES S.A.S. | | | | PÚBLICA | | PRIVADA X | | PAÍS COLOMBIA | | | | | | |
| DEPARTAMENTO CASANARE | | | MUNICIPIO YOPAL | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | |
| TELÉFONOS 3132100892 | | | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | | |
| | | | Día | 05 | Mes | 11 | Año | 2019 | Día | 30 | Mes | 11 | Año | 2020 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO ASITENCIAL AMBULANCIA | | | DEPENDENCIA AMBULANCIA TERRESTRE | | | | | DIRECCIÓN TRANSVERSAL 7B 32 3 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD RED SALUD CASANARE | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | | | | | |
| DEPARTAMENTO CASANARE | | | MUNICIPIO YOPAL | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | |
| TELÉFONOS 6324018 | | | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | | |
| | | | Día | 31 | Mes | 07 | Año | 2018 | Día | 30 | Mes | 07 | Año | 2019 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL MEDICO SERVICIOS SOCIAL OBLIGA | | | DEPENDENCIA AREA CLINICO ASISTENCIAL | | | | | DIRECCIÓN CALLE 9N °24 75 | | | | | | |

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: | |
| ÁREA 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 | 1 | 0 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 6 | 0 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 0 | 0 |
| EXPERIENCIA DOCENTE | 0 | 0 |

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

8

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI NO 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 Tunja, 20 de mayo de 2026

Angélica Rodríguez

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

REPUBLICA DE COLOMBIA

NUMERO **1.049.620.618**

RODRIGUEZ RODRIGUEZ

APELLIDOS
ANGELICA MARIA

NOMBRES
Angelica Rodriguez

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **16-ABR-1990**

TUNJA
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.66 **B+** **F**

ESTATURA G.S. RH SEXO

22-ABR-2008 TUNJA

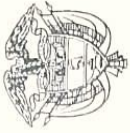
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-0700100-00093862-F-1049620618-20081012 0004264982A 1 27622747

REGISTRADOR NACIONAL DEL ESTADO CIVIL



República de Colombia

Universidad de Boyacá

Personería Jurídica Resolución No. 6553 de 1981
Resolución No. 2910 de 16 de Septiembre de 2004 - MEN

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

Teniendo en cuenta que
Angélica María Rodríguez Rodríguez

C.C. No. 1.049.620.618 expedida en **Tunja - Boyacá**

cursó todos los estudios y cumplió satisfactoriamente los requisitos establecidos por la Universidad y por las normas legales le confiere el Título Universitario de:

Médica

En testimonio de ello le otorga el presente

DIPLOMA

Dado en **Tunja** el día 12 del mes de **Julio** de 2018

Presidente Consejo Directivo

Universidad de Boyacá
Libro de Registro No. 22
Folio No. 7664
Registro No. 15287
Diploma No. 12624

Secretario General

Decano Facultad

Rector

ACTA DE GRADO No. 12624

En la ciudad de TUNJA el día 12 del mes de JULIO de 2018

se llevó a cabo el acto de graduación presidido por EL SEÑOR PRESIDENTE Y LA SEÑORA RECTORA

en el cual la UNIVERSIDAD DE BOYACÁ, autorizada para el efecto según Resolución No. 2910 del día 16 del mes de septiembre de 2004, expedida por el Ministerio de Educación Nacional, Registro del Sistema Nacional de Información de Educación Superior - SNIES - No. 20697 y Resolución de Registro Calificado No. 4533

del día 10 del mes de AGOSTO de 2006 del Ministerio de Educación Nacional, y

previo juramento reglamentario, confirió el Título de: MÉDICA

a, ANGÉLICA MARÍA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

identificado (a) con C.C. No. 1.049.620.618 de TUNJA quien cumplió con los

requisitos académicos, las exigencias establecidas en los Reglamentos de la Institución y las normas legales, y le otorgó el

Diploma No. 12624 que lo acredita como PROFESIONAL

para lo cual realizó:

calificado como ----- . En fe de lo anterior se firma la presente acta en la ciudad

de TUNJA a los 12 días del mes de JULIO de

2018 por quienes intervinieron en esta graduación.


Libro de Registro No. 22

Folio No. 7664

Registro No. 15287

(El original de la presente Acta, se encuentra firmado por el Presidente del Consejo Directivo, Rector, Secretario General y Decano de la Facultad).

Es fiel copia tomada del original.


SECRETARIO GENERAL



La salud es de todos

Minsalud



IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

ANGELICA MARIA RODRIGUEZ
RODRIGUEZ
C.C. 1049620618

MEDICO
Universidad de Boyacá

Tunja

Grado: 12/07/2018
Rethus: 24/09/2019




www.colegiomedico.org

Esta tarjeta es un documento público que se expide de conformidad con la ley 1164 de 2007 y el decreto 4192 de 2010. Si esta tarjeta es encontrada, favor devolver al colegio médico colombiano Av. Carretera 15 # 100-43 Oficina 501 - Edificio Avenida 15 PH. info@colegiomedicocolombiano.org



Firma Representante Colegio Médico Colombiano

| | | | |
|---|--------|---------|-----------------|
|  | SG-SST | Código | SG-FT-016 |
| | OFICIO | Versión | 1 |
| | | Fecha | Junio 2 de 2016 |
| | | Páginas | Página 1 de 1 |

SGC040026-CE317

CERTIFICACION

URGENCIA VITAL DEL CASANARE AEREA Y TERRESTRE S.A.S., certifica que la señora **ANGELICA MARIA RODRIGUEZ RODRIGUEZ**, identificada con cédula número 1.049.620.618 de Tunja, laboro en esta entidad desempeñando el cargo de **MEDICO GENERAL** en traslado de pacientes en ambulancia terrestre, desde el 05 de noviembre de 2019 hasta el 30 de noviembre de 2020.

Se expide en Yopal (Cas.), a los 30 (treinta) días del mes de diciembre de 2020, a solicitud del interesado;

Cordialmente,

ORDULIO GARCIA BENAVIDES
Gerente UVC S.A.S.

CERT-GT-305-2023

CLINICA CASANARE S.A

NIT 891.855.847-3

CERTIFICA QUE:

El(a) señor(a) **ANGELICA MARIA RODRIGUEZ RODRIGUEZ** identificado(a) con cedula de Ciudadanía N° **1.049.620.018** de Tunja, se encuentra vinculado(a) en nuestra institución bajo las siguientes modalidades de contratación:

| TIPO DE CONTRATO | PLAZO DE EJECUCIÓN | | CARGO |
|---|--------------------|------------|---|
| | DESDE | HASTA | |
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE MEDICINA GENERAL | 01/01/2021 | 31/03/2023 | MEDICINA GENERAL |
| CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO A TERMINO INDEFINIDO | 01/04/2023 | A LA FECHA | MEDICO GENERAL, SERVICIO DE HOSPITALIZACION |

Se expide a solicitud del interesado, en Yopal a los (15) días del mes de septiembre de 2023.

Atentamente,



DIANA CAROLINA ROBAYO PEREZ

Coordinadora de Gestión Humana

Teléfonos: 6343379 - 6356021- 6348762 ext. 107

Celular: 3214013434

Email: talentohumanoclinicacasanare@gmail.com

CLINICA CASANARE S.A.

Nit. 891.855.847-3

CERTIFICA

A QUIEN INTERESE

Que, revisados los archivos de esta entidad, se constató que el señor(a) **RODRIGUEZ RODRIGUEZ ANGELICA MARIA** identificado(a) con cédula de ciudadanía No **1.049.620.618**, laboró para la institución con un contrato a Término Indefinido, desempeñándose como **MEDICO GENERAL** desde el 1 de Abril de 2023 hasta el el 31 de Julio de 2025.

Durante su estadía en la empresa se desempeñó a cabalidad en sus funciones.

Se expide a solicitud del interesado, se firma en la ciudad de Yopal el 27 de Agosto de 2025.

Atentamente,



DIANA CAROLINA ROBAYO PÉREZ
Coordinadora de Talento Humano



NIT: 891855847-3

Tel. (608) 634 5937

Calle 13 No. 29 - 36 Yopal - Casanare

www.clinicacasanare.co

[Clinica Casanare](#)

[@clinicacasanare](#)



Medicina y
Terapias
Domiciliarias

“ **Transformamos vidas** generando
bienestar en tu hogar ”

MEDICINA Y TERAPIAS DOMICILIARIAS S.A.S.

NIT 900.826.841-8

CERTIFICA:

Que el señor(a) **ANGELICA MARIA RODRIGUEZ RODRIGUEZ**, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. **1049620618** laboró en nuestra compañía desde el día 25/11/2025 hasta el 24/04/2026 desempeñando el cargo de **MEDICO**, bajo la modalidad de contrato a término indefinido.

Se expide en Piedecuesta a los veintisiete (27) día (s) del mes de abril de dos mil veintiséis del 2026.

JURANI ALEXANDRA TAPIAS GARCÉS

C.C.1.098.744.987 Bucaramanga

Coordinadora Nacional de Nomina

Correo: novedades.zonanorte@mtd.net.co

Carrera 15 #3AN-52 piso 7, Edificio Empresarial la Cuesta Piedecuesta-Santander



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 07:56:50 PM horas del 12/05/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1049620618**

Apellidos y Nombres: **RODRIGUEZ RODRIGUEZ ANGELICA MARIA**

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



Presidencia de
la República



Ministerio de
Defensa Nacional



Portal Único de
Contratación



GOV.CO



CERTIFICADO DE ANTECEDENTES
CERTIFICADO ORDINARIO
No. 295806704



PIB
20:14:54
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 12 de mayo 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) ANGELICA MARIA RODRIGUEZ RODRIGUEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1049620618:

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 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.

División de Relacionamiento con el Ciudadano.

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 12 de mayo de 2026, a las 20:16:54, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|------------------------|------------------------|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 1049620618 |
| Código de Verificación | 1049620618260512201654 |

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



Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23/81 - Artículo 63

C104962061800321276

Código de verificación

**EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL
NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA
CERTIFICA**

Que consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones del Tribunal Nacional de Ética Médica el(a) doctor(a) **ANGELICA MARIA RODRIGUEZ RODRIGUEZ**, identificado(a) con C.C. No. 1049620618 y T.P. o R.M. No. 1049620618 del(a) Colegio Médico Colombiano, no registra sanciones vigentes.

Nota: Esta certificación de antecedentes contiene las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones que se encuentren vigentes en dicho momento. Link de Verificación de certificado de antecedentes www.tribunalnacionaldeeticamedica.org/certificados/validar/

“EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICION DE MÉDICO”

Dada en Bogotá, D. C., el martes 12 mayo 2026 a solicitud del(a) interesado(a).


HERMAN REDONDO GOMEZ
Presidente



Calle 147 No. 19-50 Oficina 32 Centro Comercial Futuro Tels. (601)7212847 Bogotá D. C.

E - Mail antecedentes@tribunalnacionaldeeticamedica.org, www.tribunalnacionaldeeticamedica.org

antecedentestribunal@outlook.com



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, 12/05/2026 08:19:08 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1049620618** y Nombre: **ANGELICA MARIA RODRIGUEZ RODRIGUEZ.**

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. **140068220** . 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

Información

515 9000



Dios y Patria

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 11:43:51 horas del 19/05/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1049620618**, Apellidos y Nombres **RODRIGUEZ RODRIGUEZ ANGELICA MARIA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **GOBERNACIÓN DE BOYACÁ**, con NIT **891800498-1** 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>



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 1049620618 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

Esta certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

Se expide en Bogotá el 19/05/2026 11:57 AM



Código Verificación: **2J5Z68H1EA**

Válida hasta: **17/08/2026**

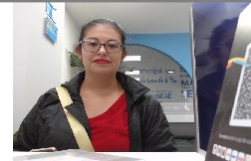
Dirección de Gobierno Digital

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

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



CARVAJAL LABORATORIO IPS S.A.S
NIT: 900152996-7



EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL

Tipo de Examen: **PRE INGRESO**
Certificado de aptitud: 1049620618-203317

INFORMACIÓN DE LA EMPRESA.

Empresa: PARTICULARES
Actividad Económica: 0010 - ASALARIADOS

Empresa en Misión/ Contrato/ Centro de Costo: GOBERNACION DE BOYACA

INFORMACIÓN DEL PACIENTE.

| | | | |
|---------------------|------------------------------------|----------------------------------|-------------------|
| Fecha y Lugar: | 19 may. 2026 - TUNJA - BOYACA | Identificación: | 1049620618 |
| Paciente: | ANGELICA MARIA RODRIGUEZ RODRIGUEZ | Teléfono: | 3108792789 Móvil: |
| Género: | FEMENINO Edad: 36 | EPS: | SANTAS S.A. |
| Fecha Nacimiento: | 16/04/1990 | ARL: | NO REPORTA |
| Estado Civil: | SOLTERO(A) | AFP: | PORVENIR S.A. |
| Escolaridad: | ESPECIALIZACION | Cargo: | CONTRATISTA |
| Área: No Reporta | | | |
| Correo Electrónico: | anmaroro7@gmail.com | Peso: 79.1 Talla: 161 IMC: 30.52 | |

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS - RECOMENDACIONES.

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

CAPACITACIÓN EN LA PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS ASOCIADOS AL CARGO, CON EL FIN DE PROMOVER EL DESARROLLO SEGURO DE SUS FUNCIONES. ASÍ MISMO, SE SUGIERE FORTALECER LAS PAUTAS DE HIGIENE POSTURAL DURANTE LA JORNADA LABORAL, INCLUYENDO ESTIRAMIENTOS DE MANOS, ASÍ COMO LA REALIZACIÓN DE PAUSAS ACTIVAS AUTORREGULADAS DE TIPO VISUAL, MENTAL Y OSTEOMUSCULAR, DE 5 MINUTOS POR LO MENOS CADA 2 HORAS. DE IGUAL FORMA, SE RECOMIENDA FOMENTAR HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE.

CONCEPTO LABORAL

CUMPLE CON LAS CONDICIONES DE SALUD PARA EL CARGO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: CONTROL DEL PESO, USO GAFAS DE CORRECCION, CONTROL ANUAL OPTOMETRIA.

Tipo de Restricción

Condiciones, Factores, Agentes Asociados

Permanente

NO

Ingresar al Programa de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

| | | |
|----------------|---|------|
| VISUAL | - | PPyP |
| CARDIOVASCULAR | - | PPyP |

Información de Remisiones

NUTRICION

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Autorizo al(a) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mi el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es) registrado(s) en este documento. El(la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional (es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que realizaran el(los) examen(es). Fui informado de las medidas que tomará CARVAJAL LABORATORIO IPS S.A.S para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) están completas y son VERÍDICAS. Autorizo a CARVAJAL LABORATORIO IPS S.A.S para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

CARVAJAL LABORATORIO IPS S.A.S se acoge a las disposiciones de la ley 1581 del 2012 y al derecho reglamentario 1377 del 2013 y se responsabiliza del tratamiento de protección de datos personales'

MEDICO OCUPACIONAL
MARTHA PATRICIA SAENZ GARCIA
CÉDULA DE CIUDADANÍA : 1098697236
0631 -



Angelica Rodriguez

Firma y cédula del Paciente
ANGELICA MARIA RODRIGUEZ RODRIGUEZ
1049620618



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La EPS SANITAS en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS SANITAS,

CERTIFICA

Que Angelica Maria Rodriguez Rodriguez, identificado(a) con CC número 1049620618, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

| | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 1049620618 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | Angelica Maria Rodriguez Rodriguez |
| TIPO DE AFILIADO | Titular |
| PARENTESCO | Titular |
| FECHA DE NACIMIENTO | 16/04/1990 |
| ESTADO DE LA AFILIACIÓN | 0 Tiene Derecho A Cobertura Integral |
| CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN | 10 - Cobertura Integral |
| FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS | 01/11/2017 |
| FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS | Activo(a) |
| SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS | 137 semanas |
| SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS | Sin semanas reportadas en EPS SANITAS |
| SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO | 51 semanas |
| RÉGIMEN | Contributivo |
| FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN | 29/12/2017 |
| NIVEL SISBEN | No aplica |
| EMPLEADOR(ES)* | |

N.I.T. 900826841 MEDICINA Y TERAPIAS DOMICILIARIAS S A S
Desde 27/11/2025 - Vigente CEDULA DE CIUDADANIA
1049620618 Trabajador Independiente Desde 05/11/2025 Hasta
05/11/2025 N.I.T. 891855847 CLINICA CASANARE SA Desde
21/04/2023 Hasta 31/07/2025



**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

ANGELICA MARIA RODRIGUEZ RODRIGUEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía 1.049.620.618, se encuentra afiliado(a) al Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.

La presente certificación se expide el 15 de Mayo del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



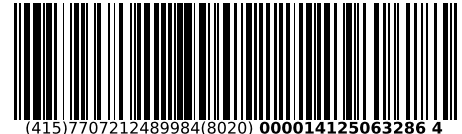
Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

2. Concepto Actualización

4. Número de formulario

141250632864



(415)7707212489984(8020) 0000141250632864

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 4 9 6 2 0 6 1 8

6. DV

0

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Tunja

14. Buzón electrónico

2 0

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

1 0 4 9 6 2 0 6 1 8

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Boyacá

1 5

30. Ciudad/Municipio

Tunja

0 0 1

31. Primer apellido

RODRIGUEZ

32. Segundo apellido

RODRIGUEZ

33. Primer nombre

ANGELICA

34. Otros nombres

MARIA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Boyacá

1 5

40. Ciudad/Municipio

Tunja

0 0 1

41. Dirección principal

CL 33 B 17 55 BRR LA FUENTE ET 4

42. Correo electrónico

anmaroro7@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 0 8 7 9 2 7 8 9

45. Teléfono 2

3 1 5 7 9 0 7 0 6 0

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

8 6 2 1

47. Fecha inicio actividad

2 0 1 8 0 7 1 6

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

50. Código

1

2

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

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

60. No. de Folios:

2

61. Fecha

2026-05-08 / 02:48:06PM

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 SERNA CAMACHO LUZ ANGELICA

985. Cargo Gestor I

Tipo de declaración Fecha de publicación

| Nombres y apellidos completos | | | |
|-------------------------------|----------------|-----------------|------------------|
| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
| ANGÉLICA | MARÍA | RODRÍGUEZ | RODRÍGUEZ |

Documento de identificación

Tipo Número

Lugar de nacimiento

País Departamento Municipio

Lugar de domicilio

País Departamento Municipio

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje

Lugar de sede

País Departamento Municipio

Dirección

Cargo o función que cumple

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019: Persona natural y jurídica, pública o privada, que presten función pública, que presten servicios públicos respecto de la información directamente relacionada con la prestación del servicio público.

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente mi declaración de bienes y rentas y manifiesto que los únicos bienes y rentas que poseo a la fecha, en forma personal o por interpuesta persona, son los que relaciono a continuación.

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2025 fueron:

| CONCEPTO | VALOR |
|-------------------------------------|-----------------|
| Salarios y demás ingresos laborales | \$80.000.000,00 |
| Cesantías e intereses de cesantías | \$7.000.000,00 |
| Gastos de representación | |
| Arriendos | |
| Honorarios | |
| Otros ingresos y rentas | |
| TOTAL | \$87.000.000,00 |

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

| Tipo de cuenta | Sede de la cuenta (País) | Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior |
|-------------------|--------------------------|---|
| CUENTA DE AHORROS | COLOMBIA | \$400.000,00 |
| CUENTA DE AHORROS | COLOMBIA | \$200.000,00 |
| CUENTA DE AHORROS | COLOMBIA | \$1.400.000,00 |

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| Tipo de bien | País | Departamento | Municipio | Valor |
|--------------|----------|--------------|-----------|-----------------|
| AUTOMOVIL | COLOMBIA | BOYACÁ | TUNJA | \$60.000.000,00 |

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

| Concepto | Saldo |
|-----------------------|-----------------|
| CRÉDITO DE ESTUDIO | \$49.844.341,00 |
| CRÉDITO DE VEHÍCULO | \$49.847.300,00 |
| TARJETA DE CRÉDITO | \$3.787.570,00 |
| CRÉDITO LIBRE DESTINO | \$1.860.464,00 |

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

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí No

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

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

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí No

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

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

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí No

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

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

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí No

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

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

Tipo documento Número

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual:

Sí No

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí No

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

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

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí No

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

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

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí No

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

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

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí No

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:

- > Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
- > Establecimientos que posee.
- > Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
- > Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

Angélica Rodríguez

Angélica María Rodríguez Rodríguez
CC N° 1049620618 de Tunja



Función Pública



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

ENTIDAD RECEPTORA

GOBERNACIÓN
DE BOYACÁ

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, ANGÉLICA MARÍA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 1.049.620.618 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País COLOMBIA Departamento BOYACÁ Municipio TUNJA

Dirección CALLE 33B # 17-55 BARRIO LA FUENTE IV ETAPA Teléfonos 3108792789

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|------------------------------------|---------------------------------|------------|
| CARLOS MARIANO RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ | RC N° 1222143559 DE YOPAL | HIJO |
| BÁRBARA RODRÍGUEZ ESTEPA | CC N° 24148683 DE TASCO, BOYACÁ | MADRE |
| CARLOS GERMÁN RODRÍGUEZ SANDOVAL | CC N° 19087245 DE BOGOTÁ | 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 X 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 | 80.000.000 |
| CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS | 7.000.000 |
| GASTOS DE REPRESENTACION | - |
| ARRIENDOS | - |
| HONORARIOS | - |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS | - |
| TOTAL | \$ 87.000.000 |

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

| ENTIDAD FINANCIERA | TIPO DE CUENTA | NUMERO DE LA CUENTA | SEDE DE LA CUENTA | SALDO DE LA CUENTA |
|--------------------|----------------|---------------------|-------------------|--------------------|
| BANCO DE BOGOTÁ | AHORROS | 409043775 | CASANARE | \$ 200.000 |
| BBVA | AHORROS | 981548217 | CASANARE | \$ 400.000 |
| DAVIVIENDA | AHORROS | 488456667937 | BOYACÁ | \$ 1.400.000 |
| | | | | |

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| TIPO DE BIEN | IDENTIFICACION DEL BIEN | VALOR |
|--------------|---------------------------------------|---------------|
| AUTOMOVIL | JOL 997 RENAULT LOGAN INTENS CVT 2021 | \$ 60.000.000 |
| | | |
| | | |

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 |
|-----------------------------|-----------------------|---------------|
| ICETEX | CRÉDITO DE ESTUDIO | \$ 49.844.341 |
| MOVILIZE FINANCIAL SERVICES | CRÉDITO DE VEHÍCULO | \$ 49.847.300 |
| BANCO FALABELLA | TARJETA DE CRÉDITO | \$ 3.787.570 |
| BANCO DE BOGOTÁ | CRÉDITO LIBRE DESTINO | \$ 1.860.464 |
| | | |

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 X** 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*Angélica Rodríguez*

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

TUNJA, 20 DE MAYO DE 2026

CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

CERTIFICACIÓN DE IDONEIDAD
LA SUSCRITA DIRECTORA DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD
DE LA SECRETARÍA DE SALUD DE BOYACÁ

CERTIFICA

Que la Hoja de vida entregada por el/la profesional, ANGÉLICA MARÍA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, identificado/a con la cédula de ciudadanía 1.049.620.618 de Tunja, de acuerdo a la hoja de vida que aporta a este despacho, cumple con los requisitos de experiencia e idoneidad, Título de formación Profesional como MÉDICO con equivalencia de especialización por experiencia, según lo establecido en la Circular conjunta de julio de 2025, que establece la tabla de honorarios a efecto de estructurar proyectos para la vigencia 2026, Equivalencia Nro 2: “Título de posgrado en la modalidad de Especialización por 2 años de experiencia profesional y viceversa” y los requisitos definidos para el grupo 2 B: “de 25 a 34 meses de experiencia profesional”, para lo cual se relaciona la experiencia profesional

| ENTIDAD O EMPRESA CONTRATANTE | ÁREA RELACIONADA | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO | TIEMPO DE EXPERIENCIA | | |
|---|---|------------------|-----------------|-----------------------|-------|----------|
| | | | | DÍAS | MESES | AÑOS |
| Urgencia Vital del Casanare Aérea y Terrestres S.A.S. | Médico general en traslado de pacientes en ambulancia terrestre | 05/11/2019 | 30/11/2020 | 25 | | 1 |
| Clínica Casanare S.A. | Médico general servicio de hospitalización y consulta externa | 01/01/2021 | 31/07/2025 | | 7 | 4 |
| Medicina y Terapias Domiciliarias S.A.S. | Médico general domiciliario | 25/11/2025 | 24/04/2026 | | 5 | |
| TOTAL TIEMPO DE EXPERIENCIA ACREDITADA | | | | 25 | | 6 |

Para PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL DESARROLLO DE ACCIONES DEL PROGRAMA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, EN EL MARCO DE LA POLÍTICA NACIONAL DE SEXUALIDAD N°4, dentro del Proyecto “FORTALECIMIENTO DE LAS ESTRATEGIAS DE GESTIÓN DE LA SALUD DEL DEPARTAMENTO DE BOYACA” N° 202500000037560.

Tunja, Mayo de 2026

Candy Samanta Rodríguez Castillo

CANDY SAMANTA RODRIGUEZ CASTILLO
Directora Técnica de Promoción y Prevención en Salud
Secretaría de Salud de Boyacá

Marcelina
Proyectó: Constanza Marcela García- Profesional Especializado DTPYP

LA DIRECCIÓN DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD

DE LA SECRETARÍA DE SALUD DE BOYACÁ

CERTIFICA


Que revisada la información de la hoja de vida en *SIGEP II* de **ANGÉLICA MARÍA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ** identificado (a) con cédula de ciudadanía 1049620618 expedida en Tunja (Boyacá) se encuentra verificada y aprobada con los documentos adjuntos en la plataforma.

Tunja, mayo de 2026



CANDY SAMANTA RODRÍGUEZ CASTILLO

Directora de Promoción y Prevención en Salud

Proyectó: 
Enlace *SIGEP II* - Secretaría de Salud

| | | |
|--|----------------|------------------------------|
|  | FORMATO | VERSIÓN: 0 |
| | | CÓDIGO: A-AD-GC-F-079 |
| COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN | | FECHA: 27/Ago/2020 |

El suscrito, **ANGÉLICA MARÍA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ**, identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en mi propio nombre, en adelante y como oferente dentro del proceso contractual **CD-GB-0126-2026** manifiesto que me comprometo a desarrollar todas mis actividades en el marco de principios éticos y asumir con seriedad y responsabilidad todos los compromisos relacionados con la futura contratación; suministrando a la Gobernación de Boyacá, toda información sobre actos de corrupción, sobornos, subjetividad, presión o favorecimiento en el desarrollo del proceso contractual, del que tenga o llegare a tener conocimiento; con el fin de fortalecer la transparencia en los procesos de selección y la responsabilidad para lo cual y con la suscripción del presente se asume los siguientes compromisos:

1. Apoyo la acción del Estado colombiano y de la Gobernación de Boyacá, para fortalecer la transparencia y la rendición de cuentas de la administración pública.
2. No estoy en causal de inhabilidad alguna para celebrar el contrato objeto del Proceso de Contratación.
3. Me comprometo a no ofrecer y no dar dádivas, sobornos o cualquier forma de halago, retribuciones o prebenda a servidores públicos, miembro, trabajador o subcontratista asesores de la Gobernación de Boyacá, directamente o a través de sus empleados, contratistas o tercero.
4. No permito que nadie en su nombre, bien sea empleado, agente o comisionista independientemente incurra en la conducta indicada en el numeral anterior.
5. Me comprometo a impartir las instrucciones a todos los empleados, subcontratistas, agentes y a cuál es quiera otros representantes suyos, exigiéndoles en todo momento el cumplimiento de las Leyes de la República de Colombia y especialmente de aquellos que rigen el presente proceso.
6. Me comprometo a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto o efecto la colusión en el Proceso de Contratación **CD-GB-0126-2026** o el fraude en su resultado y no realizar conductas que tengan como efecto la desviación de la adjudicación de la convocatoria.
7. Me comprometo a revelar la información que sobre el Proceso de Contratación **CD-GB-0126-2026**, nos soliciten los organismos de control de la República de Colombia.
8. Me comprometo a comunicar a nuestros empleados y asesores el contenido del presente Compromiso Anticorrupción, explicar su importancia y las consecuencias de su incumplimiento por nuestra parte, y la de nuestros empleados o asesores.
9. Manifiesto que la actividad, profesión u oficio de **ANGÉLICA MARÍA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ**, es lícita y se ejerce dentro del marco legal y los recursos de la misma no provienen de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano.
10. Conozco las consecuencias derivadas del incumplimiento del presente compromiso anticorrupción.
11. La información suministrada en los requisitos de la convocatoria realizada dentro del proceso de selección **CD-GB-0126-2026** y en este documento es veraz y verificable y que **ANGÉLICA MARÍA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ** se compromete a actualizarse cuando así se requiera.
12. Me comprometo a que los recursos que se deriven de la ejecución del posible contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos o actividades terroristas o a la realización de actividades ilícitas.
13. Igualmente me comprometo a cumplir todas las obligaciones, cargas y términos previstos en el pliego de condiciones y en la futura contratación.

| | | |
|--|---------|-----------------------|
|  | FORMATO | VERSIÓN: 0 |
| | | CÓDIGO: A-AD-GC-F-079 |
| COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN | | FECHA: 27/Ago/2020 |

En constancia de lo anterior firmo este documento a los veinte (20) días del mes de Mayo de 2026

Para todos los efectos, informo a ustedes que toda la correspondencia relacionada con este proceso contractual la recibo en:

Dirección: Calle 33B N° 17-55 Barrio La Fuente IV etapa

Ciudad: Tunja, Boyacá

Email: anmaroro7@gmail.com

Teléfono: 3108792789

Cordialmente,

PROPONENTE:

Angélica Rodríguez

ANGÉLICA MARÍA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

C.C. N°: 1049620618 de Tunja

Teléfono: 3108792789

Dirección: Calle 33B N° 17-55 Barrio La Fuente IV etapa



¡Genial! La respuesta se ha guardado correctamente.

[Ver mi respuesta](#)

Hola, Angélica María: Elija una tarjeta a continuación y empiece a crear con Microsoft Forms.

Encuesta

Cuestionario

Invitación

Registro





Las respuestas se han enviado correctamente.

Algo importante que puede hacer a continuación

[Guardar mi respuesta](#)

[Enviar otra respuesta](#)

Microsoft Forms

¡Prepárese para su propia invitación al evento!



Registro de eventos

Invite a personas, recopile RSVP y personalice detalles para que coincidan con el tema de la fiesta.

[Comenzar ahora](#)

