Puerto Berrío, 21 de octubre del 2026

DOCTOR
ROBINSON ALBERTO BAENA ZULUAGA
Alcalde Municipal de Puerto Berrío - Antioquia

ASUNTO: Propuesta Prestación de Servicios

A continuación, **MATEO FELIPE LÓPEZ URIBE**, identificado con número de cédula 1.039.703.203, expedida en Puerto Berrio, expreso mi interés en prestar mis servicios en PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL DESARROLLO DE INTERVENCIONES DE PROMOCIÓN, PREVENCIÓN, GESTIÓN INTEGRAL Y SEGUIMIENTO EN EL COMPONENTE DE SALUD MENTAL A NIVEL INDIVIDUAL, COLECTIVO Y COMUNITARIO, EN ARTICULACIÓN CON LOS LINEAMIENTOS DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, LA POLÍTICA PÚBLICA NACIONAL DE SALUD MENTAL, EL ASIS MUNICIPAL, EL PLAN TERRITORIAL DE SALUD Y LAS METAS ESTABLECIDAS POR EL MUNICIPIO DE PUERTO BERRÍO - ANTIOQUIA y cuento con la experiencia específica para prestarle los siguientes servicios:

Obligaciones:

1. Documentar, implementar y operar los Centros de Escucha (CE) y las Zonas de Orientación Escolar (ZOE), de acuerdo con las guías y lineamientos de la Secretaría de Seguridad Social y Familia y de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.
2. Realizar orientación y asesoría psicológica de bajo umbral, mediante escucha activa y entrevista motivacional breve en CE y ZOE.
3. Desarrollar actividades educativas y de sensibilización sobre:
    - Manejo de emociones
    - Prevención del consumo de SPA
    - Prevención del suicidio
    - Prevención del Bull ying

    según necesidades de niños, niñas, adolescentes y comunidad.
4. Realizar talleres preventivos con familias, docentes y comunidad educativa, orientados a la convivencia y fortalecimiento de vínculos familiares.
5. Apoyar la ejecución de estrategias comunitarias y territoriales de Salud Mental impulsadas por:
    - Administración Municipal
    - Departamento de Antioquia
    - Área Metropolitana Nivel nacional
6. Realizar la actualización y ejecución de:
    - Política Municipal de Salud Mental
    - Plan Municipal de Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas.
7. Desarrollar actividades con poblaciones priorizadas según el eje estratégico del PDSP 2022-2031 de (pueblos, comunidades y diversidades).
8. Coordinar el Mecanismo Articulador de Violencias del municipio y las actividades a desarrollarse acuerdo con el Decreto 1710 de 2020.
9. Desarrollar actividades para el bienestar institucional y promoción de la salud mental funcionarios públicos, en calidad de apoyo.
10. Apoyar el componente de Vigilancia Basada en Comunidad (VBC) mediante acciones de IEC y articulación territorial.
11. Georreferenciar física o digitalmente los Eventos de Interés en Salud Pública (EISP) asociados a Salud Mental, conforme a protocolos del INS.
12. Realizar seguimiento semanal por semana mental por semana epidemiológica a los EISP relacionados con salud mental.
13. Apoyar la dinamización y funcionamiento de:

- Comité de Vigilancia Comunitaria – COVECOM
- Comité de Vigilancia Epidemiológica - COVE

presentando estadísticas y seguimientos.

14. Apoyar las Investigaciones Epidemiológicas de Campo (IEC) relacionadas con eventos de salud mental o cuando se requiera acompañamiento profesional.
15. Apoyar la generación de informes, respuestas a requerimientos de entes de control y PQRS relacionados con el componente de salud mental.
16. Realizar actividades de socialización de las Rutas Integrales de Atención en Salud Mental (RIAS) con Administración Municipal, EAPB, IPS y comunidad.
17. Activar la RIAS de Salud Mental en los casos que lo ameriten, según reportes de actores del sistema de salud.
18. Cumplir las demás actividades que asigne el supervisor del contrato, siempre que estén relacionadas con el objeto contractual y sean necesarias para su correcta ejecución.

TIEMPO Y DURACIÓN

Con el propósito atender a cabalidad con el objeto del contrato como PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL DESARROLLO DE INTERVENCIONES DE PROMOCIÓN, PREVENCIÓN, GESTIÓN INTEGRAL Y SEGUIMIENTO EN EL COMPONENTE DE SALUD MENTAL A NIVEL INDIVIDUAL, COLECTIVO Y COMUNITARIO, EN ARTICULACIÓN CON LOS LINEAMIENTOS DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, LA POLÍTICA PÚBLICA NACIONAL DE SALUD MENTAL, EL ASIS MUNICIPAL, EL PLAN TERRITORIAL DE SALUD Y LAS METAS ESTABLECIDAS POR EL MUNICIPIO DE PUERTO BERRÍO - ANTIOQUIA, El tiempo propuesto para el desarrollo de los anteriores alcances es de **DOS (2) MESES Y DIEZ (10) DÍAS** contados a partir del acta de inicio.

VALOR

El valor total de la prestación del servicio es: **ONCE MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL PESOS M/L (11.666.666)**

En caso de requerir información adicional que garantice y respalde esta propuesta no dude en comunicarlo al móvil 3195454421 o al correo electrónico mateolopezu11@gmail.com

Atentamente,

Mateo Lopez

MATEO FELIPE LÓPEZ URIBE
CC. No. 1.039.703.203

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.039.703.203**

LOPEZ URIBE

APELLIDOS

MATEO FELIPE

NOMBRES

Mateo Lopez

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **11-NOV-1996**

PUERTO BERRIO
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.72	**O-**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

19-NOV-2014 PUERTO BERRIO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-0120500-00654392-M-1039703203-20150104 0042174541A 1 43529992

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141275128338

(415)7707212489984(8020) 000014127512833 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 3 9 7 0 3 2 0 3	9	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	1039703203	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Antioquia 0 5	Puerto Berrío 5 7 9

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
LOPEZ	URIBE	MATEO	FELIPE

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Antioquia 0 5	Puerto Berrío 5 7 9

41. Dirección principal: CR 12 B # 47 - 19 URB LOS INDIOS

42. Correo electrónico: mateolopezu11@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
7 2 2 0	2 0 2 6 0 9 0 4							

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

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

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2026-09-04 / 01:49:57PM

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 LOPEZ URIBE MATEO FELIPE

985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

CERTIFICADO DE LEGALIDAD Y VIGENCIA DEL RUT (REGISTRO UNICO TRIBUTARIO)

Yo Mateo Felipe Lopez Uribe identificado con cédula de ciudadanía N.º 1039703203 de Puerto Berrio - Antioquia domiciliado en la ciudad de Puerto Berrio - Antioquia con dirección de residencia Cr 12 B # 47-19, manifiesto bajo la gravedad del juramento **que la información suministrada en el RUT no presenta cambios ni actualizaciones,** por lo tanto, la documentación allí registrada se encuentra vigente y es apta para contratar con el municipio de **PUERTO BERRIO** - Antioquia.

En el mismo sentido, autorizo a ser notificado en caso de requerirse al correo electrónico o dirección física allí registrados.

Dado en el Municipio de Puerto Berrío, Antioquia a los 21 días, del mes octubre de 2026.

Mateo Lopez

CC 1039703203

DE Puerto Berrio

FORMATO COMPLETO

Libertad y Orden

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Lopez	Uribe	Mateo Felipe

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1039703203

GENERO: F ( ) M (X) NB ( )

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: COLOMBIA

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NÚMERO 1770743440 D.M. 28

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 11 MES 11 AÑO 1996

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: ANTIOQUIA

MUNICIPIO: PUERTO BERRÍO

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 12B 47 19

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: ANTIOQUIA

MUNICIPIO: PUERTO BERRÍO

TELÉFONO: EMAIL: mateolopezu11@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 SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	10	X		PSICOLOGIA	12	2024	299317

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

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

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 IDIOMAS

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (**R**), BIEN (**B**) O MUY BIEN (**MB**)

IDIOMA	*LO HABLA*			*LO LEE*			*LO ESCRIBE*		
	R	*B*	*MB*	*R*	*B*	*MB*	*R*	*B*	*MB*

5 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE PUERTO BERRIO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* PUERTO BERRÍO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3195454421	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	12	*Mes*	08	*Año*	2024	*Día*	22	*Mes*	11	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL PSICOLOGO PRACTICANTE	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DE SALUD						*DIRECCIÓN* CARRERA 50 50 11					

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 COMPLETO

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	3
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 X 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 Puerto Berrio, 10 de septiembre 2026

Mateo Lopez

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.

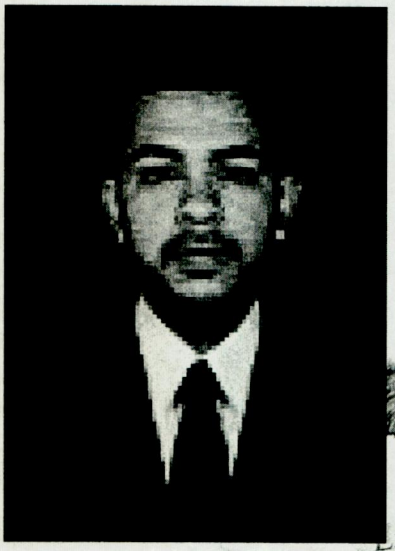
Pto Berrio, 10/09/2026

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJÉRCITO NACIONAL

DIRECCIÓN DE RECLUTAMIENTO Y CONTROL RESERVAS



Republica De Colombia
Ministerio De Defensa
Fuerzas Militares
Ejercito Nacional

MATEO FELIPE LOPEZ UR[illegible]E
C.C. 1039703203

Fecha de Exp.
10/02/2026

Distrito Militar
028

Tarjeta Militar
2da Clase

Fecha de la constancia
10/02/2026

Código de verificación
1770750851

Pertenece a la reserva de

Fecha de 1era línea	Fecha de 2da línea	Fecha de 3da línea
2026	**2036**	**2046**

Este documento es obligatorio presentarlo para todos los actos públicos y privados determinados por la ley 1861/2017 y demás leyes que lo modifiquen o adicionen

PATRIA, HONOR, LEALTAD

DIRECCIÓN DE RECLUTAMIENTO

Cra. 11 B No. 104ª-64 Bogotá D.C- Colombia
CallCenter: (601) 4261420
Horario de atención de Lunes a Viernes de 7:00 AM - 5:00 PM

EJERCITO NACIONAL

COMANDO DE RECLUTAMIENTO Y CONTROL RESERVAS

EL SUSCRITO DIRECTOR DE RECLUTAMIENTO EJERCITO NACIONAL

C E R T I F I C A

Que el señor **MATEO FELIPE LOPEZ URIBE** identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1039703203, presenta los siguientes datos referentes a la definición de su situación militar:

Primer Nombre:	MATEO
Segundo Nombre:	FELIPE
Primer Apellido:	LOPEZ
Segundo Apellido:	URIBE
Tipo Documento:	Cédula de Ciudadanía
Número Documento:	1039703203
Estado Tarjeta Militar:	RESERVISTA - 2DA CLASE

ESTA CERTIFICACIÓN ES GRATUITA
NO ES VÁLIDA COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN MILITAR
NO REEMPLAZA SU TARJETA MILITAR

Se firma y se expide en BOGOTÁ, D.C. a los 22 días del mes de OCTUBRE de 2026, a las 18:09:30.

Cordialmente,

CR. ROBERTO MOYA CARMONA
Director Reclutamiento - Ejercito Nacional

SISTEMA GENERADOR RECOR

Función Pública

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

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2026-09-04 15:41

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
MATEO	FELIPE	LOPEZ	URIBE

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1039703203

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	PUERTO BERRÍO

Lugar de domicilio					
País	COLOMBIA	Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	PUERTO BERRÍO

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	ALCALDIA DE PUERTO BERRIO

Lugar de sede					
País	COLOMBIA	Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	PUERTO BERRÍO

Dirección	["carrera 5ª Nº 50-11"]
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019: Persona natural y jurídica, pública o privada, que presten función pública, que presten servicios públicos respecto de la información directamente relacionada con la prestación del servicio público.

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente mi declaración de bienes y rentas y manifiesto que los únicos bienes y rentas que poseo a la fecha, en forma personal o por interpuesta persona, son los que relaciono a continuación.

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2025 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$500.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$0,00
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$500.000,00

Las cuentas bancarias de las que soy titular en Colombia y en el exterior son:

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$3.278.216,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

1.2. PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y/O ASOCIACIONES

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí [ ] No [X]

En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas o Consejos Directivos:

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí [ ] No [X]

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente el registro de la información que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con los intereses de mi cónyuge o compañero(a) permanente, parientes y socios de hecho o de derecho.

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [ ] No [X]

Los intereses personales de mi cónyuge o compañero o compañera permanente son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [ ]

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

Descripción del potencial conflicto de interés con su cónyuge o compañero(a) permanente:

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con Intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [X]

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño.

De acuerdo con la Ley 2003 de 2019, los congresistas deben registrar sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeñan.

Parentesco	Pariente	Tipo de documento de identidad	Documento de identidad	Descripción del potencial conflicto de interés

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual:

Sí [ ] No [X]

Dentro del año anterior tuve interés directo o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera), y a continuación describo cómo puede influir en las decisiones y acciones de mi cargo actual:

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Los fideicomisos y encargos fiduciarios de los cuales soy constituyente o beneficiario en Colombia y en el exterior son:

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario y otras que tengo en Colombia y en el exterior son:

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta del último año gravable son:

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí [ ] No [X]

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:
> Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
> Establecimientos que posee.
> Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
> Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

25.04.09

**EL SECRETARIO DE DESPACHO
DE LA SECRETARÍA DE SALUD Y DESARROLLO
SOCIAL DEL MUNICIPIO DE PUERTO BERRÍO, ANTIOQUIA
NIT. 890.980.049-3**

HACE CONSTAR:

Que **MATEO FELIPE LÓPEZ URIBE,** identificado con la cédula de ciudadanía No.1.039.703.203 de Puerto Berrío - Antioquia, realizó prácticas en la Secretaria de Salud y Desarrollo Social del municipio de Puerto Berrío con el programa de Psicología de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de la Universidad de Antioquia Seccional Magdalena Medio, mediante el convenio de prácticas académicas No.2020-006 del 05 de noviembre del 2020, durante el periodo comprendido del 12 de agosto de 2024 al 22 de noviembre de 2024.

Actividades desempeñadas:

- Brindar apoyo y fortalecimiento desde la psicología, a los programas y proyectos que se desarrollan en la secretaría de salud del municipio de Puerto Berrío Antioquia.

- Promover el bienestar psicológico y la inclusión social de personas con discapacidad (auditiva, visual, múltiple, física, cognitiva) en el municipio, mediante talleres que promuevan el desarrollo de habilidades sociales y de comunicación, fomentando su inclusión en la comunidad.

- Organizar charlas para la comunidad en general con el fin de sensibilizar y educar sobre la discapacidad, promoviendo una actitud inclusiva y respetuosa.

- Implementar talleres de estimulación cognitiva que incluyan actividades como juegos de memoria, ejercicios de atención y resolución de problemas para prevenir el deterioro cognitivo en los adultos mayores.

- Desarrollar e implementar programas de educación emocional en las escuelas del municipio, con el objetivo de enseñar a los niños y adolescentes a identificar, expresar y gestionar sus emociones de manera saludable.

- Participación en talleres y reuniones organizados y dirigidos desde la seccional de Salud de Antioquia, temas relacionados con salud mental.

La presente constancia se expide a los veinte (20) días del mes de junio de 2025, por solicitud escrita del interesado.

ANDRÉS FELIPE LAGUNA MARTÍNEZ
Secretario de Salud y Desarrollo Social

Elaboró:	Revisó:	Visto Bueno:
Nombre: Diana Marín Gómez Cargo: Secretaria	Revisó: Andrés Felipe Laguna Martínez Cargo: Secretario de Despacho	Aprobó: Andrés Felipe Laguna Martínez Cargo: Secretario de Despacho

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA
MUNICIPIO DE PUERTO BERRÍO
INSTITUCIÓN EDUCATIVA ANTONIO NARIÑO

Aprobado mediante resolución número:	Acta Nº	Año
0652	**03**	**2013**

El Rector y La Auxiliar Administrativa de la I.E. Antonio Nariño de Puerto Berrío, Antioquia, constituida mediante la Resolución Departamental 0652 del 3/2/03 con reconocimiento de carácter oficial a partir del año 2003; de carácter mixto, calendario A, jornada Diurna y Nocturna; y autorizada para impartir Educación formal en los niveles de Preescolar, Educación Básica (Primaria – Secundaria) y Media Académica; Así mismo, Educación Formal de Adultos en los CLEI I, II, III, IV, V y VI, de Orientación Académica; además la Resolución Departamental Nº 17087 del 4/9/2006 autorizó la Educación Media Técnica en las especialidades de INDUSTRIA y COMERCIO a partir del año 2006.

En atención a que **LÓPEZ URIBE MATEO FELIPE,** identificado con Tarjeta de Identidad Nº 96111123400 de Puerto Berrío, cursó y aprobó los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media y cumplió con los requisitos establecidos en el PROYECTO EDUCATIVO INSTITUCIONAL, le expide el título de:

BACHILLER ACADÉMICO

Registrado para efectos legales de conformidad con los Decretos Nacionales Nº 180 de Enero 29 de 1981 y 921 de Mayo 8 de 1994, en:

El Libro de Actas de Graduación Nº 01, Acta general Nº 03 Folio Nº 0357 Número de orden 66 el 28 de Noviembre de 2013.

Para constancia se firma en Puerto Berrío, a los 28 días del mes de Noviembre de 2013.

Nota: Según Decreto Nacional Nº 921 de mayo 6 de 1994, artículo segundo "La calidad de Bachiller se prueba con copia autenticada del Acta de Graduación o con el Diploma expedido por la correspondiente Institución Educativa".

El acto fue presidido por:

INSTITUCIÓN EDUCATIVA ANTONIO NARIÑO Puerto Berrío RECTORIA

HENRY ALBERTO SALAZAR CARDONA
C.C 71.184.548 de Puerto Berrío

INSTITUCIÓN EDUCATIVA ANTONIO NARIÑO Puerto Berrío, Ant. AUX. ADMINISTRATIVA

LUZ ELENA BARRIENTOS CARMONA
C.C 43.651.561 de Puerto Berrío

Calle 50 Carrera 13 Barrio El Carmelo
Teléfono (094) 833 25 96 - 832 64 11 – 832 64 12
Correo electrónico ieantonionarino@gmail.com

Antioquia la más educada

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

1 8 0 3

Personería jurídica Ley 71 de 1878 del Estado Soberano de Antioquia y Ley 153 de 1887

ACTA DE GRADUACIÓN 157076

Libro 104 Folio 108-1287 del 04 de abril de 2025

DEPENDENCIA: FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS

APROBACIÓN DEL PROGRAMA: Consejo Académico 1477 del 27 de noviembre de 2002

PROGRAMA: PSICOLOGÍA

La Vicerrectoría de Docencia, autorizó el trámite de la presente graduación mediante la Resolución 16902 del 07 de marzo de 2025; una vez verificado este y los requisitos dispuestos en las normas universitarias, el Decano(a) o Director(a), el Secretario(a) General y el Rector(a), autorizan conferir el 04 de abril de 2025, el título de:

PSICÓLOGO

A

MATEO FELIPE LOPEZ URIBE

Identificado con cédula de ciudadanía 1039703203

En constancia se firma esta acta en la ciudad de Medellín, República de Colombia.

JOHN JAIRO ARBOLEDA CÉSPEDES
Rector

DAVID HERNÁNDEZ GARCÍA
Secretario General

ALBA NELLY GÓMEZ GARCÍA
Decana

Firmado digitalmente conforme la legislación colombiana vigente. Para verificar la autenticidad del documento, diríjase a www.udea.edu.co, Servicios en línea, Verificación de documentos electrónicos, e ingrese el código: ZO1039703203, o escaneé el código QR.

Firmador por:
Universidad de Antioquia
2025-04-02 09:54:47:893

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 **Mateo Felipe Lopez Uribe**, con documento de identificación N° **1039703203**, tenga antecedentes deontológicos disciplinarios en ninguno de ellos.

Este certificado tiene validez de tres (03) meses.

Se expide en Bogotá, D.C., el 4 de septiembre de 2026.

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

Hw85KvkU+tJ1DZHJZXex
Para validar este documento ingrese en el siguiente link:
https://sara.colpsic.org.co/publico/validar-documento

Esta Tarjeta Profesional es personal e intraferible y acredita a su portador como PSICÓLOGO 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 PSICÓLOGO

No. 299317

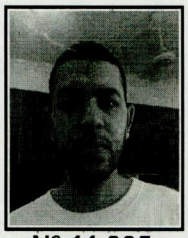
Fecha de expedición: 12/05/2025

MATEO FELIPE LOPEZ URIBE

Cédula de Ciudadania
1039703203

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

AVA IPS S.A.S
NIT. 900968456
Calle 54 # 9-41 Apto 101 Bario Alfonso López
Cel. 3217005805 - Tel. 8330292 - E-mail. avaips@hotmail.com
www.facebook.com/ava.ips



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 11.905

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
05 DÍA	09 MES	2026 AÑO	PUERTO BERRÍO (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PARTICULARES CONTADO	PARTICULARES

CIIU (Actividad Económica) del empleador:

SIN REGISTRAR

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

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
LOPEZ URIBE MATEO FELIPE	MASCULINO	29 AÑOS 9 MESES 23 DÍAS	CC (Tipo)	1039703203 (Número)

Cargo

PSICOLOGO

EPS	AFP	ARL
SAVIA SALUD	PORVENIR	NO REFIERE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

BUEN ESTADO DE SALUD FÍSICO PARA LA LABOR ASIGNADA.

Observaciones: *BUEN ESTADO DE SALUD FISICO*

N/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 CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	ADOPTAR ESTILOS DE VIDA SALUDABLE, FAVORECIENDO UNA DIETA REGULAR BAJA EN GRASA, CARBOHIDRATOS Y EJERCICIO
	SVE OSTEOMUSCULAR	
	TENER ADECUADA HIGIENE CON EL LAVADO DE MANOS CADA 3 HORAS O CADA QUE LO REQUIERA PARA EVITAR CONTAGIO DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	
	REPORTAR TODO ACCIDENTE O INCIDENTE QUE OCURRA EN EL TRABAJO	

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

Firma:

Nombre: CC: 1047468082 - JUAN JOSE CORDOBA

R. M.: 1047468082 **L.S.O.:** 54146

Código de Seguridad
T768Z1F11905

Aspirante o Trabajador

Firma: Mateo L.

Nombre: LOPEZ URIBE MATEO FELIPE

CC: 1039703203

Puerto Berrío, 21 de octubre 2026

Señor
ROBINSON ALBERTO BAENA ZULUAGA
Alcalde Municipal
Municipio de Puerto Berrío

Asunto: Autorización consulta inhabilidades por delitos sexuales contra menores de edad

Respetado señor:

El suscrito Mateo Felipe Lopez Uribe, identificada con C.C. No. 1039703203 expedida el 19 de noviembre de 2014, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018, reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la Alcaldía Municipal de Puerto Berrío con NIT. 890980049-3, a consultar mis datos personales en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra personas menores de edad que administra el Ministerio de Defensa-Policía Nacional de Colombia, de manera previa a mi eventual vinculación contractual y, de llegarse a formalizar, cada cuatro (4) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

Firma: Mateo Lopez

Nombre: Mateo Felipe Lopez Uribe

C.C. 1039703203

CERTIFICADO DE NO ESTAR INCURSO EN INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

Yo Mateo Felipe Lopez Uribe, identificado con cédula de ciudadanía Nº 1039703203 de Puerto Berrio - Antioquia, domiciliado en la ciudad de Puerto Berrío Antioquia, manifiesto bajo la gravedad del juramento **no estar incurso en las causales de inhabilidad e incompatibilidad** establecidas en la Constitución y la Ley, para celebrar contrato de prestación de servicios con el municipio de **PUERTO BERRIO** - Antioquia.

Dado en el Municipio de Puerto Berrío – Antioquia a los 21 días de octubre 2026

Mateo Lopez

Mateo Felipe Lopez Uribe

C.C 1039703203

CIUDAD: PUERTO BERRÍO
FECHA: 21/10/2026

AUTORIZACIÓN PARA PAGOS ELECTRONICOS	TIPO DE NOVEDAD		
	1	INSCRIPCIÓN INICIAL	X
	2	CAMBIO Nº DE CUENTA	
	3	MODIFICACIÓN OTROS DATOS	

IDENTIFICACIÓN: CC		
CC/NIT 1.039.703.203	DV	**NOMBRE**: Mateo Felipe Lopez Uribe

DIRECCIÓN: Carrera 12 B No. 47-19	**TELEFONO**: 3195454421	**º FAX**	**EMAIL:** mateolopezu11@gmail.com

IDENTIFICACIÓN DE LA CUENTA EN LA CUAL AUTORIZA EL PAGO			
ENTIDAD FINANCIERA	**CUENTA DE AHORROS**		**NUMERO DE LA CUENTA:**
NU BANK	CUENTA AHORROS		**61532672**

FIRMA DEL TITULAR DE LA CUENTA

Mateo Lopez

Mateo Felipe Lopez Uribe

CC: 1.039.703.203

ANEXOS 1) CERTIFICADO DE LA CUENTA BANCARIA AUTORIZADA PARA PAGO, EXPEDIDA POR LA ENTIDAD FINANCIERA.

Certificado de Cuenta

Nu Colombia Compañía de Financiamiento S.A., NIT 901.658.107-2

Nombre

Mateo Felipe Lopez Uribe

Identificación

Cédula de ciudadanía: 1039703203

Cuenta de ahorros

Número de cuenta: 61532672

Estado

Activa

Cliente desde

10 de junio de 2024

Esta certificación fue expedida el 21 de octubre de 2026 a solicitud del titular.

Nu Colombia Compañía de Financiamiento S.A. asegura la autenticidad de la información aquí contenida y el uso correcto de acuerdo al reglamento de la Cuenta de Ahorros Nu.

Equipo Nu.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Nu Colombia Compañía de Financiamiento S.A.

Fogafín Seguridad para tu dinero. Producto protegido por el Seguro de Depósitos www.fogafin.gov.co

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS EPS SAVIA SALUD EPS
Movilidad Régimen Contributivo

La EPS SAVIA SALUD EPS, CERTIFICA que el afiliado relacionado a continuación, presenta la siguiente información a la fecha de su expedición:

Tipo y Número de identificación:	CC 1039703203
Apellidos:	LOPEZ URIBE
Nombres:	MATEO FELIPE
Tipo de discapacidad:	Ninguna
Plan de salud:	Movilidad Régimen Contributivo
Tipo de afiliado:	Cotizante
Tipo de trabajador:	Independiente
Estado de servicio:	Vigente
Fecha de Afiliación:	08/09/2026
Departamento de Afiliación:	ANTIOQUIA
Municipio de Afiliación:	PUERTO BERRÍO
Zona:	Urbana - Cabecera Municipal

IPS de atención de primer nivel

IPS	Direccion	Servicio
HOSPITAL PUERTO BERRIO	calle 7 N° 48-03	MEDICINA GENERAL

Tiene derecho a recibir los servicios contemplados en el Plan de Beneficios en Salud.
Válida únicamente para comprobación de derechos de la red prestadora, en la fecha de expedición. No es válido para aclarar multiafiliación ni para traslados (Decreto 806 Articulo 55 y 56).

Señores Prestadores: Esta certificación es válida únicamente para corroborar el estado del afiliado en el momento de la prestación del servicio, de la población contratada y remitida periódicamente por la institución según normatividad. En ningún momento esta certificación puede ser empleada para reemplazar las autorizaciones necesarias para la prestación de servicios en los niveles superiores de complejidad

En constancia se firma el 21 de Octubre de 2026 a solicitud del interesado.

Jefatura de Aseguramiento de Operaciones
SAVIA SALUD EPS

Toda certificación generada es almacenada en base de datos para su verificación, la modificación parcial o total de este documento puede incurrir en un delito.

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

MATEO FELIPE LOPEZ URIBE, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.039.703.203**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 21 de Octubre del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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