FORMATO N° 1

23 SEP 2026

CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

SEÑORES
E.S.E POPAYÁN
CIUDAD

OBJETO **PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN PSICOLOGÍA PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES EN EL PROCESO DE GESTIÓN AMBULATORIA, PROPIAS DEL FORTALECIMIENTO DEL NIVEL PRIMARIO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYAN E.S.E., EN EL MARCO DE LA RESOLUCIÓN No.00001010 DE 2025 EN EL MUNICIPIO DE PURACE RURAL. De** conformidad con lo requerido por la entidad.

La suscrita **LEIDY MARCELA MENESES PAZ** de acuerdo con las bases del proceso hacemos la siguiente propuesta para **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO TÉCNICOS EN SALUD PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES EN EL PROCESO DE GESTIÓN AMBULATORIA, PROPIAS DEL FORTALECIMIENTO DEL NIVEL PRIMARIO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYAN E.S.E., EN EL MARCO DE LA RESOLUCIÓN No.00001010 DEL 23 DE MAYO DE 2025, DEL MUNICIPIO DE POPAYÁN ZONA URBANA, FASE AMPLIACIÓN I.**

en caso que sea aceptada nos comprometemos a firmar el contrato correspondiente.

Declaramos así mismo:

- Que esta propuesta y el contrato que llegare a celebrarse sólo compromete a los firmantes de esta carta.

- Que ninguna persona distinta a los firmantes, tiene interés comercial en ésta propuesta ni en el contrato probable que de ella se derive.

- Que conocemos la información general y demás documentos del presente proceso y que aceptamos los requisitos en ellos contenidos.

- Que no nos hallamos incursos en causal alguna de inhabilidad e incompatibilidad señaladas en la ley y que no nos encontramos en ninguno de los eventos de prohibiciones especiales para contratar.

- Que hemos visitado los sitios en los cuales se van a ejecutar las obras y analizado los distintos aspectos (ubicación, acceso, condiciones de los predios, etc.), (si aplica).

- Que, si se nos adjudica el contrato, nos comprometemos a constituir las garantías requeridas y a suscribir éstas y aquél d|1entro de los términos señalados para ello.

- Manifiesto (amos) el conocimiento y aceptación y cumplimiento de todas las especificaciones técnicas contenidas en el proceso y en tal sentido me obligo con la entidad a dar cumplimiento estricto a los mismos en caso de que se adjudique el contrato.

- Que las firmas realizadas en todos los documentos de la propuesta son veraces, no son falsificadas ni alteradas.

Atentamente,

Leidy Marcela Meneses Paz

NOMBRE DEL PROPONENTE:
C. C. No. 1002956194 DE
CORREO ELECTRÓNICO: lmarce356@gmail.com
CIUDAD: Popayán

Leidy Marcela Meneses Paz
(FIRMA DEL PROPONENTE)

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
Meneses	Paz	Leidy Marcela

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1002956194	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 06 MES 10 AÑO 2000	CARRERA 7 21N 45 Ciudad jardin			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	CAUCA
DEPTO	CAUCA	MUNICIPIO	POPAYÁN		
MUNICIPIO	POPAYÁN	TELÉFONO	3215879745	EMAIL	lmarce356@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	12	AÑO	2017
										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	8	X		PSICOLOGIA	12	2022	265856

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)

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO
SENA	EDUCACIÓN INFORMAL	50	X		Sistema de gestion de la seguridad y salud en el trabajo SG-SST	07	2023
SENA	EDUCACIÓN INFORMAL	40	X		Gestion del talento humano	08	2023
SENA	EDUCACIÓN INFORMAL	48	X		Comunicación en equipos de trabajo	09	2023

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
ESPAÑOL			X			X			X
INGLÉS	X				X		X		

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 RED DE SALUD DEL SURORIENTE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CAUCA	*MUNICIPIO* ALMAGUER					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3105934560	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	09	*Mes*	09	*Año*	2025	*Día*	25	*Mes*	12	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1069/2009 PSICOLOGA	*DEPENDENCIA* PIC MUNICIPAL						*DIRECCIÓN* CALLE 11N 9N 120					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD Cargando...			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CAUCA	*MUNICIPIO* ALMAGUER					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3212102265	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	09	*Año* 2025	*Día*	22	*Mes*	12	*Año*	2025	
CARGO O CONTRATO ACTUAL PSICOLOGIA	*DEPENDENCIA* HOGAR INFANTIL DEL ICBF					*DIRECCIÓN* CALLE 3 7 3 Barrio san francisco						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SUROCCIDENTE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CAUCA	*MUNICIPIO* BALBOA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3145939846	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	29	*Mes*	04	*Año* 2024	*Día*	29	*Mes*	07	*Año*	2024	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1069/2009 PSICOLOGA	*DEPENDENCIA* APS					*DIRECCIÓN* Popayan						

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	6
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	1
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Popayán - 22/09/2026

Leidy Marcela Meneses Paz

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.002.956.194

MENESES PAZ

APELLIDOS

LEIDY MARCELA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 06-OCT-2000

POPAYAN
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.56
ESTATURA

A+
G.S. RH

F
SEXO

30-NOV-2018 POPAYAN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1100100-01057359-F-1002956194-20190123 0064282442A 1 7755247492

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario 141003631207

(415)7707212489984(8020) 000014100363120 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 0 2 9 5 6 1 9 4	1	Impuestos y Aduanas de Popayán 1 7	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 0 2 9 5 6 1 9 4	

Lugar de expedición 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cauca 1 9	Popayán 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MENESES	PAZ	LEIDY	MARCELA

35. Razón social

36. Nombre comercial | 37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cauca 1 9	Almaguer 0 2 2

41. Dirección principal: CL 4 6 03 BRR SAN FRANCISCO

42. Correo electrónico: lmarce356@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 1 5 8 7 9 7 4 5	

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
7 2 2 0	2 0 2 3 0 4 2 1					

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

53. Código 2 0

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros	Exportadores
54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 / 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20	55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3; 57. Modo; 58. CPC

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 1 61. Fecha 2024-04-02 / 03:19:57PM

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripcion, 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 MEDINA VALENCIA LIBARDO

985. Cargo Analista V

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

23 SEP 2026

FORMATO CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES Y/O CONSULTAS

SEÑORES
E.S.E POPAYÁN
CIUDAD

OBJETO PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN PSICOLOGÍA PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES EN EL PROCESO DE GESTIÓN AMBULATORIA, PROPIAS DEL FORTALECIMIENTO DEL NIVEL PRIMARIO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYAN E.S.E., EN EL MARCO DE LA RESOLUCIÓN No.00001010 DE 2025 EN EL MUNICIPIO DE PURACE RURAL. de conformidad con lo requerido por la entidad.

EL SUSCRITO DECLARA QUE:

CONOZCO LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD PARA CONTRATAR CON LAS ENTIDADESESTATALES DE CONFORMIDAD CON LAS LEYES: 80 DE 1993, 1150 DE 2007, 1474 DE 2011 Y DEMÁS NORMASSOBRE LA MATERIA.

DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO MANIFIESTO, QUE NO ME ENCUENTRO PERSONAL NATURAL ( ) , PERSONA JURÍDICA ( ), INCURSO EN NINGUNA DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD O INCOMPATIBILIDAD PREVISTAS EN EL ARTÍCULO 127 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA, EN LOS ARTÍCULOS 8º Y 9º DE LA LEY 80 DE 1993, 199 ARTÍCULO 18 DE LA LEY 1150 DE 2007, Y ARTÍCULO 2.2.1.1.2.2.5 DEL DECRETO 1082 DEL 2015 Y EN LAS DEMÁS NORMAS QUE LAS ACLAREN, MODIFIQUEN O DEROGUEN, ASÍ COMO EN LAS DEMÁS NORMAS CONCORDANTES Y VIGENTES SOBRE LA MATERIA, COMO LO ES EL ARTÍCULO 90 DE LA LEY 1474 DE 2011. DE IGUAL FORMA MANIFIESTO QUE NO ME ENCUENTRO O LA(S) PERSONA(S) POR MI REPRESENTADA(S) NO SE ENCUENTRA(N) EN EL BOLETÍN DE RESPONSABLES FISCALES DE LA CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA.

DADO EN EL MUNICIPIO DE _____ A LOS _____ DEL MES _____ DEL 20_____

Leidy Marcela Meneses Paz
NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PROPONENTE
C.C.NO. 1002956194
NIT:

(ES OBLIGATORIA LA PRESENTACIÓN DE ESTE FORMATO CON LA PROPUESTA Y DEBE SER DILIGENCIADAPOR CADA UNO DE LOS MIEMBROS DEL CONSORCIO Y/O UNION TEMPORAL, CUANDO A ELLO HUBIERE LUGAR).

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1002956194
NOMBRES	LEIDY MARCELA
APELLIDOS	MENESES PAZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CAUCA
MUNICIPIO	ALMAGUER

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	15/02/2026	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	09/21/2026 16:25:33	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado

se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 303329402

PIB
17:28:28

Bogotá DC, 21 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) LEIDY MARCELA MENESES PAZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1002956194:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 21 de septiembre de 2026, a las 15:46:45, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1002956194
Código de Verificación	1002956194260921154645

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 05:31:02 PM horas del 21/09/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1002956194**

Apellidos y Nombres: **MENESES PAZ LEIDY MARCELA**

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.

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, 21/09/2026 05:34:26 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1002956194** y Nombre: **LEIDY MARCELA MENESES PAZ.**

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. **148134585** . 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

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 1002956194 **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 21/09/2026 05:42 PM

Código Verificación: **CHF5SGU963**

Válida hasta: **21/12/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

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 17:47:29 horas del 21/09/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1002956194,** Apellidos y Nombres **MENESES PAZ LEIDY MARCELA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ESE POPAYÁN**, con NIT **900145579-1** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

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

FORMATO AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES.

Ciudad y Fecha 23 SEP 2026

SEÑORES
E.S.E POPAYÁN
CIUDAD

OBJETO PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN PSICOLOGÍA PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES EN EL PROCESO DE GESTIÓN AMBULATORIA, PROPIAS DEL FORTALECIMIENTO DEL NIVEL PRIMARIO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYAN E.S.E., EN EL MARCO DE LA RESOLUCIÓN No.00001010 DE 2025 EN EL MUNICIPIO DE PURACE RURAL de conformidad con lo requerido por la entidad.

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por el **E.S.E POPAYÁN** de lo siguiente:

1. **LA E.S.E POPAYÁN** actuará como responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme a la ley
2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, la cual consiste en: AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES.
3. Es de carácter facultativo o voluntario responder preguntas que versen sobre Datos Sensibles o sobre menores de edad.
4. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales.
5. Los derechos pueden ser ejercidos a través de los canales dispuestos por el **E.S.E POPAYÁN** y observando la Política de Tratamiento de Datos Personales.
6. Mediante la página web de la entidad **E.S.E POPAYÁN** podré radicar cualquier tipo de requerimiento relacionado con el tratamiento de mis datos personales.
7. **LA E.S.E POPAYÁN** garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento. Cualquier cambio será informado y publicado oportunamente en la página web.
8. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la **E.S.E POPAYÁN** para tratar mis datos personales y tomar mi huella y fotografía de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales
9. La información obtenida para el Tratamiento de mis datos personales la he suministrado De forma voluntaria y es verídica.

DADO EN EL MUNICIPIO DE _____ A LOS _____ DEL MES _____ DEL 20_____

Leidy Marcela Meneses Paz
NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PROPONENTE
C.C.NO. 1002956194
NIT:

(ES OBLIGATORIA LA PRESENTACIÓN DE ESTE FORMATO CON LA PROPUESTA Y DEBE SER DILIGENCIADA POR CADA UNO DE LOS MIEMBROS DEL CONSORCIO Y/O UNION TEMPORAL, CUANDO A ELLO HUBIERE LUGAR).

Sistema Gestión de Calidad	FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO PERSONAS NATURALES Y JURÍDICAS SARLAFT	FGADM-01 VERSIÓN 1 Fecha: Diciembre 2016 Pagina 1 de 3

Fecha de diligenciamiento: 21/09/2000 Ciudad: Popayán Tipo de Solicitud: Nuevo [ ] Actualización [ ]

Clase de vinculación: Empleado [X] Proveedor servicios salud [ ] Proveedor suministros [ ] Contratista [ ]

1. PERSONA NATURAL

Apellidos: Meneses Paz Nombres: Leidy Marcela

CC [X] CE [ ] RUT [ ] Otro [ ] Cuál [ ] No. 1002956194 Fecha Nacimiento: 10/06/2000

Lugar de Nacimiento: Popayán Nacionalidad: Colombiana Ocupación/Oficio: Psicóloga

Profesión: Psicología Teléfono: Celular: 3215879745

Dirección Residencia: Carrera 7 21N45 ciudad jardin Municipio: Popayán

Ingresos Mensuales: $ Egresos: $

Activos: $ Pasivos: $

Patrimonio: $ Otros Ingresos: $

Concepto otros ingresos:

2. PERSONA JURÍDICA

Nombre o Razón Social: NIT: DV:

Tipo de Empresa: Pública [ ] Privada [ ] Mixta [ ] Sector de la Economía: CIIU:

Tipo de Contribuyente: Rég. Común [ ] Gran Contribuyente [ ] Otras Entidades:

Fecha de constitución Cámara de Comercio: d d / m m / a a a a Correo electrónico empresarial:

Dirección Oficina Principal: Municipio: Tél.:

Dirección Sucursal/Agencia: Municipio: Tél.:

Representante Legal: primer apellido / segundo apellido / primer nombre / segundo nombre

CC [ ] CE [ ] Otro [ ] Cuál [ ] No. Fecha Nacimiento: d d / m m / a a a a

Identificación socios o accionistas que tengan directa o indirectamente más del 5% del capital social, aportes o participación (si requiere más espacio anexe relación)

ID	Número ID	Apellidos y Nombres	¿Por su actividad o cargo administra recursos públicos?	¿Por su actividad o cargo ejerce algún grado de poder público?	¿Por su actividad o cargo goza de reconocimiento público?	¿Está obligado a declaración tributaria en otros países? Cuáles
			Si [ ] No [ ]	Si [ ] No [ ]	Si [ ] No [ ]	
			Si [ ] No [ ]	Si [ ] No [ ]	Si [ ] No [ ]	
			Si [ ] No [ ]	Si [ ] No [ ]	Si [ ] No [ ]	
			Si [ ] No [ ]	Si [ ] No [ ]	Si [ ] No [ ]	
			Si [ ] No [ ]	Si [ ] No [ ]	Si [ ] No [ ]	

Ingresos Mensuales: $ Egresos: $

Activos: $ Pasivos: $

Patrimonio: $ Otros Ingresos: $

Concepto otros ingresos:

3. PERSONA PÚBLICAMENTE EXPUESTA - PEP

¿Por su cargo maneja recursos públicos? Si [ ] No [ ]

¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? Si [ ] No [ ]

¿Por su actividad u oficio goza usted de reconocimiento público general? Si [ ] No [ ]

¿Existe algún vinculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta? Si [ ] No [ ]

¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en otro país o grupo de países? Si [ ] No [ ]

4. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que:

1 Tanto mi actividad, profesión u oficio es licita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
2 La información que he suministrado en este documento es veraz y verificable y me comprometo a actualizarla anualmente.
3 Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
4 Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detallo ocupación, oficio, actividad o negocio)

Origen:

5. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza operaciones en moneda extranjera? Si [ ] No [ ] Importaciones [ ] Exportaciones [ ] Inversiones [ ]

Transferencias [ ] Otras [ ] Indique otras operaciones

¿Posee productos financieros en el exterior? Si [ ] No [ ] Posee cuentas bancarias en moneda extranjera? Si [ ] No [ ]

Tipo de producto	Identificación del producto	No. del producto	Monto $	Ciudad	País	Moneda

6. DECLARACIÓN DE NO ENCONTRARSE EN LISTAS NACIONALES O INTERNACIONALES PARA EL CONTROL LA/FT

Con la suscripción de este formato declaro que no me encuentro en ninguna lista de las establecidas a nivel nacional o internacional para el control de lavado de activos o financiación del terrorismo; así mismo me responsabilizo entre la Empresa Social del Estado Popayán E.S.E., porque mis empleados, accionistas, miembro de junta directiva o junta de socios, representante legal y revisor fiscal, tampoco se encuentra en dichas listas y me comprometo a actualizar anualmente la información o en un tiempo menor en caso de que ocurra cambios en la información suministrada a la Empresa Social del Estado Popayán E.S.E.

7. CLÁUSULA DE AUTORIZACIÓN

Con la suscripción de éste documento autorizo a la Empresa Social del Estado Popayán E.S.E. A:

1 Revelar mi información personal y de mis negocios, en caso de ser requerida por una autoridad competente en Colombia como la UIAF o la Fiscalía General de la Nación.
2 Ser consultado en las bases de datos que permitan prevenir el lavado de activos y financiación del terrorismo.

Declaro que los recursos utilizados para el cumplimiento de las obligaciones a mi cargo, objeto del presente contrato no provienen no provendrán de actividades ilícitas tales como el narcotráfico, terrorismo y financiamiento del terrorismo, lavado de activos, testaferrato, tráfico de estupefacientes o delitos contra el orden constitucional, o que de alguna manera contraríen las leyes de la República, la moral o las buenas costumbres. Así mismo se obliga con la E.S.E. Popayán a implementar las medidas tendientes a evitar que sus operaciones puedan ser utilizadas sin su conocimiento y consentimiento como instrumento para el ocultamiento, manejo, inversión o aprovechamiento en cualquier forma de dinero u otros bienes provenientes de actividades delictivas o para dar apariencia de legalidad a estas actividades en virtud de esto, el cliente autoriza a ser consultado en base de datos.

La E.S.E. Popayán terminara de manera unilateral e inmediata el presente contrato, cuando el cliente, sus socios o accionistas y/o administradores llegaran a ser:

1 Vinculados por parte de las autoridades competentes a cualquier tipo de investigación por delitos de narcotráfico, terrorismo y financiación del terrorismo, lavado de activos, testaferrato, trafico de estupefacientes o delitos contra el orden constitucional.
2 Sea vinculado en listas para el control de lavados de activos y financiación del terrorismo administradas por cualquier autoridad nacional o extranjera.
3 Sea condenado por parte de las autoridades competentes en cualquier tipo de proceso judicial relacionado con la comisión de delitos de igual o similar naturaleza a los indicados en ésta cláusula.

El suscriptor de éste documento, indemnizará y mantendrá libre de cualquier daño a la E.S.E. Popayán por cualquier multa o perjuicio que fueran probados y que sufra la E.S.E. Popayán por parte del suscripto de las obligaciones que apliquen en materia de prevención de riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo, así como cualquier reclamo judicial, extrajudicial y/o administrativo que autoridades competentes inicien en contra de la E.S.E. Popayán por o con ocasión de dicho incumplimiento. De igual manera el cliente se compromete a dar las explicaciones a que hubiere lugar originadas por el mencionado incumplimiento a la E.S.E. Popayán y a los terceros que éste le indique.

8. DOCUMENTOS REQUERIDOS

1 Fotocopia de documento de identidad de la persona natural o persona jurídica ☐
2 Fotocopia del documento de identidad del Representante Legal ☐
3 Certificado de existencia y representación legal con vigencia no superior a dos meses para personas jurídicas ☐

9. FIRMA Y HUELLA

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento



Lady Marcela Meneses Paz
FIRMA PERSONA NATURAL O REPRESENTANTE LEGAL

10. INFORMACIÓN RESERVADA PARA LA ENTIDAD

Recopilación y verificación de la información
- ☐ La Cédula de Ciudadanía coincide con el nombre suministrado
- ☐ Se confirma los datos registrados en el formato

Verificación de las siguientes listas
- ☐ Lista emitida por el concejo de Seguridad de las Naciones Unidas (ONU)
- ☐ Lista SDN personas y empresas sancionadas por el gobierno de E.U.A.
- ☐ Lista de los mas buscados por Interpol
- ☐ Antecedentes Judiciales Policía
- ☐ Antecedentes Fiscales
- ☐ Antecedentes Disciplinarios
- ☐ Lista FBI
- ☐ Otra

En caso de alguna inconsistencia o coincidencia positiva en listas informar al Oficial de Cumplimiento

ENCARGADO DE RECOPILAR LA INFORMACIÓN		ENCARGADO DE VERIFICAR LA INFORMACIÓN	
Nombre			
Tipo y Número de Documento		Tipo y Número de Documento	
Cargo		Cargo	
Extensión		Extensión	
Fecha	dd / mm / aaaa	Fecha	dd / mm / aaaa
Hora		Hora	

Certificación
Bancaria

Lunes, 21 de septiembre de 2026

ESE POPAYÁN

Bancolombia S.A. se permite informar que LEIDY MARCELA MENESES PAZ identificado(a) con CC 1002956194, 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	86866571581	2024-04-22	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 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

VIVASALUD
Occupational Health

Dra. Andrea Delgado Tovar
NIT. 1061762839
RM: 1061762839 - LICENCIA 2752
Calle 10 N #11-31 B/ santa clara
Cel. 3042089463 - E-mail. vivasaludoh@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 5.301

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
15 DÍA	07 MES	2025 AÑO	POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

E.S.E SURORIENTE ALMAGUER SINTRAUNPROS	SINTRAUNPROS ALMAGUER
Nombre de la empresa	Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

MENESES LEIDY MARCELA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	24 AÑOS 9 MESES 8 DÍAS	CC	1002956194
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
PSICOLOGO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *NO APLICA*

A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS : VALORACION POR NUTRICION DE SU EPS	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
	SVE OSTEOMUSCULAR	CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

LA PACIENTE NO PRESENTA CONDICIONES DE SALUD SEGÚN CRITERIO MÉDICO QUE GENERAN LIMITACIÓN PARA DESEMPEÑAR DICHOS CARGOS DE FORMA TEMPORAL SEGURA PERJUDICIALES A SU SALUD, A SU SEGURIDAD O A LA SEGURIDAD DE TERCERO. SE RECOMIENDA EL USO DE TAPABOCAS PARA UN ESTRICTO CUMPLIMIENTO DE LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD TANTO A NIVEL LABORAL COMO EXTRA LABORA CORRESPONDIENTES SEGÚN PROTOCOLOS DE OMS.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Dra. Andrea Delgado T
Odontóloga Cirujana
Universidad del Cauca
Universidad Católica de Manizales

Firma:

Nombre: CC: 1061762839 - TANIA TOVAR

Aspirante o Trabajador

Leidy Marcela Meneses Diaz

Firma:

Nombre: MENESES LEIDY MARCELA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UNIVERSIDAD
COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería Jurídica: Resolución 2109 del 20 de Diciembre de 1965 del Ministerio de Educación Nacional
Resolución No. 930 del 7 de Mayo de 1974 de la Superintendencia Nacional de Cooperativas
Reconocimiento de Universidad: Resolución 3686 del 22 de Diciembre de 1980 del Ministerio de Educación Nacional

En atención a que

LEIDY MARCELA MENESES PAZ

con Cédula de Ciudadanía No. 1.002.956.194 de Popayán
Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos
por la Universidad, le confiere el título de

PSICÓLOGA

En testimonio de ello le expide el presente diploma y se firma en
Popayán el día 21 de abril de 2023

Libro de Registros No. 0070920231 Folio No. 006 Registro No. 0055
Refrendado en Popayán el día 20 de abril de 2023

Director (a) Sede

Rector (a)

Gloria Patricia Ramos
Secretario (a) General

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

Registros y Diplomas: Renata Carolina Ayala Sarasty

VIGILADA MINEDUCACIÓN

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UNIVERSIDAD
COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería Jurídica, Resolución 24195 del 20 de Diciembre de 1983 del Ministerio de Educación Nacional.
Resolucion No. 501 del 7 de Mayo de 1974 de la Superintendencia Nacional de Cooperativas.
Resolución No. 1850 del 31 de Julio de 2002,emanada del Ministerio de Educación Nacional.

Acta Individual de Graduación No. 09-1433-2023

PROGRAMA:	PSICOLOGÍA
CODIGO SNIES:	5376
FECHA GRADO:	21 DE ABRIL DE 2023
LUGAR:	UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA, CAMPUS POPAYÁN

En atención a que LEIDY MARCELA MENESES PAZ
con Cédula de Ciudadanía No 1.002.956.194 de Popayán
cumplió todos los requisitos exigidos por las normas legales y estatutarias, le expide el título de: PSICÓLOGA.

Lo anterior, atendiendo la aprobación del Consejo Académico del Campus Popayán, mediante acta No 003 en sesión del día 23 de marzo de 2023.

Para constancia se citan en este título las autoridades competentes: Rector(a), Director(a) de Campus, Decano(a) Facultad y Secretario(a) General de la Universidad, así:

Rector(a):	MARITZA RONDON RANGEL
Director(a) de Campus:	LINA MARCELA ZAPATA GIL
Decano(a) Facultad:	LINA MARIA URIBE ORDOÑEZ
Secretario (a) General:	GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS

Se expide la presente Acta en la ciudad de Popayán el día 21 DE ABRIL DE 2023

Gloria Patricia Rave I

GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS
Secretario (a) General

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

VIGILADA MINEDUCACIÓN

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) LEIDY MARCELA MENESES PAZ identificado(a) con CC 1002956194 registra La siguiente información:

2026-09-21→9:27:28 PM

Información Académica

Nivel Formación	Origen Formación	Profesión u Ocupación	Fecha Grado	Acto Administrativo	Entidad Reportada
UNV	Local	PSICOLOGIA	2023-06-22	1906332	DTS GOBERNACION DEL CAUCA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

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

La República de Colombia
y en su nombre la

Escuela Normal Superior "Santa Clara"

Almaguer - Cauca

Licencia de Funcionamiento según Resolución N° 1628 del 11 de Agosto de 1999 y Aprobación de Estudios según Resolución N° 1502 del 9 de Agosto de 2000, emanadas de la Secretaría de Educación Departamental, con Acreditación de Calidad y Desarrollo Resolución N° 2773 del 4 de Diciembre de 2002 y Autorización de Funcionamiento al Programa de Formación Complementaria según Resolución N° 10380 del 26 de Noviembre del 2010 emanadas del Ministerio Educación Nacional

Confiere a:

Leidy Marcela Meneses Paz

T.I. Nº 1.002.956.194 Almaguer, Cauca.

El Título de:

Bachiller Académico

Con Profundización en el Campo de la
Educación y Formación Pedagógica

Por haber cursado y aprobado los Estudios correspondientes al Nivel de Educación Media, Modalidad Académica, con Profundización en Campo de la Educación y Formación Pedagógica, cumplidos los requisitos legales y adquirido el Derecho Académico de acuerdo con el Plan de Estudios vigente del Proyecto Educativo Institucional

Jumer Eufimio Caviria
C.C N° 4.619.379 Almaguer - Cauca
Rector

José Hilario Rivera Navia
C.C N° 76.293.411 Almaguer - Cauca
Secretario

Dado en Almaguer - Cauca, a los 03 días del mes de Diciembre del año 2017
Anotado en el Control Interno del Plantel en el
Libro de Registro N° 01 Folio N° 060 Diploma N° 1098

SINTRAUNPROS

Calle 8 # 8-60 - 2do Piso
B/ Benito Juárez
Tel. 3145939846
Popayán Cauca

GESTIÓN DE TALENTO HUMANO
SINDICATO DE TRABAJADORES UNIDOS POR LA PROSPERIDAD
NIT 900.991.737-5

HACE CONSTAR:

Que el(a) Señor(a) **LEIDY MARCELA MENESES PAZ** identificado(a) con Cédula de Ciudadania número **1002956194** expedida en **POPAYAN**, participo en la ejecución de actividades dentro del marco del contrato colectivo sindical No. 87 de 18 de abril de 2024, suscrito entre el **SINDICATO DE TRABAJADORES UNIDOS POR LA PROSPERIDAD "SINTRAUNPROS"** y la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SUROCCIDENTE E.S.E**; desde el 29 DE ABRIL DE 2024, hasta 29 DE JULIO DE 2024.

Desarrollando sus actividades como **PSICOLOGA** en el Proceso de **APS SUROCCIDENTE;**

1. Realizar mapeo y cartografía social de los territorios de abordaje y de primer contacto con las comunidades de cada microterritorio. PERIOCIDAD: 1 vez - Al inicio de la operación en el microterritorio. ENTREGABLES (Medio de Verificacion): Informe de mapeo, cartografía social abordaje en el microterritorio que incluya registro fotográfico y listas de asistencia. 2. Identificar personas no afiliadas al sistema de salud y gestionar el trámite de afiliación. PERIOCIDAD: Según plan de trabajo y cronograma. ENTREGABLES (Medios de verificacion): Formularios de afiliación diligenciados. 3. Valoración de primer contacto de acuerdo con los siguientes instrumentos: a) familiograma, b) APGAR familiar, c) escala de sobrecarga del cuidador de ZARIT y d) Ecomapa. PERIOCIDAD: Según plan de trabajo y cronograma. ENTREGABLES (Medios de verificacion): Formulario de caracterización con a) familiograma, b) APGAR familiar, c) escala de sobrecarga del cuidador de ZARIT y d) Ecomapa diligenciados, herramienta de seguimiento de resolución 3280 de 2018 indicada por MSPS. 4. Identificar las condiciones de salud de los miembros de la familia y los hogares, haciendo uso de los dispositivos médicos asignados. 5. Formular el plan integral del cuidado primario individual, familiar y comunitario con base en los resultados de la caracterización, identificando y articulando las diferentes intervenciones a desarrollar en el sector salud y los diferentes sectores. 6. Identificar las prioridades de respuesta individual, familiar y comunitaria por edad, sexo-género, etnia, entre otras características pertinentes y por microterritorio asignado. PERIOCIDAD: Según plan de trabajo y cronograma. ENTREGABLES (Medios de verificacion): Plan integral del cuidado primario individual, familiar y comunitario integrado a la historia clínica. 7. Gestionar la prestación de los servicios de salud (promoción de la salud, educación, prevención de la enfermedad, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos), de acuerdo con las necesidades identificadas, realizando la canalización a las diferentes modalidades (extramural, intramural en prestador primario o complementario y telemedicina). Inducir la demanda de servicios de los eventos relacionados con las prioridades en salud pública y aquellos que ocasionen un alto impacto en salud pública . PERIOCIDAD: Según plan de trabajo y cronograma. ENTREGABLES (Medios verificables): Instrumento de canalización diligenciado. 8. Gestionar el traslado a instituciones de salud de personas que requieren remisión urgente a partir de lo identificado en la atención en salud . PERIOCIDAD: Según demanda. ENTREGABLES (Medios de verificacion): Bitácora de remisión. 9. Brindar educación para la salud e información orientada a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, identificación de signos de alarma y adopción de prácticas de cuidado de sí mismo, de los demás y de su entorno. 10.Informar a las familias sobre el portafolio de servicios de salud y de otros sectores de acuerdo con sus necesidades.PERIOCIDAD: Según plan de trabajo y cronograma. ENTREGABLES (Medios de verificacion): Plan integral del cuidado primario individual, familiar y comunitario e historia clínica. 11. Canalizar a la oferta de servicios brindada por otros sectores en el territorio conforme a las prioridades y necesidades sociales de la salud identificadas. 12. Realizar seguimiento al acceso efectivo a los servicios de salud y servicios brindados por los otros sectores. PERIOCIDAD: Según plan de trabajo y cronograma. ENTREGABLES (Medio de verificacion): Instrumento de canalizaciones diligenciado. 13. Digitalizar los instrumentos que sean diligenciados de forma manual en la herramienta que defina el Ministerio de Salud y Proteccion Social para tal fin. PERIOCIDAD: Según plan de trabajo y cronograma. ENTREGABLES (Medio de verificacion): Instrumentos digitalizados en la herramienta de APS del MSPS. 14.Convocar, implementar y realizar seguimiento a espacios de participación social y popular por cada una de las veredas- barrios y microterritorios abordados por el equipo. PERIOCIDAD: Según plan de trabajo y cronograma. ENTREGABLES (Medio de verificacion): Registros de participación, documentos Instrumentos digitalizados en la herramienta de APS dispuesta por el MSPS.15. Otros que le sean asignados por el coordinador del programa.

Estado: **INACTIVO**

La presente se expide a solicitud del interesado para asuntos personales.
Se firma en Popayán a los veintiséis (26) días de agosto de 2024.

DIANA CAROLINA ANTE P.
Coordinadora Talento Humano
Sintraunpros

HOGAR INFANTIL ALMAGUER
Almaguer, Cauca.
Personería Jurídica Resolución 02281/1989
NIT 891502477-7

Hace constar:

Que la Señora **LEIDY MARCELA MENESES PAZ**, identificada con Cédula de Ciudadanía número **1002956194** expedida en **POPAYAN**, prestó sus servicios profesionales como PSICÓLOGA en esta institución, en virtud del contrato de Prestación de Servicios N°.152, desde el 01 DE SEPTIEMBRE DE 2025 hasta el 22 DE DICIEMBRE 2025.

Desarrollando actividades propias de su profesión en el Hogar Infantil Almaguer.

1.Atender y evaluar a los niños, niñas y padres de familia que requieran servicio psicológico especializado. 2.Elaborar el diagnóstico situacional y tener como punto de referencia la Ruta Integral de Atenciones para iniciar el diseño de los mecanismos de articulación, atención y gestión que buscan asegurar que los niños y niñas puedan acceder al más alto nivel de salud mental. 3.Implementar acciones de promoción y prevención. 4. Liderar procesos de caracterización de las familias. 5. Llevar control y registro del personal atendido. 6.Participar en las estrategias de planeación, seguimiento y evaluación de la modalidad. 7.Utilizar los protocolos de activación de las Rutas de salud y protección cuando se requiera. 8.Capacitar al personal docente para la detección temprana de factores de riesgo que permita tomar acciones preventivas y activar la red de servicios. 9.Realizar charlas formativas a padres de familia y personal de la institución en Escuela para padres. 10.Dar a conocer a padres de familia las diferentes rutas de atención en casos de vulneración de derechos de las niñas y niños. 11. Elaborar el plan de intervención individual para los niños y niñas que presenten problemas de comportamiento. 12.Organizar y sistematizar información sobre las acciones adelantadas con los niños y niñas, familia y comunidad. 13.Participar en las actividades del Hogar Infantil y apoyar en la elaboración del POAI. 14.Reunirse periódicamente con padres de familia para dar informes de los menores. 15.Colaborar en labores eventuales que el Hogar Infantil requiera. 16.Responder por el material de consumo y devolutivo y hacer buen uso de ellos. 17.Participar en las capacitaciones y reuniones programadas. 18.Presentar los informes correspondientes ante el ICBF, cuando sean requeridos. 19.Desarrolar las actividades descritas en la presente orden de prestación de servicios y las que de su cargo se deriven teniendo en cuenta los lineamientos técnicos del ICBF.

La presente se expide a solicitud del interesado para asuntos personales.
Se firma en Almaguer a los veintidós (22) días de diciembre de 2025.

Director Talento humano
Hogar Infantil Almaguer

SINTRAUNPROS

Calle 11 No. 9N - 120 2do Piso
Popayán - Cauca
Tel: 3105934560
siempreesalud@hotmail.com

GESTIÓN DE TALENTO HUMANO – SINDICATO DE TRABAJADORES UNIDOS POR LA PROSPERIDAD

NIT 900.991.737-5

HACE CONSTAR

Que el (a) Señor(a) **LEIDY MARCELA MENESES PAZ** identificado(a) con Cedula de Ciudadanía número **1002956194,** participo como Afiliado vinculado a través del **SINDICATO DE TRABAJADORES UNIDOS POR LA PROSPERIDAD "SINTRAUNPROS"** y la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SURORIENTE E.S.E**. en la ejecución de los siguientes de contratos:

1. N. º 220 del 9 de Septiembre de 2025. Desde el 09 de Septiembre de 2025, hasta el 25 de Diciembre de 2025.

La cual desarrollo sus actividades en la prestación de servicios, en el proceso de **PSICOLOGA,** Programa **PIC MUNICIPAL** punto de atención **ALMAGUER.**

Estado: **INACTIVO**

La presente se expide a solicitud del interesado para asuntos personales.

Se firma en Popayán a los Dieciséis (16) días del mes de Enero de 2026.

DIANA CAROLINA ANTE PIAMBA
Coord.Talento Humano
Sintraunpros

El suscrito Presidente del Consejo Directivo Nacional del Colegio Colombiano de Psicólogos - Colpsic,

HACE CONSTAR:

Que **LEIDY MARCELA MENESES PAZ**, identificado(a) con documento de identidad No. CC **1002956194** obtuvo su Tarjeta Profesional de Psicólogo No. 265856 expedida el 15/05/23, por este Colegio al tenor de lo dispuesto en los Artículos No. 6, 7 y 12 de la Ley 1090 de 2006.

Que de acuerdo con el artículo No. 6 de la Ley 1090 de 2006, el(la) portador(a) de la Tarjeta Profesional, está habilitado(a) para el ejercicio profesional de la Psicología en todo el territorio nacional. Este documento es de carácter vitalicio, por tanto, su vigencia es permanente.

Esta constancia se expide sin borrones ni enmendaduras el 21 de septiembre de 2026.

Nota: De acuerdo con el parágrafo del artículo 6 de la Ley 1090 de 2006, el cual señala: "Las tarjetas profesionales, inscripciones o registros expedidas a psicólogos por las Secretarías de Salud de los diferentes departamentos, distritos o municipios del país u otra autoridad competente, con anterioridad a la vigencia de la presente ley, conservarán su validez y se presumen auténticas", la experiencia profesional para los psicólogos graduados antes de la Ley 1090 de 2006 (6 septiembre de 2006) se contabilizará desde el momento en que el profesional realizó el respectivo registro, tal como lo ordenaba el artículo 3º de la derogada Ley 58 de 1983. La experiencia profesional para los psicólogos graduados desde la Ley 1090 de 2006 (6 septiembre de 2006) o antes y que no hayan expedido su registro como lo ordenaba la Ley 58 de 1983 se contabilizará desde el momento en que expidió la Tarjeta Profesional con el Colegio Colombiano de Psicólogos.

Cordialmente,

JOSÉ RAÚL JIMÉNEZ MOLINA

Presidente del Consejo Directivo Nacional

hVxIV+pxUgE6vO1ALJrs
Para validar este documento ingrese en el siguiente link:
https://sara.colpsic.org.co/publico/validar-documento

TRIBUNALES
DEONTOLÓGICOS
Y BIOÉTICOS DE
PSICOLOGÍA

TRIBUNALES DEONTOLÓGICOS Y BIOÉTICOS DE PSICOLOGÍA

La suscrita Directora Ejecutiva de los Tribunales Deontológicos y Bioéticos de Psicología certifica que, una vez consultado el sistema de información y reporte de profesionales sancionados por estos Tribunales, NO se encontró que **Leidy Marcela Meneses Paz**, con documento de identificación N° **1002956194**, tenga antecedentes deontológicos disciplinarios en ninguno de ellos.

Este certificado tiene validez de tres (03) meses.

Se expide en Bogotá, D.C., el 21 de septiembre de 2026.

DIANA PAOLA PULIDO CASTELBLANCO
Directora Ejecutiva de los Tribunales Deontólogicos y Bioéticos de Psicología

Fnx6HVCqQK+G6cpQsZv5
Para validar este documento ingrese en el siguiente link:
https://sara.colpsic.org.co/publico/validar-documento

COLEGIO COLOMBIANO DE PSICÓLOGOS



TARJETA PROFESIONAL
DE PSICÓLOGA

No. 265856

Fecha de expedición: 15/05/2023

LEIDY MARCELA MENESES PAZ

Cédula de Ciudadania

1002956194

Según la Ley 1090 de 2006, este documento es de carácter vitalicio y tiene validez nacional, por tanto su vigencia es permanente.

Esta Tarjeta Profesional es personal e intransferible y acredita a su portador como PSICÓLOGA de conformidad con los Artículos 6, 7 y 12 de la Ley 1090 de 2006 y es requisito legal para el ejercicio profesional en Colombia.

GLORIA AMPARO VÉLEZ
Presidente del Consejo Directivo

www.colpsic.org.co

Popayán, 23 SEP 2026

Doctor:
JUAN CARLOS COTAZO URREA
Gerente E.S.E Popayán.

Referencia: Propuesta prestación de servicios de apoyo a la gestión.

De la manera más atenta, me permito presentar ante usted la siguiente propuesta de prestación de servicios de apoyo a la gestión con el propósito de cumplir con el siguiente objeto: **PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN PSICOLOGÍA PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES EN EL PROCESO DE GESTIÓN AMBULATORIA, PROPIAS DEL FORTALECIMIENTO DEL NIVEL PRIMARIO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYAN E.S.E., EN EL MARCO DE LA RESOLUCIÓN No.00001010 DE 2025 EN EL MUNICIPIO DE PURACE RURAL.** y de conformidad con lo requerido por la entidad.

Dentro de las actividades que se desarrollaran se encuentran:

ACTIVIDAD	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	META
1. El profesional de salud debe cubrir las actividades de dos equipos básicos de salud en dos microterritorios	mensual	Cada reporte debe contener los siguientes ítems: 1. Informe de mapeo, 2. cartografía social abordaje en el micro territorio que incluya 3. registro fotográfico y 4. listas de asistencia De acuerdo a la caja de herramientas suministrada por el ministerio de salud y protección social.	Meta por día: 13 Meta por semana (5 días): 65 Meta por mes (22 días): 267 Meta total territorio (3 meses): 800
2. Realizar mapeo y cartografía social de los territorios de abordaje y de primer contacto con las comunidades de cada microterritorio	mensual	1. Informe de proceso 2. Evidencias fotográficas. 3. Registro de asistencia.	
3. Identificar personas no afiliadas al sistema de salud y gestionar el trámite de afiliación	diario, semanal y mensual	*Base de datos de población intervenida.	
4. Valoración de primer contacto de acuerdo con los siguientes instrumentos: a) familiograma, b) APGAR familiar, c) escala de sobrecarga del cuidador de ZARIT y d) Ecomapa, tamizajes de salud mental	diario, semanal y mensual	800 formatos de valoración familiar e individual: a) familiograma, b) APGAR familiar, c) escala de sobrecarga del cuidador de ZARIT y d) Ecomapa	

5. Identificar las condiciones de salud de los miembros de la familia y los hogares, haciendo uso de los dispositivos médicos asignados	diario, semanal y mensual	Plan integral del cuidado primario individual, familiar y comunitario integrado a la historia clínica	
6. Formular el plan integral del cuidado primario individual, familiar y comunitario con base en los resultados de la caracterización, identificando y articulando las diferentes intervenciones a desarrollar en el sector salud y los diferentes sectores	mensual	1. Actas de ejecución 2. Registro fotográfico y de asistencia.	
7. Identificar las prioridades de respuesta individual, familiar y comunitaria por edad, sexo-género, etnia, entre otras características pertinentes y por microterritorio asignado	diario, semanal y mensual	1. base de datos de usuarios atendidos. 2. Indicadores generados por cada una de las atenciones realizadas, de acuerdo a la resolución 3280 de 2018. 3.Historias clínicas de usuarios atendidos debidamente diligenciadas. 4. Seguimiento a usuarios canalizados a otra red de prestación de servicios	
8. Gestionar la prestación de los servicios de salud (promoción de la salud, educación, prevención de la enfermedad, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos), de acuerdo con las necesidades identificadas, realizando la canalización a las diferentes modalidades (extramural, intramural en prestador primario o complementario y telemedicina). Inducir la demanda de servicios de los eventos relacionados con las prioridades en salud pública y aquellos que ocasionen un alto impacto en salud pública	Según evento	Bitácora de remisión	
9. Gestionar el traslado a instituciones de salud de personas que requieren remisión urgente a partir de lo identificado en la atención en salud	diario, semanal y mensual	1. Base de datos de educación, 2. Evidencias fotográficas. 3. Registros de asistencia.	

10. Brindar educación para la salud e información orientada a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, identificación de signos de alarma y adopción de prácticas de cuidado de sí mismo, de los demás y de su entorno	Diario, semanal y mensual	1. Base de datos de educación, 2. Evidencias fotográficas. 3. Registros de asistencia.	
11. Informar a las familias sobre el portafolio de servicios de salud y de otros sectores de acuerdo con sus necesidades.	diario, semanal y mensual	1. Instrumento de canalizaciones diligenciado 2. Actas de gestiones de canalización a redes de atención. 3.Evidencias de atención a los usuarios canalizados.	
12. Canalizar a la oferta de servicios brindada por otros sectores en el territorio conforme a las prioridades y necesidades sociales de la salud identificadas.	diario, semanal y mensual	Instrumento de seguimiento diligenciado y semaforizado	
13. Realizar seguimiento al acceso efectivo a los servicios de salud y servicios brindados por los otros sectores.	diario, semanal y mensual	Instrumentos digitalizados en la herramienta de APS del MSPS	
14. Digitalizar los instrumentos que sean diligenciados de forma manual en la herramienta que defina el Ministerio de Salud y Protección Social para tal fin	Mensual	1. Actas de trabajo comunitario 2. Evidencias fotográficas. 3. Registros de asistencia.	
15. Convocar, implementar y realizar seguimiento a espacios de participación social y popular por cada una de las veredas- barrios y microterritorios abordados por el equipo	diario, semanal y mensual	1.Base de datos de Consulta de psicología para atención en salud mental 2. Historias clínicas oportunamente diligenciadas. 3. Gestión de atenciones con otra red de prestación de servicios.	
16. Consulta de psicología para atención en salud mental	diario, semanal y mensual	1.Base de datos Aplicación de tamizajes de salud mental e instrumentos para SPA (incluye alcohol) 2. Historias clínicas oportunamente diligenciadas. 3. Gestión de atenciones con otra red de prestación de servicios.	
17. Aplicación de tamizajes de salud mental e instrumentos para SPA (incluye alcohol)	diario, semanal y mensual	1.Base de datos de atenciones escala para sobrecarga de cuidado 2. Historias clínicas oportunamente diligenciadas. 3. Gestión de atenciones con otra red de prestación de servicios.	

18. Aplicación de escala para sobrecarga de cuidado	diario, semanal y mensual	1.Base de datos de atenciones en Atención psicosocial a familias víctimas de conflicto armado 2. Historias clínicas oportunamente diligenciadas. 3. Gestión de atenciones con otra red de prestación de servicios.	
19. Atención psicosocial a familias víctimas de conflicto armado	mensual	1. plan de trabajo 2. Actas de encuentros. 3. Registros de asistencia. 4. Registros fotográficos.	
20. Fortalecer procesos centros de escucha y zonas de orientación escolar	mensual	1. plan de trabajo 2. Actas de encuentros. 3. Registros de asistencia. 4. Registros fotográficos.	
21. Fortalecer rehabilitación Basada en Comunidad en Salud Mental	mensual	cada reporte debe contener los siguientes ítems: 1. Informe de mapeo, 2. cartografía social abordaje en el micro territorio que incluya 3. registro fotográfico y 4. listas de asistencia De acuerdo a la caja de herramientas suministrada por el ministerio de salud y protección social.	

El valor de la propuesta económica por la prestación de servicios, será hasta la suma de **DIECIOCHO MILLONES DE PESOS M/CTE ($18.000.000), que serán cancelados en TRES (3) cuotas mensuales por valor SEIS MILLONES DE PESOS ($6.000.000) o proporcionales a la fracción de mes.**

Quedo a su disposición para cualquier comentario adicional o aclaración sobre el particular.

Cordialmente,

LEIDY MARCELA MENESES PAZ
C.C. No. 1002956194
Dirección residencia: Carrera 7 # 21N 45 Ciudad Jardin
Correo electrónico: lmarce356@gmail.com
Celular No. 3215879745

Función Pública

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

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, LEIDY MARCELA MENESES PAZ

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 1.002.956.194 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	CAUCA	POPAYAN

Dirección	Teléfonos
Carrera 7 21N45 CIUDAD JARDIN	3215879745

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Carlos Alberto Meneses Paz	4.618.852	Padre
Clara Nereyda Paz Medina	25.295.642	Madre

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3° , DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTÍCULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, PARA TOMAR POSESIÓN PARA RETIRARME PARA ACTUALIZACIÓN PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE , QUE LOS ÚNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACIÓN:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	900.000
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	$ 900.000

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BANCOLOMBIA	AHORROS	86866571581	POPAYÁN	$ 100.000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACIÓN)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

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

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	N°
ANDREA HURTADO AMAYA	C.C. X C.E. T.I.	1.061.743.757

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN
VENTA DE INMUEBLES	AGENTE INMOBILIARIO

3. FIRMA

Leidy Marcela Manosalva Paz
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Popayán, 22/09/2026
CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

CONSERVE ESTE CARNET

SE REQUIERE PARA UN BUEN CONTROL DEL ESQUEMA DE VACUNACION

PRESENTELO SIEMPRE QUE ASISTA A UN SERVICIO DE SALUD

Todo niño vacunado está protegido contra enfermedades graves

Después de la vacunación el niño puede presentar reacciones como fiebre, dolor y brote. Estas reacciones son normales y significa que el niño está produciendo defensas contra las enfermedades para las cuales fue vacunado.

DIRECCION DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL CAUCA
UNIDAD POPAYAN - NIT. 817.000.995-7

CERTIFICADO DE VACUNACION

Historia Clínica No. _____

Nombre del Vacunado: Leidy Marcela Meneses

Fecha de Nacimiento: 6-X-2000.

Organismo de Salud: C. S. Jamaicas

Municipio: Popayan.

Dirección: _____

E.P.S. (A.R.S.): _____

Nombre de la Madre: Elora Mireya Paz.

Su próxima cita es (con lápiz): 13-12-00

ESQUEMA DE VACUNACION

VACUNA	FECHA DE VACUNACION			LOTE	Nombre del Vacunador	REFUERZOS			LOTE
	1a. Dosis	2a. Dosis	3a. Dosis			R1.	R2	R3	
B.C.G.	16-XI-00					~~[illegible]~~			
ANTIPOLIMIELITICA	XI-9-2000.	13-12-00	07-2001			30 NOV/01	30 NOV/01		
D.P.T.			14/8/01						
ANTIHEPATITIS B.	XI-9-00	13-12-00	IV/21/01.						
TRIPLE VIRAL	17-01	03/01/2010							
TOXOIDE TETANICO - DIFT	09/04/10	12-05-11 Refuerzo							
SARAMPION	28-04-2001								
FIEBRE AMARILLA	Tomar 1/3								
MENINGOCOCO									
HEMOFILUS INFLUENZA B.	13-XI-00	12-07-2001	XI/16/01						
OTROS (Nombre)									
VARICELA - BIKEN	24 JUL. 2002								
HEPATITIS A.									
Doble Viral	IV-23								
Doble viral	18/02/12								

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

Consérvelo

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

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

TODOS LOS DÍAS SON DÍAS DE VACUNACIÓN

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Leidy Marcela

Apellidos: Heredes Paz

Documento de identidad: C.C. T.I. X Pasaporte No. 1002956194

Fecha de Nacimiento: Dia. 06 Mes. 10 Año. 2000

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1	18.02.12		
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	09.10.10		
	2	29.10.16		
	3	26.12.17	Intervac D229G	
	4	12-12-20	2338X004AE	
	5	12-06-2021	2338L024F	
Contra Hepatitis B	1	9-XI 00		
	2	11.12 00		
	3	21.04 01		

Copia del original 27. Dic /17

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla	1d	7.06 2003	stand.	
Contra Influenza	1d	05.06 13	0 08 2012	
	2d	01.12 13	J001754	
Otras				
TV: (SSR)		03.09.10		

PROFAMILIA POPAYAN
Transversal 9 No. 6N-117
Tel: 8 200662 - 8 200669

Certificado de Vacunación

Institución: _____

Nombre: Leidy Marcela Herrera Paz

Identificación: 1002956194 Tel: _____

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
Influenza		23-04-2024	H06	

PROFAMILIA POPAYAN
Transversal 9 No. 6N-117
Tel: 8 200662 - 8 200669

Cortesía de Sanofi Vacunas

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
INFLUVAC TETRA TEMPORADA 2024 Uso subcutáneo profundo/intramuscular Suspensión inyectable 1 dosis de 0,5 ml Abbott Biologicals B.V.				
Lote:	H06			
Fab.:	01 2024			
Vence:	12 2024			

SPCO.SAPAS.18.07.0081

PREVENT-SALUD
SERVICIOS DE SALUD DEL CAUCA

Calle 17 Norte No. 9-85 - Barrio Antonio Nariño
Teléfono: 820 1698 - Celular: 304 218 5800
POPAYÁN - COLOMBIA

MUCHAS GRACIAS

IMPORTANTE

Las vacunas logran que nuestro organismo desarrolle defensas contra los agentes infecciosos contenidos en cada una de ellas. Estas defensas se act.van cuando entramos en contacto nuevamente con los microorganismos, protegiendonos así contra las enfermedades.

PREVENT-SALUD
SERVICIOS DE SALUD DEL CAUCA

RECOMENDACIONES

No hacerse masaje en el sitio de aplicación de la vacuna.

Si usted se vacuna contra meningococo o tetanos es normal las siguientes reacciones: Fiebre, Dolor frecuente, enrojecimiento.

Si se aplica M.M.R, Rubéola, Sarampión o Fiebre Amarilla debe esperar tres meses para quedar en embarazo.

Si se presenta un sintoma diferente a los explicados anteriormente, favor dirigirse a Prevent-Salud ubicado en calle 17N No. 9-85 Barrio Antonio Nariño - Teléfono: 820 1698

Calle 17 Norte No. 9-85 - Barrio Antonio Nariño
Teléfono: 820 1698
Celular: 304 218 5800
POPAYÁN - COLOMBIA

PREVENT-SALUD
SERVICIOS DE SALUD DEL CAUCA

CARNET DE VACUNACIÓN

c.c. 1002956194

Leidy marcela mercado Paz.

NOMBRE:

06-10-00

FECHA DE NACIMIENTO:

DIRECCIÓN:

3215879745.

ESQUEMA DE VACUNACIÓN ADULTOS

VACUNA	1A DOSIS	2A DOSIS	3A DOSIS	REF.	REF.
HEPATITIS B	No. Lote	No. Lote	No. Lote	No. Lote	No. Lote
TETANO	No. Lote	No. Lote	No. Lote	No. Lote	No. Lote
VPH (virus del papiloma humano)	No. Lote	No. Lote	No. Lote	No. Lote	No. Lote
INFLUENZA	15/06/21 No. Lote	MAYO 2022 No. Lote	No. Lote	No. Lote	No. Lote

PREVENT-SALUD
SERVICIOS DE SALUD DEL CAUCA

TWINRIX (Hepatitis A + Hepatitis B)	No. Lote	No. Lote	No. Lote	No. Lote	No. Lote
MENINGITIS (Meningococo BC)	No. Lote	No. Lote	FIEBRE AMARILLA	13-01-21 No. Lote	DOSIS UNICA No. Lote
HEPATITIS A	13-01-21 No. Lote	29/09/21 2da ADAUCOR No. Lote	MMR (triple viral)	13-01-21 No. Lote	1O OTROS No. Lote
VARICELA	13-01-21 No. Lote	30/03/21 No. Lote	BOOXTRIX (Difteria, Tetanos, Pertussis acelular)	30/03/21 No. Lote	DOSIS UNICA No. Lote
NEUMOCOCO (Neumo 23)	14-01-21 No. Lote	No. Lote	FIEBRE TIFOIDEA	No. Lote	No. Lote
MENACTRA	No. Lote	No. Lote	NEUMOCOCO PREVENAR	No. Lote	No. Lote
OTRAS	No. Lote	No. Lote	No. Lote	No. Lote	No. Lote