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
Sanabria	Fajardo	Angela

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 63398241	F ⊗ M ○ NB ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 05 MES 03 AÑO 1984	CARRERA 23N 31 63 apto 1002			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	SANTANDER
DEPTO	SANTANDER	MUNICIPIO	BUCARAMANGA		
MUNICIPIO	CONCEPCIÓN	TELÉFONO	3212161411	EMAIL	lalita0529@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2000
										X				

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).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	10	X		DERECHO	05	2021	

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 DISPENSARIO MEDICO DE BUCAARAMANGA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	01	*Año*	2026	*Día*	15	*Mes*	07	*Año*	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASEROR JURIDICO	*DEPENDENCIA* ABOGADO CONTRATACION						*DIRECCIÓN* CARRERA 34 14 23					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	17	*Mes*	07	*Año*	2025	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL ABOGADO JURIDICA	*DEPENDENCIA* ABOGADO CONTRATACION						*DIRECCIÓN* CARRERA 4 14 2					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE BUCARAMANGA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3212161411	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	17	*Mes*	05	*Año*	2023	*Día*	20	*Mes*	12	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA- CPS	*DEPENDENCIA* SECRETARIA ADMINISTRATIVA						*DIRECCIÓN* CALLE 35 10 43					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE BUCARAMANGA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	07	*Mes*	01	*Año*	2023	*Día*	06	*Mes*	05	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA ADMINISTRATIVA						*DIRECCIÓN* - CALLE 35 # 10-43					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE BUCARAMANGA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	07	*Año*	2022	*Día*	23	*Mes*	12	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA SECRETARIA DE E						*DIRECCIÓN*					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE BUCARAMANGA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6337000	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	12	*Mes*	01	*Año*	2022	*Día*	11	*Mes*	07	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SUBSECRETARIA ADMINISTRATIVA						*DIRECCIÓN* CARRERA 11 34 52					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE BUCARAMANGA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	09	*Año*	2021	*Día*	21	*Mes*	12	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SUBSECRETARIA ADMINISTRATIVA						*DIRECCIÓN* CARRERA 11 34 52					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HILDA MARIA GONZALEZ AMAYA			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3174418493	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	02	*Año* 2020	*Día*	15	*Mes*	12	*Año*	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* TESORERIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 31 16 50						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD JUZGADO PROMISCUO			*PÚBLICA*		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* CONCEPCIÓN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6076603235	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	27	*Mes*	07	*Año* 2018	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2019	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ABOGODA					*DIRECCIÓN* CALLE 7 3 16 Palacio Municipal						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SISTEMAS Y PROYECTOS CONTABLES			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	04	*Año* 2013	*Día*	30	*Mes*	10	*Año*	2013	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* TESORERIA					*DIRECCIÓN* Sin dirección						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD JUZGADO PROMISCUO			*PÚBLICA*		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* CONCEPCIÓN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6076603235	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	11	*Mes*	10	*Año* 2007	*Día*	24	*Mes*	01	*Año*	2008	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR JUDICIAL - CITADOR	*DEPENDENCIA* SECRETARIA CITADORA					*DIRECCIÓN* CALLE 7 3 16 Palacio Municipal						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE CONCEPCION SANTANDER			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* CONCEPCIÓN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6603219	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	16	*Mes*	12	*Año* 2004	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2007	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* TESORERIA					*DIRECCIÓN* CALLE 7N 3 16						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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	7
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	8
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	7	2
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 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 Bucaramanga, 8 / septiembre 2026

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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.

Bucaramanga 04 Septiembre 2026

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	2025-01-07 17:31

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
ANGELA	ANGELA	SANABRIA	FAJARDO

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	63398241

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	SANTANDER	Municipio	BUCARAMANGA

Lugar de domicilio					
País	COLOMBIA	Departamento	SANTANDER	Municipio	BUCARAMANGA

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	EJERCITO NACIONAL DE COLOMBIA 1

Lugar de sede					
País	COLOMBIA	Departamento	BOGOTÁ. D.C.	Municipio	BOGOTÁ. D.C.
Dirección	["Avenida El Dorado Carrera 52 CAN"]				
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 2024 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	$42.750.000,00
Otros ingresos y rentas	$5.000.000,00
TOTAL	$47.750.000,00

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	$5.000.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
INMUEBLE	COLOMBIA	SANTANDER	BUCARAMANGA	$300.000.000,00

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 [X] 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 [X]

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
CHRISTIAN	ISMAEL	VASQUEZ	ZAMBRANO

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 91516509

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:

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

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

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, Angela Sanabria Fajardo

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 63.398.241 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN: Bucaramanga.

País	Departamento	Municipio
Colombia	Santander	Bucaramanga.

Dirección	Teléfonos
Cra 23 # 31-63	3212161411

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Jesús Andrés Gamboa S	1005 230 489	Hijo
Angel David Vasquez S	1097787057	Hijo

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	
GASTOS DE REPRESENTACION	
ARRIENDOS	
HONORARIOS	42.750.000
OTROS INGRESOS Y RENTAS	5.000.000
TOTAL	47.750.000

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Bancolombia	Ahorros	912246003-43	Bucaramanga	5.000.000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
Inmueble	Finca Hato Grande Concepción	300.000.000

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	N°
Christian Ismael Vasquez Z	C.C X C.E. T.I.	91.516.509

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION
6910 actividades jurídicas	
5519 Otros tipos de alojamientos para visitantes	

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Bucaramanga, Septiembre 2026
CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

Certificación
Bancaria

Miércoles, 26 de agosto de 2026

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que ANGELA null SANABRIA FAJARDO identificado(a) con CC 63398241, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta de ahorros	91224600343	2021-08-06	Activo	*****

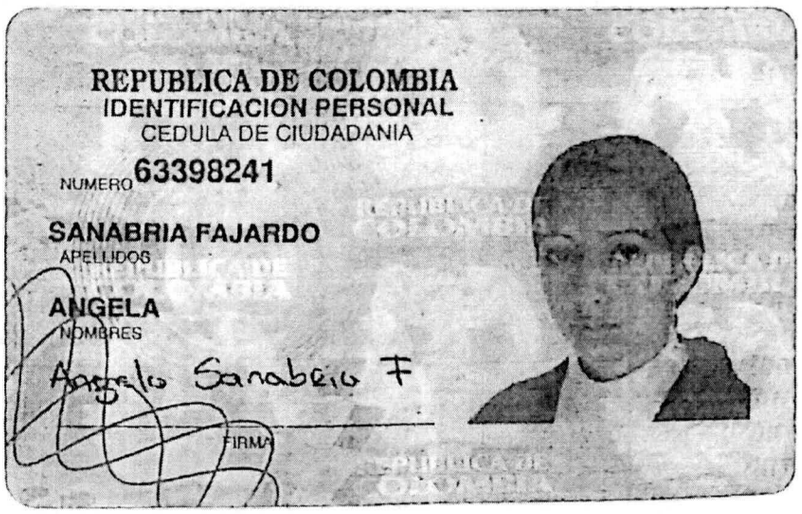
*Importante: Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.
*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - 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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario

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 correosospechoso@bancolombia.com.co



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 63398241

SANABRIA FAJARDO
APELLIDOS

ANGELA
NOMBRES

Angela Sanabria F
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 05-MAR-1984
CONCEPCION
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.56 ESTATURA
B+ G.S. RH
F SEXO

11-ABR-2002 MALAGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

INDICE DERECHO

P-2713000-59108004-F-0063398241-20021007 03513 02276A 01 124721800

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA

RAMA JUDICIAL

Consejo Superior de la Judicatura

CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA
TARJETA PROFESIONAL DE ABOGADO



NOMBRES:
ANGELA

APELLIDOS:
SANABRIA FAJARDO

Angela Sanabria F

PRESIDENTE CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA
GLORIA STELLA LÓPEZ JARAMILLO

UNIVERSIDAD
CORP. U. CIENCIA Y DESARROLLO BTA

FECHA DE GRADO
22/05/2021

CONSEJO SECCIONAL
SANTANDER

CEDULA
63398241

FECHA DE EXPEDICIÓN
30/07/2021

TARJETA N°
363228

Escaneado con CamScanner

La República de Colombia y en su nombre

LA CORPORACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIA Y DESARROLLO

Personería Jurídica Res. 070/1996 del Ministerio de Educación Nacional

Debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional, teniendo en cuenta que:

Angela Sanabria Fajardo

C.C. 63.398.241 Málaga

Aprobó los estudios programados por la Corporación Universitaria y cumplió con los requisitos exigidos por la Ley y los Reglamentos, le confiere el título profesional de:

Abogada

En testimonio de lo expuesto se expide el presente diploma que así lo acredita.

Bogotá D.C. Mayo 22 de 2021

Rector

Secretario General

Vicerrector Académico y de Investigación

Acta No. 1232 Folio No. 085 del libro No. 16

No. 12874

Escaneado con CamScanner

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIA Y DESARROLLO

Personería Jurídica Res. 020/1996 del Ministerio de Educación Nacional

La Suscrita Secretaria General (E) de la Corporación Universitaria de Ciencia y Desarrollo - UNICIENCIA, certifica que este documento es copia auténtica del Acta de Grado No. 1232 del Programa de Derecho de fecha veintidós (22) días del mes de Mayo de Dos Mil Veintiuno (2021), con destino a **SANABRIA FAJARDO ANGELA**

ACTA DE GRADO No. 1232

En Bogotá, D.C., a los veintidós (22) días del mes de Mayo de Dos Mil Veintiuno (2021), se reunieron los Directivos de la Corporación Universitaria de Ciencia y Desarrollo - UNICIENCIA, encabezados por el Doctor DIEGO ARTURO TAMAYO SALCEDO Rector (E), Doctora JENNI PAOLA NIÑO ROJAS Secretaria General (E) y el Doctor JESÚS ANTONIO PEÑARANDA BAUTISTA Vicerrector Académico y de Investigación (E) y considerando que:

12874. SANABRIA FAJARDO ANGELA identificada con C.C. No. 63.398.241 de Malaga, cumplió satisfactoriamente todos los requisitos exigidos por la Ley y los reglamentos de la Corporación Universitaria de Ciencia y Desarrollo - UNICIENCIA, resuelve otorgarle el Titulo de:

ABOGADA

En nombre y representación de la **CORPORACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIA Y DESARROLLO - UNICIENCIA** y previo juramento de rigor, el Rector hizo entrega del Diploma debidamente firmado y sellado, registrado en el Libro de Actas No. 16, Acta de grado 1232, Folio 085 y 086

En testimonio de lo anterior se firma la presente Acta de Grado, en la ciudad de Bogotá, D.C., a los veintidós (22) días del mes de Mayo de Dos Mil Veintiuno (2021), Diego Arturo Tamayo Salcedo Rector (E), Jenni Paola Niño Rojas Secretaria General (E), Jesús Antonio Peñaranda Bautista Vicerrector Académico y de Investigación (E).

Es fiel copia de lo que reposa en archivos.

Bogotá, D.C., a los veintidós (22) días del mes de Mayo de Dos Mil Veintiuno (2021)

JENNI PAOLA NIÑO ROJAS
Secretaria General (E)

La República de Colombia y en su nombre el

Colegio Nuestra Señora de la Concepción

Concepción - Santander

Reconocido oficialmente por la Secretaría de Educación Departamental según Resolución No. 1260 del 9 de noviembre de 1999,

Confiere a

Angela Sanabria Fajardo

Identificado(a) con T.I. No. 840305-05858 Expedida en Concepción

El Título de

Bachiller Técnico

Especialidad Comercial

Por haber alcanzado y aprobado los logros de formación integral correspondientes al Nivel de Educación Media Técnica, de acuerdo al Proyecto Educativo Institucional - P.E.I. - del Colegio.

Rector

Secretario

Este Diploma no requiere de registro en Secretaría de Educación (Decreto Nacional No. 921 de 1994)

Anotado en el control interno del plantel en el

Libro No. 01 Folio No. 12

Diploma No 004415-28-11

Dado en Concepción,

a 15 de Diciembre del año 2000

Dane
16820700361

Sede
082

Jornada
Mañ. Continua

En la ciudad de Concepción a los 15 días del mes de Diciembre del año 2000 se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector(a) y Secretario(a) en la rectoría del Colegio Nuestra Señora de la Concepción

Institución Reconocida Oficalmente en el nivel de Educación Media Técnica y autorizada por La Secretaría de Educación de Santander para otorgar el título de Bachiller en la Modalidad Bachillerato Técnico con Especialidad Comercial

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Técnica se procedió a otorgar el TITULO DE BACHILLER TECNICO CON ESPECIALIDAD COMERCIAL al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

ANGELA SANABRIA FAJARDO T.I. 840305-05858 de Concepción

Es fiel copia tomada del Acta original general No 023 de fecha 15 de diciembre del 2000 que consta de 12 alumnos y que comienza con el nombre de Leidy Constanza Alvarado Pinto y se cierra con el nombre de Viviana Lorena Ulloa Merchán

Firmada y sellada por Pablo Cáceres Cáceres (Rector(a)) y Emilce Alvarado Alvarado (Secretario(a))

Dada en Concepción a los 15 días del mes de Diciembre del año 2000

Lugar de expedición

Colegio Nuestra Señora de la Concepción
Concepción S
RECTOR

Pablo Cáceres Cáceres
Rector(a)
C.C. No. 5.031.xxx de Concepción

Colegio Nuestra Señora de la Concepción
Concepción S
SECRETARIA

Emilce Alvarado Alvarado
Secretario(a) EMILCE ALVARADO ALVARADO
C.C. No. 63.391.261 Málaga

Diploma No 001215-29-11

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA

DIRECCIÓN DE SANIDAD EJÉRCITO
DISPENSARIO MEDICO BUCARAMANGA
NIT No. 901541137-1

Bucaramanga 8 **de septiembre del 2026**

Señor
Suboficial De Seguridad Militar DMBUG

Asunto: entrega del ESP.

A través de la presente yo, ANGELA SANABRIA FAJARDO con cedula de ciudadanía N°:**63.398.241** de Malaga hago entrega de los formatos diligenciados del ESP.

ENTREGA:

Cc: 63.398.241 Málaga

RECIBE:

Suboficial De Seguridad Militar DMBUG
C.C.

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES LEY 2455 / 2025 "LEY ÁNGEL"

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 09:27:01 PM horas del 26/08/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **63398241**

Apellidos y Nombres: **SANABRIA FAJARDO ANGELA**

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

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
GOV.CO

Todos los derechos reservados.

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 miércoles 26 de agosto de 2026, a las 21:25:15, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	63398241
Código de Verificación	63398241260826212515

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

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 301910177

PIB
21:25:59

Bogotá DC, 26 de agosto 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) ANGELA SANABRIA FAJARDO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 63398241:

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.

Policía Nacional de Colombia

(https://www.policia.gov.co/)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

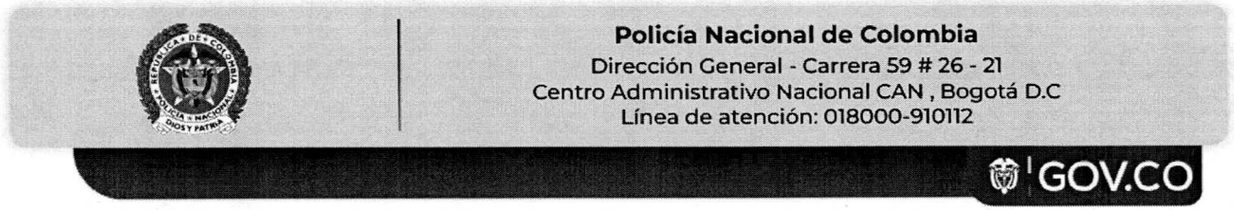
La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 26/08/2026 09:28:42 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **63398241** y Nombre: **ANGELA SANABRIA FAJARDO.**

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. **146474589** . 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


Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Carrera 59 # 26 - 21
Centro Administrativo Nacional CAN , Bogotá D.C
Línea de atención: 018000-910112
GOV.CO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141153374159

(415)7707212489984(8020) 000014115337415 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
6 3 3 9 8 2 4 1	6	Impuestos y Aduanas de Bucaramanga	4	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	6 3 3 9 8 2 4 1	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Santander 6 8	Málaga 4 3 2

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
SANABRIA	FAJARDO	ANGELA	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Bucaramanga 0 0 1

41. Dirección principal
CR 23 31 63 AP 1002 BRR ANTONIA SANTOS

42. Correo electrónico lalita0529@hotmail.com

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

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
6 9 1 0	2 0 1 8 0 6 0 4	7 4 9 0	2 0 1 6 0 4 0 4	0 1 5 0		2 4 1 9	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros										Exportadores					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código												57. Modo			
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20			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 [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2025-01-07 / 10:02:16AM

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 SANABRIA FAJARDO ANGELA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Datos de la Entidad Estatal/Proveedor
Áreas de interés
Configuración Entidad Estatal / Proveedor
Administración de usuarios
Recomendaciones (no disponible)
Biblioteca de documentos
Suscripción a notificaciones

Editar datos resumen | Editar datos completos

Información general

Logo de la entidad	
Nombre de la entidad	ANGELA SANABRIA FAJARDO
Nombre abreviado	ANGELA SANABRIA FAJARDO
Fecha de creación	25/08/2021 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
País de origen	COLOMBIA
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	63398241
Tipo Entidad Estatal / Proveedor	Persona Natural colombiana
Código UNSPSC	
Zona horaria	
Idioma	
Moneda por defecto	
País	COLOMBIA
Ciudad	Santander
Municipio	Bucaramanga

Información de contacto

Dirección	Carrera 23 n. 31 63 APTO 1002
Código postal	680006
Teléfono de oficina	3212161411
Fax de oficina	
Correo electrónico de la oficina	lalita0529@hotmail.com
Correo electrónico para notificaciones SECOP II	lalita0529@hotmail.com

Dirección	Estado	País	Teléfono

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Página web

Página web	
Facebook	
URL linkedin	
URL de youtube	
Twitter URL	

Contacto principal

Título	
Nombre	ANGELA SANABRIA FAJARDO
Cargo	
Teléfono	
Móvil	3212161411
Fax	
Correo electrónico	lalita0529@hotmail.com

Información financiera (No diligencie la tabla de información financiera si no está obligado a tener estados financieros.)

Año fiscal	Ingresos	Ebitda	Número de empleado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Editar datos resumen | Editar datos completos

Escritorio → **Configuraciones de Perfil**

Editar

Información del usuario



Cargo	
Título	
Nombre	
Apellidos	
Fecha de Nacimiento	
Nivel Educativo	
Género	
¿Tiene alguna discapacidad?	○ Sí ○ No
Nombre y apellido	ANGELA SANABRIA FAJARDO
Tipo de documento	
Número de documento	
Dirección	
Código postal	
Estrato	
Ubicación	
País	COLOMBIA
Correo electrónico	lalita0529@hotmail.com
Teléfono	
Celular	3212161411

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 tu apodo?
Respuesta	chimoltrufia
SMS para recuperar la contraseña	3212161411

Editar

Salud

SISPRO
Sistema Integral de Información de la Protección Social

RUAF
Registro Único de Afiliados

Afiliaciones de una Persona en el Sistema

INFORMACIÓN BASICA

Fecha de Corte: 2026-09-04

Número de Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Sexo
CC 63398241	ANGELA		SANABRIA	FAJARDO	F

AFILIACIÓN A SALUD

Fecha de Corte: 2026-09-04

Administradora	Régimen	Fecha Afiliacion	Estado de Afiliación	Tipo de Afiliado	Departamento -> Municipio
EPS SURAMERICANA S.A.	Contributivo	01/07/2020	Activo	COTIZANTE	BUCARAMANGA

AFILIACIÓN A PENSIONES

Fecha de Corte: 2026-09-04

Régimen	Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación
PENSIONES: AHORRO INDIVIDUAL	SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR SA	2005-10-07	Inactivo

AFILIACIÓN A RIESGOS LABORALES

Fecha de Corte: 2026-09-04

Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Actividad Economica	Municipio Labora
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	2025-01-15	Activa		Bogotá, D.C.- BOGOTÁ

AFILIACIÓN A COMPENSACIÓN FAMILIAR

Fecha de Corte: 2026-09-04

No se han reportado afiliaciones para esta persona

AFILIACIÓN A CESANTIAS

Fecha de Corte: 2026-09-04

CONFORME CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE, LAS ADMINISTRADORAS SON LAS RESPONSABLE DEL CONTENIDO Y LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN REPORTADA AL RUAF, CUALQUIER INCONSISTENCIA DEBE SER INFORMADA A LA ADMINISTRADORA RESPECTIVA, QUIEN DEBE RESOLVERLA.

Ministerio de Salud y Protección Social.
Dirección: Cra. 13 # 32 - 76. Colombia, Bogotá D.C. PBX: (57-1) 330 5000, Fax: (57-1) 330 5050.

Salud

SISPRO
Sistema Integral de Información de la Protección Social

RUAF
Registro Único de Afiliados

Afiliaciones de una Persona en el Sistema

No se han reportado afiliaciones para esta persona

PENSIONADOS Fecha de Corte: 2026-09-04

No se han reportado pensiones para esta persona.

VINCULACIÓN A PROGRAMAS DE ASISTENCIA SOCIAL Fecha de Corte: 2026-09-04

No se han reportado vinculaciones para esta persona.

CONFORME CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE, LAS ADMINISTRADORAS SON LAS RESPONSABLE DEL CONTENIDO Y LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN REPORTADA AL RUAF, CUALQUIER INCONSISTENCIA DEBE SER INFORMADA A LA ADMINISTRADORA RESPECTIVA, QUIEN DEBE RESOLVERLA.

Ministerio de Salud y Protección Social.
Dirección: Cra. 13 # 32 - 76. Colombia, Bogotá D.C. PBX: (57-1) 330 5000, Fax: (57-1) 330 5050.

EPS

sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **ANGELA SANABRIA FAJARDO** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **63398241** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 63398241
NOMBRES Y APELLIDOS	ANGELA SANABRIA FAJARDO
TIPO DE AFILIADO	SEGUNDO COTIZANTE
PARENTESCO	CONYUGE
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/07/2020
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **26/08/2026**

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

ANGELA SANABRIA FAJARDO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **63.398.241**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 26 de Agosto del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Fecha
08/01/2025

NIT 900454102-6

CERTIFICADO MEDICO DE PREINGRESO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR



INFORMACIÓN BÁSICA

Empresa:	INDEPENDIENTE	Fecha de Nac.:	05/03/1984	Edad.:	40
Nombre:	ANGELA SANABRIA FAJARDO	Documento:	C.C. 63398241	Escolaridad:	PREGRADO
Cargo:	CONTRATISTA DE PRESTACION DE SERVICIOS	Actividad Economica:	ADMINISTRATIVO	Genero:	FEMENINO
Estado Civil:	UNION LIBRE	Dirección:	CRA 23 NO 31 -63		
Municipio:	BUCARAMANGA	Teléfono:	3212161411	AFP:	PORVENIR
EPS:	EPS SURA	ARL:	POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS	IMC:	20.13

EXAMENES REALIZADOS

Servicio	Fecha	Resultado	Restriccion
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PREINGRESO	08/01/2025	Normal	
AUDIÓMETRIA	08/01/2025	Normal	
VISIOMETRIA	08/01/2025		

CONCEPTO MEDICO

SATISFACTORIO PARA INGRESO

RECOMENDACIONES

Higiene Postural
Usar Elementos de Protección Personal
pausas activas

Fonoaudiología: N/A

OBSERVACIONES FINALES

El examen estático y dinámico de la columna es normal y sus curvaturas son normales. No se evidencian limitaciones de los arcos de movimiento significativos o de importancia ocupacional, ni dolor. A nivel de los diferentes segmentos corporales la exploración osteomuscular es normal y no se evidencian atrofias ni limitaciones de la movilidad significativa, o de importancia ocupacional, ni dolor. Se deben implementar las medidas de prevención y protección requeridas para el desempeño seguro de la ocupación, realizando capacitación continua y el entrenamiento necesario, para el adecuado manejo de cargas y de las posturas en el trabajo, para prevenir patologías osteomusculares y accidentes laborales.

RESTRICCIONES

Tipo de restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Tiempo

Fonoaudiología: N/A

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

N/A

VACUNA COVID-19

Segunda Dosis Astrazeneca

REMISIONES

N/A

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paraclinicos y las prueba complementarias que se van a realizar han sido diseñadas con el fin de evaluar su capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa. Esta pruebas le ayudaran a conocer su estado de salud físico y mental en el momento en el que se le sean realizadas. En la fecha, como mayor de edad identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que SI he recibido toda la información acerca de la naturaleza y propósito de las exámenes ocupacionales y pruebas complementarias. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expuesto, Autorizo a la IPS para realizarme los exámenes clínicos y paraclínico solicitados según el cargo a desempeñar y también autorizo a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que sera entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiologica o según corresponda, que se he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de los exámenes.
DECLARACIÓN DEL ASPIRANTE: Manifiesto con mi firma o huella que no omití datos relevantes en mis antecedentes que pudieran influir sobre la evaluación de estado de Salud. Y así mismo AUTORIZO a OCUPASALUD S.A.S. a realizar la evaluación de salud.

Angela Sanabria

ANGELA SANABRIA FAJARDO
(63398241)

Dr. Johnny Andres Roman J.
Médico Especialista en Salud Ocupacional

JOHNNY ANDRES ROMAN JIMENEZ
Médico Especialista Salud Ocupacional
Rm 1786-09 Lic 012502

Puedes validar este examen en https://www.ocupasalud.com con el siguiente codigo: **6SSH82AL058260**

Fecha
08/07/2025

NIT 900454102-6

ACTA SOCIALIZACIÓN
CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL



INFORMACIÓN BÁSICA

Empresa:	INDEPENDIENTE	Fecha de Nac.:	05/03/1984
Nombre:	ANGELA SANABRIA FAJARDO	Edad.:	40
Documento:	C.C. 63398241	Actividad Economica:	ADMINISTRATIVO
Estado Civil:	UNION LIBRE	Genero:	FEMENINO
Dirección:	CRA 23 NO 31 -63	Municipio:	BUCARAMANGA
Escolaridad:	PREGRADO	Cargo:	CONTRATISTA DE PRESTACION DE SERVICIOS
Teléfono:	3212161411	AFP:	PORVENIR
EPS:	EPS SURA	ARL:	POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

Decreto 1072 de 2015, Artículo 2.2.4.6.10 Responsabilidades de los trabajadores: los trabajadores tendrán entre otras las siguientes responsabilidades: 1. Procurar por el cuidado integral de su salud; 2. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud; 3. Cumplir las normas, reglamentos o instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa; 4. Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo; 5. Participar en las actividades de capacitación en Seguridad y Salud en el Trabajo definido en el plan de capacitación del SG -SST; y 6. Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG -SST. _ Cumplimiento al Protocolo de bioseguridad para la prevención, contención y mitigación de contagio y propagación del SARS-COV-2 Covid-19. Cumplimiento a la **Resolución 3050 de 28 Julio de 2022**, en el Artículo 7. Responsabilidades de los trabajadores: Las responsabilidades de los trabajadores conforme al presente manual son las siguientes: a) Comprometerse con las actividades establecidas en el Programa de Rehabilitación Integral para la reincorporación laboral y ocupacional y su autocuidado; participando con el cuidador o su familia como red de apoyo. b) Aportar información veraz y oportuna sobre los antecedentes médicos, estados de salud, evolución y actividades extralaborales. Cualquier fraude se considerará una falta grave, so pena de la sanción establecida en el artículo 17 de la Ley de 2002 o la norma que adicione modifique o sustituya. c) Aplicar las instrucciones concertadas con el equipo rehabilitador en su plan de rehabilitación integral, así como las recomendaciones y/o restricciones, tanto en su ambiento laboral como extralaboral. d) Asistir a la capacitación, asesoría, entrenamiento, asistencia técnica, cumplir con el programa de rehabilitación integral para la reincorporación laboral y ocupacional de los trabajadores, el cual podrá utiliza las tecnologías de la comunicación, inteligencia artificial y realidad virtual en los aspectos, acciones o actividades que sean pertinente. e) Utilizar las incapacidades temporales y/o recomendaciones médicas conforme al programa de rehabilitación integral para la reincorporación laboral y ocupacional de los trabajadores, sin exponer su salud, dar un uso indebido a dichas incapacidades temporales, laborar en otra empresa o actividad, realizar actividades deportivas o recreativas, paseos o viajes que afecten su salud o incumplan el programa de rehabilitación integral para la reincorporación laboral y ocupacional de los trabajadores.

RESTRICCIONES

Fonoaudiología: N/A

RECOMENDACIONES

Higiene Postural
Usar Elementos de Protección Personal
pausas activas

Fonoaudiología: N/A

REMISIONES

N/A

SISTEMA DE VIGILANCIA

N/A

Angela Sanabria

ANGELA SANABRIA FAJARDO
(63398241)

Puedes validar este examen en https://www.ocupasalud.com con el siguiente codigo: 6S5H82AL058260

Fecha de recepción
08/01/2025

NIT 900454102-6

CERTIFICADO MEDICO SALUD OCUPACIONAL
VISIOMETRIA



Empresa:	INDEPENDIENTE		
Nombre y Apellido:	ANGELA SANABRIA FAJARDO		
C.C.:	63398241	**Fecha de Nac.:**	05/03/1984
Edad.:	40	**Genero:**	FEMENINO
Dirección:	CRA 23 NO 31 -63		
Estado Civil:	UNION LIBRE	**Departamento:**	SANTANDER
Municipio:	BUCARAMANGA	**Teléfono:**	3212161411
Escolaridad:	PREGRADO	**Cargo:**	CONTRATISTA DE PRES
EPS:	EPS SURA	**ARL:**	POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS
AFP:	PORVENIR		

Antecedentes ocupacionales Si [ ] No [X]

Personales	Si	No		Si	No	**Oculares**	Si	No		Si	No
Hipertensión arterial		X	Cefalea		X	Cirugía Ocular		X	Renitopatía		X
Diabetes		X	Trauma craneoencefálico		X	Queratocono		X	Desprendimiento retina		X
Hipoglicemia		X	Otros:			Glaucoma		X	Ambliopía		X
Toxoplasmosis		X	hipotiroidismo controlado con			Catarata		X	Estrabismo		X

Signos y síntomas

refiere prurito ocular y enrojecimiento ocular en ambos ojos

Usa corrección óptica: Si [ ] No [X]

Tipo:

Agudeza visual	Sin corrección		Con corrección		**Estado y motor cromático**		
	Lejos	Cerca	Lejos	Cerca	Cover Test	Lejos: ORTHO	Cerca: ORTHO
Ojo Derecho:	20/20	20/20	20/0	20/0	Oftalmoscopía	OD: NORMAL	OI: NORMAL
Ojo Izquierdo:	20/20	20/20	20/0	20/0	Vision Cromática	TEST DE ISHIHARA :NORMAL. SIN ALTERACIÓN	

Examen externo

Resequedad ocular	No presenta	Ptosis palpebral	No presenta	Pterigión	Ambos Ojos
Inyeccion conjuntival	No presenta	Edema palpebral	No presenta	Secreción	No presenta
Hiperemia conjuntival	Ambos Ojos	Pinguécula	No presenta	Blefaritis	No presenta

Otros:

Diagnóstico

Aparentemente sano	Ambos Ojos	Emetropía	No presenta	Defecto refractivo	No presenta
Posible alteración ocular	No presenta	Problema de motilidad	No presenta	Presbicia	No presenta

Interpretación		Interpretación	
Requiere utilizar corrección óptica	[ ]	Valoración por Optometría	[ ]
No requiere corrección óptica	[X]	Control en un año	[X]
Problema de refraccion no corregido	[ ]	Control en seis meses	[ ]
Problema de refracción corregido	[ ]	No requiere corrección óptica	[X]
Problema de refracción inadecuadamente corregido	[ ]	Ejercicio regular 5 veces a la semana	[X]
Otras:	[ ]		

Observaciones

se recomienda valoración con oftalmología para control y seguimiento de pterigio nasal en ambos ojos. Usar lubricantes y gafas de sol con filtro uv 400.

Resultado

Normal

Restricciones

ANGELA SANABRIA FAJARDO
(63398241)

Melanie Rivera
Optómetra UBTA
R.M. 1095571949

MELANIE RIVERA

- El trabajador recibio orientación médica sobre las recomendaciones necesarias para prevenir probables efectos en la salud relacionados o asociados con los riesgos ocupacionales propios de su cargo.
- DECLARACIÓN DEL ASPIRANTE: Manifiesto con mi firma o huella que no omiti datos relevantes en mis antecedentes que pudieran influir sobre la evaluación de estado de salud, y asi mismo AUTORIZO a OCUPASALUD S.A.S. a relaizar la evaluacion de salud.

Fecha
08/01/2025

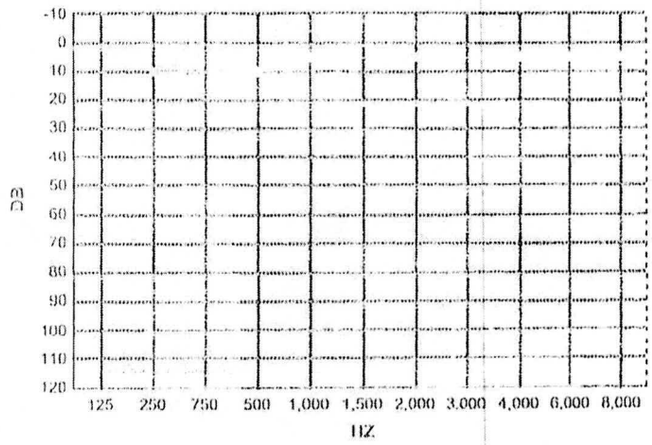
CERTIFICADO FONOAUDIOLOGIA

NIT 900454102-6
Código de verificación
6SSH82AL050262
Validar en:https://www.ocupasalud.com

INFORMACIÓN BÁSICA

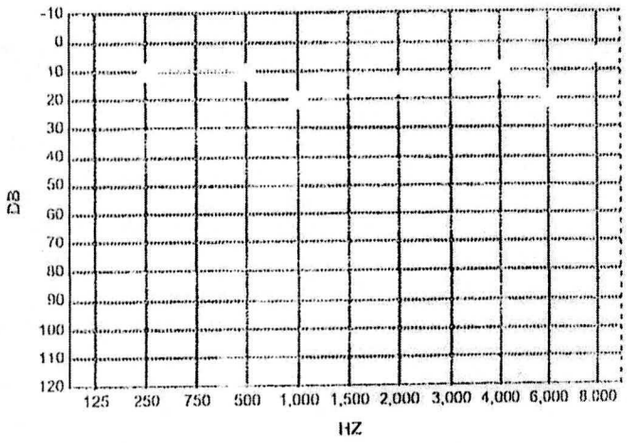
Empresa:	INDEPENDIENTE	Fecha de Nac.:	05/03/1984	Edad.:	40
Nombre:	ANGELA SANABRIA FAJARDO	Documento:	C.C. 63398241	Escolaridad:	PREGRADO
Cargo:	CONTRATISTA DE PRESTACION DE SERVICIOS	Actividad Economica:	ADMINISTRATIVO	Genero:	FEMENINO
Estado Civil:	UNION LIBRE	Dirección:	CRA 23 NO 31 -63		
Municipio:	BUCARAMANGA	Teléfono:	3212161411	AFP:	PORVENIR
EPS:	EPS SURA	ARL:	POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS		

OIDO IZQUIERDO



PTA OIDO IZQUIERDO
6.67

OIDO DERECHO



PTA OIDO DERECHO
15.00

Otoscopia: CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO Y MEMBRANA TIMPANICA INTEGROS A NIVEL BILATERAL.

Diagnostico: AUDICIÓN DENTRO DE LOS LÍMITES DE NORMALIDAD BILATERAL.

Observaciones: N/A

ANGELA SANABRIA FAJARDO
(63398241)

DARIENIS KATHERINE RODRIGUEZ HINOJOZA
FONOAUDIÓLOGA ESP.AUDIOLOGÍA
018694 / 1098713190

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA GRUPO DE TALENTO HUMANO	Formato Acta de compromiso acatamiento normas de bioseguridad DIGSA
	Código: MDN-COGFM-PROATH-DIGSA-FU.95.1-91 V1
	Proceso: Administración del Talento Humano – Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo

Fecha: 8 Septiembre 2026 Acta No. 157

ESM:

Sección Contratacion

Tipo Vinculación: Prestación de Servicios

Cargo: Abogada

Yo, Angela Sanabria Fajardo identificado (a) con C.C. 63.398.241 de Malaga, me comprometo a dar cumplimiento a las normas de Bioseguridad en el desarrollo de las actividades propias de mi trabajo, utilizando los elementos de protección personal (EPP), e informar y/o reportar todo accidente de trabajo por riesgo biológico que se pueda presentar, dentro del tiempo establecido por la normatividad legal vigente.

NORMAS DE **BIOSEGURIDAD**:

- Todas las personas que laboran en el área deben conocer los riesgos a los cuales se encuentran expuestos y reportar o informar oportunamente sobre cualquier condición insegura.
- Todos los trabajadores que participen en un procedimiento invasor deben evitar el contacto de su piel o mucosas con la sangre o líquidos corporales del paciente mediante Elementos de Protección Personal como: guantes, mascarillas, protectores oculares o faciales, batas entre otros.
- Durante todo procedimiento se debe observar estricto cuidado en la técnica del mismo y evitar la entrega a ciegas de instrumentos corto punzante, tales como hojas de bisturí y agujas.
- Se deben conservar siempre las precauciones universales, las cuales se presentan en el Antes y después de cada procedimiento con pacientes se deberá realizar el lavado de manos.
- No deben consumirse bebidas o comidas con los guantes puestos, ni en áreas de trabajo.
- Al observar un acto inseguro por parte de un compañero debe realizársele la observación directa con el fin que estos actos sean corregidos.
- **Nunca se debe re-enfundar una aguja** para desecharla, se deben utilizar los recipientes para corto punzantes o guardianes; en caso de requerirse colocarle la funda al elemento corto punzantes se deberá utilizar la técnica de **UNA SOLA MANO**.
- No guardar alimentos en las neveras ni en los equipos de refrigeración de sustancias contaminantes o químicos.
- Abstenerse de tocar con las manos enguantadas alguna parte de su cuerpo y de manipular objetos diferentes a los requeridos durante el procedimiento
- Utilizar la mascarilla y protectores oculares durante procedimientos que puedan generar salpicaduras o gotitas, aerosoles de sangre u otros líquidos corporales.
- Usar delantal en aquellos procedimientos en que se esperen salpicaduras, aerosoles o derrames importantes de sangre u otros líquidos orgánicos.
- No deambular con los elementos de protección personal fuera de su área de trabajo.
- Mantener lugar seguro y de fácil acceso.
- Si presenta alguna herida, por pequeña que sea debe estar cubierta.
- Mantener actualizado su esquema de vacunación especialmente contra Hepatitis B.
- Utilizar las técnicas correctas en la realización de todo procedimiento.
- Manejar con estricta precaución los elementos corto punzante y desecharlos en los guardianes ubicados en cada servicio.
- No cambie elementos corto punzantes de un recipiente a otro.
- Lavado las manos antes y después de cada procedimiento e igualmente si se tiene de contacto con material patógeno.
- Las gafas de seguridad, respiradores y caretas deben permanecer guardadas en su empaque original.
- Los Elementos de protección personal son de uso personal e intransferible.
- La ropa de trabajo (bata, uniforme, etc.) deben ser lavados por separado.

Antes de diligenciar e imprimir este documento por favor lea con atención las siguientes instrucciones:

- Para el correcto diligenciamiento de éste formato tenga en cuenta las instrucciones que se encuentran de color gris, remplácelas con color negro de acuerdo a la instrucción.
- Las instrucciones que se encuentran de color negro no las cambie ni elimine.
- Diligencie el documento de forma digital o manual con color negro y con letra legible, sin borrones ni enmendaduras.
- Cuando diligencie el formato de forma digital no cambie el tipo de letra (Arial, tamaño 10) ni los espacios entre cada numeral.
- No cambie el orden del documento, no adicione, ajuste o elimine campos.
- Si tiene dudas por favor comuníquese con el responsable del SG-SST en su Dirección de Sanidad.

Todos los pacientes y sus fluidos corporales independientemente del diagnóstico de ingreso o motivo por el cuál haya entrado al dispensario deberán ser considerados como potencialmente infectantes y se debe tomar las precauciones necesarias para prevenir que ocurra una transmisión.

Es obligación del trabajador informar a su superior inmediato la ocurrencia de un accidente de trabajo en el momento que este suceda. Este debe ser reportado a la ARL y la DISAN dentro de los dos días hábiles siguientes (48 horas) de ocurrido el accidente de trabajo.

Me comprometo a dar cumplimiento por escrito a lo que aquí contenido siendo conocedor de los riesgos biológicos a las cuales estoy expuesto.

En constancia firman:

Firma Trabajador y/o Funcionario

C.c 63398241 **De** Nubia

Firma Líder de SST del centro de trabajo de la DGSM/DISAN/ESM

Antes de diligenciar e imprimir este documento por favor lea con atención las siguientes instrucciones:

- Para el correcto diligenciamiento de éste formato tenga en cuenta las instrucciones que se encuentran de color gris, remplácelas con color negro de acuerdo a la instrucción.
- Las instrucciones que se encuentran de color negro no las cambie ni elimine.
- Diligencie el documento de forma digital o manual con color negro y con letra legible, sin borrones ni enmendaduras.
- Cuando diligencie el formato de forma digital no cambie el tipo de letra (Arial, tamaño 10) ni los espacios entre cada numeral.
- No cambie el orden del documento, no adicione, ajuste o elimine campos.
- Si tiene dudas por favor comuníquese con el responsable del SG-SST en su Dirección de Sanidad.

DIGSA		
	Formato	requisitos de vacunación personal con actividades netamente administrativas en zona endémica DIGSA
	Código	MDN-COGFM-PROTH-DIGSA-FU.95 1-115
	Vigente	Agosto de 2023

INSTRUCCIONES DE DILIGENCIAMIENTO

Antes de diligenciar e imprimir este documento por favor lea con atención las siguientes instrucciones:
1. Lea con atención el comentario que se encuentra de color azul en cada casilla para su adecuado diligenciamiento.
2. Diligencie este formato de forma digital o manual con color negro.
3. No cambie el tipo el tipo de letra (Arial, tamaño 10).
4. No cambie el orden del documento, no adicione, ajuste o elimine campos.
5. Si tiene dudas por favor comuníquese con el responsable del SG-SST en su Dirección de Sanidad.
6. Elimine del documento las instrucciones de color azul antes de imprimir. Imprima solo si es necesario.

I. DATOS PERSONALES

Diligencie Apellidos, Nombres, Número de Documento, Edad, Profesión u ocupación, Número de contacto, correo electrónico y marque con una (X) en Mujer u Hombre de acuerdo al genero del aspirante.

Apellidos:	Sandoval Fajardo	Nombres:	Angela
N° de Documento:	63398201	Edad:	42
Genero:	Mujer ✓	Hombre	
Profesión u ocupación:	Abogada	Número de contacto:	3212161441
Correo electrónico:	lalita0529@hotmail.com		

II. DATOS LABORALES

Marque con un (X), en la casilla correspondiente, el centro de trabajo en donde el personal esta realizando el proceso de verificación del esquema de vacunación.

DIGSA		DISAN EJC	✓	DISAN ARC		JEFSA FAC	

Establecimiento de Sanidad Militar: Diligencie el nombre completo del establecimiento de sanidad

Cargo al que aspira: Diligencie el cargo al que aspira

III. TIPO DE VINCULACIÓN

Marque con una (x), en la casilla correspondiente el tipo de vinculación que va a tener el aspirante con la institución.

Nombramiento en Planta DIGSA		Servicio Social Obligatorio (SSO)		Prestación de Servicio (OPS)	✓

IV. DATOS CARNÉ DE VACUNACIÓN

Responda SI o NO las preguntas correspondientes al esquema de vacunación que presenta el aspirante.

PREGUNTA	SI	NO
¿Adjunta Carné de Vacunación?	✓	
¿Validación contra el carné de vacunación?	✓	

V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS DE ARCHIVO

Verifique con la copia del carné de vacunación si cumple con el esquema establecido, marcando con una X si cumple o no con cada dosis y diligencie la fecha de aplicación; y "No Aplica" según lo establecido en el Procedimiento requisitos de vacunación de acuerdo a labor personal DIGSA.

Verifique si el esquema de vacunación presentado por el aspirante se encuentra en el Aplicativo PAI 2.0 Secretaria Distrital de Salud de Bogotá y en el PAI Nacional del Ministerio de Salud y Protección Social, si el esquema de vacunación no se encuentra en ninguno de los dos aplicativos, describa la observación en el espacio establecido para esto.

Página 1

VACUNA	GÉNERO	OBSERVACIÓN	DOSIS	CUMPLE SI / NO / N/A	FECHA DE APLICACIÓN / PENDIENTE / N/A
Fiebre amarilla	Hombre/Mujer	Solo se debe solicitar al personal que desarrolle actividades en zonas inferiores a 2.000 m sobre el nivel del mar. Solo se debe solicitar a menores de 60 años, sin antecedentes de enfermedades que afectan el sistema inmunológico.	1ra	✓	22/02/25

OBSERVACIONES: Ninguna.

VI. FIRMA DE COMPROMISO

Marque con una (X) SI el aspirante tuvo o NO que firmar el Formato de compromiso requisitos de vacunación DIGSA, cumpliendo con lo establecido en el Procedimiento requisitos de vacunación de acuerdo a labor personal DIGSA.

SI		NO	✓

VII. APROBACIÓN

Marque con una (X) SI aprueba o NO el esquema de vacunación presentado por el aspirante.

SI	✓	NO	

NOTA: Partiendo del principio de la buena fe, lo certificado en el carné de vacunas presentado por el aspirante, se asume como un hecho cierto y veraz; la rendición de información no comprobable mediante evidencia, se configura como falsedad en documento público, hecho que puede ser objeto de sanciones disciplinarias.

D. Fernanda Rojas A.
ENFERMERA DCC
RUN 23104

Firma Jefe de Vacunación del centro de trabajo

SST.

Firma Responsable del área de SST de la DIGSA/DISAN/JEFSA

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Como aspirante a contrato o nombramiento certifico que he leído, entiendo y acepto los términos, condiciones y la información suministrada por la Dirección General de Sanidad Militar.

firma aspirante.

SV Yuli Tejada
SUPERVISOR

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

Consérvelo

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

MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Angelu

Apellidos: Sanabria Fajardo

Documento de identidad: C.C. X C.E. P.A. C.D. S.C. P.E. P.P.T. D.E.

Número de documento: 63 39 82 91

Fecha de nacimiento: Día 05 Mes 03 Año 1984

Powered by CamScanner

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única	22/04/25	23F0030	DNIBUS / J. Fernandez
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH	1			
	2			
Influenza estacional	Anual	11-12-25	VSIS/SAES	DTB 9-Dellis
	Anual	2026		
Covid 19	1ª			
	2ª			
	1er Ref.			
	2do Ref.			
Otras				

Powered by CamScanner

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

Consérvelo

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

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Angelu

Apellidos: Sanabria Fajardo

Documento de identidad: C.C. X C.E. P.A. C.D. S.C. P.E. P.P.T. D.E.

Número de documento: 63 39 82 91

Fecha de nacimiento: Día 05 Mes 03 Año 1984

Powered by CamScanner

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única	22/04/25	23F0030	Dnieves / J. Fernandez
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH	1			
	2			
Influenza estacional	Anual	11-12-25 VESPUCIO DIAZ		
	Anual	7.26		
Covid 19	1ª			
	2ª			
	1er Ref.			
	2do Ref.			
Otras				

Powered by CamScanner

Carné Digital de Vacunación Colombia

Salud

Esquema de Vacunación

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 9ac17cbf-3d80-4a58-b30b-b2ba8b9dcd0c

Nombres y apellidos / Full name: **ANGELA SANABRIA FAJARDO**

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

Número de identificación / ID Number: **6 3 3 9 8 2 4 1**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **05/03/1984**

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

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3114825970**

Correo electrónico / e-mail:

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
COVID JANSSEN	Única	7	10	2021	Janssen	203F21A	BUCARAMANGA IPS COOMULTRASAN SURA	DAISY CAROLINA ARDILA ALBARRACIN
COVID JANSSEN	Primer Refuerzo	11	2	2022	Janssen	202G21A	BUCARAMANGA NEUROTRAUMA CENTER CUIDAMED S.A.S	JENNY PAOLA ARIZA BOTELLO
Fiebre Amarilla	Única	22	1	2025	Fabricante	23F0030	BUCARAMANGA HOSPITAL MILITAR	DIANA FERNANDA ANAYA ANGARITA - CC1098667845 - Inactivo
INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	11	12	2025	GC BIOPHARMA CORP	V50525005	BUCARAMANGA HOSPITAL MILITAR	DORIS LUCIA ALMEIDA LOPEZ - CC28259526 - Activo

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

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

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

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

The 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.

Carné Digital de Vacunación Colombia

Salud

Esquema de Vacunación

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 9ac17cbf-3d30-4a58-b25b-b26ad86fdc6c

Nombres y apellidos / Full name: **ANGELA SANABRIA FAJARDO**

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

Número de identificación / ID Number: **6 3 3 9 8 2 4 1**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **05/03/1984**

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

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3114825970**

Correo electrónico / e-mail:

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
		Día / Day	Mes / Month	Año / Year				
COVID JANSSEN	Única	7	10	2021	Janssen	203F21A	BUCARAMANGA IPS COOMULTRASAN SURA	DAISY CAROLINA ARDILA ALBARRACIN
COVID JANSSEN	Primer Refuerzo	11	2	2022	Janssen	202G21A	BUCARAMANGA NEUROTRAUMA CENTER CUIDAMED S.A.S	JENNY PAOLA ARIZA BOTELLO
Fiebre Amarilla	Única	22	1	2025	Fabricante	23F0030	BUCARAMANGA HOSPITAL MILITAR	DIANA FERNANDA ANAYA ANGARITA - CC1098667845 - Inactivo
INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	11	12	2025	GC BIOPHARMA CORP	V50525005	BUCARAMANGA HOSPITAL MILITAR	DORIS LUCIA ALMEIDA LOPEZ - CC28259526 - Activo

El Mnisterio 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 Mnistery of Health and Social Protection certifies that the informatión 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.

CERTIFICADO N.°: 1024096

EL DIRECTOR DE LA UNIDAD DE REGISTRO NACIONAL DE ABOGADOS Y AUXILIARES DE LA JUSTICIA DEL CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA

CERTIFICA

Que de conformidad con las normas vigentes, le corresponde al Consejo Superior de la Judicatura regular, organizar y llevar el Registro Nacional de Abogados y expedir la correspondiente Tarjeta Profesional de Abogado, duplicados y cambios, previa verificación del cumplimiento de requisitos. Además, le corresponde anotar las sanciones disciplinarias impuestas en el ejercicio de la profesión de abogado, así como de las penas accesorias y demás novedades.

Una vez revisados los registros que contienen la base de datos de esta Unidad, se constató que el(la) señor(a) **ANGELA SANABRIA FAJARDO**, quien se identifica con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** N.° **63398241**, registra la siguiente información:

VIGENCIA RNA		
CALIDAD	**FECHA DE INSCRIPCIÓN RNA [1]**	**ESTADO DE INSCRIPCIÓN RNA**
ABOGADO(A) INSCRITO(A)	30/07/2021	VIGENTE
OBSERVACIONES		
NO REGISTRA		

VIGENCIA TPA			
CALIDAD	**N.° DE TARJETA PROFESIONAL**	**FECHA DE EXPEDICIÓN**	**ESTADO [2]**
ABOGADO(A) CON TPA	363228	30/07/2021	VIGENTE
OBSERVACIONES			
NO REGISTRA			

La presente certificación se expide a los 26 días del mes de agosto de 2026.

[1] RNA: Registro Nacional de Abogados.
[2] Conforme las normas vigentes, para ejercer la representación de terceros es necesario contar con Tarjeta Profesional de Abogado vigente, para los demás escenarios de ejercicio de la abogacía únicamente se requiere estar inscrito en Registro Nacional de Abogados.

Firmado Por:

Andrés Conrado Parra Ríos

Director Unidad

Unidad Del Registro Nacional De Abogados Y Auxiliares De La Justicia

Bogotá, D.C. - Bogotá D.C.,

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica, conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación: **4100d17dfe1737ebfbe43e91663bc73eed90b4bb7fc3afac39a98b0bdedaf873**

Documento generado en 26/08/2026 08:46:04 PM

Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL: https://firmaelectronica.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica

CERTIFICADO No.
20260826-2566181

COMISIÓN NACIONAL DE
Disciplina
Judicial

CERTIFICADO DE SANCIONES VIGENTES PARA ABOGADOS

EL SUSCRITO SECRETARIO JUDICIAL DE
LA COMISIÓN NACIONAL DE DISCIPLINA JUDICIAL

CERTIFICA

Que revisados los archivos de antecedentes de esta corporación, el(la) doctor(a) **ANGELA SANABRIA FAJARDO** , identificado(a) con número de documento **63398241** y tarjeta profesional No. **363228**, **NO** registra sanciones vigentes.

Este certificado no acredita la calidad de abogado

ADVERTENCIA: Esta certificación se expide de conformidad con lo dispuesto en el inciso tercero del artículo 238 de la Ley 1952 del año 2019, que cita «La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes».

De conformidad con el inciso cuarto ibidem, 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.

Por lo que, para esos efectos, se hace necesario informar que los certificados de sanciones vigentes y el de antecedentes disciplinarios en donde se registran aquellas sanciones que el abogado haya presentado durante el ejercicio profesional, se encuentra regulado por medio del Acuerdo PCSJA25-12286 del 13 de marzo de 2025, proferido por el Consejo Superior de la Judicatura, "Por medio del cual se reglamenta la expedición de los certificados de sanciones vigentes y de antecedentes disciplinarios de abogados reportados por la Comisión Nacional de Disciplina Judicial".

NOTA: Si el número de cédula, el de la tarjeta profesional o los nombres y/ o apellidos, presentan errores, favor dirigirse a la Unidad de Registro Nacional de Abogados (URNA).

DADO EN BOGOTÁ D.C., EL DÍA MIÉRCOLES 26 DE AGOSTO DE 2026.

Firmado Por:
Carlos Fernando Ortiz Correa
Secretario Judicial
Comisión Nacional
De Disciplina Judicial
Bogotá, D.C. - Bogotá D.C.,

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica, conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación: **6720ee9e238b3617ad924a575db3679be5dd36c43ed178f42c200d25e0f953a9**
Documento generado en 26/08/2026 08:47:03 PM

Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:
https://firmaelectronica.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica

G. DATOS GENERALES

Quien suscribe: ANGELA SANABRIA FAJARDO mayor de edad, de Nacionalidad COLOMBIANA, de este domicilio, identificado con Cédula de Ciudadanía No.63.398.241 de Malaga, Santander, actuando en nombre propio.

Declaro bajo la gravedad de juramento que la información que se consigna a continuación es real y autorizo para que el Ministerio de Defensa - Ejército Nacional bajo cualquier medio legal corrobore la veracidad de la misma:

Nombre Completo Cédula de Ciudadanía Pregrado – Universidad Posgrado - Universidad	ANGELA SANABRIA FAJARDO No. 63.398.241 de Malaga, Santander Corporación universitaria de ciencia y desarrollo UNICIENCIA N/A
Hace parte reserva activa	SI [ ] NO [X] Indique causal de retiro [ ] Solicitud propia [ ] Por cumplir dos (2) años en Grado de General, Almirante o General del Aire. [ ] Por llamamiento a calificar servicios. [ ] Por sobrepasar la edad correspondiente al grado. [ ] Por disminución de la capacidad psicofísica para la actividad militar. [ ] Por inasistencia al servicio sin causa justificada de acuerdo con el tiempo previsto en el Código Penal Militar para el delito de abandonamiento del servicio. [ ] Por incapacidad profesional. [ ] Por retiro discrecional. [ ] Por no superar el periodo de prueba. Número y fecha del acto administrativo mediante el cual pasa a ser parte de la reserva activa. Número y fecha del acto administrativo mediante el cual se le liquida y reconoce la asignación de retiro. Se ha afiliado a pensión SI Indique cual: Porvenir Fecha:
	Contratante: DISAN

DISAN

Experiencia especifica (relacionada con el objeto contractual). Los certificados deben estar en la plataforma SIGEP	Vigencia 07 enero 2025 hasta 15 Julio 2026
Dirección de residencia (indicar ciudad)	Dirección: Carrera 23 # 31-63
Teléfono fijo - Teléfono celular	3212161411
Entidad bancaria y No. De la cuenta Bancaria (indicar si es ahorros - corriente).	Entidad Bancaria: Bancolombia Sucursal: Bucaramanga No. de Cuenta:91224600343 Ahorros [X] Corriente [ ]
Teléfono fijo - teléfono celular	Tel. Fijo: N/A Tel. Celular: 3212161411
Correos electrónicos en los que recibo cualquier comunicación oficial emanada del Ejército.	**Lalita0529@hotmail.com**
Contratos vigentes de prestación de servicios (indique entidad - objeto - plazo de vigencia - Vlr. Total contratado)	Tipo de contrato: OPS Objeto: Prestación de servicios como Abogada. Plazo: 08/09/2026 a 31/12/2026 Vlr. Total contrato:
Otros contratos **vigentes** (laboral - labor - aprendizaje - ocasional de trabajo - otros)	Tipo de contrato: Objeto Plazo Vlr. Total contrato
Otros contratos **vigentes** (laboral - labor - aprendizaje - ocasional de trabajo - otros)	Tipo de contrato No. de contrato objeto Plazo Vlr. Total contratado
Pertenezco al régimen tributario	Común__ Simplificado: X
Régimen de excepción	NOTA 1: APLICA__ NO APLICA: X Pertenece a regímenes excepción razón por la cual debe cancelar los aportes correspondientes a salud al Ministerio de Protección Social - Fondo de Solidaridad y Garantías (FOSYGA), en las condiciones establecidas por esta entidad.
Pago de pensión	NOTA 2: APLICA__ NO APLICA: X El (la) suscrita bajo la gravedad de juramento informa que, de acuerdo a la circular externa 0032 del 23 de mayo de 2007 del Ministerio de Salud y la Protección Social y el artículo 61 de la Ley 100 de 1993 se encuentra exceptuado de cotizar a pensión, toda vez que: (en caso de aplicar, señalar con "X", la excepción que aplique) 1. Nunca ha cotizado en materia pensional y cuenta con 50 años de edad o más, si se es mujer, o 55 años de edad o más, si se es hombre. ___

DISAN

	2. Se encuentra pensionado por invalidez por el Instituto Seguros Sociales o por cualquier Fondo, Caja o Entidad del sector público o recibió la indemnización sustitutiva de la pensión de vejez o de invalidez por riesgo común (esta excepción no aplica en caso que la invalidez hubiere cesado o desaparecido, en virtud de los programas de readaptación y rehabilitación por parte del Instituto) ___ (Adjuntar acto administrativo)
Estado civil	Unión libre
Datos cónyuge o compañero permanente: Nombre completo - identificación - empresa o entidad con la cual labora o presta sus servicios - aclare si labora con el MINISTERIO DE DEFENSA - EJC - FAC - ARMADA NACIONAL - Entidad adscrita o vinculada a MINDEFENSA y bajo que condición.	Nombre: Cristian Ismael Vásquez zambrano Identificación: 91.516.509 Empresa: Gobernación de Santander Es militar o civil vinculado bajo cualquier modalidad al MINISTERIO DE DEFENSA - EJC -FAC - ARMADA NACIONAL - Entidad adscrita o vinculada al MINDEFENSA: SI [ ] Especifique: NO: X
No. De hijos - nombre - identificación	No. de hijos: 2 Nombre:
Tiene familiares que pertenecen al MINISTERIO DE DEFENSA - EJC - FAC - ARMADA NACIONAL - Entidad adscrita o vinculada a MINDEFENSA	NO Grado de consanguinidad: XXXXXXXXX Cargo que desempeña: SI___ NO__x____
Inhabilidades e incompatibilidades.	Me encuentro incurso en alguna causal de inhabilidad e incompatibilidad Constitucional o legal: SI [ ] Especifique: NO [X]

FIRMA Y POSFIRMA Cedula: 63.398.241 Málaga

DISAN

CONFIDENCIAL

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJERCITO NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD

FORMATO DE ENTREVISTA ESTRUCTURADA O.P.S

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha _____

YO: Angela Sanabria Fajardo, identificado-a con CC. 63.398.241 de Malaga. Me presento de forma libre, espontanea para ser evaluado-a por el área de salud mental (psicología) del ESM Dmbg., para el proceso de selección de la vacante Abogada. Doy mi consentimiento, de mi libre voluntad y sin ser presionado-a de ninguna manera, para responder las preguntas propias de la evaluación, autorizo al profesional de registrar la información requerida y emitir el concepto profesional de Salud Mental. Consiente de los principios de biótica y deontología, y en confidencialidad, privacidad y reserva de la información, los cuales se me han explicado suficientemente.
FIRMA _____ C.C. 63.398.241

El objetivo de esta entrevista es realizar una Evaluación Psicológica para el proceso de selección (aptitud psicofisica), se realizara una entrevista al aspirante y se registran los resultados en el formato de entrevista, su resumen en formato de Formato Resultado Concepto de Evaluación Psicológica junto con los resultados de la prueba de personalidad que va anexo a la carpeta de documentos.

CIUDAD B/manga. FECHA EVALUACIÓN Diciembre 15/25 UNIDAD: DMBUG.

APELLIDOS Y NOMBRES: Sanabria Fajardo Angela		**C.C.**	63.398.241
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: Concepción (Sder) 5/03/1984			
EDAD: 41	**ESTADO CIVIL:** DL.	**ESCOLARIDAD:** Profesional	
DIRECCION DE RESIDENCIA: Cra 23 # 31-63		**TELEFONO:** 3212161411	
ESTUDIOS REALIZADOS: PREGRADO UNIVERSIDAD/ AÑO EGRESO Unicolicia (Presencial). 2021		**UNIDAD A LA QUE ASPIRA:** DMBUG	
POST GRADO: TITULO:	**UNI:** **AÑO EGRESO**		
ENTREVISTA: 1 VEZ ____ **2 O +** X		**E-MAIL:**	

I. **DIMESION PERSONAL** (permita que el evaluado describa sus fortalezas y debilidades, áreas de ajuste, habilidades sociales, valores, liderazgo, proyecto de vida, afrontamiento, control emocional, energía, dinamismo, motivación, y manejo de situaciones críticas, control del estrés.)

CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD/DESCRIPCION:

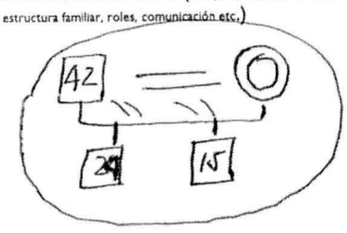
Alegre, Compañerista, Responsable, Tranquila, Respetuosa.

II. **DIMENSION FAMILIAR** (Describa la dinámica familiar, roles, procesos de comunicación, redes de apoyo, funcionamiento de su núcleo familiar.)

II A. DIMENSION AFECTIVA (Describa situación afectiva del evaluado, si tiene actualmente pareja, si su pareja (esposo-Novio apoya, descripción de relación, como se siente afectivamente.)

Vive con la Pareja y 2 hijos de 15 y 24 años.

FAMILIOGRAMA: (Dibuje el mapa de la estructura familiar, describa estructura familiar, roles, comunicación etc.)



Buenos niveles de comunicación y trato.
Red de apoyo funcional.

Nombre de Personas con quien vive	Edad	Actividad / ocupación	Tipo de Relación
Cristian Vasquez	42	Contratista	Pareja.
Jesus A. Gamboa	24	Tugo. Mecanico.	Hijo.
Angel A. Vasquez	15	Estudiante	Hijo

DISAN

CONFIDENCIAL

III. DIMENSION LABORAL (Solicite al evaluado información con su experiencia laboral,)

DESCRIPCION DE EXPERIENCIA LABORAL

Nombre de Empresa	Cargo que ocupaba	Tiempo Laborado	Nombre Jefe Inmediato	Motivo de salida
Alcaldia B/ga.	Coord Juridica	3 años	Dra. Silvia C.	Terminacion C.
DMBUG.	" "	Lato	Hy Bonilla	Activa.

III A. Realice una descripción de su perfil profesional (el evaluado debe describir preparación técnica, profesión y preparación e impacto a nivel organizacional, labores, funciones que ha desempeñado):

Responsable, Estricta, Justa.

IIIB. Describa fortalezas y Debilidades profesionales (Descripción de estos aspectos por parte del evaluado)

Fortalezas: Responsable, Trabajadora, Dedicada.
Debilidades: Bajo niveles a la Frustracion.

III C. Si el evaluado continua con contrato: Que considera que debe mejorar en su desempeño / Institución, Otro, Cual?:

Tiempo laborado con Institución Lato Fortalezas Responsable Debilidades Frustracion.

III D. LO QUE ATRAE AL CANDIDATO (el evaluado debe describir cada ítem referido)	
1. Estabilidad laboral	
2. Oportunidades / laboral y/o promoción.	
3. Salario.	
4. Oportunidad de demostrar habilidades y conocimientos. (describa su aporte Institucional)	
5. Reputación de la Institución.	
7. Seguridad y beneficios adicionales.	
8. Formación y desarrollo profesional.	
9. Mision Institucional.	
10. Atmósfera/clima de trabajo.	

IV. DIMENSION SALUD ANTECEDENTES PSICOPATOLÓGICOS (Es importante que el evaluado de a conocer su situación)

ASPECTOS CLINICOS	SI	NO	OBSERVACIONES
¿USTED A SIDO VALORADO O TRATADO POR PSICOLOGÍA Y/O PSIQUIATRÍA		X	
¿PRESENTA ALTERACIONES EN EL SUEÑO?		X	
¿SUS HABITOS DE ALIMENTACIÓN SON NORMALES?	X		
¿ESCUCHA VOCES, OBSERVA OBJETOS O PERSONAS QUE NADIE MAS VE?		X	
¿PRESENTA USTED CAMBIOS CONSTANTES EN SUS ESTADOS DE ANIMO?		X	
¿CONSUME ALCOHOL? CON QUE FRECUENCIA?		X	
¿HA CONSUMIDO O PROBADO ALGÚN TIPO DE DROGA ILÍCITA? CUAL?		X	
¿LLORA USTED FACILMENTE O SE DEPRIME CON FACILIDAD?		X	
¿EN SU FAMILIA HAY ANTECEDENTES DE SUICIDIO?		X	
¿EN SU FAMILIA HAY ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD MENTAL?		X	
USTED ALGUNA VEZ HA INTENTADO QUITARSE LA VIDA?		X	
USTED EN ALGUNA OCASIÓN HA PENSADO EN QUITARSE LA VIDA?		X	

III E. COMO SE ENTERO DE LA VACANTE?

Familiar: ___ Amigo: ___ Conocido X (Grado: _____)
Aviso: ___ Internet: ___ Otro Medio ___ Cual?

IV A. DESCRIBA SU SALUD ACTUALMENTE (El evaluado debe referir su estado actual, enfermedades, tratamientos, antecedentes familiares etc)

V.DIMENSION SOCIAL Y ECONÓMICA (el evaluado debe referir su experiencia en esta dimensión)

Participa en Actividades sociales: Si X No___ Cuales? Trabajo-Colegio-Fiaal Frecuentes Ocasional.
Posee Amigos / Amistades? : Si X No___ Obser: _____
Practica deportes Si___ No X Actividades Tiempo libre: Fútbol
Personas a cargo: X vivienda propia X Alquilada ___
Haga una descripción sobre su manejo del dinero Organizada.
Se siente bien remunerado: Si X No___ Pq? _____

RESULTADOS PRUEBA DE PERSONALIDAD – CAQ

D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	Pa	Pp	Sc	As	Ps
26	1 6	12 7	9 6	6 6	10 6	1 4	6 6	13 5	3 6	14 7	4 6

CONCEPTO PSICOLÓGICO FINAL: (Haga una descripción del examen mental, el resultado de la entrevista (describiendo puntos importantes, emita un concepto final de si se encuentra psicológicamente equilibrado, ausencia de psicopatología en el momento de la evaluación y/o requiere remisión a un profesional de psiquiatría).

Al momento de la Valoracion, se percibe Ubicada en las tres esferas, pensamiento logico. Sin antecedentes psicopatologicos. Red de apoyo funcional. CAQ: Escalas dentro de parametros normales.

Favorable X Desfavorable ___

Dra. Consuelo Calderón Cotzo
Psicologa UPB
TP 63.348.266

UNIDAD, NOMBRE CLARO, FIRMA Y SELLO DEL PSICOLOGO EVALUADOR

DIGITAL

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 21:49:12 horas del 26/08/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **63398241,** Apellidos y Nombres **SANABRIA FAJARDO ANGELA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ALCALDIA DE BUCARAMANGA** , con NIT **890201222-0** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E INTERPOL

Área de Administración de Información Criminal

ENLACES DE INTERÉS

› Portal web DIJIN

› Consulta Antecedentes Judiciales

› Protección de Datos

SÍGANOS EN LAS REDES SOCIALES

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

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

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 63398241 **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 21/08/2026 11:00 AM

Código Verificación: **G631VLHYE9**

Válida hasta: **19/11/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC