

GRADO	: CPS 05
APELLIDOS Y NOMBRES	: ANGIE PAOLA OTAYA DIAZ
CC	: 1.124.859.592 de Mocoa Putumayo
DEPENDENCIA / ESPECIALIDAD	: Técnico Auxiliar de Enfermería

Mocoa, 21 de Julio de 2026

Señor Coronel
JAIME HERNÁN ROJAS PARRA
Comandante Departamento Policía Putumayo (E)
Carrera 8 Calle 8
Mocoa

Respetado Coronel

Por medio de la presente me permito ofrecer a la Policía Nacional – Unidad Prestadora de Salud Tipo B Putumayo mis servicios como Técnico Auxiliar de Enfermería soy consciente y acepto que mi vinculación sea por contrato de prestación de servicio, el cual, de acuerdo a lo establecido en la Ley 80 de 1993 no genera relación labor al ni prestaciones sociales y se celebra por el termino estrictamente indispensable.

Así mismo me permito manifestar bajo la gravedad de juramento, que no me encuentro incurso en ninguna inhabilidad e incompatibilidad previstas en la Constitución y en los artículos 8 y 9 de la ley 80 de 1993, ni relacionado en el Boletín de Responsabilidades Fiscales de la Contraloría General de la Republica, con el fin de dar cumplimiento a lo estipulado en el articulo 60 de la Ley 610 del 2000.

Atentamente,

Angie Paola Otaya Diaz
ANGIE PAOLA OTAYA DIAZ
1.124.859.592 de Mocoa Putumayo

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.124.859.592**
OTAYA DIAZ

APELLIDOS
ANGIE PAOLA

NOMBRES

angie Paola Otaya Diaz

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **04-OCT-1993**
MOCOA
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.59	**A+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

05-OCT-2011 MOCOA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-6400100-00347912-F-1124859592-20111129 **0028574844A 1** 30233916

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Otaya	Diaz	Angie Paola

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1124859592	F ⊗ M ○ NB ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 04 MES 10 AÑO 1993

PAÍS COLOMBIA

DEPTO PUTUMAYO

MUNICIPIO MOCOA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

v/villanueva

PAÍS COLOMBIA DEPTO PUTUMAYO

MUNICIPIO MOCOA

TELÉFONO 3138628401 EMAIL angieotaya3@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO		BASICA SECUNDARIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	2013

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

INF (EDUCACIÓN INFORMAL) TR_DES (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO
FUNCION PUBLICA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	10	X		MIPG VERSION II FUNDAMENTOS TECNICOS	05	2026

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO
SALUD SER	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	40	X		MANEJO DE PRUEBAS EN PUNTO DE ATENCIÓN (POINT OF CARE TESTING- POCT)	05	2026
OPS	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	20	X		DIAGNOSTICO Y MANEJO CLINICO DEL DENGUE	06	2025
ECSALUD	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	20	X		ATENCION ESPECIAL A POBLACION CON DISCAPACIDAD	06	2025
ECSALUD	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	180	X		TECNICO LABORAR AUXILIAR DE ENFERMERIA	05	2025
ECSALUD	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	20	X		TOMA DE MUESTRAS CERVICO-UTERINA	05	2025
ECSALUD	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	20	X		HUMANIZACION EN SERVICIOS DE SALUD	05	2025
ECSALUD	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	20	X		ATENCION Y PREPARACION INTRGRAL A VICTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUIMICOS	05	2025
ECSALUD	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	20	X		SEGURIDAD DEL PACIENTE	05	2025
ECSALUD	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	20	X		ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES	05	2025
ECSALUD	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	20	X		ATENCION Y PREPARACION INTEGRAL DE VICTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO	05	2025
ECSALUD	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	20	X		GESTION Y MANEJO DEL DUELO	05	2025

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO
ECSALUD	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	20	X		ATENCION INTEGRAL Y TRATAMIENTO EN SALUD MENTAL Y CONSUMO DE SUATANCIAS PSICOATIVAS	05	2025
ECSALUD	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	20	X		ATENCION INTEGRAL EN SALUD A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	05	2025
ECSALUD	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	20	X		ATENCION PREHOSPITALARIA	05	2025
ECSALUD	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	20	X		SOPORTE VITAL BASICO	05	2025
ECSALUD	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	20	X		TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO	05	2025
SALUD SER	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	40	X		MANEJO DE RESIDUOS PELIGROSOS	05	2025
SALUD SER	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	40	X		LIMPIEZA HOSPITALARIA	05	2025
SALUD SER	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	20	X		GESTION DE LA RUTA INTEGRAL DE ATENCION PARA LA PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD	05	2025
SALUD SER	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	8	X		HUMANIZACION EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD	07	2024
SENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	48	X		SERVICIO AL CLIENTE	03	2024

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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: IPS SAN JOSE			PÚBLICA:	PRIVADA: X	PAÍS: COLOMBIA							
DEPARTAMENTO: PUTUMAYO	MUNICIPIO: MOCOA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:					
TELÉFONOS: 3214677246	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	01	Mes	06	Año	2023	Día	31	Mes	01	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL: APOYO EN SERVICIOS GENERALES	DEPENDENCIA: AREA ASEO						DIRECCIÓN: B OBREROS					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: UPUS			PÚBLICA:	PRIVADA: X	PAÍS: SAHARA OCCIDENTAL							
DEPARTAMENTO:	MUNICIPIO:						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:					
TELÉFONOS: 3138628401	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	01	Mes	08	Año	2022	Día	30	Mes	09	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL: DOMICILIARIO EN MOTO	DEPENDENCIA: ASISTENCIAL DOMICILIARIO						DIRECCIÓN: B ESMERALDA					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: CONSORCIO MOCOA			PÚBLICA:	PRIVADA: X	PAÍS: COLOMBIA							
DEPARTAMENTO: PUTUMAYO	MUNICIPIO: MOCOA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:					
TELÉFONOS: 3138628401	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	04	Mes	02	Año	2022	Día	30	Mes	04	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL: AUXILIAR PALETERO	DEPENDENCIA: PALETERO						DIRECCIÓN: AV SANFRACISCIO					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: PAPELERIA ADDY			PÚBLICA:	PRIVADA: X	PAÍS: COLOMBIA							
DEPARTAMENTO: PUTUMAYO	MUNICIPIO: MOCOA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:					
TELÉFONOS: 3103399262	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	01	Mes	04	Año	2021	Día	30	Mes	08	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL: (AUXILIAR ATENCION AL USUARIO	DEPENDENCIA: AREA DE PAPELERIA						DIRECCIÓN: AV COLOMBIA					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SPORTS			PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO PUTUMAYO	MUNICIPIO MOCOA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 3124881664	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	04	Mes	12	Año	2018	Día	30	Mes	04	Año	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL XILIAR ATENCION AL USUARIO	DEPENDENCIA AREA DE VENTAS Y ATENCION						DIRECCIÓN CENTRO					

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	2	10
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Mocoa -06- 2026

Angie Paola Otaya Dias

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

Función Pública

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS
(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2026-07-24 11:55

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
ANGIE	PAOLA	OTAYA	DIAZ

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1124859592

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	PUTUMAYO	Municipio	MOCOA

Lugar de domicilio					
País	COLOMBIA	Departamento	PUTUMAYO	Municipio	MOCOA

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	DIRECCION DE SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL

Lugar de sede					
País	COLOMBIA	Departamento	BOGOTÁ. D.C.	Municipio	BOGOTÁ. D.C.
Dirección	["CARRERA 10 N 27 51 "]				
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA				

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	$15.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$15.000.000,00

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	$1.000.000,00

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 [X]

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 [X]

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 [X]

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 [X]

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 [X]

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 [X]

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 [X]

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 [X]

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 [X]

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 [X]

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.

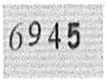
Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *	Número de Identificación *	Primer Nombre	Primer Apellido
Cedula de Ciudadania	1124859592	angie	otaya

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

5601

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2026-07-21--5:12:16 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	
CC	1124859592	ANGIE	PAOLA	OTAYA	DIAZ	V

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) ANGIE PAOLA OTAYA DIAZ identificado(a) con CC 1124859592 registra La siguiente información:

2026-07-21--5:12:16 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora	La
AUX	Local	APTITUD OCUPACIONAL EN AUXILIAR ENFERMERIA	2025-06-16	431	Gobernación del Putumayo - Secretaria de Salud Departamental	

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 acreditaron 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).

RESOLUCIÓN NÚMERO - 431 - 2025
(16/Junio/2025)

Por la cual se concede una autorización para el ejercicio de Auxiliar.

LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL PUTUMAYO
En cumplimiento del Decreto No.1875 de Agosto de 1994 - Decreto 1352 de Julio de 2000 y Y Ley 1164 de 2007 Y

CONSIDERANDO

Que **ANGIE PAOLA OTAYA DÍAZ** con cédula de ciudadanía No. 1.124.859.592 expedida en Mocoa, ha solicitado a la Secretaria de Salud Departamental la autorización del ejercicio según certificado de Aptitud Ocupacional por Competencias Técnico Laboral en **AUXILIAR EN ENFERMERIA** título que le otorgo **LA ESCUELA COLOMBIANA DE CIENCIAS EN SALUD, ADMINISTRATIVAS Y FINANCIERAS "ECSALUD"** en Mocoa, según Acta de Grado No. 52 del día 12 de junio de 2025.

Institución autorizada según resoluciones 4241 de 2019 y 2875 de 2021 de la Secretaría de Educación del Departamento del Putumayo.

Que en virtud de lo expuesto la secretaria de Salud Departamental.

R E S U E L V E

ARTÍCULO PRIMERO: Autorizar a **ANGIE PAOLA OTAYA DÍAZ** con cédula de ciudadanía No. 1.124.859.592 expedida en Mocoa, para ejercer como **AUXILIAR EN ENFERMERIA** en todo el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO: A partir de la expedición de la presente resolución, el Auxiliar quedara inscrito en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (**RETHUS**).

Comuníquese, notifíquese y cúmplase
Dada en Mocoa, el día **(16/Junio/2025)**

CAROLINA ECHEVERRY VELEZ
SECRETARIA DE SALUD DEL PUTUMAYO

Elaboró	*Jonathan Rojas Arias*	*Secretaria de Salud*	*T.O - Grado 04 - Oficina de Prestación y Desarrollo de Servicios de Salud*
Revisó	*Alejandra Ruiz*	*Secretaria de Salud*	*P. A. - Oficina de Prestación y Desarrollo de Servicios de Salud*
Aprobó	*Ana Milena Mora Moreno*	*Secretaria de Salud*	*Jefe de Oficina de Prestación y Desarrollo de Servicios de Salud*

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 11:50:46 AM horas del 21/07/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1124859592**

Apellidos y Nombres: **OTAYA DIAZ ANGIE PAOLA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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

DIJIN

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

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

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, 17/05/2026 06:01:40 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1124859592** y Nombre: **ANGIE PAOLA OTAYA DIAZ.**

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. **140348372** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

PROCURADURÍA
GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 296150359

PIB
17:51:17

Bogotá DC, 17 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) ANGIE PAOLA OTAYA DIAZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1124859592:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 21 de julio de 2026, a las 11:52:33, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1124859592
Código de Verificación	1124859592260721115233

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

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 18:13:10 horas del 24/06/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1124859592,** Apellidos y Nombres **OTAYA DIAZ ANGIE PAOLA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ**, con NIT **891200679-1** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta

TIC

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1124859592 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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

Se expide en Bogotá el 19/05/2026 01:44 PM

Código Verificación: **241XBDR8CG**

Válida hasta: **17/08/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) ANGIE PAOLA OTAYA DIAZ identificado(a) con CC 1124859592 se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: 01/08/2023

Estado de la Afiliación: **Vigente**

IPS: **SAN JOSE IPS PUTUMAYO SAS-MOCOA**

Categoría: **A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 24 días del mes 7 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

Protección

Una empresa sura

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **OTAYA DIAZ ANGIE PAOLA** identificado(a) con **CC** número **1.124.859.592** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 03 de febrero de 2015 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

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

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 24 de julio de 2026.

Cordialmente,

Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 482 33 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80** -
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a **https://customer0001.wolkvox.com/proteccion/index.php**

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que ANGIE PAOLA OTAYA DIAZ identificado(a) con CC 1124859592 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

OTAYA DIAZ ANGIE PAOLA CC 1124859592

Periodo		Clave		Planilla		Novedades														
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2026-07	2026-07	1000001445	9506367348	I	2026-07-15																	

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	PROTECCION	30	16%	$1,750,905	$280,200
ARL	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	30	2.436%	$1,750,905	$42,700
EPS	NUEVA E.P.S.	30	12.5%	$1,750,905	$218,900

Periodo		Clave		Planilla		Novedades														
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2026-06	2026-06	1000000795	9505755976	I	2026-06-17																	

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	PROTECCION	30	16%	$1,750,905	$280,200
ARL	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	30	2.436%	$1,750,905	$42,700
EPS	NUEVA E.P.S.	30	12.5%	$1,750,905	$218,900

Periodo		Clave		Planilla		Novedades														
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2026-05	2026-05	1000000247	9504708053	I	2026-05-15																	

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	PROTECCION	30	16%	$1,750,905	$280,200
ARL	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	30	2.436%	$1,750,905	$42,700
EPS	NUEVA E.P.S.	30	12.5%	$1,750,905	$218,900

Periodo		Clave		Planilla		Novedades														
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2026-04	2026-04	1001002891	9502491984	I	2026-04-23																	

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	PROTECCION	30	16%	$1,750,905	$280,200
ARL	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	30	2.436%	$1,750,905	$42,700
EPS	NUEVA E.P.S.	30	12.5%	$1,750,905	$218,900

Periodo		Clave		Planilla		Novedades														
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2026-03	2026-03	1000000017	9500873314	I	2026-03-20																	

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	PROTECCION	30	16%	$1,750,905	$280,200

aportes en línea

Certificado de Aportes

OTAYA DIAZ ANGIE PAOLA CC 1124859592

Periodo		Clave		Planilla		Novedades														
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2026-03	2026-03	1000000017	9500873314	I	2026-03-20																	

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
ARL	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	30	2.436%	$1,750,905	$42,700
EPS	NUEVA E.P.S.	30	12.5%	$1,750,905	$218,900

Periodo		Clave		Planilla		Novedades														
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2026-02	2026-02	1000000003	9499051137	I	2026-02-20																	

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	PROTECCION	30	16%	$1,750,905	$280,200
ARL	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	30	2.436%	$1,750,905	$42,700
EPS	NUEVA E.P.S.	30	12.5%	$1,750,905	$218,900

Periodo		Clave		Planilla		Novedades														
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2026-01	2026-01	93003966	9497450699	I	2026-01-23							X										

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	PROTECCION	30	16%	$1,750,905	$280,200
ARL	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	30	2.436%	$1,750,905	$42,700
EPS	NUEVA E.P.S.	30	12.5%	$1,750,905	$218,900

Este certificado se expide el día 2026-07-24 a las 10:31.

BBVA

Creando Oportunidades

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

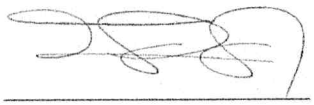
Que nuestro(a) cliente ANGIE PAOLA OTAYA DIAZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 1,124,859,592 se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 598383842 aperturada el 25 de octubre de 2018 cuenta ACTIVA y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, el 21 de julio de 2026.

Para trámites de nómina,legales,internacionales y otros,también puedes usar las siguientes opciones de número de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos:	0598383842
Cuenta de 16 dígitos:	0598000200383842
Cuenta de 20 dígitos:	00130598000200383842

Firma autográfica



Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMATO INFORMACIÓN DE TERCEROS
DILIGENCIAR EN LETRA IMPRENTA, MÁQUINA O COMPUTADOR

1.TIPO DE BENEFICIARIO

1.2 Consorcio o Unión Temporal		1.11 Persona Natural Extranjera	
1.2 Departamento		1.12 Persona Natural Nacional	X
1.3 Empresa Pública Nacional no Financiera		1.13 Persona Jurídica Nacional Sector Privado	
1.4 Empresa Pública Nacional Financiera		1.14 Persona Jurídica Pública Administración Central Nacional	
1.5 Establecimiento Público Nacional		1.15 Persona Jurídica Extranjera Sector Privado	
1.6 Gobierno Extranjero		1.16 Regional sin NIT Especial	
1.7 Municipio		1.17 Resguardo	
1.8 Otra Pública Departamental		1.18 Sociedad de Economía Mixta	
1.9 Otra Pública Municipal		1.19 Universidad Pública	
1.10 Otro Beneficiario		1.20 Empresa Industrial y Comercial del Estado	

2.TIPO DE DOCUMENTO

2.1 Cédula de Ciudadanía	X	2.4 Otro Tipo de Documento	
2.2 Cédula de Extranjería		2.5 Pasaporte	
2.3 Número de Identificación Tributaria		2.6 Tarjeta de Identidad	

NUMERO DEL DOCUMENTO | | | | | | | | | | - | |

ANEXAR FOTOCOPIA DE CEDULA Ó NIT

3.TIPO DE RETENCIÓN

3.1 Auto retenedor no gran Contribuyente		3.5 General no es Gran Contribuyente ni Auto retenedor	
3.2 Entidad Estatal ó sin ánimo de lucro		3.6 Régimen Común	X
3.3 Gran contribuyente Autoretenedor		3.7 Régimen Simplificado	
3.4 Gran contribuyente no Autoretenedor			

4.NOMBRE O RAZÓN SOCIAL

5.PAÍS Colombia

6.CIUDAD Mocoa

7.TELÉFONO Y FAX 3138628401

8.DIRECCIÓN V/ villanueva

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

1.ENTIDAD FINANCIERA DONDE TIENE LA CUENTA
2.NUMERO DE LA CUENTA | 0 | 5 | 9 | 8 | 3 | 8 | 3 | 8 | 9 | 6 | | | |

3.CLASE DE CUENTA **CORRIENTE** [ ] **AHORROS** [X]

ANEXAR CERTIFICACIÓN BANCARIA

SE DA FE DE LA INFORMACIÓN REGISTRADA ANTERIORMENTE

FECHA

Angie Paola Otaya Oar

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL

Mocoa, 21 de Julio de 2026

Señores
Unidad Prestadora de Salud Tipo B Putumayo
Sanidad Policía Nacional
Ciudad

Yo Angie Paola Otaya Diaz identificado (a) con la cedula de ciudadanía No. 1.124.859592 certifico que de conformidad en lo establecido en el Artículo 905 de estatuto tributario, bajo gravedad de juramento, que SI ____ NO __X__ he obtenido ingresos brutos ordinarios y extraordinarios iguales o superiores a 1400 UVT e inferiores a 3500 UVT en el año gravable 2025.

Firma: angie Paola Otaya Diaz
Cédula: 1.124.859.592

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD
Unidad Prestadora de Salud Tipo B Putumayo

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha de toma del consentimiento: 24-07-2026
Hora: 14:00

Lugar de toma del consentimiento: _____

Yo: Angie Paola Otaya Diaz

Identificado (a) con cedula de ciudadanía número 1.124.854.542 de Mocoa

Mediante el presente documento autorizo de manera expresa y voluntaria, a la Unidad Prestadora de Salud Tipo B Putumayo, realizar el trámite de mis datos personales, con la finalidad de ser tratados, consultados y verificados.

Los principios sobre protección de datos serán aplicables a todas las bases de datos, incluidas las excepciones y sin reñir con los datos que tienen características de estar amparados por la reserva legal. En evento que la normatividad especial que regule las bases de datos exceptuadas prevea principios que tengan en consideración la naturaleza especial de datos, los mismos aplicarán de manera concurrente.

Fundamentos Legales: Ley 1581 de 2012 y su DECRETO 1377 DE 2013

Firma Angie Paola Otaya Diaz
Cédula 1.124.854.542

DOCUMENTO NO CONTROLADO

La República de Colombia
y en su nombre la

Institución Educativa
Ciudad de Asís

Puerto Asís - Putumayo

Institución aprobada por la Secretaría de Educación y Cultura del Departamento del Putumayo, según Resolución No. 4495 de Noviembre 15 de 2013

Confiere a:

Angie Paola Otaya Díaz

C.C. 1124859592 de Mocoa - Putumayo

El Título de:

Bachiller

Por haber cursado y aprobado los ciclos Lectivos Especiales Integrados de la Educación de Adultos, de acuerdo a lo establecido en el Decreto 3011 de 1997



Hna. Jesusita Cuadros Muñoz
C.C. 30.703.069 de Pijao
Rectora

Cleofe Inés López Bravo
C.C. No. 27.471.598 de San Francisco
Secretaria

Anotado al Folio No. 62 del Libro de Registro de Diplomas No. 1

Acta General No. 2 de Diciembre 6 de 2014

Dado en Puerto Asís, Putumayo a los 6 días del mes de Diciembre de 2014

No requiere registro de la Secretaría de Educación, según Decreto 421 del 6 de mayo de 1991 y 2150 del 3 de Diciembre de 1995 de la Presidencia de la República

Powered by CamScanner

ECSALUD
Educación para todos

La Institución de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Escuela Colombiana de Ciencias en Salud, Administrativas y Financieras Mocoa

ECSALUD

En nombre de la República de Colombia, con autorización de la Secretaría de Educación del Departamento del Putumayo, según Resoluciones No. 4241 de 2019 y 2875 de 2021, considerando que,

Angie Paola Otaya Díaz

C. C. No. 1.124.859.592 de Mocoa - Putumayo

Cursó y aprobó el programa de estudio y demás requisitos académicos exigidos por la Institución, le confiere el certificado de:

Técnico Laboral en

AUXILIAR EN ENFERMERIA

Dada en Mocoa – Putumayo, a los doce (12) días del mes de junio de 2025.

OMAIRA GRIJALBA CAMACHO
DIRECTORA GENERAL

EDITH MERA URRESTE
DIRECTORA ACADEMICA

Acta de Grado No. 52 Fecha 30/mayo/2025 Libro de Registro 01 Folio No. 0121

Powered by CamScanner

Institución Educativa
Ciudad de Asís

Puerto Asís - Putumayo

ICFES 029405 DANE 186568000559

Acta Individual de Graduación

En la Ciudad de Puerto Asis, Putumayo, a los 6 dias del mes de Diciembre de 2014, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes del último Ciclo, las suscritas Rectora y Secretaria en la Rectoría de la Institución Educativa Ciudad de Asís. Institución aprobada por la Secretaria de Educación Departamental, para otorgar el titulo de Bachiller, según Resolución No. 4495 del 15 de Noviembre de 2013.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes a los Ciclos Lectivos Especiales Integrados de la Educación de Adultos, según el Decreto 3011 de 1997, se procedió a otorgar el Titulo de:

Bachiller

Al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identificación, se relacionan a continuación:

Angie Paola Otaya Díaz

C.C. 1124859592 de Mocoa - Putumayo

Es fiel copia tomada del Acta Original General de Graduación No. 2 de Diciembre 6 de 2014, que consta de 62 estudiantes, que comienza con el nombre de Erika Jasmin Acosta Silva y se cierra con el nombre de Ingri Yazmin Zuin Hernández.

Dada en Puerto Asis, Putumayo a los 6 dias del mes de Diciembre de 2014.

En constancia se firma la presente por quienes intervinieron, en cumplimiento de lo ordenado en el Artículo 7 del Decreto 180 de 1981.

Hna. Jesusita Cumbal Muñoz
C.C. 30.703.869
Rectora

Cleofe Inés López Brava
C.C. No. 27.474.590
Secretaria

Powered by CamScanner

ECSALUD
Educación para todos

La Institución de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Escuela Colombiana de Ciencias en Salud, Administrativas y Financieras Mocoa

ECSALUD

ACTA DE CERTIFICACION No. 52

La Secretaria General de la Escuela Colombiana de Ciencias en Salud, Administrativas y Financieras – **Ecsalud Mocoa.**

Certifica que, en el municipio de Mocoa, a los doce (12) días del mes de junio del año dos mil veinticinco (2025), se realizó la ceremonia de certificación de estudiantes de Ecsalud Mocoa, por haber cursado y aprobado los estudios del programa Técnico Laboral en Auxiliar en Enfermería y haber cumplido los requisitos legales conjuntamente con los contemplados en el Reglamento de la Institución, donde, **ANGIE PAOLA OTAYA DÍAZ** con cédula de ciudadanía No. 1.124.859.592 expedida en Mocoa - Putumayo, recibió el certificado que la acredita como **TÉCNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA.**

La Institución está autorizada para conferir este certificado por Resoluciones de la Secretaría de Educación del Departamento del Putumayo No. 4241 de 2019 y 2875 de 2021.

La presente Acta es fiel copia tomada del Acta General, firmada el día treinta (30) de mayo de 2025 por la Directora General, Directora Académica y Secretaria General.

Las Directivas de la Institución, entregaron el citado certificado firmado y sellado en Mocoa - Putumayo, a los doce (12) días del mes de junio de dos mil veinticinco (2025).

KELLY JHOANNA TIERRADENTRO IBARRA
Secretaria General

Powered by CamScanner

LA ASESORA JURIDICA DE E.S.E. HOSPITAL JOSÉ MARÍA HERNÁNDEZ

HACE CONSTAR:

Que, **ANGIE PAOLA OTAYA DIAZ** identificada con CC. No. 1124859592 prestó sus servicios en la E.S.E. HOSPITAL JOSÉ MARÍA HERNÁNDEZ, para el buen funcionamiento de la entidad.

En nuestros archivos encontramos lo siguiente:

CONTRATOS VIGENCIAS 2026.

OBJETO: CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN DE UN AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA EL DESARROLLO DE PROCESOS ASISTENCIALES Y EL BUEN FUNCIONAMIENTO DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE QUIRÓFANO DE LA E.S.E. HOSPITAL JOSÉ MARÍA HERNÁNDEZ.

CONTRATO No	MODALIDAD	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	DURACIÓN	
				MESES	DÍAS
0275	CPS	01/01/2026	30/06/2026	06	

CONTRATOS VIGENCIAS 2025.

OBJETO: CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA EL DESARROLLO DEL PROCESO ASISTENCIAL EN EL AREA DE VACUNACION, PARA LO CUAL SE REQUIERE LA DEMANDA DE 01 AUXILIAR DE ENFERMERÍA, PARA EL BUEN FUNCIONAMIENTO DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE SERVICIOS CONEXOS A LA SALUD DE LA E.S.E. HOSPITAL JOSÉ MARÍA HERNÁNDEZ.

CONTRATO No	MODALIDAD	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	DURACIÓN	
				MESES	DÍAS
3192	CPS	01/07/2025	31/07/2025	01	

CONTRATOS VIGENCIAS 2025.

OBJETO: CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA EL DESARROLLO DEL PROCESO ASISTENCIAL, PARA LO CUAL SE REQUIERE LA DEMANDA DE 01 AUXILIAR DE ENFERMERÍA, PARA EL BUEN FUNCIONAMIENTO DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE QUIRÓFANO Y SALA PARTOS DE LA E.S.E. HOSPITAL JOSÉ MARÍA HERNÁNDEZ.

Powered by CamScanner

CONTRATO No	MODALIDAD	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	DURACIÓN	
				MESES	DÍAS
3519	CPS	01/08/2025	30/09/2025	02	
4272	CPS	01/10/2025	30/11/2025	02	
	OTRO SÍ No. 1	01/12/2025	31/12/2025	01	

La presente certificación se firma y se expide para fines de la persona interesada. Es válida para demostrar experiencia contractual.

Dado en la ciudad de Mocoa (P) a los dieciséis (16) día del mes de julio de 2026.

NATALIA SOLARTE ERASO
ASESOR (A) JURÍDICA Y DE CONTRATACIÓN

Proyectó: Iván Garcia Delgado
Abogado-Oficina de Jurídica y Contratación

Powered by CamScanner

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141252576459

(415)7707212489984(8020) 000014125257645 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 2 4 8 5 9 5 9 2	7	Impuestos y Aduanas de Puerto Asís 4 6	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión iliquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 1 2 4 8 5 9 5 9 2	

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
OTAYA	DIAZ	ANGIE	PAOLA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Putumayo 8 6	Mocoa 0 0 1

41. Dirección principal: CL 5 # 13 CA calle 5 cra 13

42. Correo electrónico: angieotaya3@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
8 6 0 0 0 0 1	3 1 3 8 6 2 8 4 0 1	3 1 1 8 7 6 8 6 4 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 9	2 0 2 5 0 5 0 1	8 6 1 0	2 0 2 5 0 6 0 1	8 6 2 1			

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 2 0																									

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI ☐ NO ☐ 60. No. de Folios: 61. Fecha

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

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre

985. Cargo

DOCUMENTO SIN COSTO
DE TRAMITE

SOLUCIONES INTEGRALES EN GESTION OCUPACIONAL S.A.S

CRA 15 N° 14-60 BRR OBRERO II Teléfonos 3209506624 Fax - Mocoa - Putumayo

Sigo IPS
Soluciones Integrales en Gestión Ocupacional

Concepto Aptitud Ocupacional 32542

Hora Ingreso: 9:28
Hora Egreso: 9:44

FECHA DE REALIZACION DEL EXAMEN			TIPO DE EXAMEN PARACLINICO (MARQUE CON UNA (X))
23	05	2025	Ingreso [X] Egreso [ ] Periódico [ ] Otro [ ] Altura [ ]

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ

Razón Social: PARTICULARES

Dirección del centro de trabajo:

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE

ANGIE PAOLA OTAYA DIAZ — CC 1124859592

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Género (Marque con una X)		Fecha de Nacimiento			Edad (años)	EPS (A la que se encuentra afiliado)
Femenino X	Masculino [ ]	04	10	1993	31	NUEVA EPS

INFORMACION OCUPACIONAL CARGO ACTUAL A INGRESAR

Fecha Ingreso a la Empresa	Cargo	Sección	Antiguedad en el cargo actual (no aplica para Ingreso)
	AUXILIAR DE ENFERMERIA	SERVICIOS Y OTROS	

CONSULTAS/PROCEDIMIENTOS Y/O EXAMENES REALIZADOS

Consulta de Medicina Laboral

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Autorizo al (a la) Dr(a) abajo mencionado(a), a realizar en mi examen médico y/o paraclínicos ocupacionales, registrados en este documento. El profesional abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y paraclínicos ocupacionales. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médicoy paraclinicos ocupacionales. A partir de la asesoría brindada antes de las respectivas toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes que se realizaran el (los) examen(es). Las respuestas dadas por mi en este(os) examen(es) están completos y son veridicas. 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

CONCEPTO OCUPACIONAL

Apto Con Patología Que No Interfiere Su Labor

[ ] Sospecha De Enfermedad Laboral

RECOMENDACIONES

Ocupacionales

- [x] Capacitación Según Matriz De Riesgos y Peligros
- [x] Higiene Postural
- [x] Higiene Biomecánica Integral
- [x] Pausas Activas Laborales
- [x] Uso De EPP
- [x] Cultura Del Autocuidado

Médicas

- [ ] Valoración Por Optometría Prioritaria
- [ ] Valoración Por Medicina General EPS
- [ ] Valoración Por ARL
- [ ] Valoración Por Medicina Laboral EPS
- [ ] Valoración Por Nutricionista EPS

Capacitación y Entrenamiento

- [ ] Para trabajo en altura y/o espacios confinados y/o manipulación de alimentos

Sistema Vigilancia Epidemiológic

- [ ] SVE Salud Auditiva (Enfasis en protección Auditiva)
- [ ] SVE Cardiovascular
- [ ] SVE Salud Visual
- [ ] Corrección Óptica Permanente
- [ ] SVE Salud Respiratoria
- [x] SVE Biomecanico

Hábitos y Estilos De Vida Saludable

- [x] Ejercicio Físico Regular 3 Veces por semana (Acondicionamiento físico)
- [ ] Énfasis En Estiramientos Integrales
- [x] Nutrición Balanceada
- [ ] Cesación De Tabaquismo
- [ ] Reducción Consumo de Alcohol

Condición de Salud - Otros

EXAMEN MÉDICO LABORAL DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR, SIN APARENTE PATOLOGÍA OSTEOMUSCULAR,ANTECEDENTE DE DISPLASIA DE CADERA, SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO, NIEGA ACCIDENTES DE TRABAJO, NIEGA ENFERMEDAD LABORAL, CONTINUAR ESTILOS DE VIDA SALUDABLE, HACER EJERCICIO, NUTRICIÓN BALANCEADA, TOMAR LÍQUIDOS.

Evaluado por		Trabajador	
Firma	Paula Andrea Toro Chamorro Esp. Salud y Seguridad del trabajo Universidad Cooperativa de Colombia	Firma	Angie Paola Otaya Diaz
Nombre	PAULA ANDREA TORO CHAMORRO	Nombre	ANGIE PAOLA OTAYA DIAZ
Registro	RES SO 090/2019	Documento	CC 1124859592

Los Hallazgos fueron consignados en historia clínica ocupacional que desarrolla los contenidos establecidos en la resolución 2346 de 2007

Notas:
1) Archive este informe en la hoja de vida del trabajador en el área de recursos humanos.
2) El contenido de la historia clínica ocupacional tiene carácter confidencial y su custodia esta regulada por la resolución 1918 del 05 de junio de 2009 del cual se transcriben a continuación algunos apartes: "La custodia de las evaluaciones medicas ocupacionales y de la historia clínica ocupacional estará a cargo del prestador de servicios de salud ocupacional que la genero en el curso de la atención, cumpliendo los requisitos y procedimientos de archivo conforme a las normas legales vigentes para la historia clínica".
"En ningún caso los empleadores podrán tener, conservar o anexar copia de las evaluaciones médicas ocupacionales y de la historia clínica ocupacional a la hoja de vida del trabajador"
3) Este examen no reemplaza el realizado por Indumil para porte de armas.

Impreso el 23/05/2025 a las 9:51:40 a. m

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

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, requiere 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, Angie Paola Ataya Diaz Identificado con la cedula de ciudadanía No. 1124854592, con domicilio en Mocoa Putumayo, de la empresa_____ , cargo Auxiliar de enfermería, 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 POLICÍA

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: Angie Paola Ortiz Diaz
Post-Firma:
Identificación 1124 859 592
Empresa:
Cargo: Auxiliar de enfermería

POLICIA NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD

MANIFESTACION DE INTENCION DE AFILIACIÓN AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL COMO CONTRATISTA INDEPENDIENTE

CONTRATISTA Angie Paola Otaya Diaz

PROFESION Auxiliar de enfermeria

Para dar cumplimiento a lo establecido en el Artículo 282 de la Ley 100 de 1993, artículo 50 de la Ley 789 de 2002, en concordancia con el Decreto 1703 de 2002, Decreto 510 de 2003, Ley 797 de 2003 y Ley 828 de 2003, me permito manifestar que me encuentro afiliado(a), y girando los aportes correspondientes a las siguientes Entidades Promotoras de Salud y Administradora de Fondo de Pensiones, en mi condición de Trabajador(a) Independiente, sin tener vínculo laboral alguno con la DIRECCIÓN DE SANIDAD – DEPARTAMENTO DE POLICIA PUTUMAYO:

E.P.S.
(obligatorio) Nueva EPS.

A.F.P.
(obligatorio) Proteccion

De igual manera, atendiendo a la sentencia C-537 de 2023, inexiquibilidad de la obligación de todas las entidades y corporaciones públicas de afiliarse de la administradora de riesgos laborales de carácter público, nos permitimos por favor nos manifieste de manera voluntaria a la Administradora de Riesgos Profesionales que va a realizar la afiliación correspondiente:

A.R.P.
(voluntario) Positiva

Para lo anterior me comprometo a diligenciar el formulario respectivo suministrado por la A.R.P., determinado por la Superintendencia Bancaria, (En caso afirmativo debe anexar copia del presente documento y del contrato respectivo, que se llegare a realizar).

En consecuencia me comprometo como Contratista Independiente a realizar mensualmente los aportes correspondientes, en las proporciones de Ley, en caso de incurrir en mora o aporte parcial autorizo desde ya a la POLICIA NACIONAL – DIRECCIÓN DE SANIDAD para que descuente de los honorarios que se me adeuden y sea girado a las Entidades respectivas, el valor correspondiente.

Atentamente,

FECHA | 24 | 07 | 26 |

Angie Paola Otaya Diaz 1124859592 DE Mocoa

Correo Electrónico: deuil.rases-sel@policia.gov.co
Carrera 22 Sur No.26 A-21 Barrio Fronteras de Milenio Teléfono 8630065 Extensión 6421

CONSTANCIA PERSONA NATURAL NO OBLIGADA A LLEVAR CONTABILIDAD

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 [21] del mes de [Julio] de [2026]

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

Nombre: Angie Paola Ataya Diaz

Documento de Identidad: 1124859592

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

ESCUELA COLOMBIANA DE CIENCIAS EN SALUD, ADMINISTRATIVAS Y FINANCIERAS MOCOA – ECSALUD S.A.S
NIT: 901072489-4

Instituto de Educación Para El Trabajo y Desarrollo Humano
Resolución No. 4241, 1335 y 2875 de la Secretaria de Educación Departamento del Putumayo

ECSALUD
Educación para todos

CERTIFICA QUE:

ANGIE PAOLA OTAYA DIAZ

C.C 1.124.859.592 de Mocoa (Putumayo)

Asistió al curso en:

HUMANIZACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD

Según Resolución 3100 de 2019 Ministerio de Salud y Protección Social

Realizado en Mocoa - Putumayo, el día 29 de mayo de 2025, con una intensidad de Veinte (20) horas

Edith Mera Urreste
DIRECTORA ACADÉMICA Y ADMINISTRATIVA
ECSALUD TP 131000

Dra. EDITH MERA URRESTE
Directora Académica TP-131000

Luis Mario Enriquez M.D
Médico y Cirujano U de A.
Esp. Control Interno
R.M. 860007

Dr. LUIS MARIO ENRIQUEZ REVELO
Médico y Cirujano – TP 86000709

Válido hasta: Mayo 29 de 2027

Powered by CamScanner

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 6bc5e57b-24b2-4349-9039-f96fe9c01194

Nombres y apellidos / Full name: **ANGIE PAOLA OTAYA DIAZ**

Tipo de identificación / ID Type: **CÉDULA DE CIUDADANÍA**

Número de identificación / ID Number: **1124859592**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **04/10/1993**

País nacimiento / Country of birth: **COLOMBIA**

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3138628401**

Correo electrónico / e-mail: **angieotaya3@gmail.com**

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination: Día / Day	Mes / Month	Año / Year	Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
Influenza Adultos Particular	Anual	28	11	2023		X3A442V	SAN JOSE IPS PUTUMAYO SAS	ALEXANDRA PAOLA PEREZ ADARME
TD Adulto Particular	Primera	28	11	2023		220800522A	SAN JOSE IPS PUTUMAYO SAS	ALEXANDRA PAOLA PEREZ ADARME
TD Adulto	Segunda	17	01	2024	Serum	2333Q012B	SAN JOSÉ IPS PUTUMAYO SAS SEDE II MOCOA	BELLA ROCERO
Fiebre Amarilla	Única	22	01	2024	Sanofi Pasteur	W3E221V	SAN JOSÉ IPS PUTUMAYO SAS SEDE II MOCOA	BELLA ROCERO
Hepatitis B Adultos	Primera	04	03	2024	Serum	0343Q005A	SAN JOSÉ IPS PUTUMAYO SAS SEDE II MOCOA	BELLA ROCERO
Hepatitis B Adultos	Segunda	08	04	2024	Serum	0343Q005A	SAN JOSÉ IPS PUTUMAYO SAS SEDE II MOCOA	BELLA ROCERO
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	25	04	2024	Green Cross	V50524003	SAN JOSÉ IPS PUTUMAYO SAS SEDE II MOCOA	BELLA ROCERO
Hepatitis B Adultos	Tercera	09	07	2024	Serum	0343Q005A	SAN JOSÉ IPS PUTUMAYO SAS SEDE II MOCOA	JANETH GOMEZ CASTILLO
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	21	05	2025	GC BIOPHARMA CORP	V50525002	SAN JOSÉ IPS PUTUMAYO SAS SEDE II MOCOA	JANETH GOMEZ CASTILLO - CC41170442 - ACTIVO
Sarampión Rubéola	Adicional	21	05	2025	Serum	0094W001	SAN JOSÉ IPS PUTUMAYO SAS SEDE II MOCOA	JANETH GOMEZ CASTILLO - CC41170442 - ACTIVO
COVID PFIZER LP.8.1	Adicional	25	02	2026	PFIZER	MT6633	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL JOSÉ MARÍA HERNÁNDEZ	JENNY CAMILA TRUJILLO ORTEGA - CC1126458310 - ACTIVO
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	07	05	2026	GC BIOPHARMA CORP	V50526002	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL JOSÉ MARÍA HERNÁNDEZ	ANGIE DANIELA MARTINEZ BENAVIDES - CC1193367217 - ACTIVO

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

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

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

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

The Ministery of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

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

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

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD TIPO B PUTUMAYO

No. GS-2026- 058521 /UPRES-JEFAT – 20.1

ECSALUD MOCOA
SECRETARIA GENERAL
ECSALUD
HORA 8:43 am
24 JUL 2026
RESPONSABLE: Dir. Académica
RECIBIDO POR: Kelly T.

Mocoa, 23 de Julio de 2026

Señores
ECSALUD
Oficina de Registro y Control Académico
Calle 14 No 17-21
Teléfono (608) 4295484 - 313 275 4932
Correo ecsaludmocoa@gmail.com
Mocoa Putumayo

Asunto: Solicitud Verificación de Título Profesional, Técnico, Auxiliar o Especialista

Respetuoso saludo

Con el fin de realizar el proceso de verificación del título como (profesional, técnico, auxiliar o especialista), según se encuentra establecido en la normatividad vigente (Resolución 2003 de 2014) tiene por objeto definir los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud, para efectos de contratación. De manera atenta y comedidamente me permito solicitarle se sirva confirmarnos la expedición, por parte de su institución, del título de grado como (profesional, técnico, auxiliar o especialista), con las siguientes características.

Nombre del profesional, técnico, auxiliar o especialista	ANGIE PAOLA OTAYA DIAZ
Titulo otorgado	TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA
Fecha del diploma o acta de grado o ambos	12/06/2025
Documento de identidad del profesional o técnico	1.124.859.592
Ciudad de expedición	Mocoa Putumayo
Observaciones	Ninguna

Por favor, sírvase dirigir su respuesta a:

depuy.upres@policia.gov.co
Janer.cortes@correo.policia.gov.co
Carrera 9 calle 8 esquina
Unidad Prestadora de Salud Putumayo

Atentamente;

Teniente, **ELIANA CORREA MONSALVE**
Jefe Unidad Prestadora de Salud Tipo B Putumayo

Elaboró: Subintendente JANER IVAN CORTES BANGUERA
UPRES-GUSAP

Revisó: Intendente OSCAR LUIS SABALZA MARTINEZ
UPRES-JEFAT.

Fecha de elaboración: 23-07-2026
Ubicación: D/ OFICIOS 2026

Calle 8 Carrera 8 Esquina Barrio Centro
Celular 3505561188
depuy.upres@policia.gov.co
www.policia.gov.co/disan

INFORMACIÓN PÚBLICA

Mocoa - Putumayo, Julio 28 de 2026

ECMO-092026

Señores:
POLICÍA NACIONAL - UNIDAD DE SANIDAD
TENIENTE – ELIANA CORREA MONSALVE
Ciudad

Asunto: Verificación de Título

Cordial saludo,

Para inquietud de su institución, una vez revisado el archivo académico correspondiente; me permito ratificarle que la señora a mencionar, **CURSO Y APROBÓ** sus estudios académicos del siguiente programa de formación, relacionados así:

NOMBRE DEL TÉCNICO AUXILIAR	ANGIE PAOLA OTAYA DIAZ
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CC. 1.124.859.592 – MOCOA (PUTUMAYO)
CERTIFICADO OTORGADO	TÉCNICO LABORAL AUXILIAR EN ENFERMERÍA
FECHA ACTA INDIVIDUAL	ACTA No 52 – 30 MAYO DE 2025
FECHA DIPLOMA	OTORGADO EN JUNIO 12 DE 2025
CIUDAD DE EXPEDICIÓN	MOCOA - PUTUMAYO
LIBRO DE CERTIFICADOS	No 01- FOLIO No 0121

La presente se expide a solicitud del interesado para lo pertinente.

Edith Mera Urreste
DIRECTORA ACADÉMICA Y ADMINISTRATIVA
ECSALUD T.P. 131000

EDITH MERA URRESTE
CC. No 69.007.939
Directora Académica y Administrativa

ESCUELA COLOMBIANA DE CIENCIAS EN SALUD, ADMINISTRATIVAS Y FINANCIERAS MOCOA – ECSALUD S.A.S
NIT: 901072489-4

Instituto de Educación Para El Trabajo y Desarrollo Humano
Resolución No. 4241, 1335 y 2875 de la Secretaria de Educación Departamento del Putumayo

ECSALUD
Educación para todos

CERTIFICA QUE:

ANGIE PAOLA OTAYA DIAZ

C.C 1.124.859.592 de Mocoa (Putumayo)

Asistió al curso en:

SOPORTE VITAL BÁSICO - BLS

Guías AHA 2010/ Actualización 2015 de 2020, Resolución 3100 de 2019 Ministerio de Salud y Protección Social

Realizado en Mocoa - Putumayo, los días 24 y 31 de mayo de 2025, con una Intensidad de Veinte (20) horas

Edith Mera Urreste
DIRECTORA ACADÉMICA Y ADMINISTRATIVA
ECSALUD TP-131000

Dra. EDITH MERA URRESTE
Directora Académica TP-131000

Luis Mario Enriquez M.D
Médico y Cirujano U de A.
Esp. Control Interno
R.M. 800007

Dr. LUIS MARIO ENRIQUEZ REVELO
Médico y Cirujano – TP 86000709

Válido hasta: Mayo 31 de 2027

Powered by CamScanner

ESCUELA COLOMBIANA DE CIENCIAS EN SALUD, ADMINISTRATIVAS Y FINANCIERAS MOCOA – ECSALUD S.A.S
NIT: 901072489-4

Instituto de Educación Para El Trabajo y Desarrollo Humano
Resolución No. 4241, 1335 y 2875 de la Secretaria de Educación Departamento del Putumayo

ECSALUD
Educación para todos

CERTIFICA QUE:

ANGIE PAOLA OTAYA DIAZ

C.C 1.124.859.592 de Mocoa (Putumayo)

Asistió al curso en:

ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Según Resolución 3100 de 2019 Ministerio de Salud y Protección Social

Realizado en Mocoa - Putumayo, el día 26 de Mayo de 2025, con una intensidad de Veinte (20) horas

Edith Mera Urreste
DIRECTORA ACADÉMICA Y ADMINISTRATIVA
ECSALUD TP 131000

Dra. EDITH MERA URRESTE
Directora Académica TP-131000

Gloria Mera Arciniegas
Esp. Psicología Jurídica y Forense
TP 122281

Dra. GLORIA MERA ARCINIEGAS
Psicóloga Especialista – T.P 122281

Válido hasta: Mayo 26 de 2027

Powered by CamScanner

ESCUELA COLOMBIANA DE CIENCIAS EN SALUD, ADMINISTRATIVAS Y FINANCIERAS MOCOA – ECSALUD S.A.S
NIT: 901072489-4

Instituto de Educación Para El Trabajo y Desarrollo Humano
Resolución No. 4241, 1335 y 2875 de la Secretaria de Educación Departamento del Putumayo

ECSALUD
Educación para todos

CERTIFICA QUE:

ANGIE PAOLA OTAYA DIAZ

C.C 1.124.859.592 de Mocoa (Putumayo)

Asistió al curso en:

GESTIÓN Y MANEJO DEL DUELO

Según Resolución 3100 de 2019 Ministerio de Salud y Protección Social

Realizado en Mocoa - Putumayo, el día 27 de mayo de 2025, con una intensidad de Veinte (20) horas

Edith Mera Urreste
Directora Académica y Administrativa
ECSALUD T.P. 131000

Dra. EDITH MERA URRESTE
Directora Académica TP-131000

Gloria Mera Arciniegas
Esp. Psicología Jurídica y Forense
T.P. 122281

Dra. GLORIA MERA ARCINIEGAS
Psicóloga Especialista – T.P 122281

Válido hasta: Mayo 27 de 2027