

Quibdó, 14 de mayo del 2026

Señor Subintendente
JOHAN ALEXIS PALACIOS RENTERIA
Jefe ESPRI san pedro Claver
Calle 30 av. aeropuerto
Quibdó-Chocó

Asunto: carta de aceptación y ofrecimientos de servicios

Cordial Saludo.

Con el presente me permito aceptar a la Policía Nacional – Dirección de Sanidad, mis servicios como Fisioterapeuta, que serán prestados en la Unidad Prestadora de Salud Chocó, y que para el efecto me acogeré a los honorarios establecidos por la entidad y a los horarios realizados mediante agenda concertada.

Para lo anterior me permito manifestar bajo la gravedad de juramento, que no me encuentro relacionado en el boletín de responsables fiscales de la Contraloría General de la República, con el fin de dar cumplimiento a lo establecido en el Artículo 60 de la Ley 610 de 2000, al igual que mi nombre no figura en el Boletín de Deudores Morosos con el Estado, de acuerdo a la información que suministra la Contraloría General de la Republica.

Atentamente,

Joandy Mendoza M.
JOANDY MENDOZA MOSQUERA
CC 1.144.188369 expedida en Quibdó



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Mendoza	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Mosquera	NOMBRES Joandy
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1144188369	SEXO F ☐ M ☒	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☒		
NÚMERO 1144188369		D.M. 029
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 13 MES 08 AÑO 1995		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA Calle 31 #2-91
PAÍS Colombia		PAÍS Colombia DEPTO Chocó
DEPTO Chocó		MUNICIPIO Quibdó
MUNICIPIO Istmina		TELÉFONO 3113137334 EMAIL jmemos0813@hot.

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO:	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES	AÑO
											12	2011

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
UN	10	x		Fisioterapia	08	2011	06164

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

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

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.			
EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD Clínica Urológica del Chocó	PÚBLICA	PRIVADA x	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Chocó	MUNICIPIO Quibdó	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD urochocosas@gmail.com	
TELÉFONOS 3114390341	FECHA DE INGRESO DÍA 10 MES 04 AÑO 2025	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO 	
CARGO O CONTRATO ACTUAL Fisioterapeuta	DEPENDENCIA Fisioterapia	DIRECCIÓN Cra 22 #23-39 piso 1	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Unidad Prestadora de Salud Chocó	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Chocó	MUNICIPIO Quibdó	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD decho.upres@policia.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA 10 MES 11 AÑO 2025	FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 03 AÑO 2026	
CARGO O CONTRATO Fisioterapeuta	DEPENDENCIA Terapia Fisica	DIRECCIÓN calle 80 Av Aeropuerto	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Fundacion Santa Sofia de Asis	PÚBLICA	PRIVADA x	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Chocó	MUNICIPIO Quibdó	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD gestionhumanatssa@gmail.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA 11 MES 04 AÑO 2023	FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 03 AÑO 2024	
CARGO O CONTRATO Fisioterapeuta	DEPENDENCIA Terapia Fisica	DIRECCIÓN calle 24 #19-88/89 B/ Jardín	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Flashmedica IPS	PÚBLICA	PRIVADA x	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Chocó	MUNICIPIO Quibdó	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD flashmedicat23@gmail.com	
TELÉFONOS 310 454 6112	FECHA DE INGRESO DÍA 03 MES 11 AÑO 2020	FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 01 AÑO 2024	
CARGO O CONTRATO Fisioterapeuta	DEPENDENCIA Terapia Fisica	DIRECCIÓN calle 30 #2-17 B/ Cristo Rey	

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

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO		5
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	5	
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	5	5

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento _____

Joandy Mendoza M.
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



Función Pública

COLOMBIA

VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

Yo, <u>Joandy Fendaza Maquera</u>				
IDENTIFICADO CON: C.C. C.E. T.M. N° <u>1144188369</u> CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:				
País <u>Colombia</u>		Departamento <u>Chocó</u>		Municipio <u>Quibdó</u>
Dirección <u>Calle 31 #2-91</u>		Teléfonos <u>3113137339</u>		
Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:				
<u>Carmen Ruby Maquera</u>		<u>26329386</u>	<u>Madre</u>	
<u>Guillermo Fendaza Rodriguez</u>			<u>Padre</u>	
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:				
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES			<u>25.850.000</u>	
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS				
GASTOS DE REPRESENTACION				
ARRIENDOS				
HONORARIOS				
OTROS INGRESOS Y RENTAS				
TOTAL			<u>\$25.850.000</u>	
b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:				
<u>Bancolombia</u>	<u>Ahorros</u>	<u>53600082228</u>	<u>Quibdo</u>	<u>0.00</u>
c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:				

EMPLEADOR O CONTRATANTE

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

DESCRIPCION	VALOR
Afroamericana	Préstamo 600.000

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

DESCRIPCION	VALOR

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

DESCRIPCION	VALOR

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.

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

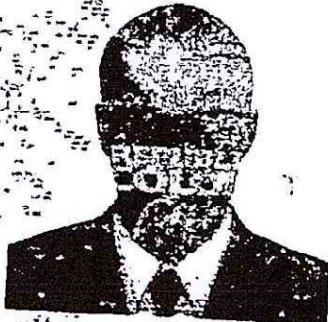
DESCRIPCION	VALOR

Joandy Hendarra H.
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Quibdó - 16-10-2025
CIUDAD Y FECHA

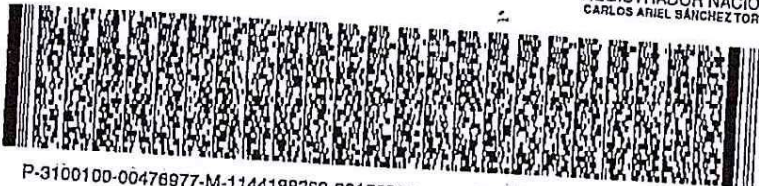
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.144.188.369**
MENDOZA MOSQUERA
 APELLIDOS
JOANDY
 NOMBRES
Joandy Mendoza M.
 FIRMA

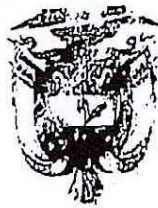



FECHA DE NACIMIENTO **13-AGO-1995**
ISTMINA
 (CHOCO)
 LUGAR DE NACIMIENTO
1.72
 ESTATURA **B-** **M**
 G.S. RH SEXO
23-AGO-2013 CALI
 FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION *Carlos Ariel Sánchez Torres*
 REGISTRADOR NACIONAL
 CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



P-3100100-00476977-M-1144188369-20130928 0035142855A 40842235



En República de Colombia
y en su nombre la

Escuela Normal Superior
"Nuestra Señora de las Mercedes"
Isaquima (Chocó)

Autorizada por el Ministerio de Educación Nacional Resolución de aprobación No. 14227
del 4 de Oct. de 1978. Resolución No. 10385 del 25 de Nov. de 2010: autoriza el
funcionamiento del Programa de Formación Complementaria
Seducy Resolución No. 2981 del 24 de Nov. de 2010.
Nit. 900207708-9 R.A.N.T. 127361-000129, R.C.F.S. 009662

Confiere a:

Joandy Mendoza Mosquera

Identificado (n) con C.C. No. 95081324981 de 1978

El Título de:

Bachiller Académico
Con Profundización en Educación

Por razón de haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación
Medio Académico, según los planes y programas vigentes

Registrado para efectos legales de conformidad con el Decreto Nacional
No. 921 de mayo 6 de 1994, en el libro de actas de



Graduación No. 1 Folio No. Numeral. 37
Expedido en Isaquima, el 9 de diciembre de 2011

Rector

Secretaría



ESCUELA NORMAL SUPERIOR
"NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES"
ISTMINA - CHOCO.

Resolución Aprobación Nro. 14227 del 4 de oct. De 1978
Acreditación MEN Resolución Nro. 2038 del 2 de sept. 1999
Acreditación de Calidad y Desarrollo No. 1557 del 8 de julio de 2003
Nit. : 900907708-0, DANE 127361-00124, SEDUCH. Res. No. 1242 del 25-08-2000
6702077. e-mail: nosumer71@gmail.com
URL: <http://orbita.starmedia.com/normaldeistmina/index.html>

Acta No. 41
Folio No. 26

ACTA INDIVIDUAL DE GRADUACIÓN

En la ciudad de Istmina a los 9 días del mes de diciembre de 2011 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de la estudiante del último grado (undécimo), el Rector y la Secretaria de la Institución Educativa Escuela Normal Superior "Nuestra Señora de las Mercedes", institución aprobada hasta Nueva Visita en el Nivel de Educación Media Académica y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional, para otorgar el Título en la Modalidad **Bachiller Académico con Profundización en Educación**, Resolución No. 14227 del 4 de octubre de 1978, Resolución No. 2038 del 2 de septiembre de 1999, de Acreditación, Resolución No. 1557 del 8 de julio de 2003, de Acreditación de Alta Calidad.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el Título de **BACHILLER ACADEMICO CON PROFUNDIZACION EN EDUCACIÓN**, al estudiante cuyos nombres, apellidos y documento de identidad se relacionan a continuación:

MENDOZA MOSQUERA JOANDY
TI No. 95081324981 de Istmina

Esta acta consta de 48 estudiante graduados comienza con el nombre **ARROYAVE ZULUAGA LUISA FERNANDA** y termina con el de **ZUÑIGA MOSQUERA MARIANA**.

ADELSON MENA MENA
CC. No. 11'793.468 DE Quibdó
Rector

GISELA MARIA ARIAS MENA
CC. No. 26.329.127 de Istmina
Secretaria

Joandy Mendoza Mosquera

Fisioterapeuta

DIPLOMA Y ACTA DE GRADO



LA REPÚBLICA DE COLOMBIA Y EN SU NOMBRE
LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA MARÍA CANO

PERSONERÍA JURÍDICA N.º 17396, NOVEDADERE DE 1987 DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

EN ATENCIÓN A QUE:

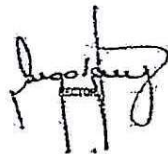
Joandy Mendoza Mosquera

C.C. 1.144.188.369

HA CUMPLIDO LOS REQUISITOS QUE LOS ESTATUTOS UNIVERSITARIOS
EXIGEN PARA OPTAR AL TÍTULO DE:

Fisioterapeuta

LE EXPIDE EL PRESENTE DIPLOMA Y EN TESTIMONIO DE ELLO, SE FIRMA Y REFRENDA CON LOS SELLOS
RESPECTIVOS EN **Cali**, EL DÍA **10** DEL MES DE **Sept** DE **2017**.

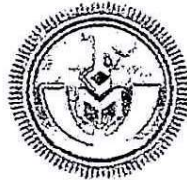

RECTOR


RECTOR GENERAL


DECANO

Joandy Mendoza Mosquera

Fisioterapeuta



**LA REPÚBLICA DE COLOMBIA Y EN SU NOMBRE
LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA MARÍA CANO**

Personería Jurídica N°. 17996, noviembre de 1987, Ministerio de Educación Nacional

Acta Individual de Graduación N°.

D4358

DEPENDENCIA: Facultad de Ciencias de la Salud

PROGRAMA DE: Fisioterapia

APROBACIÓN DEL PROGRAMA: Acuerdo 013 de noviembre 16 de 1993 del Consejo Superior

FECHA: Agosto 10 de 2017

LUGAR: Cali

En la fecha y lugar señalados, se reunieron los señores: Hugo Alberto Valencia Porras - Rector
y demás miembros del Consejo Académico

Con el propósito de conferir el título de: Fisioterapeuta

A Joandy Mendoza Mosquera con cédula: 1144188369

de Cali, luego de haber cumplido satisfactoriamente los requisitos exigidos
por las normas legales, reglamentarias y aprobar el Proyecto de Grado:

"Efectos de la terapia acústica en pacientes con fibromialgia. Revisión documental período 2006-2016"

Y previo Juramento, el graduando se comprometió a cumplir, fiel y lealmente, la Constitución, las leyes de
la República y los deberes y obligaciones que le imponen a su profesión.

Copia de la presente Acta se entrega al nuevo profesional, con sus firmas y sellos respectivos.

Lo anterior, atendiendo la autorización del Consejo Académico, mediante Acta N°. 079 en sesión
del día 10 de Julio de 2017

En constancia, se firma esta Acta en la ciudad de

Medellín

República de Colombia

Rector

Secretario General

Decano de la Facultad

Titular

Personal propio o invitado



Identificación Única del Talento Humano en Salud
FISIOTERAPEUTA

Joandy Mendoza Mosquera

CC 1144188369

Fundación Universitaria María Cano

Cali

Fecha Expedición Diploma: 2017-08-10
Fecha Inscripción RETHUS: 2017-09-12



Esta tarjeta es un documento público y se expide de acuerdo con lo dispuesto en la ley 1164 de 2007 y el decreto 4192 de 2010. Es personal e intransferible.

Si esta tarjeta es encontrada por favor informar al Colegio Colombiano de Fisioterapeutas: colegio@colfi.co



Lina A. Gancedo H.

Firma Representante Legal

COLFI - 06164

Firma

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): **JORDANY HENRÍQUEZ ROSQUERA** identificado(a) con CC 1144188369 registra la siguiente información:

2022-01-20-2:59:32 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Orientación	Profesión u Ocupación	Fecha Inicio Ejercicio	Entidad Reportadora
UNIV	Local	FISIOTERAPIA	2017-09-12	Colegio Colombiano de Fisioterapeutas - COLFI

Información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditan el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.), Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

Joandy Mendoza Mosquera

Fisioterapeuta

CERTIFICACION LABORAL



NIT: 901035250-4

**Fundación
Santa Sofía de Asís**

**LA FUNDACIÓN SANTA
SOFÍA DE ASÍS**

CERTIFICA:

Que, el Sr. JOANDY MENDOZA MOSQUERA, identificado con Cédula de ciudadanía No. 1.144.188.369, presta sus servicios en la Fundación Santa Sofía como FISIOTERAPEUTA, mediante un contrato de prestación de servicios desde el 11 de abril del 2023 y a la fecha vigente.

Para mayor constancia se firma en Quibdó a los veinte (20) días del mes de abril del 2024.

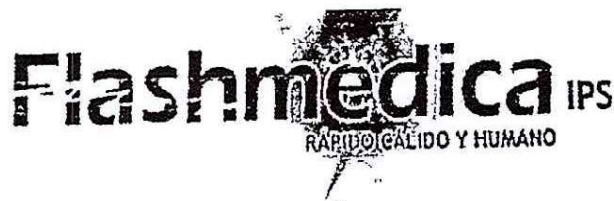
Cordialmente,

YIRLEADI BUENAÑOS IBARGUEN
Coordinadora de Talento Humano
Fundación Santa Sofía de Asís

Dirección: Calle 24 Nro. 19 - 88/89 Barrio Jardín
Correo Electrónico: gestionhumana.fssa@gmail.com, Quibdó - Chocó
www.fundacionsantasofiadecasis.com

Joandy Mendoza Mosquera

Fisioterapeuta



LA INSTITUCIÓN FLASMÉDICA S.A.S.

CERTIFICA QUE:

Que el Sr. JOANDY MENDOZA MOSQUERA, identificado con cédula de ciudadanía número 1.144.188.369 de Cali, laboró en FLASMÉDICA S.A.S, desde el día cinco (05) de noviembre del año 2020 hasta el 31 de enero de 2024, bajo contrato por prestación de servicios profesionales, en el cargo de FISIOTERAPEUTA, desempeñando las siguientes funciones:

- 1) Realizar los tratamientos y técnicas rehabilitadoras que se prescriban por el personal médico a los pacientes autorizados.
- 2) Participar cuando se le pida en el equipo multidisciplinario de la IPS para la realización de pruebas o valoraciones relacionadas con su especialidad
- 3) Asesorar a los profesionales pertenecientes a la empresa que lo necesiten sobre pautas de movilización y los tratamientos en que tenga incidencia las técnicas de fisioterapia autorizadas por el contratante
- 4) Realizar seguimientos y evoluciones de las técnicas que se apliquen en los tratamientos terapéuticos de los pacientes
- 5) Diseñar un plan de tratamiento destinado a la rehabilitación de los pacientes
- 6) Evaluar el progreso de cada paciente hasta lograr el bienestar de este
- 7) Acudir al llamado del Contratante en caso de presentarse una urgencia
- 8) Conservar en condiciones adecuada los documentos y/o archivos que se coloquen a su disposición
- 9) Mantener la confidencialidad de la información de los pacientes

FLASHIMÉDICA ESPECIALISTA EN ATENCIÓN MÉDICA EXTRAMURAL
FLASHIMÉDICA S.A.S - Nit : 901.278.901-3
Ubicados Quibdó B/Cristo Rey, Calle 30 #17-2.
Cel. 3104546112 - 3132976239
Email flashmedica123@gmail.com

Joandy Mendoza Mosquera

Fisioterapeuta



10) Actuar con lealtad y buena fe

11) Las demás que determine la ley y que surjan como necesidad de la actividad desplegada en el objeto de este contrato

Esta carta se expide en la ciudad de Quibdó, a petición del contratista al primer (01) día del mes de abril del 2024, con destino **A QUIEN PUEDA INTERESAR**

Atentamente,

ALVARO JOSÉ CUESTA BEJARANO
Representante Legal de FLASMÉDICA S.A.S.

FLASHMÉDICA ESPECIALISTA EN ATENCIÓN MÉDICA EXTRAMURAL
FLASHMÉDICA S.A.S - Nit : 901.278.901-3
Ubicados Quibdó B/Cristo Rey, Calle 30 #17-2.
Cel. 3104546112 - 3132976239
Email: flashmedica123@gmail.com

Joandy Mendoza Mosquera

Fisioterapeuta



CONSULTORIO FISIOTERAPEUTICO ASISTIR

NIT: 26320415-1

CERTIFICA QUE:

El señor JOANDY MENDOZA MOSQUERA, identificado con cedula de ciudadanía No. 1.144.188.369 de Cali labora en esta entidad desde el 21 de agosto de 2018 hasta la fecha, desempeñando el cargo de fisioterapeuta.

La presente certificación se expide a la solicitud del interesado a los veinticinco (25) días del mes de enero de 2019 en la ciudad de Istmina – Chocó.


DANITH LORENA HINESTROZA P.
Fisioterapeuta
Unidad de Atención - Manizales
Reg. 60198
Fisioterapeuta

DANITH LORENA HINESTROZA PEREA
FISIOTERAPEUTA
E-mail: danithlo@hotmail.com
Barrio Cubis- Celular: 313 744 3991
Diagonal a Comfachocó Istmina-Chocó

Joandy Mendoza Mosquera

Fisioterapeuta

	PROCESO DE GESTIÓN DOCUMENTAL	VERSIÓN: 03
		CÓDIGO: ISC-GD-011-2018

CERTIFICACION

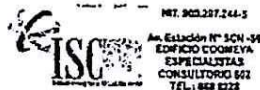
ISC PLUS LTDA con NIT 900.207.244-5, certifica que el señor Joandy Mendoza Mosquera identificado con la Cedula de Ciudadanía No. 1.144.188.369 de Istmina Choco, Laboro por medio de prestación de servicios como Fisioterapeuta, asesor. Desde el 9 octubre al 9 de noviembre de 2017.

Para constancia se firma en Santiago de Cali a los diez y seis (16) dias del mes de enero de 2018.

Atentamente,

Diana Carolina Falla R.

Diana Carolina Falla R.
Fisioterapeuta
ESP. Salud Ocupacional
Directora Unidad de Ergonomía
Unidad Administrativa



Avenida Estación No 5 CN-56
Teléfono: 6688228

iscplustda@gmail.com



María Cano
Fundación Universitaria
Vigilada MinEduación

La suscrita Jefe del Departamento de Admisiones, Registro y Control Académico de la FUNDACIÓN UNIVERSITARIA MARÍA CANO Medellín, con Nit: **800.036.781-1** y reconocida Institucionalmente por el Ministerio de Educación Nacional, mediante Resolución número 17996 de noviembre 17 de 1987.

Programa **Fisioterapia**, Registro **SNIES 8091**, Registro Calificado **2115** de febrero 19 de 2014.

CERTIFICA QUE:

JOANDY MENDOZA MOSQUERA

Identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1144188369 de Cali, recibió su título profesional como **FISIOTERAPEUTA**, según consta en el Acta individual de Grado No. 04358 de agosto 10 de 2017, registrado en el libro N°2 folio N°1 y registro 11337.

Se expide en Medellín el 16 de octubre de 2025

LUZ ADRIANA BEDOYA CORREA
Jefe Admisiones, Registro y Control Académico

Este certificado no presenta tachones ni enmendadura.





POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:07:49 AM horas del 29/04/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1144188369**

Apellidos y Nombres: **MENDOZA MOSQUERA JOANDY**

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:
51 59700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: [dijin.araic-
atc@policia.gov.co](mailto:dijin.araic-atc@policia.gov.co)

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 295998916



PIB

18:23:49

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 14 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) JOANDY MENDOZA MOSQUERA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1144188369:

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.

División de Relacionamento con el Ciudadano.



www.procuraduria.gov.co



Carrera 5 No. 15 - 60 Piso 1; Pbx 5878750
ext. 13170; Bogotá D.C.



Línea gratuita 018000910315

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 29 de abril de 2026, a las 10:01:36, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1144188369
Código de Verificación	1144188369260429100136

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

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.



HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB





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, 29/04/2026 10:05:02 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1144188369** y Nombre: **JOANDY MENDOZA MOSQUERA.**

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. **139173452** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando <https://www.policia.gov.co>, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Búsqueda

Imprimir

**Dios y
Patria**

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

**COLOMBIA
POTENCIA DE LA
VIDA****GOV.CO**

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 09:58:56 horas del 29/04/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1144188369**, Apellidos y Nombres **MENDOZA MOSQUERA JOANDY**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CHOCÓ**, con NIT **800140951-1** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E INTERPOL



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 1144188369 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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

Se expide en Bogotá el 15/05/2026 09:21 AM



Código Verificación: **SG7CXKEH6T**

Válida hasta: **13/08/2026**

Dirección de Gobierno Digital

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

DIAN

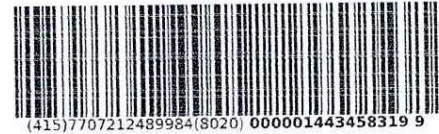
Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 01 Inscripción

4. Número de formulario

14434583199



(415)7707212489984(8020) 000001443458319 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 1 4 4 1 8 8 3 6 9

6. DV

3

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Quindío

1 8

14. Buzón electrónico

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

1 1 4 4 1 8 8 3 6 9

Lugar de expedición

28. País

COLOMBIA

1 6 9

29. Departamento

Valle del Cauca

7 6

30. Ciudad/Municipio

Cali

0 0 1

31. Primer apellido

MENDOZA

32. Segundo apellido

MOSQUERA

33. Primer nombre

JOANDY

34. Otros nombres

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Chocó

2 7

40. Ciudad/Municipio

Istmina

3 6 1

41. Dirección principal

BRR EDUARDO SANTOS SEC LA PEPE

42. Correo electrónico jmemos0813@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 1 3 1 3 7 3 3 4

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

8 6 9 2

47. Fecha inicio actividad

2 0 1 7, 1 0 0 6

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

50. Código

1

2

Ocupación

51. Código

2 2 2 3

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código

2 0

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

54. Código

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

Exportadores

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

X

NO

60. No. de Folios:

1

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso. Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1525 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 PEREA COSSIO DARWIN

985. Cargo Gestor I

ANEXO No. 2

FORMATO INFORMACION DE TERCEROS

DILIGENCIAR EN LETRA IMPRENTA, MAQUINA O COMPUTADOR

1.TIPO DE BENEFICIARIO

- | | | | |
|--|--------------------------|---|-------------------------------------|
| 1. Consorcio o Unión Temporal | ☐ | 1.10 Persona Natural Extranjera | ☐ |
| 1.1 Departamento | ☐ | 1.11 Persona Natural Nacional | ☒ |
| 1.2 Empresa Pública Nacional no Financiera | ☐ | 1.12 Persona Jurídica Nacional Sector Privado | ☐ |
| 1.3 Empresa Pública Nacional Financiera | ☐ | 1.13 Persona Jurídica Pública Administración Central Nacional | ☐ |
| 1.4 Establecimiento Público Nacional | ☐ | 1.14 Persona Jurídica Extranjera Sector Privado | ☐ |
| 1.5 Gobierno Extranjero | ☐ | 1.15 Regional sin NIT Especial | ☐ |
| 1.6 Municipio | ☐ | 1.16 Resguardo | ☐ |
| 1.7 Otra Pública Departamental | ☐ | 1.17 Sociedad de Economía Mixta | ☐ |
| 1.8 Otra Pública Municipal | ☐ | 1.18 Universidad Pública | ☐ |
| 1.9 Otro Beneficiario | ☐ | 1.19 Empresa Industrial y Comercial del Estado | ☐ |

2.TIPO DE DOCUMENTO

- | | | | |
|--|-------------------------------------|----------------------------|--------------------------|
| 1.1 Cédula de Ciudadanía | ☒ | 1.4 Otro Tipo de Documento | ☐ |
| 1.2 Cédula de Extranjería | ☐ | 1.5 Pasaporte | ☐ |
| 1.3 Número de Identificación Tributaria
(FOTOCOPIA NIT) | ☐ | 1.6 Tarjeta de Identidad | ☐ |

NUMERO DEL DOCUMENTO

1 1 4 4 1 8 8 3 6 9

3.NOMBRE O RAZON SOCIAL

Joandy Mendoza Mosquera.

4.PAIS

Colombia.

5.CIUDAD

Quibdó.

6.TELEFONO Y FAX

3113137334.

7.DIRECCION

Cll 31 # 2-91 Cristo Rey.

INFORMACION DE LA CUENTA**1.ENTIDAD FINANCIERA DONDE TIENE LA CUENTA****2.NUMERO DE LA CUENTA**

5 3 6 0 0 0 8 2 2 2 8

3.CLASE DE CUENTACORRIENTE ☐AHORROS ☒**SE DA FE DE LA INFORMACION REGISTRADA ANTERIORMENTE**

FECHA

Joandy Mendoza M.

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL

Certificación Bancaria

Miércoles, 29 de abril de 2026

A quien le interese

Bancolombia S.A. se permite informar que JOANDY MENDOZA MOSQUERA identificado(a) con CC 1144188369, 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 de ahorros	53600082228	2019-08-02	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 correosospchoso@bancolombia.com.co



CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) JOANDY MENDOZA MOSQUERA identificado(a) con CC 1144188369 se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: 06/04/2026

Estado de la Afiliación: Vigente

IPS: SUBSIDIADO-ERICHICHJAI IPS-QUIBDO

Categoría: SISBEN_1

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 29 días del mes 4 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



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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JOANDY MENDOZA MOSQUERA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.144.188.369**, se encuentra afiliado(a) al Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.

La presente certificación se expide el 29 de Abril 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.



BIOLABORAL IPS
Especialista en salud ocupacional
NIT. 901436587-1
Carrera 6 n° 31 - 81 Barrio Miraflores Quibdó - Chocó
Tel. 6711281 - Cels. 3207571256 - 3207571257
E-mail: biolaboralips@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 15.141

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
24	10	2025	QUIBDÓ (CHOCÓ, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO			
DÍA	MES	AÑO	Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORA EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
PARTICULARES CONTADO				PARTICULARES			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
MENDOZA MOSQUERA JOANDY				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	30 AÑOS 2 MESES 11 DÍAS	CC	1144188369
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo FISIOTERAPEUTA							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA							
Observaciones: NO APLICA							
N/A				NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)			
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO	RECOMENDACIONES		
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA	NO APLICA		
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR				✓	CREATININA		
VISIOMETRIA				✓	EVALUACIÓN OCUPACIONAL CON ÉNFASIS CARDIOVASCULAR		
HEMOGRAMA				✓	EVALUACIÓN OCUPACIONAL CON ÉNFASIS DERMICO		
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
				PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		HABITOS SALUDABLES	
				SVE OSTEOMUSCULAR			
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR SIN ALTERACIONES APARENTES , VISIOMETRIA: NORMAL HEMOGRAMA: NORMAL , CREATININA: NORMAL , ÉNFASIS CARDIOVASCULAR : RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS , CIRCULACIÓN NORMAL EN MIEMBROS INFERIORES, FRECUENCIA CARDIACA NORMAL , ÉNFASIS PULMONAR: CAMPOS PULMONARES VENTILADOS NO RUIDOS SOBREAGUADOS, ÉNFASIS DERMATOLÓGICO : PIEL NORMAL SIN ALTERACIONES							
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.							
Médico				Aspirante o Trabajador			
 Sandra Yoladis Asprilla M. Medico ESP SST Lic. 2018060031-87 Reg. 1130636205							
Firma:				Firma:			
Nombre: CC: 1130636205 - SANDRA YOLADIS ASPRILLA				Nombre: MENDOZA MOSQUERA JOANDY			
R. M.: 1130636205 L.S.O.: 2018060031157				CC: 1144188369			



Código de Seguridad
T781Z1F15141



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD
GRUPO TALENTO HUMANO

CONSENTIMIENTO INFORMADO SOBRE EL PROCESO DE SELECCIÓN

REALIZADO POR TALENTO HUMANO

Yo Joandy Mendoza Mosquera. identificado con Cedula de Ciudadanía 1.144.188.369 de Cali durante el proceso de selección se me ha informado en el momento de la entrevista que el contrato que llegaría a firmar con la Unidad Prestadora de Salud Chocó de la Policía Nacional es por Prestación de Servicios, donde debo cumplir con los siguientes requisitos:

1) Pagar salud, pensión y como independiente, sobre el 40% del valor mensual de mis honorarios, sin que este valor sea inferior a un salario mínimo mensual legal vigente.

Acepto: ☒ No Acepto: ☐

2) Se me ha explicado los diferentes riesgos de afiliación a la ARL dependiendo de la Unidad Médica a Laborar.

Acepto: ☒ No Acepto: ☐

3) Realizar el pago de pólizas contractuales las cuales son, de calidad y cumplimiento, responsabilidad civil y contractual (si aplica); las pólizas se pagan por el valor total del contrato ante cualquier aseguradora.

Acepto: ☒ No Acepto: ☐

4) Me han dado a conocer que la unidad a laborar es UPRES DECHO. con una intensidad horaria equivalente a 4 horas diarias, horas semanales 22 y horas mensuales 95.

Acepto: ☒ No Acepto: ☐

FIRMA Joandy Mendoza M.

NOMBRE Joandy Mendoza Mosquera.

CEDULA 1.144.188.369.

Quibdó 14 mayo de 2026

Señores

Fondo Rotatorio

Policía Nacional

Ciudad

Yo Joandy Mendoza Mosquera. identificado (a) con
la cedula de ciudadanía No. 1-144.188.369 de
Calí. certifico que de conformidad en lo establecido en el Artículo
905 de estatuto tributario, bajo gravedad de juramento, que SI ☒ NO ☐ he
obtenido ingresos brutos ordinarios y extraordinarios iguales o superiores a 1400 UVT
e inferiores a 3500 UVT en el año gravable 2025.

FIRMA Joandy Mendoza M.

NOMBRE Joandy Mendoza Mosquera.

CEDULA 1-144.188.369.

Página 1 de 2	DIRECCIONAMIENTO TECNOLÓGICO	 POLICÍA NACIONAL
Código: 1DT-FR-0016		
Fecha: 28-12-2017		
Versión: 3		
DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD Y COMPROMISO CON LA SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN CONTRATISTAS O TERCEROS		

La Policía Nacional considerando que usted ofrece condiciones personales y profesionales para acceder a la información que se administra en la Institución, teniendo en cuenta la misión de la Policía Nacional y que este implica manejar información de diferentes niveles de clasificación, regular que en correspondencia con el voto de confianza otorgado con la posibilidad de acceso a la información de la Policía Nacional usted suscriba el siguiente compromiso.

Yo, Jandy Mendoza Mosquera identificado con la cedula de ciudadanía No. 1.144.188.361 con domicilio en Quibdó de la empresa Policia Nacional, cargo Terapeuta Fisico, en adelante denominado EL CONTRATISTA O TERCERO, bajo el contrato convenio acuerdo No. del , me comprometo a cumplir cabalmente los compromisos y demás directrices del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información para la Policía Nacional.

Así mismo declaro que:

Reconozco que la información es un activo sobre el cual se sustentan los objetivos estratégicos de la Institución y que es mi responsabilidad conocer las políticas de seguridad de la información, adoptarlas, cumplirlas, hacerlas respetar e informar cualquier incidente que se presente con el uso y manipulación de la misma al Jefe de la Oficina de Telemática de la unidad donde se preste el servicio, o a quien realice las funciones de telemática, el cual reportará el incidente al CSIRT "Computer Security Incident Response Team".

Esta declaración comienza con la firma del contrato o convenio o acuerdo y permanecerá vigente mientras subsista el objeto que dio inició al mismo, manteniéndose inclusive durante las prórrogas sin necesidad de firmar una nueva declaración de confidencialidad y compromiso con la seguridad de la información.

Así mismo, si el contrato, convenio u acuerdo inicial termina y se inicia después un nuevo contrato, convenio u acuerdo pero con el mismo objeto del contrato, convenio u acuerdo anterior, esta declaración de confidencialidad y compromiso con la seguridad de la información tomará vigencia sin necesidad de firmar uno nuevo.

CONFIDENCIALIDAD

- EL CONTRATISTA O TERCERO se obliga en forma directa e irrevocable ante la POLICÍA NACIONAL a no revelar, divulgar o facilitar, bajo cualquier forma, a ninguna persona natural o jurídica, sea esta pública o privada, y a no utilizar para su propio beneficio o para beneficio de terceros, la información relacionada con el ejercicio de sus funciones en la Policía Nacional, así como también las políticas y/o cualquier otra información vinculada con sus funciones.
- EL CONTRATISTA O TERCERO asume la obligación de mantener la confidencialidad acordada en la presente declaración de confidencialidad y compromiso con la seguridad de la información por el tiempo que dure vigente la relación laboral y por un plazo adicional de 2 años contados a partir de la extinción del vínculo contractual y/o acuerdo y/o convenio.
- La violación o el incumplimiento de la declaración de confidencialidad y compromiso con la seguridad de la información, por parte EL CONTRATISTA O TERCERO, generará las acciones de tipo penal, disciplinario, administrativo y fiscal a que haya lugar.
- Si una orden judicial obligara al EL CONTRATISTA O TERCERO a divulgar información confidencial, este se compromete a dar aviso previo a la POLICIA NACIONAL de modo que la POLICIA NACIONAL pueda impugnar la solicitud o procurar una orden judicial que lo proteja.
- EL CONTRATISTA O TERCERO reconoce que esta información tiene un valor intangible, que no es generalmente dado a conocer al público o a terceros que podrían usarla en contra de la POLICÍA NACIONAL, de sus integrantes, de los habitantes de Colombia o del mismo Estado y que la información está sujeta a un esfuerzo razonable de la POLICIA

Página 2 de 2	DIRECCIONAMIENTO TECNOLÓGICO	 POLICÍA NACIONAL
Código: 1DT-FR-0016	DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD Y COMPROMISO CON LA SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN CONTRATISTAS O TERCEROS	
Fecha: 28-12-2017		
Versión: 3		

NACIONAL para mantener su reserva y confidencialidad. Así mismo, EL CONTRATISTA O TERCERO no hará ninguna duplicación o copia del material confidencial.

- El CONTRATISTA O TERCERO devolverá inmediatamente todo material confidencial que se le haya entregado o asignado cuando así lo requiera o solicite la POLICÍA NACIONAL.
- El CONTRATISTA O TERCERO se compromete a no utilizar información o material confidencial una vez finalizada la relación contractual o laboral.
- El CONTRATISTA O TERCERO se compromete a guardar completa confidencialidad sobre la información a la que tenga acceso por su condición laboral o actividades que desempeñe, así mismo a no extraer, consultar, copiar, borrar, ni revelar información crítica y sensible a la que tenga acceso en perjuicio de la Policía Nacional o de sus funcionarios.

RESERVA DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y/O CONVENIO Y/O ACUERDO.

El CONTRATISTA reconoce que todos los trabajos llevados a cabo en LA POLICÍA NACIONAL, son sujetos a la dirección y control por parte de la Institución Policial y constituyen una función contratada de conformidad a lo establecido en el régimen jurídico vigente aplicable a los CONTRATISTAS.

El CONTRATISTA o TERCERO informará a la POLICÍA NACIONAL cualquier descubrimiento, invento o creación que haya hecho, considerándose esto como parte del material confidencial, los cuales corresponderán a actividades propias desarrolladas con ocasión a la ejecución del objeto contratado, convenido o acordado y serán de propiedad de la POLICÍA NACIONAL.

ME COMPROMETO CON LA SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN, toda vez que:

- He leído, comprendido, e interiorizado las políticas de seguridad de la información que se encuentran en el 1DT-MA- 0001 Manual del Sistema de Gestión de la Seguridad de la Información vigente para la Policía Nacional y es mi deber conocer la última versión que exista del mencionado documento. Conozco mis deberes y derechos con respecto a la seguridad de la información.
- Entiendo que el incumplimiento de las políticas de seguridad de la información, ya sea en forma intencional, negligente o con violación al deber objetivo de cuidado, implican acciones de tipo penal, disciplinario, administrativo y fiscal a que haya lugar.
- Comprendo que dado el caso que se cause un daño a la Policía Nacional, como consecuencia de la inobservancia al deber objetivo de cuidado, la Policía Nacional podrá adelantar las acciones penales, civiles o contenciosas administrativas, en aras de buscar el resarcimiento de los daños y perjuicios que se llegaren a causar.

Suscribo este compromiso en _____, a los _____ () días del mes de _____ del año 20____.

EL CONTRATISTA O TERCERO

Firma:
 Post-Firma:
 Identificación
 Empresa:
 Cargo:

Joandy Mendoza M.
Joandy Mendoza M.
1.144.188.369.
Policia Nacional
Terapeuta físico

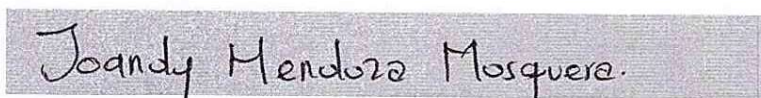
CONSTANCIA PERSONA NATURAL NO OBLIGADA A LLEVAR CONTABILIDAD

[Nombre del proveedor persona natural], identificado como aparece al pie de mi firma, en mi calidad de proveedor persona natural, manifiesto que:

1. No tengo la calidad de comerciante.
2. No ejerzo de manera habitual actos de comercio.

En consecuencia, no me encuentro obligado a llevar libros de contabilidad de acuerdo con lo contemplado en el artículo 48 del Código de Comercio.

En constancia de lo anterior firmo este documento a los días [14] del mes de [05] de [2026]



Firma del proveedor persona natural no obligado a llevar libros de contabilidad

Nombre: JOANDY MENDOZA MOSQUERA

Documento de Identidad: 1.144.188369



Departamento Nacional
de Planeación - **DNP**

Agencia Nacional de Contratación Pública - Colombia Compra Eficiente
Tel. (601)7956600 • Carrera 7 No. 26 - 20 Piso 17 • Bogotá - Colombia



WWW.COLOMBIACOMPRA.GOV.CO

LISTA DE CONTRATOS DEL PROVEEDOR CON EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO

Diligencie este formato, guárdelo en formato PDF y cárguelo al SECOP II siguiendo los pasos explicados en el "Manual de Proveedores para el uso del SECOP II".

Código del clasificador de bienes y servicios de las Naciones Unidas	Objeto del contrato	Fecha de inicio	Fecha de terminación	Valor	Contratista (singular o plural)	Contratante (sector público o privado)	Datos de contacto del área de la Entidad Estatal encargada del supervisión del contrato
85122101	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO PUN4-DECHO0045 Objeto FISIOTERAPEUTA PARA LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE POLICIA CHOCÓ.	10 de noviembre del 2025	31 de marzo del 2026	\$8.585.128,10	1	publico	Decho.upres@policia.gov.co Unidad Prestadora de Salud Chocó.



FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

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.

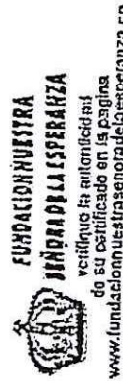
Hace Constar que: **Joandy Mendoza Mosquera** **CC 1144188369 de Cali - Valle Del Cauca**

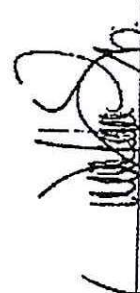
Realizó y aprobó el Curso Primer Respondiente
con un total de 60 Horas.

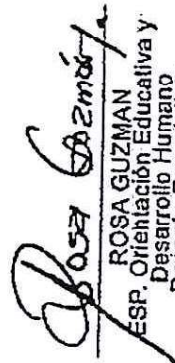
Verificación:



Fecha de emisión: 2025-10-09
Fecha de vencimiento: 2027-10-09




DEIBY STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP: 3206
Docente.


ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista


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



FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

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: **Joandy Mendoza Mosquera** **CC 1144188369 de Cali - Valle Del Cauca**

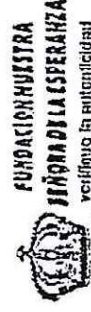
Realizó y aprobó el Curso de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual - Código Fucsia - Resolución 3100 / 2019 y Sentencia C - 55 -2022 con un total de 80 Horas.

Verificación:



Fecha de emisión: 2025-10-11

Fecha de vencimiento: 2027-10-11



FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad
de su certificado en la página
www.fundacionnuestra Señora de la Esperanza.co

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

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
CP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y
Desarrollo Humano
Docente Especialista

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única	13.08.2015	2014017 N8017-2	
Toxoide Tetánico Diférico Td	1	13 enero 14	0241015C	
	2	20 enero 2015	0241015C	
	3	17-12-15	02272 Y0124	
	4	18/06/18	(2) AT	
	5			
Contra Hepatitis B	1	12 NOV 2014	UUA174	
	2	20 feb 2015	UUA1324	
	3	19 mayo 2015	UUA1324	

Hepatitis A: 19 enero 2015 AHA U87527A

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla	24 abril 2015		10 años	
Contra Influenza	15 oct 2014			
	25 abril 2015		U501644	
	31 Mayo 2016		U41556	
Otras				
	24 abril 2015		013 N801759	

Hepatitis A: 13 mayo 2015 AHA U87527A

Este carné es válido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

Consérvelo

En caso de requerir el Certificado Internacional de Vacunación o
Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD



Orden y Ciudad

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:

Joandy

Apellidos:

Mendoza Mosquera

Documento
de Identidad:

C.C. ☒ TI ☐ PASA ☐ PORTE

Nº. 1.144.188.369

Fecha de
Nacimiento:

DIA 13 MES 08 AÑO 1995

F-52539

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoides Tetánico - Diférico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaPacelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

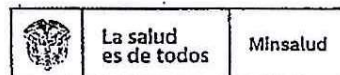
Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	12/7/23	2300049	Bernie/
Otras	Influenza	23/10/23	Y50528002	Yma - gloria

Este carné es válido en Colombia.
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación
o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

La salud es de todos



Certificado de vacunación del adulto

Nombres:

Joandy

Apellidos:

Mendoza Mosquera

Documento
de identidad:

C.C. T.I. Pasaporte

No.

114418369

Fecha de
nacimiento:

Día

13

Mes

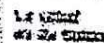
08

Año

1998



***** REVISADO POR OS



042745-45-3

MVA CUNA

Documentos de referencia:

1940

Menobis musquae

44-1886

20 50 1990

DATE	TIME	TYPE	THREAT	LOC	EXTENT/DURATION	FINDINGS/EVIDENCE	ACTION/TREND
20/11/87	11:00	ALBION	SINABE	ELIZABETH	HIGH	LIVE CHARGE	3500
		MILTON	SINABE	NON-STOP	HIGH	YOUNG CHARGES	INTERVIEW

CONSERVE ESTE CARNÉ

¡IMPORTANTE!

PARA UN BUEN CONTROL DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN PRESENTELO SIEMPRE A UN SERVICIO DE SALUD.

"Por una niñez saludable en el Chocó"

Todo niño vacunado está protegido contra enfermedades graves.

Después de la Vacunación, el Niño puede presentar reacciones como: fiebre, dolor brotes. ESTAS REACCIONES SON NORMALES y Significan: que el niño está produciendo defensas contra las enfermedades para las que fue vacunado.

En caso de presentarse una reacción distinta a las anteriores, consulte a la Institución de Salud más cercana."

Por la Restauración Moral y Gobernabilidad del Chocó



República de Colombia
Ministerio de Trabajo y Salud
Departamento Administrativo de Salud del Chocó
DASALUD - CHOCÓ
Programa Ampliado de Inmunizaciones
Carné de Vacunación



Por una Niñez Sana y Una Sonrisa Feliz

Vacunas Dosis de Vida

Todos los días son de Vacunación

Favor Conservar este Carné

INSTITUCIÓN:

MUNICIPIO:

Nombre del Vacunado: Yoandy Mendoza Mosquera Fecha Nacimiento:

DÍA	MES	AÑO
13	08	95

VACUNAS	Dosis	Fecha de Vacuna			Nombre del Vacunador	Refuerzos
		Día	Mes	Año		
BCG (ANTITUBERCULOSIS)	U	14		95		
ANTIPOLIOMIELITICA	R.N.					
	1a.	21	05	95		13/09/95
	2a.	21	15	95		
	3a.	07	16	96		
DPT	1a.	05	11	95		
DIFTERIA, TOSFERINA, TÉTANOS)	2a.	15	11	95		
	3a.					
HEPATITIS B	R.N.					
	1a.	14	08	95		
	2a.	15	09	95		
	3a.	15	11	95		
MMR (SARAMPION - RUBEOLA - PAPERAS)	U					
SARAMPION	U					
PENTAVALENTE	1a.					
	2a.					
	3a.					
TOXOIDE DIFTERICO (TETANOS Y DIFTERIA)	1a.					
	2a.					
	3a.					
FIEBRE AMARILLA	U					
HLB (Hemofilus Influenza)	1a.					
	2a.					
	3a.					



Tratado: 10 de 15 *13 de 11 2012* *TRAC*



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DEPARTAMENTO DE POLICIA CHOCÓ
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD CHOCÓ

N° GS-2025-075798 / UPRES – GUPAS – 2.1

Quibdó, octubre 14 de 2025

Señores
FUNDACION UNIVERSITARIA MARIA CANO
Medellín calle 56 #41-90
Quibdó

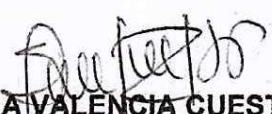
Asunto: solicitud verificación de título

De manera atenta y respetuosa me permito solicitar a dicha entidad educativa, tenga a bien certificar ante esta dependencia la autenticidad del título profesional por competencia de quien adelante se relaciona; esto con el fin de dar cumplimiento ante el mando institucional y confirmar la idoneidad del personal que laboran en nuestra institución; dicha información puede ser enviada al correo electrónico certificado decho.upres-gup@policia.gov.co

NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN	TITULO OBTENIDO	AÑO
JOANDY MENDOZA MOSQUERA	1.144.188.369	FISIOTERAPEUTA	ACTA DE GRADO No.079 del 10/07/2017

La anterior información se requiere de carácter urgente, a fin de dar cumplimiento a los requerimientos ordenados.

Atentamente,


Intendente **DIANA VALENCIA CUESTA**
Jefe Grupo Prestador de Atenciones en Salud Upres Chocó

Fecha de elaboración: 14-10-2025
Ubicación: D:\INFORMACION IGUPAS 2025

Calle 30 AV AEROPUERTO EL CARAÑO
Teléfono(s) (604) 6722911
decho.upres-gup@policia.gov.co

INFORMACION PÚBLICA



María Cano
Fundación Universitaria
Vigilada MinEducación

La suscrita Jefe del Departamento de Admisiones, Registro y Control Académico de la FUNDACIÓN UNIVERSITARIA MARÍA CANO Medellín, con Nit: **800.036.781-1** y reconocida Institucionalmente por el Ministerio de Educación Nacional, mediante Resolución número 17996 de noviembre 17 de 1987.

Programa **Fisioterapia**, Registro **SNIES 8091**, Registro Calificado **2115** de febrero 19 de 2014.

CERTIFICA QUE:

JOANDY MENDOZA MOSQUERA

Identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1144188369 de Cali, recibió su título profesional como **FISIOTERAPEUTA**, según consta en el Acta individual de Grado No. 04358 de agosto 10 de 2017, registrado en el libro N°2 folio N°1 y registro 11337.

Se expide en Medellín el 16 de octubre de 2025

LUZ ADRIANA BEDOYA CORREA
Jefe Admisiones, Registro y Control Académico

Este certificado no presenta tachones ni enmendadura.