

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.017.271.943

MUÑOZ CALLE
APELLIDOS

MARIA CAMILA
NOMBRES

Mcamila muñoz calle.
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 09-JUL-1999
ABRIAQUI
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

14-JUL-2017 MEDELLIN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-0100100-00940622-F-1017271943-20170927 0057407684A 1 49280664

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario 141233887025

(415)7707212489984(8020) **000014123388702 5**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 1 7 2 7 1 9 4 3	5	Impuestos de Medellín 1 1	

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 1 7 2 7 1 9 4 3	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Antioquia 0 5	Medellín 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MUÑOZ	CALLE	MARIA	CAMILA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Antioquia 0 5	Medellín 0 0 1

41. Dirección principal: CL 53 28 68 BRR CAICEDO PUENTES DE LA TOMA

42. Correo electrónico: callemariacamila2@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica / Ocupación

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

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

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 [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 1

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 SALAZAR SERNA SILVANA

985. Cargo Gestor III

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

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
Muñoz	Calle	Maria Camila

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1017271943	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 09 MES 07 AÑO 1999

PAÍS COLOMBIA

DEPTO ANTIOQUIA

MUNICIPIO ABRIAQUÍ

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 53 28 68

PAÍS COLOMBIA DEPTO ANTIOQUIA

MUNICIPIO MEDELLÍN

TELÉFONO 6045061693 EMAIL callemariacamila2@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	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	11	2024	305377

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*
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 EMPRESAS SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* ABRIAQUÍ				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3225972249	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	17	*Mes*	02	*Año*	2026	*Día*	17	*Mes*	07	*Año*	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATO DE PSICOLOGA	*DEPENDENCIA* PSICOLOGA				*DIRECCIÓN* CALLE 9A 12 59						

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	5
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA Y EN SU NOMBRE

LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA MARÍA CANO

PERSONERÍA JURÍDICA Nº. 17996, NOVIEMBRE DE 1987 DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

EN ATENCIÓN A QUE:

MARIA CAMILA MUÑOZ CALLE

C.C. 1.017.271.943

HA CUMPLIDO LOS REQUISITOS QUE LOS ESTATUTOS UNIVERSITARIOS EXIGEN PARA OPTAR AL TÍTULO DE:

PSICOLOGA

LE EXPIDE EL PRESENTE DIPLOMA Y EN TESTIMONIO DE ELLO, SE FIRMA Y REFRENDA CON LOS SELLOS RESPECTIVOS EN MEDELLIN, EL DÍA 28 DEL MES DE AGOSTO DE 2025

RECTOR

SECRETARIO GENERAL

DECANO

VIGILADO MINEDUCACIÓN

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA Y EN SU NOMBRE
LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA MARÍA CANO

Personería Jurídica Nº. 17996, noviembre de 1987, Ministerio de Educación Nacional

Acta Individual de Graduación Nº. 01248

DEPENDENCIA: FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE: PSICOLOGIA

APROBACIÓN DEL PROGRAMA: ACUERDO 025 DE MARZO 27 DE 1995 DEL CONSEJO SUPERIOR

FECHA: AGOSTO 28 DE 2025

LUGAR: MEDELLIN

En la fecha y lugar señalado se realizó Acto de Graduación, presidido por el señor Rector,
HUGO ALBERTO VALENCIA PORRAS - RECTOR Y DEMÁS MIEMBROS DEL CONSEJO ACADÉMICO

Con el propósito de conferir el título de: PSICOLOGA

A MARIA CAMILA MUÑOZ CALLE CON CEDULA 1017271943

de MEDELLIN

Y previo juramento, el graduando se comprometió a cumplir, fiel y lealmente, la Constitución, las leyes de la República y los deberes y obligaciones que le imponen a su profesión.

Copia de la presente Acta se entrega al nuevo profesional, con sus firmas y sellos respectivos.

Lo anterior, atendiendo la autorización del Consejo Académico, mediante Acta Nº. 227 en sesión del día 31 de JULIO de 2025

En constancia, se firma esta Acta en la ciudad de MEDELLIN República de Colombia

Rector

Secretario General

Decano de la Facultad

Titular Camila Calle.

VIGILADO MINEDUCACIÓN

María Cano
Fundación Universitaria
Vigilada MinEducación

Certifica que:

María Camila Muñoz Calle

con documento de identidad 1017271943

Participó en el diplomado

Atención y Educación en Primera Infancia

con una intensidad de 120 horas.

Realizado en Medellín, del 11 de abril al 3 de agosto de 2023

Carlos Julio Escobar Noreña
Vicerrector de Extensión y Proyección Social

Amilbia Palacios Córdoba
Decana Facultad Ciencias de la Salud

www.fumc.edu.co

María Cano
Fundación Universitaria
Vigilada MinEducación

Certifica que:

Maria Camila Muñoz Calle

Con documento de identidad: 1017271943

Aprobó el programa:

Conocimientos Académicos en Inglés B1

Con una intensidad de 400 horas.

Expedido en la ciudad de Medellín el 28 de septiembre de 2024

Esteban Maldonado Cuartas
Director del Centro de Idiomas

www.fumc.edu.co

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994 y en atención a que

MARIA CAMILA MUÑOZ CALLE

Con Cedula de Ciudadania No. 1.017.271.943

Cursó y aprobó el programa de Formación Profesional Integral
y cumplió con las condiciones requeridas por la entidad, le confiere el

Título de

TÉCNICO EN

SISTEMAS

En testimonio de lo anterior, se firma el presente Titulo en Abriaquí,
a los veintiocho (28) días del mes de noviembre de dos mil diecisiete (2017)

Firmado Digitalmente por
ANGIE CAROLINA TUNJANO GUTIERREZ
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
Autenticidad del Documento
ANTIOQUIA - SANTA FE DE ANTIOQUIA - COLOMBIA

ANGIE CAROLINA TUNJANO GUTIERREZ
SUBDIRECTORA COMPLEJO TECNOLOGICO, TURISTICO Y AGROINDUSTRIAL DEL OCCIDENTE ANTIOQUEÑO
REGIONAL ANTIOQUIA

33998909 - 28/11/2017
No y FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la pagina web http://certificados.sena.edu.co, bajo el numero 954900113919ICC1017271943C

República de Colombia
Departamento de Antioquia

INSTITUCIÓN EDUCATIVA LA MILAGROSA

Dane: 105004000109 **Código Icfes: 031971**
Calle 10 Nº 12-237 Avenida La Juventud
Abriaquí – Antioquia

Autorizada por la Secretaría de Educación del Departamento de Antioquia, según Resolución Nº S-132346 de noviembre 13 de 2014

ACTA DE GRADUACIÓN Nº 01

El día 01 de diciembre de 2017 en el municipio de Abriaquí, Departamento de Antioquia y en la Institución Educativa **La Milagrosa**, se celebró la **Proclamación de los Bachilleres Académicos**. Otorgándole este título a.

María Camila Muñoz Calle

Identificado con C.C. 1017271943 de Medellín

El acto fue presidido por

Eliber Johnny Jiménez Tapias
C.C. 70.136.972 Barbosa
Rector

Carmen Bran Londoño
C.C. 32.276.293 Frontino
Auxiliar Administrativa

Inscrito en el Libro Nº 02, Acta de graduación Nº 01, Folio Nº 17, Numeral 12.

Lo anterior de conformidad con el artículo con el artículo02 del Decreto Nacional 921 del 06 de mayo de 1994 y el Artículo 88 de la Ley 115 de 1994.

NOTA: Según Decreto Nº 1024 del 15 de Abril de 1982 no requiere autenticación de firmas

2025061007350
Fecha Radicado: 2025-11-07 10:26:02.0

GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

RESOLUCION

(2025/11/07)

POR MEDIO DEL CUAL SE CONCEDE UNA AUTORIZACIÓN

SECRETARÍA DE SALUD E INCLUSIÓN SOCIAL, en uso de las atribuciones legales y en especial las conferidas por los Decretos No.1875 de 1994 y 1352 de 2000 Ley 1164 de 2007 y Decreto 4904 de 2009 del Ministerio de Salud y Protección Social

CONSIDERANDO:

1. Que **MARIA CAMILA MUÑOZ CALLE**, con documento de identificación N° 1017271943 solicitó la autorización e inscripción del título de **PSICÓLOGA**, que le fue otorgado por LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA MARÍA CANO, el 28/08/2025

2. Que, estudiada la documentación presentada, el (la) solicitante cumple con los requisitos establecidos por las normas vigentes.

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: AUTORIZAR a **MARIA CAMILA MUÑOZ CALLE**, con documento de identificación N° 1017271943 para ejercer la profesión de **PSICÓLOGA**, en el territorio colombiano.

ARTICULO SEGUNDO: La presente resolución rige a partir de la fecha de su expedición y se inscribirá en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (RETHUS).

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

Dado en Medellín el 2025/11/07

MARTA CECILIA RAMIREZ ORREGO
Secretaria de Salud e Inclusión Social

Documento Firmado Digitalmente: # 2025061007350

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

JOSÉ RAÚL JIMÉNEZ MOLINA
Presidente del Consejo Directivo

www.colpsic.org.co

COLEGIO COLOMBIANO DE PSICÓLOGOS



TARJETA PROFESIONAL DE PSICÓLOGA

No. 305377

Fecha de expedición: 19/09/2025

MARIA CAMILA MUÑOZ CALLE

Cédula de Ciudadania
1017271943

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

NIT: 890.982.264-1 | ESE Hospital San Juan de Dios de Santa Fe de Antioquia

LA E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA FE DE ANTIOQUIA

CERTIFICA

Que **MARIA CAMILA MUÑOZ CALLE**, identificado con Cedula de Ciudadanía 1.017.271.943, ha suscrito el siguiente contrato con la institución:

N° Contrato	Duración	Objeto	Valor
ORDEN DE SERVICIOS No 125 DE 2026	El presente contrato tendrá una duración CINCO (05) meses, contados a partir del inicio de ejecución en Secop II previo al cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y legalización del contrato	Prestación de servicios como psicóloga, dentro del marco de ejecución del CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N.°. 058-SGSA-CD-CI-2026., celebrado entre la E.S.E. Hospital San Juan de Dios del Municipio de Santa Fe y el Municipio de Abriaquí-Antioquia, que tiene por objeto: EJECUTAR LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PIC Y DE GESTION DE LA SALUD PUBLICA EN EL MUNICIPIO DE ABRIAQUÍ.	VEINTI DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M.L ($22.500.000) Iva Incluido (si aplica).

CAROLINA MARIA RIVERA USUGA

Gerente.

CONTROL DOCUMENTAL	
Fecha de elaboración:	13 de octubre de 2026
Oficio proyectado por:	Fidel Eliecer Guisao Sequeda - Auxiliar administrativo

IPS Laboral Salud Sonson S.A.S
Zomac
Dir: Carrrera 7 # 5-63 - Tel: 3205691698
Email: ips.laboralsalud2025@gmail.com

Fecha Impresión: 03/02/2026 05:21:06 pm

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Entidad Evaluadora: IPS LABORAL SALUD SONSON SAS ZOMAC	**NIT:** 901934928-6	**Teléfono:** 3205691698 - 3147195858		
Código de habilitación: 057562493201	**Correo:** ips.laboralsalud2025@gmail.com	**Sede:** MEDICINA OCUPACIONAL	Departamento: Antioquia	Ciudad: Sonsón

Fecha del Exámen: 03/02/2026 17:17	Fecha Atención: 03/02/2026 17:16	Tipo(s) de evaluación: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS PERSONALES



Nombres: MARIA CAMILA		Apellidos: MUÑOZ CALLE
Tipo Documento: Cédula de ciudadanía		Nro Documento: 1017271943
Fecha Nacimiento: 1999-07-09	Edad: 26 años	Sexo: Femenino
Dirección: CALLE 53 Nª 28-68-CAICEDO		Teléfono : 3225972249
Lugar Residencia: Medellín		
Profesión/ocupación: PSICOLOGA		
EPS:		ARL:
Pensiones:		Cesantias:

ESTA ORDEN ES PARTICULAR

Cargo: PSICOLOGA	Perfil Biológico:	Factores de Riesgo:	Medidas de Protección:

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Concepto	APTO CON PATOLOGÍA QUE NO LIMITAN PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

Concepto al Énfasis

ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR	ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR

Recomendaciones para el trabajador

SISTEMA OSTEOMUSCULAR NORMAL SIN DOLOR, DEFORMIDADES NI LIMITACIONES DE MOVIMIENTO, CON FUERZA CONSERVADA, POSTURA Y MARCHA SIMÉTRICAS, RANGOS DE MOVIMIENTO (ROM) COMPLETOS Y SIN SIGNOS DE INFLAMACIÓN O DEBILIDAD, EVALUANDO HUESOS, MÚSCULOS, ARTICULACIONES, LIGAMENTOS Y TENDONES. SE VERIFICA LA INTEGRIDAD Y FUNCIÓN DE LOS COMPONENTES (HUESOS, MÚSCULOS, ARTICULACIONES, ETC.), OBSERVANDO ALINEACIÓN, TONO MUSCULAR, TROFISMO Y AUSENCIA DE CONTRACTURAS, DOLOR O LIMITACIÓN FUNCIONAL, INDICANDO QUE TODO ESTÁ SANO Y PERMITE ACTIVIDADES NORMALES. : OPTOMETRIA :SISTEMA VISUAL OJOS Y SUS ANEXOS: NORMALES. ------ FONDO DE OJO: NORMAL. --- AGUDEZA VISUAL: AMBOS OJOS, MIOPIA Y ASTIGMATISMO, DEBE CORREGIR CON LENTES PERMANNETES.SISTEMA AUDITIVO: PABELLONES AURICULARES, CONDUCTOS AUDITIVOS Y TIMPANOS: NORMALES. --AGUDEZA AUDITIVA: NORMAL.

REALIZAR ACTIVIDAD FISICA REGULARMENTE, COMER SALUDABLE, EVITAR EL ESTRES.

SE RECOMIENDA CUMPLIR CON EL PROTOCOLO ESPECÍFICO SEGÚN EL TIPO DE ACTIVIDAD LABORAL Y UTILIZAR DE MANERA ADECUADA LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL; HACER USO DE PROTECCIONES AUDITIVAS DURANTE LA JORNADA LABORAL EN CASO DE EXPOSICIÓN A RUIDO, REALIZAR CONTROLES AUDITIVOS ANUALES Y MANTENER UNA CORRECTA HIGIENE AUDITIVA; MANTENER ACTUALIZADO EL ESQUEMA DE VACUNACIÓN; LLEVAR UNA DIETA BALANCEADA QUE FAVOREZCA EL BIENESTAR FÍSICO Y MENTAL; REALIZAR PAUSAS ACTIVAS E IMPLEMENTAR HÁBITOS DE HIGIENE POSTURAL; USAR GAFAS DE PROTECCIÓN DURANTE LAS LABORES QUE LO REQUIERAN; ACATAR LAS MEDIDAS Y PROTOCOLOS ESTABLECIDOS POR LA EMPRESA EN LA MANIPULACIÓN DE EQUIPOS Y HERRAMIENTAS DE TRABAJO, ASISTIENDO ADEMÁS A LAS CAPACITACIONES CORRESPONDIENTES; SEGUIR ESTRICTAMENTE LAS RECOMENDACIONES DE MEDICINA OCUPACIONAL; Y REALIZAR DE MANERA PERIÓDICA LOS EXÁMENES DE VALORACIÓN OCUPACIONAL PARA GARANTIZAR EL ADECUADO SEGUIMIENTO DEL ESTADO DE SALUD

Restricciones para el trabajador

NINGUNA

Recomendaciones para la empresa

ES IMPORTANTE FOMENTAR LA COLABORACIÓN CON ACTIVIDADES DE INTEGRACIÓN, OFRECER RETROALIMENTACIÓN CONSTANTE Y RECONOCIMIENTO, Y ASEGURAR EL BIENESTAR FÍSICO Y MENTAL A TRAVÉS DE PAUSAS ACTIVAS Y PROGRAMAS DE SALUD LABORAL EPP, HIGIENE POSTURAL

Procedimientos Realizados	
✓ EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO	

PESO	TALLA	IMC	INTERPRETACIÓN
85	160	33.203	Obesidad grado I

Recomendaciones Generales		
✓ Exámen Periódico Ocupacional	✓ Uso de E.P.I	✓ Pausas Activas
✓ Higiene Postural		

Dr. Aquiles Aguilar Amaris Médico U. de C Reg. 13014223	Camila Muñoz.
PROFESIONAL: IPS LABORAL SALUD SONSON S.A.S ZOMAC	PACIENTE: MARIA CAMILA MUÑOZ CALLE
Documento: NIT: 901934928-6	Documento: Cédula de ciudadanía: 1017271943
REPRESENTANTE LEGAL	

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

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

CERTIFICA

Que **MARIA CAMILA MUÑOZ CALLE** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **1017271943** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1017271943
NOMBRES Y APELLIDOS	MARIA CAMILA MUÑOZ CALLE
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/12/2020
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **24/09/2026**

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

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **MUÑOZ CALLE MARIA CAMILA** identificado(a) con **CC** número **1.017.271.943** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 19 de septiembre de 2018 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

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

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 04 de febrero de 2026.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

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

ESE Hospital San Juan de Dios Santa Fe de Antioquia	FORMATO DE FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE	CÓDIGO: PD-PD-FT-13
		VERSIÓN: 01
		FECHA: OCTUBRE 2023
		PÁGINA: 1 DE 1

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DIA 28 09 2026

INFORMACION GENERAL

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	Maria Camila Muñoz Calle	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. X T.I. C.E. NIT	
DIRECCIÓN	Calle 53 # 28 - 68	No. 1017271943 (Incluir dígito de verificación)	
DEPARTAMENTO	Antioquia CIUDAD medellin		
NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL	N/A	No. IDENTIFICACIÓN	N/A
CORREO ELECTRONICO CORPORATIVO	Callemariacamila2@gmail.com	TELEFONO	3225972249

INFORMACIÓN GENERAL

ACTIVIDAD ECONÓMICA	☐ INDUSTRIAL ☐ COMERCIAL ☐ FARMACÉUTICOS	☐ CONSTRUCCIÓN ☐ GAS NATURAL ☐ SERV.INDUSTRIALES	☐ COMBUSTIBLES ☐ SERVICIOS IPS ☐ TRANSPORTE	OTROS SERVICIOS X	
OPERACIONES INTERNACIONALES	Posee productos financieros en el exterior	SI	X NO	Posee cuentas en moneda extranjera	SI X NO
TIPO DE EMPRESA	PUBLICA CUAL	PRIVADA	MIXTA	OTRA X	CUAL Persona natural
CONCEPTO DE LA FUENTE PRINCIPAL DE LOS INGRESOS					
CONCEPTO DE OTROS INGRESOS					
CONDICIONES DE PAGO	contado	30 días	60 días	OTRO - CUAL ? :	
DESCRIPCION DEL PRODUCTO					

PEPS

¿POR SU ACTIVIDAD U OFICIO, GOZA USTED DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL?	SI	☐	NO X	
¿EXISTE ALGÚN VÍNCULO ENTRE USTED Y UNA PERSONA CONSIDERADA PÚBLICAMENTE EXPUESTA?	SI	☐	NO X	INDIQUE
¿ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAÍS O GRUPO DE PAISES?	SI	☐	NO X	INDIQUE

5. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS Y AUTORIZACIÓN CONSULTA A CENTRALES DE RIESGO E INFORMACION

Declaro expresamente que:

1. Los recursos que la Compañía posee provienen de las siguientes fuentes: (Detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc.)
2. Tanto mi actividad o la actividad de la compañía a la cual represento, profesión u oficio es lícita 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 o de los países no cooperantes en la lucha contra el LA/FT.
3. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente o cuando sea solicitada por el Hospital San Juan de Dios
4. Autorizo al Hsopital San Juan de Dios, para solicitar, consultar, procesar, suministrar, reportar o divulgar a cualquier entidad con la que mantenga una relación comercial vigente o que se encuentre debidamente autorizada para manejar o administrar bases de datos, incluidas las entidades gubernamentales, la información contenida en este formato y la búsqueda en listas restricitvas. .
5. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas

6. AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo al Hospital San Juan de Dios, el uso de los datos aquí consignados, de acuerdo al política de datos del Hospital San Juan de Dios de Santa fe de Antioquia

8. FIRMA Y HUELLA

Camila Calle.



HUELLA

11. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

	DÍA	MES	AÑO
Fecha de Verificación			Hora
Nombre y Cargo de quien verifica			
Firma			
Resultado de la Verificación			

Powered by CamScanner

ESE Hospital San Juan de Dios Santa Fe de Antioquia	FORMULARIO DE SOLICITUD DE VINCULACIÓN DE PROVEEDORES Y CONTRATISTAS	CÓDIGO: PD-PD-FT-14
		VERSIÓN: 01
		FECHA: OCTUBRE 2023
		PÁGINA: 1 DE 1

Fecha de diligenciamiento: 28 / 09 / 2026

1. INFORMACIÓN GENERAL

PERSONA NATURAL (Para las personas jurídicas está información será la del representante legal)

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: María Camila Muñoz Calle — N°. Identificación: 1017271943

Tipo de Identificación: [X] CC [ ] CE [ ] PA [ ] TI [ ] RC — Fecha de expedición: 14 07 2017 — Expedida en: Medellín

Fecha de Nacimiento: 09-07-1999 — Lugar de Nacimiento: Abriaquí — Nacionalidad: Colombiana

Dirección Residencia: Calle 53 # 28-68 — País - Dpto. - Ciudad: Col-Ant-Med — Teléfono casa: — Celular: 3225972249

DETALLE ACTIVIDAD

Asalariado: X — Independiente: — Estudiante: — Rentista: — Socio: — Pensionado:

PERSONA JURÍDICA

Razón Social: — NIT:

Dirección oficina principal: _____ Ciudad: _____ Teléfono: _____

Código de actividad CIIU: _____ E - mail: _____

Tipo de empresa: Pública ____ Privada ____ Mixta ____ — Inversión extranjera SI ( ) NO ( ) PORCENTAJE ( )

2. IDENTIFICACIÓN DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS QUE TENGAN DIRECTA O INDIRECTAMENTE MAS DEL 5 % DEL CAPITAL SOCIAL, APORTE O PARTICIPACIÓN (EN CASO DE REQUERIR MAS ESPACIO DEBE ANEXAR RELACIÓN)

RAZÓN SOCIAL O NOMBRE COMPLETO	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO
	C.C. C.E. T.I. NIT	
	C.C. C.E. T.I. NIT	
	C.C. C.E. T.I. NIT	
	C.C. C.E. T.I. NIT	
	C.C. C.E. T.I. NIT	

4. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

Realiza transacciones en moneda extranjera? SI [X] NO — Tipo de Transacción: Importación — Exportación Inversiones — Prestamos — Transferencias — Otras — Cual?

Tipo de Producto	Identificación o Numero del Producto	Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda

PEPS

¿POR SU ACTIVIDAD U OFICIO, GOZA USTED DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL?	SI	[ ]	NO	[X]	INDIQUE
¿EXISTE ALGÚN VÍNCULO ENTRE USTED Y UNA PERSONA CONSIDERADA PÚBLICAMENTE EXPUESTA?	SI	[ ]	NO	[X]	INDIQUE
¿ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAÍS O GRUPO DE PAISES?	SI	[ ]	NO	[X]	INDIQUE

5. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS Y AUTORIZACIÓN CONSULTA A CENTRALES DE RIESGO E INFORMACION

Declaro expresamente que:

1. Los recursos que la Compañía posee provienen de las siguientes fuentes: (Detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc.)
2. Tanto mi actividad o la actividad de la compañía a la cual represento, profesión u oficio es lícita 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 o de los países no cooperantes en la lucha contra el LA/FT.
3. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente o cuando sea solicitada por el Hospital San Juan de Dios
4. Autorizo al Hospital San Juan de Dios, para solicitar, consultar, procesar, suministrar, reportar o divulgar a cualquier entidad con la que mantenga una relación comercial vigente o que se encuentre debidamente autorizada para manejar o administrar bases de datos, incluidas las entidades gubernamentales, la información contenida en este formato y la búsqueda en listas restrictivas. .
5. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas

6. AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo al Hospital San Juan de Dios, el uso de los datos aquí consignados, de acuerdo al política de datos del Hospital San Juan de Dios de Santa fe de Antioquia

9. FIRMA Y HUELLA

FIRMA: Camila Calle. — CC: 1017271943



HUELLA

11. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

	DIA MES AÑO	
Fecha de Verificación		Hora
Nombre y Cargo de quien verifica		
Firma		
Resultado de la Verificación		

Powered by CamScanner

ESE Hospital San Juan de Dios Santa Fe de Antioquia	FORMATO DE DECLARACIÓN DE PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO	CÓDIGO: PD-PD-FT-17
		VERSIÓN: 01
		FECHA: OCTUBRE 2023
		PÁGINA 1 DE 2

Maria Camila Muñoz Calle. identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1017271943 de Medellín obrando en nombre propio y/o en REPRESENTACIÓN de La empresa E.S.E Hospital San Juan de Dios NIT No. 890 982 264-1, en mi calidad de: EMPLEADO ( ) PROVEEDOR ( ) CONTRATISTA (X) MIEMBRO JUNTA DIRECTIVA ( ).

En cumplimiento de la política de prevención de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo adoptado por **E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA FE DE ANTIOQUIA.**

DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

1. Que mis recursos o los recursos de la persona natural o jurídica que represento provienen de actividades LÍCITAS y están ligados al desarrollo normal de mis o sus actividades, y que, por lo tanto, estos no provienen de ninguna actividad ilícita o delictivas de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo sustituya, adiciones o modifique.
2. Que yo o la persona natural o jurídica que represento no he/ha efectuado transacciones u operaciones consistentes en o destinadas a la ejecución de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo sustituya, adiciones o modifique, o a favor de personas que ejecuten o estén relacionadas con la ejecución de dichas actividades.
3. Que los recursos que se van a utilizar para la ejecución de la relación contractual o negocio jurídico a celebrar con el **E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA FE DE ANTIOQUIA** no provienen de ninguna actividad ilícita contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo sustituya, adiciones o modifique.
4. Que en la ejecución de la relación contractual o en el desarrollo de las actividades contratadas por **E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA FE DE ANTIOQUIA** no contrataré, ni tendré vínculos de ningún tipo con terceros que realicen operaciones o cuyos recursos provengan de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo sustituya, adiciones o modifique.
5. Que la entidad que represento cumple con las normas que regulan la prevención y control al lavado de activos y financiación del terrorismo (LA/FT) que se deriva de dichas disposiciones legales.
6. Que ni yo, ni la entidad que represento, ni sus accionistas, asociados o socios que directa o indirectamente tenga participación o aporte dentro de la entidad, sus representantes y miembros de Junta Directiva; se encuentran en las listas internacionales vinculantes para Colombia de conformidad con el Derecho Internacional, tales como Naciones Unidas y OFAC. Por lo anterior, **E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA FE DE ANTIOQUIA,** está facultado para hacer las verificaciones que considere pertinentes y para dar por terminado en cualquier momento cualquier relación contractual o jurídica, al comprobar que hago parte o alguna de las personas que hacen parte de la entidad que represento dentro de las mencionadas listas.
7. Que ni yo, ni la entidad que represento, ni sus accionistas, asociados o socios que directa o indirectamente tengan participación o aporte dentro de la entidad, sus representantes y miembros de Junta Directiva; se encuentran inmersos en investigaciones o procesos penales dolosos relacionados al LA/FT y/o delitos conexos establecidos en el artículo 323 del Código Penal Colombiano. Por lo anterior, está facultado **E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA FE DE ANTIOQUIA,** para hacer las verificaciones que considere

Powered by CamScanner

pertinentes en base de datos de información pública nacionales o internacionales y podrá dar por terminada cualquier relación contractual o jurídica si se verifica que yo o alguna de las personas mencionadas tienen investigaciones o procesos, o existe información en dichas bases de datos que puedan generar un Riesgo Legal o Reputacional para **E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA FE DE ANTIOQUIA.**

8. Que en el evento de tener conocimiento de las circunstancias descritas en los numerales (6 y 7) del presente documento, me comprometo a comunicarlo de inmediato al **E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA FE DE ANTIOQUIA.**
9. Que con la firma del presente documento, se entiende que tanto yo como la persona natural o jurídica que represento, otorgamos nuestro consentimiento informado de manera libre y voluntaria, y por lo tanto, autorizamos al **E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA FE DE ANTIOQUIA** a comunicar a las autoridades nacionales o internacionales competentes y efectúe los reportes ante las autoridades, que considere procedentes de conformidad con sus reglamentos y el Manual del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (SARLAFT), exonerándola de algún tipo de vinculación con estos casos descritos anteriormente.
10. Que toda la documentación e información aportada o suministrada para la celebración y ejecución del contrato o negocio jurídico con **E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA FE DE ANTIOQUIA,** es veraz y exacta, y por lo tanto, el **E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA FE DE ANTIOQUIA** está facultado para efectuar las verificaciones que considere pertinente y para dar por terminado el contrato o negocio jurídico, en caso de verificar la inexactitud de dicha documentación o información.
11. Que ninguna otra persona natural o jurídica tiene interés no legítimo en el contrato o negocio jurídico que motiva la suscripción de la presente declaración.
12. Que conozco, declaro y acepto que **E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA FE DE ANTIOQUIA,** está en obligación legal de solicitar las aclaraciones que estime pertinentes en el evento en que se presenten circunstancias con base en las cuales el **E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA FE DE ANTIOQUIA,** pueda tener dudas razonables sobre mi operación u operaciones de la persona natural o jurídica que represento, así como el origen de nuestros activos, evento en el cual, suministraremos información según sea el caso. Si estas no son satisfactorias a juicio del **E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA FE DE ANTIOQUIA,** queda autorizada para terminar cualquier relación contractual establecida con esta y hacer los reportes ante las autoridades que considere competentes.
13. Declaro que la totalidad de pagos que realizo o realiza la sociedad que represento en la ejecución de la relación contractual con el **E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA FE DE ANTIOQUIA,** se efectúa de manera directa y con recursos propios y no a través de terceros, ni con recursos de terceros.
14. Autorizo a la **E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA FE DE ANTIOQUIA,** el permiso para realizar el proceso de debida diligencia y búsqueda en listas restrictivas.

Firma: Camila Calle.

Nombre completo: Mª Camila Muñoz Calle

Tipo de Identificación: C.C.

Número de Identificación: 1017271943



HUELLA

Powered by CamScanner

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 303640851

PIB
18:56:52

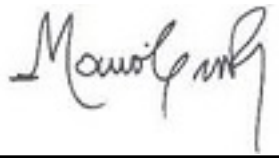
Bogotá DC, 24 de septiembre del 2026

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) MARIA CAMILA MUÑOZ CALLE identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1017271943:

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 jueves 24 de septiembre de 2026, a las 18:58:17, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1017271941
Código de Verificación	101727194126092418581 7

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

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

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 07:28:14 PM horas del 24/09/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1017271943**
Apellidos y Nombres: **MUÑOZ CALLE MARIA CAMILA**

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.

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 19:32:33 horas del 24/09/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1017271943,**
Apellidos y Nombres **MUÑOZ CALLE MARIA CAMILA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **persona natural** , con NIT **101727194-3** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

Policía Nacional de Colombia

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, 24/09/2026 07:35:04 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1017271943** y Nombre: **MARIA CAMILA MUÑOZ CALLE.**

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. **148378635** . 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.

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 1017271943 **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 24/09/2026 07:38 PM

Código Verificación: **TXVF6A2MLN**

Válida hasta: **25/12/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Certificación Bancaria

Martes, 03 de febrero de 2026

A quien le interese

Bancolombia S.A. se permite informar que MARIA CAMILA MUÑOZ CALLE identificado(a) con CC 1017271943, 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	91282254722	2025-04-10	Activo	*****

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



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.

Bancolombia

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com.co

ARL

Medellin, 24 de septiembre de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS HACE CONSTAR:

Que **MARIA CAMILA MUÑOZ CALLE** con documento de identidad **C1017271943**, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajador(a) de **MARIA CAMILA MUNOZ CALLE** con NIT **C1017271943**.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

Información general de la afiliación

Fecha inicio	Fecha fin	Tipo cotizante	Centro de trabajo	Código C.T	Clase de riesgo	Tasa cotización	Estado cobertura
2026-02-05	3000-12-31	INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES	PRINCIPAL ANTIOQUIA	00000000 01	3	2.436	EN COBERTURA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

- Este carné te acredita como afiliado al Plan de Beneficios en Salud de EPS SURA.
- Para utilizar algún servicio, identifícate con el documento de identidad.
- Para menores de 7 años, puedes presentar el documento de identidad del cotizante que lo tiene afiliado a EPS.
- Si usted se está trasladando de otra EPS hacia EPS SURA, la afiliación sólo será efectiva cuando el traslado sea aceptado por la anterior EPS.
- El derecho a la utilización del servicio será verificado previamente en el lugar donde solicites atención. Para ello, deberás estar al día en el pago de los aportes.
- Para utilizar cualquier servicio o consulta prioritaria debes acudir a tu IPS.
- En caso de una urgencia debes dirigirte a un hospital o centro médico con servicio de urgencias.
- Consulta en www.epssura.com los centros de consultas de urgencias a donde puedes dirigirte.
- La incorrecta utilización de urgencias genera el pago total de la misma. Resolución 5621. Artículo 101994 Ministerio de la Protección Social.
- Para garantizar la adecuada prestación de nuestros servicios, infórmanos cualquier cambio en tu dirección o teléfono. Consulta tus derechos y deberes como afiliado en www.epssura.com

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.
Medellín, Antioquia, Colombia. Líneas de Atención Barranquilla 319 7901, Bogotá 489 7941, Cali 380 8941, Medellín 448 6115. Línea Nacional 018000 519 519
www.epssura.com

EPS

sura

REPÚBLICA DE COLOMBIA SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Nombres MARIA CAMILA

Apellidos MUÑOZ CALLE

Tipo y número de identificación CC 1017271943

IPS CIS COMFAMA SAN IGNACIO

Fecha afiliación 01/02/2026

VIGILADO Supersalud

Línea de Atención al Usuario 601 481 70 00 - Bogotá
D.C Línea Gratuita Nacional 01800 51 37 00

Protección

Una empresa sura

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **MUÑOZ CALLE MARIA CAMILA** identificado(a) con **CC** número **1.017.271.943** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 19 de septiembre de 2018 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

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

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 08 de octubre de 2026.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

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