IDACOHUILA	GESTION JURÍDICA Y CONTRACTUAL	Gobernación del Huila
		Código: GJC-P01-F01
Fecha Aprobación: 17 de Enero de 2026	CHECK LIST DOCUMENTO CONTRATISTAS PERSONAS NATURALES	Versión: 03
		Página ___ de ___

NOMBRE DEL CONTRATISTA: Angela Milena Pajaro — CEDULA DE CIUDADANIA: 30507493

No	DOCUMENTOS	SI	NO	N.A	FOLIO	VERIFICACION DE LA ENTIDAD	OBSERVACIONES
	DE LA ENTIDAD						
1	Certificación sobre la no disponibilidad de personal de planta para satisfacer la necesidad						
2	Existencia disponibilidad presupuestal						
3	Verificación coherencia y existencia código plan anual de adquisiciones						
4	Estudios Previos						
	DEL CONTRATISTA						
7	Carta de presentación de oferta de servicios	✓					
8	Fotocopia de la cédula de ciudadanía ampliada al 150%	✓					
9	Formato hoja de vida en el sistema de información y gestión del empleo público -SIGEP-. Con el sello correspondiente.	✓					
10	Declaración de bienes y rentas y registro de conflictos de interés (función publica) ley 2013 de 2019 Https://www.funcionpublica.gov.co/fdci/login/auth?opciondestino=ley2013	✓					
11	Certificado de cuenta bancaria personal	✓					
12	Registro SECOP ii (constancia de inscripción)	✓					
13	Fotocopia legible del registro único tributario -Rut	✓					
14	Certificación de afiliación como independiente a Salud y Pensión – Activo Cotizante o última planilla de pago de salud y pensión.	✓					
15	Copia acta de grado o título universitario y certificados de estudios en especializaciones	✓					
16	Certificaciones de experiencia	✓					
17	Fotocopia legible de la tarjeta profesional (en los casos en que se requiera)	✓					
18	Fotocopia de constancia de vigencia de la profesión expedida por el órgano competente y antecedentes especiales (en los casos en que se requiera)	✓					
19	Fotocopia de la libreta militar (hombres menores de 50 años)			X			
20	Certificado antecedentes fiscales vigentes	✓					
21	Certificado de antecedentes disciplinarios expedido por la procuraduría general de la nación, vigentes	✓					
22	Certificación antecedentes judiciales del proponente	✓					
23	Certificado de sistema registro nacional de medidas correctivas RNMC	✓					
24	Paz y salvo multas y sanciones por infracciones de tránsito (SIMIT)	✓					
25	Certificado de registro de deudores alimentarios morosos - REDAM	✓					
26	Autorización y copia de la consulta de inhabilidades por delitos sexuales contra menores de edad, para quienes prestaran servicios que involucren una relación directa y habitual con menores (Ley 1918 de 2018)	✓					
27	Certificado examen médico salud ocupacional	✓					
28	Declaración de origen de fondos						
29	Declaración de inasistencia alimentaria						
30	Consulta de delitos sexuales	✓					
31	Certificación de pago de aportes al sistema de seguridad social y parafiscales						
	DE LA ENTIDAD						
30	Minuta de Contrato						
31	Clausulado del Contrato						
	DOCUMENTOS POS CONTRACTUALES						
32	Registro Presupuestal (RP)						
33	Certificado de ARL						
34	Garantías (Si Aplica)						
35	Pago de Estampillas (Si Aplica)						
36	Designación de Supervisión						
37	Acta de Inicio						

El responsable designado por el Instituto _____, certifica la validación de los documentos aportados con las plataformas correspondientes y existencia de todos los documentos en listados, que se anexan al Estudio Previo.

Firma: _____

Neiva, Huila, 04 de septiembre de 2026

Señores
INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE ACCIÓN COMUNAL DEL HUILA – IDACOHUILA
Departamento del Huila
Neiva, Huila

Asunto: Presentación de oferta de servicios profesionales de Contaduría Pública

Cordial saludo,

Por medio de la presente, me permito presentar a consideración del Instituto Departamental de Acción Comunal del Huila – IDACOHUILA, mi oferta de servicios profesionales como Contadora Pública, con el propósito de poner a disposición de la entidad mis conocimientos, experiencia y capacidades profesionales para apoyar el desarrollo de las actividades relacionadas con la gestión contable, financiera y administrativa.

Cuento con disposición para contribuir al fortalecimiento de los procesos internos, procurando que la información financiera y contable sea oportuna, confiable, organizada y verificable, bajo principios de responsabilidad, transparencia, confidencialidad y ética profesional.

En este sentido, manifiesto mi interés en prestar mis servicios profesionales a IDACOHUILA, comprometiéndome a desarrollar las actividades que sean requeridas de manera eficiente y responsable, atendiendo las necesidades de la entidad y dando cumplimiento a las obligaciones que se establezcan en el correspondiente contrato de prestación de servicios.

Agradezco la atención prestada a la presente oferta y quedo atenta a la posibilidad de ampliar la información sobre mi perfil profesional, experiencia y propuesta económica, así como a participar en el proceso que la entidad considere pertinente.

Cordialmente,



Angela Mileny Fajardo Proaños
TP. 298242-T
CC. 30.507.493
Cel. 3227719916
milenypronaos@gmail.com

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 30507493

FAJARDO PROAñOS
APELLIDOS

ANGELA MILENY
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 17-MAR-1982

GUADALUPE
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.54 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

23-MAR-2000 FLORENCIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

P-4400100-32082172-F-0030507493-20000918 00298 00256A 02 075648635

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Fajardo	Proaños	Angela Mileny

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 30507493	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 17 MES 03 AÑO 1982

PAÍS COLOMBIA

DEPTO HUILA

MUNICIPIO GUADALUPE

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 27A 53B 10 NORTE QUINTAS DE SAN LUIS

PAÍS COLOMBIA DEPTO HUILA

MUNICIPIO NEIVA

TELÉFONO 3227719916 EMAIL milenypronaos@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	EDUCACION MEDIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	1999

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	
POSTGRADO	2	X		ESPECIALISTA DE GERENCIA DE LA CALIDAD Y AUDITORIA EN SALUD	11	2023	
PREGRADO	9	X		CONTADURIA PUBLICA	11	2019	

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 CORPORACION PARA LA PROMOCION DE LA CULTURA Y EL TURISMO DEL HUILA "CORPOSANPEDRO"			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* NEIVA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 317863650	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	05	*Mes*	01	*Año*	2026	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASISTENTE ADMINISTRATATIVO	*DEPENDENCIA* SUBDIRECCION ADMINISTRAIVA Y FINANCIERA						*DIRECCIÓN* CARRERA 4 8 53 TEATRO PIGOANZA					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD IPS GAMADENT SAS			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* NEIVA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3134237697	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	11	*Año*	2024	*Día*	31	*Mes*	01	*Año*	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL JEFE AREA FACTURACION	*DEPENDENCIA* DEPARTAMENTO FACTURACION						*DIRECCIÓN* CALLE 16 7 68 BARRIO QUIRINAL					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD RAYOS X DEL HUILA SAS			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* NEIVA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8643507	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	07	*Mes*	02	*Año*	2025	*Día*	27	*Mes*	11	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUDITORA DE FACTURACION	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA Y FACTURACION					*DIRECCIÓN* CALLE 6 13 36 BARRIO ALTICO						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD COMFAMILIAR EPS EN LIQUIDACION			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* NEIVA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	02	*Año*	2024	*Día*	23	*Mes*	08	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL EJECUTIVA DE CARTERA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA					*DIRECCIÓN* CARRERA 5 10 38						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD COMFAMILIAR EPS EN LIQUIDACION			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* NEIVA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 312531493	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	10	*Año*	2023	*Día*	31	*Mes*	01	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL AREA FINANCIERA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO					*DIRECCIÓN* CARRERA 5 10 38						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD MANPOWER GROUP DE COLOMBIA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* NEIVA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 312531493	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	28	*Mes*	10	*Año*	2022	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL DEL AREA FINANCIER	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVO Y FINANCIERA					*DIRECCIÓN* CARRERA 5 10 38						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CAJA DE COMPENSACIÓN COMFAMILIAR HUILA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* NEIVA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6088664452	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	03	*Año*	2017	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS	*DEPENDENCIA* AUDITOR DE CUENTAS MEDICAS					*DIRECCIÓN* CALLE 11 5 63						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SOLTEMPO - COMFAMILIAR DEL HUILA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* NEIVA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 608884452	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	27	*Mes*	09	*Año*	2016	*Día*	26	*Mes*	02	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS	*DEPENDENCIA* AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS						*DIRECCIÓN* CALLE 11 5 63					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD COMFAMILIAR DEL HUILA-TEMPOSUR			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* NEIVA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	06	*Mes*	10	*Año*	2014	*Día*	27	*Mes*	02	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS	*DEPENDENCIA* AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS						*DIRECCIÓN* CALLE 11 5 63					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SOLTEMPO - COMFAMILIAR DEL HUILA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* NEIVA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 608884452	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	30	*Mes*	09	*Año*	2013	*Día*	29	*Mes*	09	*Año*	2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS	*DEPENDENCIA* AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS						*DIRECCIÓN* CALLE 11 5 63					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD FORMAR COOPERATIVA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* NEIVA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8722463	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	01	*Año*	2013	*Día*	30	*Mes*	08	*Año*	2013
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS	*DEPENDENCIA* AREA DE CUENTAS MEDICAS						*DIRECCIÓN* CALLE 11 1 14					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD FORMAR COOPERATIVA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* NEIVA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8722463	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	30	*Mes*	10	*Año*	2012	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2012
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS	*DEPENDENCIA* AREA DE CUENTAS MEDICAS						*DIRECCIÓN* CALLE 11 1 14					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD FORMAR COOPERATIVA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* NEIVA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	07	*Año*	2012	*Día*	05	*Mes*	08	*Año*	2012
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS	*DEPENDENCIA* AUDITOR DE CUENTAS MEDICAS					*DIRECCIÓN* CALLE 11 1 14						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD JP COMPUTADORES			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CAQUETÁ	*MUNICIPIO* FLORENCIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3103231920	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	10	*Mes*	05	*Año*	2010	*Día*	15	*Mes*	09	*Año*	2010
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUX. ADMINISTRATATIVO Y CONTAB	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA - CONTABLE					*DIRECCIÓN* CALLE 11 9A 20 BARRIO LA ESTRELLA BAJA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD PANIFICADORA AUTOPAN			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CAQUETÁ	*MUNICIPIO* FLORENCIA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 4351426	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	04	*Año*	2003	*Día*	10	*Mes*	09	*Año*	2010
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUX CONTABLE Y ADMINISTRATIVA	*DEPENDENCIA* ADMINISTACION Y CONTABILIDAD					*DIRECCIÓN* CARRERA 3A 21A 2 LOS ALPES						

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	19	10
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO __ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E 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

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	2026-09-07 11:00

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
ANGELA	MILENY	FAJARDO	PROAÑOS

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	30507493

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	HUILA	Municipio	GUADALUPE

Lugar de domicilio					
País	COLOMBIA	Departamento	HUILA	Municipio	NEIVA

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	GOBERNACION DE HUILA

Lugar de sede					
País	COLOMBIA	Departamento	HUILA	Municipio	NEIVA
Dirección	["Carrera 4 Calle 8 Esquina"]				
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	$21.759.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$1.626.000,00
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	$22.995.000,00
TOTAL	$46.380.000,00

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	$1.274.000,00
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$69.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
MUEBLE	COLOMBIA	HUILA	NEIVA	$23.311.000,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
CREDITO	$3.224.000,00

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:

Certificación
Bancaria

Miércoles, 02 de septiembre de 2026

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que ANGELA MILENY FAJARDO PROAÑO identificado(a) con CC 30507493, 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	45473481719	2017-03-03	Activo	*****

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.
*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345.Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

VIGILADO BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario

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

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

Datos del usuario guardados

Editar

Información del usuario



Cargo	CONTRATISTA
Título	Sra.
Nombre	ANGELA MILENY
Apellidos	FAJARDO PROAÑOS
Fecha de Nacimiento	17/03/1982 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Nivel Educativo	Posgrado
Género	Mujer
¿Tiene alguna discapacidad?	○ Si ◉ No
Nombre y apellido	ANGELA MILENY FAJARDO PROAÑOS
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	30507493
Dirección	CRA 27 A No 53 B 10
Código postal	
Estrato	1
Ubicación	Neiva
País	COLOMBIA
Correo electrónico	milenypronaos@gmail.com
Teléfono	3227719916
Celular	3227719916

Configuración

Zona horaria	(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito
Idioma	Español (Colombia)
Configuración regional	Spanish (Colombia)

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad	¿Cuál era la ciudad donde trabajó por primera vez?
Respuesta	Guadalupe
SMS para recuperar la contraseña	3227719916

Editar

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141275294236

(415)7707212489984(8020) 000014127529423 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
3 0 5 0 7 4 9 3	4	Impuestos y Aduanas de Neiva 1 3	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	30507493	

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

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

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Huila 4 1	Neiva 0 0 1

41. Dirección principal: CR 27 A 53 B 10 BRR QUINTA DE SAN LUIS

42. Correo electrónico: angelamfp39@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 2 7 7 1 9 9 1 6	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
0 0 1 0	2 0 2 5 0 2 0 7	6 9 2 0	2 0 2 6 0 9 0 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 5																									

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

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

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2026-09-05 / 02:15:45AM

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 FAJARDO PROAÑOS ANGELA MILENY

985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 05-09-2026 02:16:30AM

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

SEP 07 2026 - 10:05:08
CORRESPONSAL
APUESTAS NALES DE COLO
CRA 5 9-35
BANCO DE BOGOTA

SERVICIO: 0000001139
FACTURA: 00000000008642840892
VALOR: $ 534.200
TOTAL: $ 534.200

IAL :	ANGELA MILENY FAJARDO
CIÓN:	CC-30507493
NDENCIA O SUCURSAL:	01
.NDENCIA O SUCURSAL:	INDEPENDIENTE
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2026-09-07
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-10-22
PERÍODO PENSIÓN:	2026-09
PERÍODO SALUD:	2026-09
NÚMERO PLANILLA:	8642840892
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8642840892
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 1.750.905	$ 0	$ 0	$ 0	$ 218.900	$ 218.900
231001	800227940	COLFONDOS	1	$ 1.750.905	$ 0	$ 0	$ 0	$ 280.200	$ 280.200
CCF32	891180008	COMFAMILIAR DEL HUILA	1	$ 1.750.905	$ 0	$ 0	$ 0	$ 35.100	$ 35.100
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 534.200	$ 534.200

SIN PAGAR

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	24/11/2026

Corporación Universitaria Minuto de Dios

Angela Mileny Fajardo Proaños

CC No. 30.507.493

Ha cumplido con los requisitos académicos exigidos por la Institución, la cual, con las debidas autorizaciones le otorga el título de

Contadora Pública

en testimonio se firma y sella este diploma

Consejo de Fundadores

Rector General

Rector UVD

Secretario General

SECRETARÍA GENERAL

Personería Jurídica otorgada por resolución 10345 del 1 de agosto de 1990, Ministerio de Educación Nacional

República de Colombia

Documento protegido con Marca de Agua Digital, verifique con SecureDoc

Folio 551 del Libro de Registro No. 011
Neiva, 17 de julio de 2020
No. 125539

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería Jurídica, Resolución 2419 del 20 de Diciembre de 1965 del Ministerio de Educación Nacional.
Resolución No. 911 del 7 de Mayo de 1974 de la Superintendencia Nacional de Cooperativas.
Resolución No. 1950 del 24 de Julio de 2002 emanada del Ministerio de Educación Nacional.

En atención a que

ANGELA MILENY FAJARDO PROAÑOS

con Cédula de Ciudadanía No. 30.507.493 de Florencia
Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos
por la Universidad, le confiere el título de

ESPECIALISTA EN GERENCIA DE LA CALIDAD Y AUDITORÍA EN SALUD

En testimonio de ello le expide el presente diploma y se firma en
Neiva el día 01 de diciembre de 2023
Libro de Registros No. 0070620231 Folio No. 041 Registro No. 0405
Refrendado en Neiva el día 30 de noviembre de 2023

Director (a) Sede

Rector (a)

Gloria Patricia Ramírez
Secretario (a) General

Este documento fue firmado digitalmente conforme a la legislación colombiana vigente.

Registros y Diplomas Martha Lucila Calcina Manjarres

VIGILADA MINEDUCACIÓN

CORPORACIÓN PARA LA PROMOCIÓN DE LA CULTURA Y EL TURISMO DEL HUILA "CORPOSANPEDRO"

NIT. 900.795.395-1

CERTIFICADO LABORAL

A QUIEN INTERESE

Por medio de la presente certificamos que señora ANGELA MILENY FAJARDO PROAÑOS identificada con cédula de ciudadanía No. 30.507.493 laboró para nuestra organización desde el día 05 de enero de 2026 al 30 de junio de 2026 en el cargo de ASISTENTE ADMINISTRATIVA con un salario fijo mensual de dos millones doscientos sesenta y siete mil ochocientos cuarenta pesos ($2.267.840). más auxilio de transporte.

Extendemos la presente certificación para los fines que estime conveniente; para constancia de lo anterior se firma en el municipio de Palermo Huila a los 30 días de junio de 2026.

Cualquier información adicional, se podrá comunicar al teléfono 3178636503.

Atentamente,

ADRIANA ROJAS SALAZAR
Directora ejecutiva CORPOSANPEDRO

Rayos X del Huila S.A.S.

LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL
DE RAYOS X DEL HUILA S.A.S.
NIT 900355585-5

CERTIFICA QUE:

La señora **ANGELA MILENY FAJARDO PROAÑOS** identificada con cédula de ciudadanía No **30.507.493**, laboró en nuestra empresa desde el 07 de febrero de 2025 hasta el 27 de noviembre de 2025, mediante contrato por obra o labor, desempeñando el cargo **AUDITORA DE FACTURACIÓN**, con salario básico mensual de $1.423.500.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los nueve (09) días del mes de diciembre de 2025

HILDA MARCELA LOZANO GUTIERREZ
REPRESENTANTE LEGAL
RAYOS X DEL HUILA S.A.S

ELABORO: MÓNICA DÍAZ

REVISO: MARCOS TRUJILLO

Powered by CamScanner

GAMADENT IPS
NIT: 900933590-2
CALLE 16 # 7-68 BARRIO QUIRINAL - NEIVA
CEL: 313 423 7697 - TEL: 8711818 - EMAIL: gamadentips@hotmail.com

CERTIFICACIÓN DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

A QUIEN INTERESE

GAMADENT IPS, certifica que ANGELA MILENY FAJARDO PROAÑOS, identificada con cédula de ciudadanía No. 30.507.493, prestó sus servicios profesionales a esta institución mediante Contrato de Prestación de Servicios, desempeñándose como PROFESIONAL EN GESTIÓN DE FACTURACIÓN, durante el período comprendido entre el 01 de noviembre de 2024 y el 31 de enero de 2026.

La profesional desarrolló actividades relacionadas con la gestión integral del proceso de facturación de servicios de salud, así como con la generación y validación de RIPS, gestión de glosas, conciliación de cuentas y apoyo a la gestión de cartera, entre otras actividades inherentes al objeto contractual.

PRINCIPALES FUNCIONES Y ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

1. Gestionar el proceso de facturación de los servicios de salud prestados por la IPS, verificando la correcta elaboración, oportunidad, consistencia y cumplimiento de los requisitos establecidos.
2. Generar, validar y revisar los RIPS (Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud), garantizando la calidad, exactitud y cumplimiento de los requisitos normativos y operativos aplicables.
3. Revisar y verificar las cuentas médicas y sus respectivos soportes, asegurando la consistencia de la información requerida para su correcta radicación ante las entidades responsables de pago.
4. Gestionar, analizar y responder las glosas formuladas por las entidades responsables de pago, realizando la revisión de las causales, recopilación de soportes y elaboración de las respuestas correspondientes.
5. Realizar seguimiento a las glosas, verificando su estado, aceptación, levantamiento y/o reconocimiento, con el propósito de contribuir a la recuperación de los recursos correspondientes a los servicios facturados.
6. Realizar procesos de conciliación de cuentas y glosas con las entidades responsables de pago, verificando diferencias entre los valores facturados, glosados, aceptados, reconocidos y pendientes de pago.
7. Apoyar la gestión de cartera, realizando seguimiento a las cuentas radicadas, saldos pendientes, pagos, devoluciones y demás situaciones relacionadas con el recaudo de los servicios facturados.
8. Apoyar la gestión y revisión de documentos equivalentes y demás soportes requeridos para las cuentas de cobro, verificando el cumplimiento de los requisitos establecidos.
9. Elaborar y/o apoyar la elaboración de informes de facturación, glosas, conciliaciones y cartera, suministrando información para el seguimiento y control de los procesos administrativos y financieros de la IPS.
10. Verificar la documentación y soportes de las cuentas médicas, contribuyendo al cumplimiento de los requisitos establecidos por las entidades responsables de pago y la normatividad vigente.

11. Apoyar las actividades administrativas relacionadas con el proceso de facturación y cuentas médicas, de acuerdo con las necesidades y procedimientos internos de la institución.

La profesional desarrolló las actividades anteriormente descritas durante el período certificado, en cumplimiento de las obligaciones establecidas en el contrato de prestación de servicios.

Se expide la presente Certificación de Experiencia Profesional a solicitud de la interesada, para efectos de acreditar experiencia profesional ante entidades públicas, privadas y/o procesos de selección y convocatorias laborales, en Neiva, Huila, a los 02 días del mes de septiembre de 2026.

MAURICIO GARZON MANTILLA
Representante Legal
GAMADENT IPS

EL PROGRAMA DE ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL HUILA COMFAMILIAR EN LIQUIDACIÓN IDENTIFICADA CON NIT 891.180.008-2

HACE CONSTAR

Que **ANGELA MILENY FAJARDO PROAÑOS,** Identificada con Cédula de Ciudadanía No. 30.507.493 DE FLORENCIA-CAQUETA, prestó sus servicios al PROGRAMA DE ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL HUILA COMFAMILIAR EN LIQUIDACIÓN IDENTIFICADA CON NIT 891.180.008-2, por medio del contrato que a continuación se relaciona:

CONTRATO No:	**0234-L-EPS DE 2024**
CLASE DE CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS
CONTRATANTE:	PROGRAMA DE ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL HUILA COMFAMILIAR EN LIQUIDACIÓN
CONTRATISTA:	**ANGELA MILENY FAJARDO PROAÑOS**
OBJETO:	El contratista se compromete a prestar sus servicios profesionales en el área de cartera del programa de entidad promotora de salud de la caja de compensación familiar del huila comfamiliar en liquidación, identificado con nit. 891.180.008-2, de conformidad con la resolución 2022320010005521-6 de fecha 26 de agosto de 2022 expedida por la superintendencia nacional de salud "por medio de la cual se ordena la toma de posesión de los bienes, haberes y negocios y la intervención forzosa administrativa para liquidar el programa de la entidad promotora de salud de la caja de compensación familiar del huila –comfamiliar eps en liquidación, identificada con nit 891.180.008-2.
FECHA DE INICIO:	PRIMERO (01) DE FEBRERO DE 2024
FECHA DE FINALIZACIÓN:	VEINTITRÉS (23) DE AGOSTO DE 2024
PLAZO EJECUTADO:	SEIS (06) MESES Y VEINTITRES (23) DÍAS
ESTADO:	**LIQUIDADO**
VALOR TOTAL EJECUTADO:	TREINTA MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS M/CTE ($ 30.450.000)
OBLIGACIONES:	1. Realizar todos los actos, acciones y actuaciones extrajudiciales y administrativas necesarias para la representación extrajudicial, administrativa o gubernativa del Programa De Entidad Promotora De Salud De La Caja De Compensación Familiar Del Huila- COMFAMILIAR EN LIQUIDACIÓN identificada con NIT 891.180.008-2 tendientes a la recuperación de las carteras objeto del presente contrato. 2. Realizar todos los actos, acciones y actuaciones tendientes a dar cumplimiento a los parámetros de cobro de cartera establecidos en las Resoluciones No. 1702 de 2021 y 2082 de 2016 y sus respectivos Anexos Técnicos, expedidas por la Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales y Resolución dispuesto en la Resolución No. 00008 de 2022 expedida por el agente especial liquidador "Por medio de la cual se adopta el Manual de Cobro de Cartera del Régimen Contributivo del Programa de Entidad Promotora de Salud de la Caja de Compensación Familiar del Huila COMFAMILIAR EN

	LIQUIDACIÓN identificada con NIT. 891.180.008-2". 3. Adelantar los trámites administrativos necesarios, agotar los mecanismos alternos de solución de conflictos; convocar, iniciar, adelantar y llevar hasta su culminación cuando lo considere procedente audiencias de conciliación, presentar acciones constitucionales como la acción de tutela, popular, de grupo, de cumplimiento, y/o los que tengan por objeto o por efecto la recuperación de la cartera o de cualquier suma de dinero que resulte a favor del Programa De Entidad Promotora De Salud De La Caja De Compensación Familiar Del Huila- COMFAMILIAR EN LIQUIDACIÓN identificada con NIT 891.180.008-2 adeudados por cualquier tipo de persona natural o jurídica. 4. Acompañar el proceso de depuración o castigo de la cartera, como consecuencia de la imposibilidad de constituir un título con características de una obligación clara, expresa y exigible que permita su ejecución en instancia judicial. 5. Emitir conceptos contables, cuando una vez agotados todos los recursos y procedimientos de cobro se establezca que no se cuenta con los soportes necesarios para la ejecución del cobro, expresando por escrito su concepto el cual debe de informarse y ser demostrable o sustentable, para que se proceda a dar de baja los saldos irrecuperables de la contabilidad del Programa De Entidad Promotora De Salud De La Caja De Compensación Familiar Del Huila- COMFAMILIAR EN LIQUIDACIÓN identificada con NIT 891.180.008-2. 6. Levantar actas que evidencien las situaciones administrativas, contables, jurídicas y financieras que conllevarían la decisión de efectuar la depuración o castigo de determinada cartera o saldo contable pendiente de recaudo a favor del Programa De Entidad Promotora De Salud De La Caja De Compensación Familiar Del Huila- COMFAMILIAR EN LIQUIDACIÓN identificada con NIT 891.180.008-2. 7. Determinar la existencia de los soportes correspondientes y, en coordinación con los responsables del archivo de la entidad, ubicar los que corresponden a vigencias anteriores de manera que se refleje la realidad financiera económica y social del Programa De Entidad Promotora De Salud De La Caja De Compensación Familiar Del Huila- COMFAMILIAR EN LIQUIDACIÓN identificada con NIT 891.180.008-2. 8. Revisar los libros contables del Programa De Entidad Promotora De Salud De La Caja De Compensación Familiar Del Huila- COMFAMILIAR EN LIQUIDACIÓN identificada con NIT 891.180.008-2 y documentos existentes o utilizar los mecanismos a que se refiere la Contaduría General de la Nación para soportar o ajustar los saldos reflejados de la respectiva cuenta. En el caso en que no se ubiquen los soportes, activar los mecanismos necesarios para efectuar su depuración. 9. Administrar y conservar en forma clasificada y organizada los documentos y la información relativa a las operaciones

	que se adelanten en desarrollo del proceso de recuperación de las carteras objeto del presente contrato. 10. Efectuar el análisis y evaluación de los diferentes informes generados por los organismos de control en lo relacionado con el tema de recuperación de cartera y elaboración de propuestas para corregir las inconsistencias establecidas. 11. Rendir los informes que sean solicitados por las autoridades competentes en relación con las obligaciones pactadas en el presente contrato. 12. Identificar, clasificar y proponer los ajustes de depuración contable de las partidas o saldos contables que cumplan con las siguientes condiciones: i) Determinar la existencia de valores que afectan la situación patrimonial por no representar derechos, bienes u obligaciones ciertas. ii) Comprobar derechos u obligaciones sobre los cuales, no obstante, su existencia, no es posible ejercer los derechos mediante acciones judiciales por carencia de soportes. iii) Evidenciar derechos y obligaciones con una antigüedad tal, que impida ejercer su exigibilidad por cuanto operan los fenómenos de prescripción o caducidad. iv) Justificar derechos y obligaciones que carecen de documentos soportes idóneos que permitan adelantar los procedimientos pertinentes para su cobro o pago. v) Definir cuándo resulta imposible legalmente atribuir a persona alguna el valor por pérdida de los bienes o derechos. vi) Evaluar y aplicar de ser procedente la relación costo-beneficio, cuando se evidencie que es más oneroso adelantar el proceso de recuperación o pago de bienes, recursos u obligaciones. 13. Recepcionar la documentación que certifique los valores adeudados del proceso liquidatorio, validar, analizar y complementar la documentación entregada con el fin de cumplir con las condiciones necesarias para configurar obligaciones claras, expresas y exigibles a favor del Programa de Entidad Promotora De Salud De La Caja De Compensación Familiar Del Huila COMFAMILIAR EN LIQUIDACIÓN identificada con NIT 891.180.008-2. 14. Tramitar las conciliaciones que el Programa De Entidad Promotora De Salud De La Caja De Compensación Familiar Del Huila- COMFAMILIAR EN LIQUIDACIÓN identificada con NIT 891.180.008-2 tenga pendientes a realizar con los Entes Territoriales que adeuden recursos. 15. RESPECTO DEL LEVANTAMIENTO Y CONSOLIDACION DE INFORMACION DE CARTERA: a) Monto de cartera por deudor b) Clasificación de la cartera por edades c) Concentración de la cartera d) Definir y actualizar metas de recaudo 16. RESPECTO DE LA GESTION DE COBRO ADMINISTRATIVA Y DEPURACION DE CARTERA: a) Circularización de saldos de cartera a los diferentes pagadores b) Realizar visita personalizada a los diferentes pagadores para gestionar el cobro y conciliación de cartera.

	c) Realizar trabajo en equipo con el área de glosas informando los resultados de las conciliaciones de cartera, para sanear las objeciones y obtener el recaudo de los servicios prestados. d) Conciliación y depuración de cartera por pagador. e) Identificación de los pagos realizados. f) Convocar a los deudores ante entidades conciliadoras. g) Firmar acuerdos de pago con los diferentes deudores. h) Depurar la cartera por pagador. i) Generación de informes sobre el comportamiento de la cartera. 17. RESPECTO DE LA GESTION DE COBRO PERSUASIVO, COACTIVA Y PREJURIDICA DE LA CARTERA: Esta gestión comprende requerimiento de pago, derechos de petición para obligar a los diferentes deudores a dar respuesta a las solicitudes de pago y conciliación de la cartera. 18. Creación, socialización y seguimiento al Comité de Cartera 19. Definición de perfiles de riesgo de los deudores, según el desempeño y la rotación de la cartera y las características particulares de cada deudor. 20. Actualización del directorio de contactos en las entidades deudoras. 21. Diseño de los formatos para registrar la gestión de contactos con los deudores. 22. Implementar indicadores de Gestión – Cartera. 23. Liquidación y Cobro de intereses por mora 24. Seguimiento a las demandas, respuesta a requerimientos. 25. Manejar con responsabilidad del aplicativo total QUALITY o cualquier otro aplicativo de calificación y graduación de acreencias implementado en el proceso liquidatario, en el cual se asignará el contratista un usuario y clave de ingreso que será intransferible y confidencial para su uso exclusivo, por lo que este será responsable por el uso que haga del mismo, así como de la información y provecho que obtenga a través de él, para sí o para terceros. en este sentido, el contratista asume la responsabilidad absoluta de las acciones que realice en el aplicativo con el uso de la clave y el usuario asignado para el proceso de calificación y graduación de acreencias. 26. Reportar al supervisor del contrato cualquier violación a los lineamientos y estándares de seguridad de la información alojada en el aplicativo dispuesto para la calificación y graduación de acreencias, en el entendido que dicha información es propiedad exclusiva del programa de entidad promotora de salud de la Caja De Compensación Familiar Del Huila- Comfamiliar En Liquidación y La Caja De Compensación Familiar del Huila. 27. Asistir a las reuniones que sean convocadas por el Supervisor del contrato, el agente especial liquidador y/o su director de operaciones. 28. Realizar el pago de los aportes al Sistema General de Seguridad Social y aportes Parafiscales, en los términos del artículo 1 del Decreto 1273 del 23 de julio de 2018, y demás

	normas que lo reglamenten, complementen o sustituyan. El cumplimiento de esta obligación o la falsedad en la misma será causal de Incumplimiento y terminación del contrato, para lo cual se dará a las acciones legales a que haya lugar. 29. Demás tareas que sean asignadas por el supervisor del contrato, el agente especial liquidador y/o su director de operaciones.

La presente se expide a solicitud del interesado a los cinco (05) días del mes de septiembre del año dos mil veinticuatro (2024).

MARIA ALEJANDRA BUSTOS SANTA
Líder Administrativo

Proyectó: Maritza González- Contratación

EL PROGRAMA DE ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL HUILA COMFAMILIAR EN LIQUIDACIÓN IDENTIFICADA CON NIT 891.180.008-2

HACE CONSTAR

Que **ANGELA MILENY FAJARDO PROAÑOS,** Identificada con Cédula de Ciudadanía No. 30.507.493 DE FLORENCIA-CAQUETA, prestó sus servicios al PROGRAMA DE ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL HUILA COMFAMILIAR EN LIQUIDACIÓN IDENTIFICADA CON NIT 891.180.008-2, por medio del contrato que a continuación se relaciona:

CONTRATO No:	**0173-L-EPS DE 2023**
CLASE DE CONTRATO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS
CONTRATANTE:	PROGRAMA DE ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL HUILA COMFAMILIAR EN LIQUIDACIÓN
CONTRATISTA:	**ANGELA MILENY FAJARDO PROAÑOS**
OBJETO:	EL CONTRATISTA se compromete a prestar sus servicios profesionales al área financiera en el proceso liquidatorio del Programa de Entidad Promotora de Salud de la Caja de Compensación Familiar del Huila COMFAMILIAR en Liquidación, identificado con NIT. 891.180.008-2, de conformidad con la Resolución 2022320010005521-6 de fecha 26 de agosto de 2022 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud "Por medio de la cual se ordena la TOMA DE POSESIÓN DE LOS BIENES, HABERES Y NEGOCIOS Y LA INTERVENCIÓN FORZOSA ADMINISTRATIVA PARA LIQUIDAR EL PROGRAMA DE LA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL HUILA –COMFAMILIAR EPS EN LIQUIDACIÓN, IDENTIFICADA CON NIT 891.180.008-2.
FECHA DE INICIO:	DOS (02) DE OCTUBRE DE 2023
FECHA DE FINALIZACIÓN:	TREINTA Y UNO (31) DE ENERO DE 2024
PLAZO EJECUTADO:	TRES (03) MESES Y VEINTINUEVE (29) DÍAS
ESTADO:	**LIQUIDADO**
VALOR TOTAL EJECUTADO:	NUEVE MILLONES NOVECIENTOS DIECISEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS M/CTE ($9.916.667)
OBLIGACIONES:	1. Realizar seguimiento y apoyo en la calificación de acreencias desde el área financiera. 2. Elaboración de informes y seguimiento a las cuentas por cobrar. 3. Consolidar, elaborar, validar y cargar información de acuerdo con la circular 016, en relación con los archivos (FT003,) 4. Apoyar el área financiera del Programa De La Entidad Promotora De Salud De La Caja De Compensación Familiar Del Huila –Comfamiliar Eps En Liquidación, en la elaboración de informes mensuales que deban ser presentados a los entes de control. 5. Participar en la elaboración de los informes requeridos por las áreas del proceso de liquidación. 6. Asistir a las reuniones que se convoquen por parte del supervisor del contrato, el Agente Especial Liquidador y/o director de operaciones.

	7. Comunicar al CONTRATANTE o SUPERVISOR en forma oportuna los documentos, pruebas y demás que se requieren para el fiel cumplimiento de las actividades encomendadas. 8. Realizar el pago de los aportes al Sistema General de Seguridad Social y aportes Parafiscales, en los términos del artículo 1 del Decreto 1273 del 23 de julio de 2018, y demás normas que lo reglamenten, complementen o sustituyan. El cumplimiento de esta obligación o la falsedad en la misma será causal de incumplimiento y terminación del contrato, para lo cual se dará a las acciones legales a que haya lugar. 9. Manejar con responsabilidad del aplicativo total QUALITY o cualquier otro aplicativo de calificación y graduación de acreencias implementado en el proceso liquidatorio, en el cual se asignará el contratista un usuario y clave de ingreso que será intransferible y confidencial para su uso exclusivo, por lo que este será responsable por el uso que haga del mismo, así como de la información y provecho que obtenga a través de él, para sí o para terceros. en este sentido, el contratista asume la responsabilidad absoluta de las acciones que realice en el aplicativo con el uso de la clave y el usuario asignado para el proceso de calificación y graduación de acreencias. 10. Reportar al jefe inmediato del contrato cualquier violación a los lineamientos y estándares de seguridad de la información alojada en el aplicativo dispuesto para la calificación y graduación de acreencias, en el entendido que dicha información es propiedad exclusiva del programa de entidad promotora de salud de la caja de compensación familiar del huila- comfamiliar en liquidación y la caja de compensación familiar del huila. 11. Demás obligaciones que sean asignadas por el supervisor del contrato, el agente especial liquidador y/o director de operaciones.

La presente se expide a solicitud del interesado a los cinco (05) días del mes de septiembre del año dos mil veinticuatro (2024).

MARIA ALEJANDRA BUSTOS SANTA
Líder Administrativo

Proyectó: Maritza González- Contratación

ManpowerGroup

ManpowerGroup Colombia
Calle 5 A # 39 194 2do piso
www.manpowergroupcolombia.co

Neiva, 5 de Octubre de 2023

Manpower de Colombia Ltda

NIT. 890916883-8

Certifica:

Que el (la) señor(a) ANGELA MILENY FAJARDO PROAÑOS identificado(a) con número de documento 30507493 trabajó para Manpower de Colombia Ltda como PROFESIONAL EN EPS COMFAMILIAR EN LIQUIDACION desde el 28 de Octubre de 2022 hasta el 30 de Septiembre de 2023, vinculado(a) mediante un contrato por obra o labor. Devengó un salario básico de $1.665.000.

Se expide el presente a solicitud del (la) interesado(a)

Atentamente,

Manpower

CAROL BIBIANA ESPITIA ROJAS
PARA IMPORTACION PLANTA

Comfamiliar

LA SUSCRITA JEFE DE DEPARTAMENTO DE GESTION DE TALENTO HUMANO (E)

HACE CONSTAR

Que el(a) señor(a) **ANGELA MILENY FAJARDO PROAÑOS,** identificado(a) con cédula de ciudadanía número **30.507.493,** laboró en nuestra empresa mediante contratos de trabajo en los cargos y periodos que a continuación relaciono:

CONTRATO A TERMINO INDEFINIDO
AUXILIAR ADMINISTRATIVO(A) II GESTION AUDITORIA CUENTAS MEDICA

- Desde el 01 de marzo de 2017, hasta el 30 de septiembre de 2022.

RESPONSABILIDADES ESPECÍFICAS DEL CARGO

- Interactuar con clientes proporcionando información y resolviendo situaciones de servicio de acuerdo con sus necesidades y con las políticas, estrategia de servicio y protocolo de manejo de información de la organización.
- Producir los documentos que se originen de las funciones administrativas redactando, digitando y transcribiendo, siguiendo la norma técnica.
- Organizar los documentos de la unidad administrativa, recibiendo, despachando, archivando y proporcionando información teniendo en cuenta legislación vigente y políticas de la organización.
- Aplicar tecnologías de la información teniendo en cuenta las necesidades de la unidad administrativa.
- Proponer, implementar y hacer seguimiento a alternativas de solución que contribuyan al logro de los objetivos de acuerdo con el nivel de importancia y responsabilidad de las funciones asignadas por la organización.
- Recibir, radicar, revisar cuentas médicas y validar RIPS
- Realizar devoluciones de facturas que tienen inconsistencias.
- Clasificar y distribuir las cuentas por evento y gastos varios (transporte y alimentación) para su respectiva auditoria.
- Clasificar las cuentas por nivel de complejidad, separando facturas para recobros al fosyga y alto costo
- Auditar cuentas de carácter administrativo hasta el proceso de pago.

- Revisar si las cuentas radicadas y auditadas tienen glosas y/o descuentos, y comunicar mediante oficio a las entidades prestadoras de servicios de salud.
- Realizar informes de facturación Cuentas de Alto Costo (CAC) y recobros
- Notificar a la coordinadora las facturas sujetos de recobro por la póliza de alto costo
- Garantizar la asociación de las facturas radicadas frente a la autorización expedida: Reservas Técnicas
- Aplicar los descuentos respectivos a las Capitas por concepto de población, servicios prestados por otro Prestador y demarcar en el aplicativo SGA como recobro.
- Garantizar la revisoría integral de las facturas, cumpliendo con el manual único de glosas establecido normativamente, cumpliendo con los tiempos de auditoria.
- Seguimiento y cumplimiento de la trazabilidad de las facturas recepcionada y auditada.
- Desarrollar y ejercer autocontrol sobre los procesos y procedimientos a su cargo.
- Todas las demás funciones que le asigne su jefe(a) inmediato, y que sean afines con la naturaleza del cargo.
- Controlar y registrar en los documentos destinados para cada fin todos los procedimientos que se requieren para el desarrollo de sus funciones.

RESPONSABILIDAD DIRECTA E INDELEGABLE

- Cumplir las políticas y procedimientos definidos en la Caja para la gestión de los riesgos distintos a los relacionados con Seguridad y salud en el trabajo.
- Mantener estricta reserva de la información que conozca con ocasión de sus funciones.
- Poner en conocimiento del superior(a) los hechos que puedan perjudicar el funcionamiento de la administración y proponer las iniciativas que estime útiles para el mejoramiento del servicio.
- Cumplir con las normas referentes a la organización y funcionamiento del área para el cabal cumplimiento de las labores asignadas.
- Usar, custodiar y conservar de forma correcta los equipos, materiales y elementos a su cargo.

- Cumplir con las políticas y procedimientos de la organización para la gestión del riesgo, del lavado de activos y financiación del terrorismo de acuerdo al manual establecido para tal fin.
- Garantizar el excelente manejo de los bienes y dinero de la organización.

La presente se expide en Neiva, a los 20 días del mes de octubre de 2022.

ADRIANA PATRICIA POLANIA PATIO
Jefe de Departamento Gestión de Talento Humano (E)

PROYECTÓ: GESTION DEL TALENTO HUMANO
ELABORÓ: LINA ANDREA CACUAME ESPINOSA

SOLTEMPO
Soluciones Temporales S.A.S.
Nit. 900.402.861-5

SOLUCIONES TEMPORALES S.A.S - SOLTEMPO

CERTIFICA:

Que la señor(a) ***ANGELA MILENY FAJARDO PROAÑOS****, identificado(a) con cedula de ciudadanía No.* ***30.507.493*** *de* ***FLORENCIA - CAQUETA,*** *ingreso a prestar los servicios en* ***SOLTEMPO S.A.S.****, mediante contrato de trabajo temporal* ***(por el término de duración de obra o labor determinada)****; desempeñando el cargo de* ***AUXILIAR ADMINISTRATIVA*** *en misión para el incremento temporal y ocasional en la empresa de* ***Comfamiliar Huila- EPS NEIVA,*** *Además de ello ha laborado con nosotros en los siguientes periodos:*

- ✓ *Desde el (27) de Febrero de 2016 Hasta el (26) de Febrero de 2017.*
- ✓ *Desde el (30) de septiembre de 2013 Hasta el (29) de Septiembre de 2014.*

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los Doce (12) días del mes de Abril del año dos mil Diecisiete (2017).

SOLTEMPO
Soluciones Temporales S.A.S.
Nit. 900.402.861-5

DIANA PAOLA DELGADO
AUXILIAR DE TALENTO HUMANO

PROYECTO: DIANA PAOLA DELGADO



Neiva - Huila Calle 8 No. 10-23 Alli
Teléfax 8722088 Móvil 3114816802 / 31324531
E-mail : soltemposas@gmail.cc

TS TEMPOSUR SAS
gente productiva

LA DIRECTORA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA DE TEMPOSUR SAS

C E R T I F I C A

Que la Señora ANGELA MILENY FAJARDO PROAÑOS identificada con cédula de ciudadanía número 30.507.493, laboró con nuestra empresa, como trabajadora en misión, en COMFAMILIAR DEL HUILA , así:

CARGO	PERIODO	SALARIO
AUXILIAR ADMINISTRATIVA	Del 6 de octubre de 2014 al 27 de febrero de 2016	$991.000

La presente certificación se expide a solicitud de la persona interesada, veintidós (22) días del mes febrero 2017.

ANA MILENA LARRAZABAL FIERRO

Certificado D22022017

FORMAR Cooperativa de Servicios de Consultoría y Suministros "FORMAR"
Nit. 813010771-2

La Suscrita DIRECTORA EJECUTIVA

CERTIFICA:

Que **ANGELA MILENY FAJARDO PROAÑOS**, identificado con la cedula de ciudadania No. 30.507.493 de Florencia- Caquela, estuvo vinculado a nuestro cooperativa mediante Contrato Laboral a Término Fijo Inferior a un Año, desde Julio 01 de 2012 al 5 de Agosto de 2012, del 30 de Octubre de 2012 al 31 de Diciembre de 2012 y del 15 de Enero de 2013 hasta el 30 de Agosto de 2013, desempeñándose en el cargo de Analista de Cuentas Médicas.

Dada en Neiva a los trece (13) días del mes de Septiembre de 2013, a solicitud del interesado.

ROCIO DEL PILAR VEGA PERIZ
Directora Ejecutiva

Calle 11 No 01-14•
Tele fax: (8) 8722463 • E-mail: preformar@live.com
Neiva (Huila)

JIMMY ALEXANDER PIMENTEL SANCHEZ
NIT. 6.804.676-1
Calle 11 No.9°-20 Barrio la Estrella Baja
Tel 8436 50°0 Cel. 310 323 1920
FLORENCIA CAQUETA

EL SUSCRITO PROPIETARIO

CERTIFICA QUE

La señora **ANGELA MILENY FAJARDO PROAÑOS**, identificada con la cédula de ciudadanía N° 30 507 493 expedida en Florencia Caquetá, laboro en esta empresa en el cargo de auxiliar contable desde el 10 de mayo de 2010 hasta el 15 de septiembre de 2010, tiempo en cual demostró ser una persona honesta, responsable y cumplidora con las funciones asignadas.

La presente constancia se expide a solicitud del interesado para anexar a la hoja de vida.

Dada en Florencia Caquetá, a los veintiún (21) días del mes de marzo de 2012.

Cordialmente.

JIMMY ALEXANDER PIMENTEL SANCHEZ
C.C.6.804.676
Propietario

MARTHA CECILIA QUESADA SANCHEZ
NIT. 26.510.172-1
CRA. 3A 21A -02 BARRIO LOS ALPES TEL.435-1426
FLORENCIA CAQUETÁ



LA SUSCRITA PROPIETARIA

CERTIFICA QUE

La señora **ANGELA MILENY FAJARDO PROAÑOS**, identificada con la cédula de ciudadanía N° 30.507.493 expedida en Florencia Caquetá, laboro en esta empresa en el cargo de auxiliar administrativa desde el 01 de abril de 2003 hasta el 14 de marzo de 2010, tiempo en cual demostró ser una persona honesta, responsable y cumplidora con las funciones asignadas.

La presente constancia se expide a solicitud del interesado para anexar a la hoja de vida.

Dada en Florencia Caquetá, a los catorce (14) días del mes de marzo de 2012.

Cordialmente,

Martha Cecilia Quesada Sanchez

MARTHA CECILIA QUESADA SANCHEZ
CC.26.510.172 de Florencia-Caquetá
Propietaria

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL | JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

298242-T



ANGELA MILENY
FAJARDO PROAÑOS
C.C. 30507493
RES. INSCRIPCION 2758 DEL 13/06/2022
CORPORACION UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS

JOSE ORLANDO RAMIREZ ZULUAGA
DIRECTOR GENERAL

321604 344744

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL | JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como Contador Público o Entidad Prestadora de Servicios Contables, según corresponda, de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990 y el Decreto 1510 de 1998. Es personal e intransferible.

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta comunicarse al PBX: (60)(1) 644 4450 o devolverla a la UAE – Junta Central de Contadores a la Carrera 16 No. 97- 46 Of.301 en Bogotá D.C.

FIRMA

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

0A58E6878855F909

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **ANGELA MILENY FAJARDO PROAÑOS** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 30507493 de FLORENCIA (CAQUETA) Y Tarjeta Profesional No 298242-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS **********
****
****

Dado en BOGOTA a los 3 días del mes de Septiembre de 2026 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

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 jueves 03 de septiembre de 2026, a las 10:50:28, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	30507493
Código de Verificación	30507493260903105027

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. 302315459

PIB
10:52:07

Bogotá DC, 03 de septiembre 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 MILENY FAJARDO PROAÑOS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 30507493:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:54:41 AM horas del 03/09/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **30507493**

Apellidos y Nombres: **FAJARDO PROAÑOS ANGELA MILENY**

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, 03/09/2026 10:56:05 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **30507493** y Nombre: **ANGELA MILENY FAJARDO PROAÑOS.**

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. **146946988** . 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

FEDERACIÓN COLOMBIANA DE MUNICIPIOS | simit

PAZ Y SALVO

Cédula:	**30507493**
Fecha de expedición:	03/09/2026

Te informamos que actualmente no tienes multas e infracciones pendientes de pago en los Organismos de Tránsito conectados a SIMIT.

Este documento fue expedido el 03 de septiembre de 2026 a las 10:58 a. m. **es de carácter gratuito** y es válido durante la fecha de expedición. Además, no aplica como documento para realizar pagos, es solo una consulta del estado de cuenta.

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 30507493 **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 03/09/2026 11:39 AM

Código Verificación: **75VZMPT4BK**

Válida hasta: **02/12/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Asunto: Descargado Carpeta Ciudadana Digital
Motivo: Documento descargado desde la Carpeta Ciudadana Digital
Fecha firma: 03/09/2026
Correo electrónico: carpeta@and.gov.co
Nombre de usuario: Carpeta Ciudadana
ID transacción: 14e4edfc-d73f-4e56-8e70-0a1fe15c6f8c

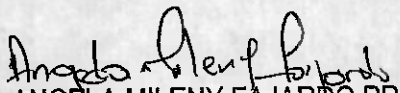
AUTORIZACIÓN PARA VERIFICACIÓN DE INHABILIDAD POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES

La suscrita ANGELA MILENY FAJARDO PROAÑOS, identificada con cédula de ciudadanía No. 30.507.493 expedida en Florencia, autoriza libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, al Instituto Departamental de Acción Comunal del Huila – IDACO HUILA con NIT. 901.834.014-0, a consultar mis datos personales en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra personas menores edad que administra el Ministerio de Defensa-Policía Nacional de Colombia, de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada cuatro (4) meses a partir del inicio de esta y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en www.unidadvictimas.gov.co, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de Neiva, a los 07 días del mes de septiembre de 2026

Atentamente,



Nombre ANGELA MILENY FAJARDO PROAÑOS
C.C. No. 30.507.493 expedida en Florencia
Dirección CRA 27A #53B 10 Quintas de San Luis
Correo milenypronaos@gmail.com
Teléfono 3227719916

CENTRO DE SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS IPS NEIVA SAS

NIT: 901379212-0

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

FECHA: 2026-09-07 08:03:49

IDENTIFICACIÓN

NOMBRE ANGELA MILENY FAJARDO PROAÑOS

Nº DOC. CC - 30507493

ESTADO CIVIL SOLTERO

AÑOS: 44 MESES: 5 DIAS: 21

EMPRESA:PARTICULARES

FECHA DE NACIMIENTO 1982-03-17

ACOMPAÑANTE

OCUPACIÓN

CARGO: PROFESIONAL

DIRECCIÓN KR 27 A 53 B 10

PROCEDENCIA 4141319

TELÉFONO 3227719916

RESPONSABLE



☑ INGRESO ☐ PERIODICO ☐ EGRESO ☐ POST- INCAPACIDAD ☐ REINGRESO ☐ SEGUIMIENTO

☐ ALTA TENSION ☐ CONDUCCION ☐ ÉNFASIS EN ALTURA ☐ ESPACIOS CONFINADOS ☐ MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

☑ OSTEOMUSCULAR

EXÁMENES A REALIZAR

☐ AUDIOMETRIA ☐ ELECTROCARDIOGRAMA ☐ ESPIROMETRIA ☑ EXAMEN OSTEOMUSCULAR ☐ OPTOMETRIA

☐ LABORATORIOS ☐ PSICOTECNICO ☐ VISIOMETRIA ☐ EXAMEN PSICOSENSOMETRICO

☐ PERFIL LIPÍDICO ☐ ENFASIS DERMATOLOGICO ☐ TAMIZAJE VISUAL ☐ EXAMEN DE LABORATORIO EN SANGRE

☑ ENFASIS OSTEOMUSCULAR

OTRO:

EXÁMENES PRACTICADOS:

RESULTADO DE VALORACIÓN MEDICA

EXAMEN DE INGRESO

☑ SIN RESTRICCIONES ☑ SIN PATOLOGIA APARENTE ☐ CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR

☐ CON RESTRICCIÓN MOTIVO:

☐ APLAZADO MOTIVO:

EXAMEN PERIODICO

☐ PUEDE CONTINUAR CON SU LABOR CON RECOMENDACIONES ☐ PUEDE CONTINUAR CON SU LABOR SATISFACTORIAMENTE

☐ SE SUGIERE REUBICACION LABORAL ☐ TEMPORAL ☐ PERMANENTE ☐ REASIGNAR TAREAS

OTROS

☐ NO PUEDE PARA TRABAJAR EN ALTURAS ☐ PUEDE PARA TRABAJAR EN ALTURAS ☐ PUEDE MANIPULAR ALIMENTOS

☐ PUEDE PARA TRABAJAR EN ALTURAS CON RECOMENDACIONES ☑ EXAMEN OSTEOMUSCULAR ☑ NORMAL ☐ ANORMAL

☐ PUEDE TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS ☐ NO PUEDE TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS

☐ PUEDE TRABAJAR EN ALTA TENSION ☐ NO PUEDE TRABAJAR EN ALTA TENSION

☐ PUEDE TRABAJAR EN CONDUCCION ☐ NO PUEDE TRABAJAR EN CONDUCCION

EXAMEN DE EGRESO

☐ SATISFACTORIO ☐ NO SATISFACTORIO MOTIVO:

NO SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL

RECOMENDACIONES ESPECIFICAS:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO, CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR, CON CONCEPTO FAVORABLE, SIN RESTRICCIONES, SE RECOMIENDA

REALIZAR ACTIVIDAD FISICA FRECUENTE PROCURANDO MANTENER EL PESO IDEAL, DEBE REALIZAR LAS TAREAS SEGÚN LAS NORMAS Y PROTOCOLOS DE LA EMPRESA PARA PREVENIR ACCIDENTES O ENFERMEDADES LABORALES.

Dentro de la evaluación médica integral realizada, se hizo un especial énfasis en su estado osteomuscular para establecer su capacidad para movilizar cargas o realizar actividades con movimientos y posturas forzadas, no encontrándose alteraciones significativas que se considere puedan generar un riesgo aumentado para su salud y seguridad. Este examen es realizado en condiciones de reposo y tiene el carácter de tamizaje osteomuscular y el hecho de no evidenciarse patología o secuelas de ella, no significa que pueda realizar actividad o tareas que superen su capacidad física, lo cual debe verificarse de manera permanente y evaluarse de acuerdo a los criterios del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo, con la asesoría y asistencia técnica de la Administradora de Riesgos Laborales. Es necesario implementar todas las medidas de prevención y protección.

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

MEDICAS

- ☐ REMISION A EPS
- ☐ CONTINUAR MANEJO MEDICO
- ☐ SEGUIMIENTO CASO POR ARL
- ☐ CITOLOGIA VAGINAL

OCUPACIONALES

- ☑ USO DE EPP
- ☐ INGRESO A SVE
- ☐ SIVIG - OTOM
- ☐ SIVIG - Sustancias Quimicas
- ☐ SIVIG - OIR (Ruido)
- ☐ SIVIG-Visual
- ☐ SIVIG- Biologico
- ☐ SIVIG - Radiaciones ionizantes
- ☐ SIVIG- Psicolaboral
- ☐ SIVIG - Cardiovascular

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE

- ☑ INICIO DE ACTIVIDAD FISICA
- ☐ VERIFICAR Y/O COMPLETAR ESQUEMA DE VACUNACION
- ☐ DEJAR DE FUMAR
- ☑ PAUSAS ACTIVAS
- ☐ REDUCIR CONSUMO DE ALCOHOL
- ☐ DIETA BAJA EN GRASAS Y/O HARINAS
- ☐ CONTOL DE PESO
- ☐ OTRO

CUAL:

Autorizo al profesional abajo mencionado, a que se me realicen de manera voluntaria el examen medico ocupacional y/o examenes complementarios y dejo constancia que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento del examen medico ocupacional y/o examenes complementarios y referenciados en este documento. Comprendo el proposito, los beneficios, interpretacion, limitaciones y riesgos del examen medico ocupacional y/o examenes complentarios a partir de la informacion recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que no he omitido ningun dato relevante sobre mis antecedentes ocupacionales, personales y/o familiares que pudiesen influir sobre mi estado de salud. Certifico que toda la informacion expresada en este documento es verdadera y completa y acepto el manejo de confidencialidad que la empresa de a la misma. Autorizo que suministren la informacion necesaria a las personas o entidades cotempladas en la legislacion para el buen cumplimiento del programa de salud ocupacional

ESAIN CALDERON IBATA
Médico Especialista en Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo
Res S.S.D.H 2856/ 2022
Ley 1562/2012 y Res 4502/2012
Reg. Med.232/2004

ESAIN CALDERON IBATA
ESP. MEDICINA OCUPACIONAL
R.M. 323

NOMBRE PACIENTE: ANGELA MILENY FAJARDO PROAÑOS

Nº DOC. CC - 30507493

Calle 15 N 6 --55 B/Quirinal
Teléfonos: - 315 242 74 96
Mail: Gerenciacesmedis@gmail.com

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Yo, **ANGELA MILENY FAJARDO PROAÑOS**, identificada con el documento que abajo se indica, obrando en nombre propio, manifiesto bajo la gravedad del juramento que la información suministrada al **INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE ACCION COMUNAL DEL HUILA - IDACOHUILA**, es cierta, completa y actualizada.

1. Declaro también que los recursos o bienes que utilizaré en desarrollo de mis negocios con el **INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE ACCION COMUNAL DEL HUILA- IDACOHUILA** provienen de actividades lícitas, de conformidad con las leyes vigentes.
2. Que no admitiré que terceros efectúen depósitos en mis cuentas con fondos provenientes de las actividades ilícitas contempladas en el código Penal Colombiano o en cualquier otra norma que lo adicione; ni efectuaré transacciones destinadas a favorecer tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas.
3. Que todas las actividades e ingresos que percibo provienen de negocios lícitos.
4. Que no me encuentro en ninguna lista de personas reportadas o bloqueados por actividades de narcotráfico, lavado de activos, subversión, terrorismo, tráfico de armas o delitos asociados al turismo sexual en menores de edad. Que a la fecha y según nuestro leal saber y entender, en mi contra no se adelanta ninguna investigación por ninguno de los hechos anteriores.
5. Las garantías y aseveraciones aquí contenidas estarán vigentes mientras tenga negocios con **INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE ACCION COMUNAL DEL HUILA- IDACOHUILA**. Autorizo resolver cualquier acuerdo, beneficio, subsidio, negocio o contrato celebrado con IDACOHUILA en caso de infracción de cualquiera de los numerales contenidos en este documento, eximiendo al **INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE ACCION COMUNAL DEL HUILA - IDACOHUILA**, sus accionistas y directores, de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado.
6. Que a la fecha no tengo conocimiento de que curse ningún tipo de proceso penal en mi contra.
7. Autorizo al **INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE ACCION COMUNAL DEL HUILA- IDACOHUILA** para que consulte mi información crediticia en las Centrales de Riesgo y ante los bancos de datos que estime necesarios.

Los datos aquí consignados obedecen a la realidad, y declaro haber leído, entendido y aceptado libremente el presente documento.

OFERENE

Atentamente,

Angela Mileny Fajardo P.

Nombre	ANGELA MILENY FAJARDO PROAÑOS
C.C. No.	30.507.493 expedida en Florencia
Dirección	CRA 27A #53B 10 Quintas de San Luis
Correo	milenypronaos@gmail.com
Teléfono	3227719916

Neiva, 07 de septiembre de 2026

Señores:
INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE ACCION COMUNAL DEL HUILA IDACOHUILA
Ciudad

DECLARACIÓN BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

Yo, ANGELA MILENY FAJARDO PROAÑOS, identificada con cédula de ciudadanía No. 30.507.493 expedida en Florencia, declaro bajo la gravedad de juramento, que a la fecha NO Conozco demanda o embargo, o procesos en mi contra por inasistencia alimentaria y cumplo con mis obligaciones de familia establecidas en la Ley (311 de 1996). En caso de llegarlos a tener informaré de inmediato a IDACOHUILA con el objeto de que procedan a hacer los descuentos correspondientes.

Cordialmente,

Angela Mileny Fajardo P.

Nombre	ANGELA MILENY FAJARDO PROAÑOS
C.C. No.	30.507.493 expedida en Florencia
Dirección	CRA 27A #53B 10 Quintas de San Luis
Correo	milenypronaos@gmail.com
Teléfono	3227719916

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 15:14:22 horas del 03/09/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **30507493,** Apellidos y Nombres **FAJARDO PROAÑOS ANGELA MILENY**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **GOBERNACION DEL HUILA**, con NIT **800103913-0** 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.

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

DECLARACIÓN JURAMENTADA – PERSONAS NATURALES

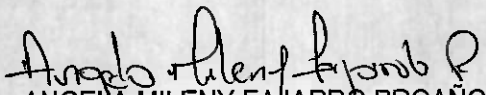
CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES

Yo, ANGELA MILENY FAJARDO PROAÑOS, identificada con cédula de ciudadanía No. 30.507.493 expedida en Florencia, mediante el presente documento me permito manifestar bajo la gravedad de juramento que me encuentro al día y a paz y salvo por concepto de pago de aportes al sistema de seguridad social y parafiscales que me resultan exigibles por la Ley.

Lo anterior en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.

Dada en Neiva - Huila, a los 07 días del mes de septiembre de 2026

Atentamente,



Nombre ANGELA MILENY FAJARDO PROAÑOS
C.C. No. 30.507.493 expedida en Florencia
Dirección CRA 27A #53B 10 Quintas de San Luis
Correo milenypronaos@gmail.com
Teléfono 3227719916

Neiva, 07 de septiembre de 2026

Señores:
INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE ACCION COMUNAL DEL HUILA
IDACOHUILA
Ciudad

Yo, ANGELA MILENY FAJARDO PROAÑOS, identificada con cédula de ciudadanía No. 30.507.493 expedida en Florencia, manifiesto bajo la gravedad de juramento, que **SI ( ) NO (x)** tengo suscrito(s) contrato(s) de prestación de servicios con otras entidades estatales.

La entidad se reserva la facultad de verificar la información reportada.

Nota: encaso que la respuesta sea sí es necesario relacionar entidad, modalidad y periodo

Atentamente,

Nombre ANGELA MILENY FAJARDO PROAÑOS
C.C. No. 30.507.493 expedida en Florencia
Dirección CRA 27A #53B 10 Quintas de San Luis
Correo milenypronaos@gmail.com
Teléfono 3227719916

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	ANGELA MILENY FAJARDO
IDENTIFICACIÓN:	CC-30507493
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	01
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	INDEPENDIENTE
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2026-09-07
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-10-22
FECHA DE PAGO:	2026-09-07
ENTIDAD DE PAGO:	NO APLICA
PERÍODO PENSIÓN:	2026-09
PERÍODO SALUD:	2026-09
NÚMERO PLANILLA:	8642840892
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8642840892
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 1.750.905	$ 0	$ 0	$ 0	$ 218.900	$ 218.900
231001	800227940	COLFONDOS	1	$ 1.750.905	$ 0	$ 0	$ 0	$ 280.200	$ 280.200
CCF32	891180008	COMFAMILIAR DEL HUILA	1	$ 1.750.905	$ 0	$ 0	$ 0	$ 35.100	$ 35.100
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 534.200	$ 534.200

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	24/11/2026

PAGADO