



Buscar...

Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Escritorio → **Configuraciones de Perfil**

- Mis datos de usuario
- Noticias SECOP**
- Mis registros
- Accesos del usuario
- Términos y condiciones de uso

Editar

**Información del usuario**

**Cargo** Auxiliar de Enfermería

**Título** Sra.

**Nombre** CAROLINA

**Apellidos** POSADA RODRIGUEZ

**Fecha de Nacimiento** 23/10/2018 ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)  
**Usted pertenece a un grupo joven**

**Nivel Educativo** Técnica o tecnológica completa (con o sin título)

**Género** Mujer

**¿Tiene alguna discapacidad?**  Sí  No

**Nombre y apellido** CAROLINA POSADA RODRIGUEZ

**Tipo de documento** Cédula de Ciudadanía

**Número de documento** 1007799651

**Dirección**

**Código postal**

**Estrato** 2

**Ubicación** Maceo

**País** COLOMBIA

**Correo electrónico** carolinapposada.17@gmail.com

**Teléfono**

**Celular** 3187320520



**Configuración**

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

**Idioma** Español (Colombia)

**Configuración regional** Spanish (Colombia)

**Seguridad de la información**

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

**Respuesta** 3187320520

**SMS para recuperar la contraseña** 3187320520

Editar



Libertad y Orden

# FORMATO ÚNICO

## HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

### DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO POSADA		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) RODRIGUEZ		NOMBRES CAROLINA	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1007799651			GÉNERO F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> NB <input type="radio"/>		NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/>			NÚMERO D.M.		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA		
FECHA DIA 01 MES 10 AÑO 2000			CALLE 28 1 24		
PAÍS COLOMBIA			PAÍS COLOMBIA		
DEPTO ANTIOQUIA			DEPTO ANTIOQUIA		
MUNICIPIO PUERTO BERRÍO			MUNICIPIO MACEO		
			TELÉFONO 3187320520		
			EMAIL carolinapposada.17@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 SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA) TL (TECNOLÓGICA) TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA) UN (UNIVERSITARIA)

ES (ESPECIALIZACIÓN) MG (MAESTRÍA O MAGISTER) DOC (DOCTORADO O PHD)

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	3	X		ENFERMERIA	11	2023	

3

### EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

#### EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:

INF (EDUCACIÓN INFORMAL)

TR\_DES (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

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

**4 IDIOMAS**

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

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

**5 EXPERIENCIA LABORAL**

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR																																						
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE MACEO				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA																														
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA			MUNICIPIO MACEO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD																														
TELÉFONOS 8640209			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO																													
CARGO O CONTRATO ACTUAL 161 AUXILIAR DE ENFERMERIA			DEPENDENCIA ALCALDIA- SECRETARIA DE SALUD					DIRECCIÓN CARRERA 30 30 32																														
			Día			07			Mes			01			Año			2025			Día			30			Mes			06			Año			2026		

**6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE**

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE																				
INSTITUCIÓN EDUCATIVA				PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS												
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO					CORREO ELECTRÓNICO												
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO											
			Día:			Mes:			Año:			Día:			Mes:			Año:		
AREA DE CONOCIMIENTO			NIVEL EDUCATIVO					DIRECCIÓN												

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

**7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA**

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	1	5
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

**8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA**

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI  NO  ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E 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 Maceo - Antioquia 26/06/2026  
Carolina Posada.

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

Tipo de declaración  Fecha de publicación

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
CAROLINA		POSADA	RODRIGUEZ

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	\$30.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	\$30.000.000,00

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	\$15.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí  No

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:

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACIÓN PERSONAL  
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.007.799.651**

**POSADA RODRIGUEZ**

APELLIDOS

**CAROLINA**

NOMBRES

*Carolina Posada*

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **01-OCT-2000**

**PUERTO BERRIO**  
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.65**

**A+**

**F**

ESTATURA

G.S. RH

SEXO

**23-OCT-2018 PUERTO BERRIO**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

*Juan Carlos Galindo Vácha*  
REGISTRADOR NACIONAL  
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA



P-0120500-01049001-F-1007799651-20181207

0063513931A 1

51509095

REGISTRADOR NACIONAL DEL ESTADO CIVIL



Señores

Alcaldía Municipal del Maceo Antioquia  
Secretaría de Salud y Bienestar Social

**ASUNTO:** Presentación de propuesta – Secretaría de Salud y Bienestar Social

De conformidad con la invitación remitida por la Secretaría de Salud y Bienestar Social en el mes de Julio de 2026, presento a la Alcaldía del Municipio de Maceo la presente propuesta, la cual se entiende enmarcada dentro de los términos establecidos en dicha invitación.

**PERFIL:** AUXILIAR ENFERMERIA

**Tiempo de ejecución:** DESDE LA FIRMA DE ACTA DE INICIO HASTA DICIEMBRE DE 2026

**OBJETO:** PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA EL FORTALECIMIENTO DEL CUIDADO DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE PROTECCIÓN SOCIAL PARA EL ADULTO MAYOR “ABERCIA SIERRA DE GONZALEZ” DEL MUNICIPIO DE MACEO

Actividades a realizar

1. Brindar apoyo en el suministro de alimentación a los adultos mayores.
2. Mantener el stock de medicamentos.
3. Tener un comparativo (Kardex) para suministrar dichos medicamentos ya que si no se administran puntualmente se perdería dicha efectividad.
4. Tener pausas activas 2 a 3 veces a la semana con el adulto mayor.
5. Brindarle acompañamiento al adulto mayor en (baño, aseo personal, alimentación, suministro de medicamentos puntualidad en citas médicas y acompañamiento mutuo en todas las actividades).
6. Brindar apoyo conjunto en el levantado y acostado del adulto mayor
7. Verificar en lo posible que los medicamentos solo sean administrados por el personal de enfermería.
8. Solicitar en la E.S.E HOSPITAL MARCO A. CARDONA el material para la toma de muestras de laboratorio para no tener que desplazar los adultos mayores a la E.S.E
9. Implementar charlas educativas sobre promoción y prevención para el adulto mayor.
10. Toma signos vitales (presión arterial, frecuencia cardiaca, saturación, respiración).

11. Solicitar acompañamiento de la E.S.E HOSPITAL MARCO A. CARDONA al menos una vez al mes para dictar charlas educativas para el adulto mayor
12. Acompañamiento a los adultos mayores a las citas médicas a la ciudad y a otros municipios.
13. Brindar apoyo en el aseo de la higiene de la cavidad oral y prótesis dental.
14. Brindar los primeros auxilios mientras se desplazan a un centro especializado.
15. Estar pendiente de cualquier cambio en la salud física o mental del usuario, como dolor, pérdida de la movilidad, depresión o estado de ansiedad, los cuales deben llevarse como registro en su historia clínica.
16. Estar atenta de los adultos mayores que posean lesiones tróficas de la piel (ulceras por decúbito) y el deterioro psíquico progresivo debido a su inmovilidad.
17. Realizar las notas de enfermería diarias, en relación a cada adulto mayor.
18. Apoyar las actividades realizadas en el centro de bienestar
19. Las demás necesarias para garantizar la ejecución del objeto contractual.

**Propuesta económica:**

**VALOR DE LA PROPUESTA: DIESETE MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS M.L (\$17.400.000).**

**DURACION DEL CONTRATO:** Desde la fecha del acta de inicio hasta el 30 de Diciembre de 2026

Atentamente,

**PROPUESTA DE FORMA DE PAGO:**

El Municipio realizará Seis (06) pagos discriminados así: SEIS (06) pago por valor de **DOS MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS M.L (\$2.900.000)** de forma mensual, previa relación de actividades e informe de supervisión aprobando el pago, cuenta de cobro y/o factura, planilla de pago de seguridad social, pensión, ARL y certificado de recibido a satisfacción por parte del supervisor del contrato

*Carolina Posada R.*

**CAROLINA POSADA RODRIGUEZ**  
C.C. 1.007.799.651 de Puerto Berrio (Ant)



La República De Colombia

y en su nombre la:

**INSTITUCIÓN EDUCATIVA RURAL  
LA FLORESTA**

*Aprobada mediante Resolución Numero 125501 del 18 de Septiembre de 2014 de acuerdo con la ley 715 de 2001, su decreto reglamentario 1290 de 2009 y el Proyecto Educativo Institucional.*

*Plan de estudios artículo 23 de la ley general de educación y aprobado por el Consejo Directivo de la Institución según el acuerdo 020 del 10 de septiembre de 2001.*

Confiere el Título de:

**Bachiller Académico**

A:

**Carolina Posada Rodriguez**

Identificada con T.I. N° 1.007.799.651 de Maceo Antioquia

*Por razón de haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, según los Planes y Programas Vigentes.*

**JESÚS ALBEIRO ORREGO HERNÁNDEZ**  
RECTOR

**Arelis Toro V**  
**ARELIS TORO VÁSQUEZ**  
SECRETARIA

Inscrito en el Acta de Grado numero 19 folio 179 numeral 36 libro 1

Dado en el corregimiento de la floresta, a los 5 días del mes de diciembre de 2017.



DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA  
INSTITUCIÓN EDUCATIVA RURAL LA FLORESTA, MACEO

APROBADO MEDIANTE RESOLUCIÓN No. 125501 DE SEPTIEMBRE 18 DE  
2014.

### ACTA DE GRADUACIÓN No. 19

El día 5 de Diciembre de 2017, en la Institución Educativa Rural La floresta,  
Municipio de Maceo, departamento de Antioquia, se realizó la proclamación de  
bachilleres y se otorgó el título de:

## BACHILLER ACADÉMICO

A:

*Carolina Posada Rodriguez*

*T.I. 1007799651 de Maceo Antioquia*

El acto fue presidido por el Rector JESUS ALBEIRO ORREGO HERNÁNDEZ  
y la Secretaria ARELIS TORO VASQUEZ

Inscrito en el folio No: 179 Numeral: 35 Libro: 01

  
JESUS ALBEIRO ORREGO HDEZ  
Rector

  
ARELIS TORO VASQUEZ  
Secretaria

República de Colombia



La Secretaría De Educación Distrital De Santa Marta D.T.C.H y La

CORPORACIÓN EDUCATIVA DEL CARIBE

**CEDELCA**

FORMACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Personería Jurídica No 257 del 29 de abril de 1994, Autorizada Con Licencia De Funcionamiento Según Resolución No. 0861 del 09 de Junio 2011 con registro de programa según Resolución No.0457 del 13 De Julio 2017, emanada de la Secretaría de Educación Distrital de Santa Marta y Acuerdo No.00383 del 12 de Diciembre de 2016 por la Comisión Intersectorial del Talento Humano en Salud, Ministerio de salud y protección social.

*Confiere a:*

**CAROLINA POSADA RODRIGUEZ**

IDENTIFICADO(A) CON C.C 1007799651 PUERTO BERRIO (ANT)

EL PRESENTE CERTIFICADO EN TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIA EN:

*Auxiliar En Enfermería*

**Por haber cursado y aprobado el programa en AUXILIAR EN ENFERMERÍA, con una intensidad total de 1666 horas.**

Dado en la ciudad de Santa Marta D.T.C.H. a los 05 días del mes de Noviembre de 2023.



*Alicandra Rodríguez Lara*  
Sec. General  
CEDELCA

*[Firma]*  
Director

Libro 01 Folio 27 Acta 46 Reg. 0457 Código 0010158 MED-A

# República de Colombia



La Secretaría De Educación Distrital De Santa Marta D.T.C.H. y La

## CORPORACIÓN EDUCATIVA DEL CARIBE **CEDELCA**

FORMACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Personería Jurídica No 257 del 29 de abril de 1994, Autorizada Con Licencia De Funcionamiento Según Resolución No. 0861 del 09 de Junio 2011 con registro de programa según Resolución No.0457 del 13 de Julio 2017, emanada de la Secretaría de Educación Distrital de Santa Marta y Acuerdo No.00383 del 12 de Diciembre de 2016 por la Comisión Intersectorial del Talento Humano en Salud. Ministerio de salud y protección social.

### ACTA No. 46

En la Ciudad de Santa Marta D.T.C.H a los 05 días del mes de Noviembre de 2023, se reunieron con el fin de Formalizar la Certificación de los Alumnos que Finalizaron. Director **ELEZER TORRES JARABA** y la Secretaria General **ALEXANDRA PINEDA CERA** de la Corporación Educativa del Caribe **CEDELCA** Institución Amparada en el Decreto 4904 del 2009 el decreto 1075 de 2015 Con licencia de funcionamiento según Resolución No. 0861 del 09 de junio 2011, registro de programa según resolución No.0457 del 13 de julio 2017, emanada de la Secretaría de Educación Distrital de Santa Marta, Acuerdo No.00383 del 12 de Diciembre 2016 por la Comisión Intersectorial del Talento Humano en Salud, Comprobada la situación legal, académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes le confiere la presente certificación de aptitud ocupacional por competencias como **TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA**, con una intensidad total de 1666 horas a los alumnos cuyos nombres, apellidos y número de identificación se relacionan a continuación.

## **CAROLINA POSADA RODRIGUEZ**

IDENTIFICADO(A) CON 1007799651 PUERTO BERRIO (ANT)

Es fiel copia tomada del acta original No 46 de fecha 05 de Noviembre del 2023.

Firmado y sellado por **ELEZER TORRES JARABA** (Director), **ALEXANDRA PINEDA CERA** (Secretaria General).

Dado en la ciudad de Santa Marta D.T.C.H. a los 05 días del mes de Noviembre de 2023.

En constancia se firma la presente por quienes intervinieron, en cumplimiento de lo ordenado en el Decreto 4904 de 2009 y decreto 1075 de 2015.

Director



Secretaria General

Libro 01 Folio 27 Acta 46 Reg. 0457 Código 0010158 MED-A

680

GOBERNACIÓN DEL MAGDALENA  
FECHA Folios: NROFOLIOS  
Origen: ORIGHEN R@QTKADO  
Destinatario: DHESTIN@TARYO

RESOLUCIÓN No. 47-5037 DE 28 DIC 2023

"Por la cual se registra un título"  
LA SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA

En cumplimiento del Decreto 1875 de Agosto 03 de 1994, de la Ley 1164 del 03 de Octubre de 2007 y el Decreto 4192 de Noviembre 09 de 2010.

CONSIDERANDO:

Que el (la) Señor(a) **CAROLINA POSADA RODRIGUEZ** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 1.007.799.651, expedida en Puerto Berrio, solicitó ante esta Secretaría la **AUTORIZACIÓN para desempeñarse como TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIA EN AUXILIAR EN ENFERMERÍA**, según CERTIFICADO, el cual le fue otorgado por LA CORPORACIÓN EDUCATIVA DEL CARIBE - CEDELCA, con Acta 46 del 05 de noviembre de 2023.

Que con la solicitud el(la) señor(a) **CAROLINA POSADA RODRIGUEZ** presentó los siguientes documentos: 1.) Diploma, 2) Acta de grado, 3.) Copia ampliada del documento de identificación, 4.) Formato de datos personales.

Que al verificar los documentos, el (la) señor(a) **CAROLINA POSADA RODRIGUEZ** cumple con los requisitos contenidos en el inciso segundo del artículo 6.3 del Decreto 4904 de 2009, "Por el cual se reglamenta la organización, oferta, funcionamiento de la prestación del servicio educativo para el trabajo y el desarrollo humano, se dictan otras disposiciones"

Que en mérito de lo expuesto:

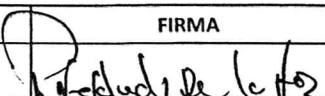
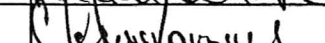
RESUELVE:

**ARTICULO ÚNICO:** Autorizar a **CAROLINA POSADA RODRIGUEZ** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 1.007.799.651, expedida en Puerto Berrio, para desempeñarse como **TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIA EN AUXILIAR EN ENFERMERÍA**, en el territorio Nacional.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dado en la ciudad de Santa Marta, D.T.C.H. en fecha: 28 DIC 2023

  
**DIANA ESTHER CELEDON SANCHEZ**  
Secretario Seccional de Salud del Magdalena

	NOMBRE	CARGO	FIRMA
Proyectó	Piedad De La Hoz Orozco	Profesional Universitario	
Elaboró	Yolenis Ponzón Martínez	Contratista	

Declaro que he revisado el presente documento, lo encuentro ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes. Por lo tanto, lo presento para su firma.



**MUNICIPIO DE MACEO**

Municipio de Maceo Antioquia Alcaldía

Nit: 890980958-3

**Teléfono:** 864 02 09 / **Fax:** 864 0506

*Maceo Incluyente*

Maceo, 29 de diciembre de 2025

**LA SECRETARÍA GENERAL Y DE GOBIERNO DEL MUNICIPIO DE MACEO-ANTIOQUIA**

**CERTIFICA:**

El señor **CAROLINA POSADA RODRIGUEZ** identificada con cédula de ciudadanía número 1007799651, se desempeñó dentro de la administración municipal como Auxiliar de enfermería en el CPSAM del 01 de enero de 2025 al 30 de diciembre de 2025.

Cualquier información adicional será atendida al correo [gobierno@maceo-antioquia.gov.co](mailto:gobierno@maceo-antioquia.gov.co)

Esta certificación se expide a solicitud de los interesados a los veintinueve días (29) del mes de diciembre de 2025.

**JORGE ALEXANDER OCHOA**  
Secretario General y de Gobierno



# Salud Integral Preventiva IPS

NIT. 901187413-1

(4) 8330595

Carrera 5 # 48-03 Barrio El Hoyo  
Puerto Berrio Antioquia



## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 19.731

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL		
28	12	2023	PUERTO BERRÍO (ANTIOQUIA, COLOMBIA)		EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO
DÍA	MES	AÑO	Ciudad		
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORA EL TRABAJADOR O ASPIRANTE					
PARTICULARES			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, TL, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)					
POSADA RODRIGUEZ CAROLINA		Sexo	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres		FEMENINO	23 AÑOS 2 MESES 26 DÍAS	CC	1007799651
		Teléfonos		Tipo	Número
Cargo <b>AUX ENFERMERIA</b>					
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL <b>APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)</b>					
Observaciones: <b>APTO PARA EL CARGO</b>					
NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)					N/A
RESTRICCIONES LABORALES		TIPO	RECOMENDACIONES		
SIN RESTRICCIONES LABORALES		NO APLICA	NO APLICA		
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:					
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL		✓	AUDIOMETRÍA TAMIZ		✓
EXAMEN OCUPACIONAL ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR		✓	VISIOMETRIA TAMIZ		✓
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
		USO DE EPP		HABITOS SALUDABLES	
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		FORTALECIMIENTO MUSCULAR	
		OTROS : MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD PARA EVITAR INFECCIONES DEL ENTORNO		CONTROL DE PESO	
				ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA	
				HACER DEPORTE	
				DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES					
SE ENTREGA AL TRABAJADOR LA INFORMACIÓN DE LOS RESULTADOS, PRUEBA O VALORACIONES COMPLEMENTARIAS OCUPACIONALES					
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. Ful informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verdílicas. 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		
Firma:			Firma: <i>Carolina Posada</i>		
Nombre: <u>CARMONA CASTRILLON RAMIRO ALEXANDER</u>			Nombre: <u>POSADA RODRIGUEZ CAROLINA</u>		
R. M.: <u>5-7187-11</u> <u>L.S.O.: 2021060130687</u>			CC: <u>1007799651</u>		

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante		Sucursal Principal	Direccion	Ciudad/Departamento	Teléfono	Exonerada SENA e ICBF
CC 100779451		POSADA RODRIGUEZ CAROLINA	INDEPENDIENTE		PRINCIPAL	Corregimiento La Floresta	MACED-ANTIOQUIA	86-40209	No
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago	
Periodo	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-06		93002430	950311153	1	2026/07/13	2026/05/28	BANCO DE OCCIDENTE	0	\$517,400

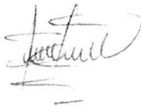
RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$280,200	\$0	\$0	\$0	\$280,200
COLPENSIONES	25-14	900.336.004	7	1	\$280,200	\$0	\$0	\$0	\$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$18,300	\$0	\$0	\$0	\$18,300
COUAMENA	14-25	800.226.175	3	1	\$18,300	\$0	\$0	\$0	\$18,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$0	\$0	\$0	\$218,900
SAVIA SALUD	EPS040	900.604.350	0	1	\$218,900	\$0	\$0	\$0	\$218,900
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$517,400</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$517,400</b>

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **CAROLINA POSADA RODRIGUEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1007799651**, se encuentra afiliado/a desde **09/01/2024** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 25 de junio de 2026.



**Rosa Mercedes Nino Amaya**  
Dirección de Afiliaciones

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

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 jueves 25 de junio de 2026, a las 10:53:33, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1007799651
Código de Verificación	1007799651260625105333

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

Con el Código de Verificación puede constatar la autenticidad del Certificado.  
Carrera 69 No. 44-35 Piso 1. Código Postal 111071. PBX 5187000 - Bogotá D.C  
Colombia Contraloría General NC, BOGOTÁ, D.C.

Página 1 de 1





Bogotá DC, 25 de junio 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) CAROLINA POSADA RODRIGUEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1007799651:

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.



POLICÍA NACIONAL  
DE COLOMBIA

## Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

### La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 11:25:28 AM horas del 25/06/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1007799651**

Apellidos y Nombres: **POSADA RODRIGUEZ CAROLINA**

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

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

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

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

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



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



# Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

## Consulta Ciudadano


### La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 25/06/2026 11:10:40 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1007799651** .

## **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. **142783696** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando <https://www.policia.gov.co>, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

 Nueva Búsqueda

 Imprimir

515 9000



**Policía Nacional de Colombia**  
Dirección General - Cra. 59 Nº 26 - 21  
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.  
Línea de atención: 018000-910112



 GOV.CO

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

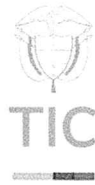
La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 11:32:51 horas del 25/06/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1007799651**, Apellidos y Nombres **POSADA RODRIGUEZ CAROLINA**

**NO REGISTRA INHABILIDAD**

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ALCALDIA DE MACEO ANTIOQUIA**, con NIT **890980958-3** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

<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 1007799651 **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 25/06/2026 11:02 AM



Código Verificación: LU8FWD54KS

Válida hasta: 23/09/2026

---

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS  
COMUNICACIONES - MINTIC

## CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

El suscrito declara que:

Conozco las causales de inhabilidad e incompatibilidad para contratar con las Entidades Estatales de conformidad con los artículos 8o. y siguientes de la Ley 80 de 1993 y sus decretos reglamentarios, de las sanciones establecidas por transgresión a las mismas en los artículos 26 núm. 7o. y 52 de la citada ley, así como los efectos legales consagrados en el Art. 44 núm. 1o. de la misma norma y, declaro bajo la gravedad del juramento que se entiende prestado con la firma del presente documento, que no me encuentro incurso en ninguna de ellas, ni tampoco la sociedad que represento.

Dado en Maceo - Antioquia a los 25 del mes 06 del 2026

Carolina Posada.

Firma  
NOMBRE Carolina Posada Rodriguez  
C.C. No 1.007.799.651

# Certificación Bancaria

Martes, 16 de junio de 2026

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que CAROLINA POSADA RODRIGUEZ identificado(a) con CC 1007799651, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
CUENTA AHORROS	16381182383	2025-03-27	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](mailto:correosospchoso@bancolombia.com.co)



**MUNICIPIO DE MACEO**

Municipio de Maceo Antioquia Alcaldía

Nit: 890980958-3

Teléfono: 864 02 09 / Fax: 864 0506



**CERTIFICADO**

LA AUXILIAR ADMINISTRATIVA DE LA TESORERIA

MUNICIPAL DE MACEO ANTIOQUIA

CERTIFICA:

*Que **CAROLINA POSADA RODRIGUEZ** con CC 1007799651 se encuentra a **PAZ Y SALVO**, por todo concepto, con el Fisco Municipal.*

*Esta certificación se expide a solicitud del interesado.*

*Dada en Maceo Antioquia el día 26 de junio de 2026.*

  
**DANIELA GIRALDO RINCÓN**

MACEO PUJANTE

