FORMATO N° 1

12 NOV 2026

CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

SEÑORES
E.S.E POPAYÁN
CIUDAD

OBJETO, PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN SALUD PARA LA GESTION ADMINISTRATIVA Y OPERATIVA DE LOS EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD (EBS) ASIGNADOS AL MUNICIPIO DE CALDONO ADSCRITO A LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN E.S.E., EN EL MARCO DE LA EJECUCIÓN DE LA RESOLUCIÓN No. 00001010 DEL 23 DE MAYO DE 2025

La suscrita ANA CRISTINA SANCHEZ AGUIRRE de acuerdo con las bases del proceso hacemos la siguiente propuesta para **PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN SALUD PARA LA GESTION ADMINISTRATIVA Y OPERATIVA DE LOS EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD (EBS) ASIGNADOS AL MUNICIPIO DE CALDONO ADSCRITO A LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN E.S.E., EN EL MARCO DE LA EJECUCIÓN DE LA RESOLUCIÓN No. 00001010 DEL 23 DE MAYO DE 2025**

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 niñguna 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,

FIRMA Cristina Sanchez
Cedula 1061779414

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
Sanchez	Aguirre	Ana Cristina

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1061779414	F ⊗ M ○ NB ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 18 MES 04 AÑO 1995

PAÍS COLOMBIA

DEPTO CAUCA

MUNICIPIO POPAYÁN

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 1 9 41 santa Inés

PAÍS COLOMBIA DEPTO CAUCA

MUNICIPIO POPAYÁN

TELÉFONO 3106723971 EMAIL acrisa04@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	2012

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		FISIOTERAPIA	06	2023	COLFI2470

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
Fundación nuestra señora de la esperanza	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	80	X		Atención integral a victimas de violencia sexual	11	2023
Fundación nuestra señora de la esperanza	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	48	X		Atención integral a victimas de quemaduras con agentes quimicos	01	2024
Fundación nuestra señora de la esperanza	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	48	X		curso de humanización en la prestación de servicios de salud	11	2024

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	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYAN - ESE	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CAUCA	POPAYÁN	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	Día 24 Mes 04 Año 2026	Día 23 Mes 06 Año 2026

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUXILIAR DE ENFERMRIA	AREA ASISTENCIAL	CALLE 5 14 null esquina

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYAN - ESE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CAUCA	*MUNICIPIO* POPAYÁN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	18	*Mes*	11	*Año*	2025	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL FISIOTERAPEUTA	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL						*DIRECCIÓN* CALLE 5 14 null esquina					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYAN - ESE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CAUCA	*MUNICIPIO* POPAYÁN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	20	*Mes*	05	*Año*	2025	*Día*	19	*Mes*	09	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL OTERAPEUTA	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL						*DIRECCIÓN* CALLE 5 14 null esquina					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SINDICATO SINTRAUNPROS			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CAUCA	*MUNICIPIO* POPAYÁN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3122377233	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	10	*Mes*	04	*Año*	2024	*Día*	10	*Mes*	07	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL FISIOTERAPEUTA ASISTENCIAL	*DEPENDENCIA* APS						*DIRECCIÓN* CALLE null 8 11 barrio valencia					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION JUAN XIMON			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CAUCA	*MUNICIPIO* POPAYÁN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	08	*Año*	2021	*Día*	20	*Mes*	10	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL OTERAPEURA	*DEPENDENCIA* ADMI-ASISTENCIAL						*DIRECCIÓN* CALLE 73H NORTE 5 79					

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	7
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	2	5
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

Cristina Sanchez

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.061.779.414
SANCHEZ AGUIRRE

APELLIDOS
ANA CRISTINA

NOMBRES
Cristina Sanchez

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 18-ABR-1995
POPAYAN
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

19-ABR-2013 POPAYAN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1100100-00440075-F-1061779414-20130614 0033437912A 1 40536369

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario 14976609705

(415)7707212489984(8020) 000001497660970 5

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 6 1 7 7 9 4 1 4	2 0 1 3 0 4 1 9

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
SANCHEZ	AGUIRRE	ANA	CRISTINA

35. Razón social

36. Nombre comercial | 37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CR 1 9 41 BRR SANTA INES

42. Correo electrónico: acrisa04@gmail.com

43. Código postal | 44. Teléfono 1: 3 1 0 6 7 2 3 9 7 1 | 45. Teléfono 2

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
8 6 9 2	2 0 2 4 0 1 3 0							

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [X] NO [ ] | 60. No. de Folios: 1 | 61. Fecha 2024 - 01 - 30 / 14 : 33: 52

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 RENGIFO ALVEAR JOSE FERNANDO

985. Cargo Analista I

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

12 NOV 2026

FORMATO CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES Y/O CONSULTAS

SEÑORES
E.S.E POPAYÁN
CIUDAD

OBJETOPRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN SALUD PARA LA GESTION ADMINISTRATIVA Y OPERATIVA DE LOS EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD (EBS) ASIGNADOS AL MUNICIPIO DE CALDONO ADSCRITO A LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN E.S.E., EN EL MARCO DE LA EJECUCIÓN DE LA RESOLUCIÓN No. 00001010 DEL 23 DE MAYO DE 2025 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_____

Cristina Sanchez
NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PROPONENTE
C.C.NO. 1061779414
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	1061779414
NOMBRES	ANA CRISTINA
APELLIDOS	SANCHEZ AGUIRRE
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CAUCA
MUNICIPIO	POPAYAN

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A. -CM	CONTRIBUTIVO	01/02/2022	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	11/10/2026 16:49:12	**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.

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1061779414		SANCHEZ AGUIRRE ANA CRISTINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 1 # 9 - 41	POPAYAN-CAUCA	3106723971	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-10	2026-10	812569860	9512896764	I	2026/11/05	2026/11/09	NEQUI	4	$543,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Ciudad: POPAYAN Depto: CAUCA (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
1	CC	1061779414	SANCHEZ ANA	230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS041	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-23	30	$1,750,905	$42,700	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0

en linea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1061779414		SANCHEZ AGUIRRE ANA CRISTINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 1 # 9 - 41	POPAYAN-CAUCA	3106723971	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-10	2026-10	812569860	9512896764	I	2026/11/05	2026/11/09	NEQUI	4	$543,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	Fondo Solidaridad Pensional	Intereses de Mora Fondo Solidaridad	Fondo Subsistencia	Intereses de Mora Fondo Subsistencia	SALDOS E INCAPACIDADES	VAL
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$900					$0	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$280,200	$900	$0	$0	$0	$0	$0	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$200					$0	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$42,700	$200	$0	$0	$0	$0	$0	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$700					$0	
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	1	$218,900	$700	$0	$0	$0	$0	$0	
TOTAL				1	$541,800	$1,800	$0	$0	$0	$0	$0	

PLANILLA PAGADA

nueva eps

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) ANA CRISTINA SANCHEZ AGUIRRE identificado(a) con CC 1061779414 se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: 05/01/2026

Estado de la Afiliación: **Vigente**

IPS: **IPS NUEVA POPAYAN**

Categoría: **A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 10 días del mes 11 del año 2026.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS. NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 305243729

PIB
14:15:17

Bogotá DC, 22 de octubre 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) ANA CRISTINA SANCHEZ AGUIRRE identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1061779414:

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.

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

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 22 de octubre de 2026, a las 14:16:19, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1061779414
Código de Verificación	106177941426102214 1619

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.

LUIS MIGUEL MARTINEZ ROMERO
Contralor Delegado

Generó: WEB

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 04:57:49 PM horas del 10/11/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1061779414**

Apellidos y Nombres: **SANCHEZ AGUIRRE ANA CRISTINA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Todos los derechos reservados.

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 22/10/2026 02:20:59 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1061779414** y Nombre: **ANA CRISTINA SANCHEZ AGUIRRE.**

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. **150107085** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

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

GOV.CO

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 14:23:23 horas del 22/10/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **106177941,**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ese popayan**, 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.

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E INTERPOL

Área de Administración de Información Criminal

ENLACES DE INTERÉS

› Portal web DIJIN

› Consulta Antecedentes Judiciales

› Protección de Datos

SÍGANOS EN LAS REDES SOCIALES

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

TIC

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1061779414 **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 10/11/2026 05:03 PM

Código Verificación: **CLUEQPV2S5**

Válida hasta: **10/02/2027**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

FORMATO AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES.

Ciudad y Fecha 12 NOV 2026

SEÑORES
E.S.E POPAYÁN
CIUDAD

OBJETO PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN SALUD PARA LA GESTION ADMINISTRATIVA Y OPERATIVA DE LOS EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD (EBS) ASIGNADOS AL MUNICIPIO DE CALDONO ADSCRITO A LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN E.S.E., EN EL MARCO DE LA EJECUCIÓN DE LA RESOLUCIÓN No. 00001010 DEL 23 DE MAYO DE 2025de 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_____

Cristina Sanchez
NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PROPONENTE
C.C.NO. 1061779914
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).

Empresa Social del Estado POPAYÁN E.S.E. 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: | Ciudad: Popayán | Tipo de Solicitud: Nuevo [X] Actualización [ ]

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

1. PERSONA NATURAL

Apellidos: Sanchez Aguirre | Nombres: Ana Cristina

CC [X] CE [ ] RUT [ ] Otro [ ] Cuál [ ] No. 1061779414 | Fecha Nacimiento: 18-04-1995

Lugar de Nacimiento: Popayán | Nacionalidad: Colombiana | Ocupación/Oficio: Fisioterapeuta

Profesión: Fisioterapeuta | Teléfono: 3106723971 | Celular: 3106723971

Dirección Residencia: Cra 1#9-41 | Municipio: Popayan

Ingresos Mensuales: 3'500.000 | Egresos: 2'500.000

Activos: $ 0 | Pasivos: 0

Patrimonio: $ 0 | Otros Ingresos: $ 0

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: dd / mm / aaaa | 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: dd / mm / aaaa

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 [X]

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

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

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

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

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 [X] 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 contrarien 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



Cristina Sanchez.
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	d d / m m / a a a a	Fecha	d d / m m / a a a a
Hora		Hora	

Certificación
Bancaria

Jueves, 16 de julio de 2026

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que ANA CRISTINA SANCHEZ ACUIRRE identificado(a) con CC 1061779414, 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 AHORROS	26158562820	2023-10-11	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

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

Medicina integral ocupacional en seguridad y salud
'MIOSS IPS S.A.S'
NIT. 901455055 - 6
Calle 1A # 4-10 Barrio Vásquez Cobo (Popayán -Cauca)
318/899935 - (602) 8225447
mioss.ips@gmail.com - mioss.ips.sas@hotmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 4,636

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
05 DIA	04 MES	2025 AÑO	POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR

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

PARTICULARES CONTADO	PARTICULARES
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)

SANCHEZ AGUIRRE ANA CRISTINA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres	FEMENINO	29 AÑOS 11 MESES 18 DIAS	CC Tipo	1061779414 Número

Cargo
FISIOTERAPEUTA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
CONDICIONES DE SALUD ACORDES CON LOS REQUERIMIENTOS DEL PERFIL DEL CARGO.

Observaciones: *NO APLICA*

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:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR ✓	.....

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HÁBITOS SALUDABLES ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CONCEPTO: SIN RESTRICCIONES PARA LABORAR EN EL CARGO.
EXAMEN OSTEOMUSCULAR: NORMAL.
RECOMENDACIONES OCUPACIONALES: AUTOCUIDADO. HIGIENE POSTURAL. PAUSA ACTIVA.

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 proposito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoria 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 mi 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

W. Ricardo Hoyos Urbano
Médico Especialista en Salud Ocupacional
Reg. 12036-10-2018

Firma:

Nombre: HOYOS URBANO WILSON RICARDO

R. M.: 1061712934 L.S.O.: 12036-10-2018

Código de Seguridad
M1175S1Y4636

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: SANCHEZ AGUIRRE ANA CRISTINA

CC: 1061779414

La República de Colombia

y en su nombre la

Institución Educativa "San Agustín"

Popayán – Cauca

Autorizada por el Ministerio de Educación Nacional
según Resolución No. 2691 del 10 de Mayo de 1971.

Confiere a :

Ana Cristina Sánchez Aguirre

TI 95041888590 Popayán

El Título de:

Bachiller Académico

Por haber alcanzado y aprobado las logros de formación integral correspondientes al Nivel de Educación Media Académica de acuerdo al Proyecto Educativo Institucional P.E.I.

Ana Cladys Martínez Mosquera
C.C. 41.854.300 de Bogotá
Rectora

Cristina Montilla Suárez
C.C. 34.328.587 de Popayán
Secretaria

Anotado en el control interno del Plantel, libro No 3 folio No 74

Dado en Popayán, Cauca a los 7 días del mes de Diciembre de 2012

Se expide de conformidad con lo establecido en el Decreto 1860 de 1994 y 3011 de 1997 de la Presidencia de la República

La Universidad del Cauca

En nombre de la

República de Colombia

y por autorización del Ministerio de Educación Nacional,
en atención a que

Ana Cristina Sanchez Aguirre

c.c. No. 1.061.779.414 Popayan

ha cumplido con todos los requisitos legales y estatutarios,
le otorga el título de

Fisioterapeuta

con todos los derechos, prioridades y dignidades que le confiere para
el ejercicio de la profesión

Popayán, 15 de Septiembre de 2013

Registrado en el Libro de Diplomas No. 067 Folio No. [illegible] Diploma No. [illegible]
Resolución No. [illegible] Acta No. [illegible]

El Rector
de la Universidad

La Decana
de la Facultad

La Secretaria General
de la Universidad

ACTA DE GRADO Nº 41 del 15 de septiembre de 2023

En Popayán, Capital del Departamento del Cauca, República de Colombia, a las 11:00a m del día viernes quince (15) de septiembre de dos mil veintitrés (2023) y en cumplimiento de la Resolución R- 0921 del 7 de septiembre de 2023 expedida por la Rectoría de la Alma Máter, se realizó un acto solemne de grado en el Paraninfo Francisco José de Caldas para la entrega de títulos conferidos por la Universidad del Cauca. La Secretaria General, una vez instalada la Ceremonia, lee la Resolución afirmando que la graduanda ha cursado y aprobado el plan de estudios con la intensidad horaria requerida y cumple con los requisitos legales y reglamentarios. El Rector le toma el Juramento y le otorga el título de

FISIOTERAPEUTA
A:
ANA CRISTINA SANCHEZ AGUIRRE
CC. 1.061.779.414 de POPAYAN

El diploma acredita su idoneidad para ejercer la profesión de Fisioterapeuta

Se registra en el Libro de Diplomas N° 087; Folio N°:1244 ; Diploma N° 1244-23

La ceremonia finaliza a la(s) 12:00m.

Para constancia se expide la presente Acta de Grado. (Firmado) DEIBAR RENE HURTADO HERRERA - Rector ; ADRIANA CASTRO MANRIQUE - Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud; LAURA ISMENIA CASTELLANOS VIVAS - Secretaria General.

Se expide en Popayán, Ciudad Universitaria, a quince (15) de septiembre de dos mil veintitrés (2023)

LAURA ISMENIA CASTELLANOS VIVAS
Secretaria General

038699

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2026-07-15-3:40:17 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1061779414	ANA	CRISTINA	SANCHEZ	AGUIRRE	Vigente	Ver

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) ANA CRISTINA SANCHEZ AGUIRRE identificado(a) con CC 1061779414 registra La siguiente información:

2026-07-15-3:40:17 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	AUXILIAR EN ENFERMERIA	2026-03-18	1902230	DTS GOBERNACION DEL CAUCA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
UNV	Local	FISIOTERAPIA	2023-11-16	17991	Colegio Colombiano de Fisioterapeutas - COLFI

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).

Popayán, octubre 16 de 2026

EL PROFESIONAL UNIVERSITARIO ÁREA ASISTENCIA ADMINISTRATIVA DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN E.S.E.

C E R T I F I C A

Que, Revisado el archivo del Proceso de Gestión Jurídica se encontró que la señora,**ANA CRISTINA SANCHEZ AGUIRRE,** mayor de edad identificada con cedula de ciudadanía N° 1.061.779.414,ha celebrado con la Empresa Social del Estado Popayán E.S.E, el siguiente contrato:

N° CONTRATO:	DESDE:	HASTA:	OBJETO:	VALOR TOTAL CONTRATO
82/2026	24/04/2026	23/06/2026	**"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 RURAL"**	**$ 6.000.000**

ACTIVIDADES: 1. Realizar mapeo y cartografía social de los territorios de abordaje y de primer contacto con las comunidades de cada micro territorio; 2. Informar en la comunidad las acciones que desarrollarán los equipos a través de medios y herramientas comunicativas; 3. Realizar la caracterización socio-ambiental, individual y familiar en el micro territorio; 4. Identificar personas no afiliadas al sistema de salud y gestionar el trámite de afiliación; 5. 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; 6. Informar a las familias sobre el portafolio de servicios de salud y de otros sectores de acuerdo con sus necesidades; 7. Canalizar la oferta de servicios brindada por otros sectores en el territorio conforme a las prioridades y necesidades sociales de la salud identificadas; 8. Realizar seguimiento al acceso efectivo a los servicios de salud y servicios brindados por los otros sectores; 9. Digitalizar los instrumentos que sean diligenciados de forma manual en la herramienta que defina el Ministerio de Salud y Protección Social para tal fin; 10. Convocar, implementar y realizar seguimiento a espacios de participación social y popular por cada una de las veredas, barrios y micro territorios abordados por el equipo; 11. Apoyar la toma de muestras de laboratorio; 12. Apoyar el proceso de

vacunación; y 13. Apoyar procesos administrativos de gestión documental y diligenciamiento de bases de datos.

Esta certificación se expide a solicitud de la persona interesada y no corresponde a una certificación laboral.

EDILBERTO PALOMINO MARTÍNEZ
PU Área Asistencia Administrativa

Elaboró: Jorge Enrique Urrutia Illera.-Abogado – Contratista Apoyo Proceso Gestión Jurídica.
~~Revisó:~~ Juan Gabriel Chaux España – Abogado – Coordinador Proceso Gestión Jurídica – Afiliado Partícipe Sintraunpros.

SINTRAUNPROS

GESTIÓN DE TALENTO HUMANO

SINDICATO DE TRABAJADORES UNIDOS POR LA PROSPERIDAD

NIT 900.991.737-5

HACE CONSTAR:

Que el(a) Señor(a) **ANA CRISTINA SANCHEZ AGUIRRE** identificado(a) con cédula de ciudadanía número. 1061779414, en la ejecución de actividades dentro del marco de los siguientes contratos colectivos sindicales suscritos entre el **SINDICATO DE TRABAJADORES UNIDOS POR LA PROSPERIDAD "SINTRAUNPROS"** y **ESE CENTRO 2**

Núm. Contrato	F/Inicio Contrato	F/Inicio Act.	F/Terminación
51	27/03/2024	10/04/2024	HASTA LA FECHA

Desarrollando sus actividades como **FISIOTERAPEUTA ,** con una compensación mensual de **($5196253) CINCO MILLONES CIENTO NOVENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS M/CTE**

Estado: **ACTIVO**

La presente se expide a solicitud del interesado para asuntos personales.
Se firma en Popayán a los veintisiete (27) días del mes de mayo de 2024

SINTRAUNPROS

FT. DIANA ISABEL MOLANO LOZANO
COORDINADORA ADMINISTRATIVA

Fundación
JUANXYMON

CERTIFICACIÓN LABORAL.

El suscrito presidente de la Fundación certifica que la Señora **ANA CRISITNA SANCHEZ AGUIRRE**, identificada con C.C. No. 1061.779.414 de Popayán -Cauca, laboró en esta empresa desde el día 15 de agosto de 2021 hasta el día 20 de octubre de 2023, en el cargo de fisioterapeuta, en apoyo a la promoción y prevención de la salud, al igual que el apoyo terapéutico en rehabilitación física.

Para constancia de lo anterior, se firma en la Ciudad de Popayán el día 06 de marzo de 2024.

Atentamente,

Fundación
JUANXYMON
Búsqueda y construcción del ser.
REPRESENTANTE LEGAL

Psi. JUAN FELIPE ANAYA CIFUENTES

Presidente

Juan Felipe Anaya Cifuentes
PSICÓLOGO
MG. Nº 1364356

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

Certifica

Ana Cristina Sanchez Aguirre

CC 1061779414 de Popayán - Cauca

Realizó y aprobó el Curso Protocolos de Atención Integral a Víctimas de Quemadura con Agentes Químicos - Resolución 3100 de 2019.
con un total de 48 Horas.

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

Fecha de emisión: 2024-01-11
Fecha de vencimiento: 2026-01-11

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901544869-6

Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

Certifica

Ana Cristina Sanchez Aguirre

CC 1061779414 de Popayán - Cauca

Realizó y aprobó el Curso de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual - Código Fucsia - Resolución 3100 / 2019 y Sentencia C - 55 -2022 con un total de 80 Horas.

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

Fecha de emisión: 2023-11-16
Fecha de vencimiento: 2025-11-16

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

Educación

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-01588 del 17 de Julio del 2024, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Hace Constar que:

Ana Cristina Sanchez Aguirre

CC 1061779414 de Popayán - Cauca

Realizó y aprobó el Curso de Humanización en la Prestación de Servicios de Salud - Resolución 3100 -2019 con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2024-11-23
Fecha de vencimiento: 2026-11-23

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

COLOMBIA
VIDA

Salud

COLFI
Colegio Colombiano de Fisioterapeutas

Identificación Única del Talento Humano en Salud
FISIOTERAPEUTA

ANA CRISTINA SANCHEZ AGUIRRE

CC 1061779414
Universidad del Cauca
Popayán

Fecha Expedición Diploma 2023-09-15
Fecha Inscripción RETHUS 2023-11-16



Popayán, 12 NOV 2026

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

Referencia: Propuesta prestación de servicios profesionales

Cordial saludo,

De la manera más atenta, me permito presentar ante usted la siguiente propuesta de prestación de servicios profesionales con el propósito de cumplir con el siguiente objeto: **PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN SALUD PARA LA GESTION ADMINISTRATIVA Y OPERATIVA DE LOS EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD (EBS) ASIGNADOS AL MUNICIPIO DE CALDONO ADSCRITO A LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN E.S.E., EN EL MARCO DE LA EJECUCIÓN DE LA RESOLUCIÓN No. 00001010 DEL 23 DE MAYO DE 2025.**y de conformidad con lo requerido por la entidad.

Dentro de las actividades que se desarrollarán se encuentran:

OBLIGACIONES ESPECIFICAS DEL CONTRATISTA:

1. Garantizar el cumplimiento de las metas e indicadores establecidos en la Resolución No. 00001010 del 23 de mayo de 2025 y establecer las estrategias de fortalecimiento de capacidades del talento humano de los Equipos Básicos de Salud (EBS).
2. Seguimiento y evaluación de los Equipos Básicos de Salud asignados en el municipio de Caldono, estableciendo cronogramas de las actividades y cuadros de mando que permitan medir el rendimiento operativo de los Equipos.
3. Velar por el cumplimiento de las obligaciones contractuales, entregables, metas y contratos vinculados a la operación de los EBS, a través de un monitoreo constante del avance en terreno e informando de manera inmediata al supervisor del contrato.
4. Consolidar la producción documental técnica y financiera de los informes de gestión requeridos por la supervisión, los entes territoriales y los organismos de control.
5. Establecer y coordinar un sistema de gestión documental riguroso para la operación de los Equipos Básicos de Salud, que garantice la trazabilidad, foliatura, archivo, digitalización oportuna y disponibilidad inmediata de todos los soportes técnicos, contractuales y estadísticos generados en la ejecución.
6. Actuar como enlace institucional estratégico y articulador permanente con las diferentes dependencias de la E.S.E. Popayán (Gerencia, Planeación, Jurídica, Contratación, Talento Humano, Financiera, Sistemas y Almacén), gestionando y agilizando los trámites administrativos necesarios para asegurar la continuidad de los servicios en territorio.
7. Monitorear operativamente la ejecución de los recursos destinados a los EBS de Caldono, realizar el reporte al supervisor del contrato o Coordinador del Punto de Atención de Caldono sobre el estado de pagos, rendimientos financieros y trámites de reintegros de ser necesario según los lineamientos de la Resolución No. 00001010 del 23 de mayo de 2025.
8. Apoyo y preparación de la logística integral de desplazamiento, dotación, insumos, tecnologías de la información y equipos requeridos para la operación continua de los Equipos Básicos de Salud en las zonas urbana y rural del municipio de Caldono, optimizando el uso de los recursos físicos asignados en la Resolución No. 00001010 del 23 de mayo de 2025.
9. Concertar y coordinar la programación operativa de los EBS con las coordinaciones técnicas e institucionales, articulando acciones de complementariedad con las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), las IPS de la red, las autoridades locales y los líderes comunitarios para garantizar la puerta de entrada al SGSSS.

10. Centralizar, validar y ejecutar con rigor técnico el proceso de depuración, estructuración y cargue de los archivos planos, registros individuales, anexos y reportes obligatorios en las plataformas PISIS, SISPRO o los aplicativos oficiales que disponga el Ministerio de Salud y Protección Social para el seguimiento y validación de la ejecución de los EBS.
11. Representar y liderar la respuesta institucional ante las comisiones de auditoría, visitas de inspección, asistencia técnica y requerimientos ordinarios o extraordinarios formulados por el Ministerio de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud, los entes de control y las Secretarías de Salud, gestionando y blindando la entrega de los soportes requeridos.
12. Diseñar y proponer planes de mejora continua, innovación operativa y optimización de procesos administrativos orientados a resolver cuellos de botella en la prestación del servicio de los Equipos Básicos de Salud, asegurando altos estándares de calidad, eficiencia y oportunidad.
13. Desempeñar con diligencia las demás actividades operativas, gerenciales y administrativas afines al objeto contractual que le sean encomendadas por el supervisor del contrato, siempre que guarden conexidad directa con las metas de la Resolución No. 00001010 del 23 de mayo de 2025

El valor de la propuesta económica por la prestación de servicios, será hasta la suma de **ONCE MILLONES CIENTO OCHENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS M/CTE ($11.183.433), los cuáles serán cancelados en dos (2) cuotas concepto de honorarios, una por el valor de CUATRO MILLONES TRECIENTOS TREINTA Y SEIS MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS ($4.336.433) por ejecución contractual del doce (12) al treinta (30) de noviembre de 2026 (19 días) y otra por SEIS MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL PESOS ($6.847.000)) o proporcional a fracción de mes por concepto de ejecución contractual del primero (1) al treinta y uno (31) de diciembre de 2026**

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

Cordialmente,

ANA CRISTINA SANCHEZ AGUIRRE
C.C. No. 1061779414
Dirección residencia: CARRERA 1 # 9-41
Correo electrónico: acrisa04@gmail.com
Celular No. 3106723971

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

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

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, Ana Cristina Sanchez Aguirre

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 1061779414 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País	Departamento	Municipio
Colombia	Cauca	Popayan

Dirección	Teléfonos
Cra 1# 9-41	3106723971

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Juan Andres Sanchez Gueto	34319621	Padre
Ana Aguirre Martinez	34562171	Madre

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	3'000.000
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	1'000.000
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	2'000.000
TOTAL	$ 6000.000

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Bancolombia	Ahorro	261-585628-20	Popayan	0

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. C.E. T.I.	N°

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

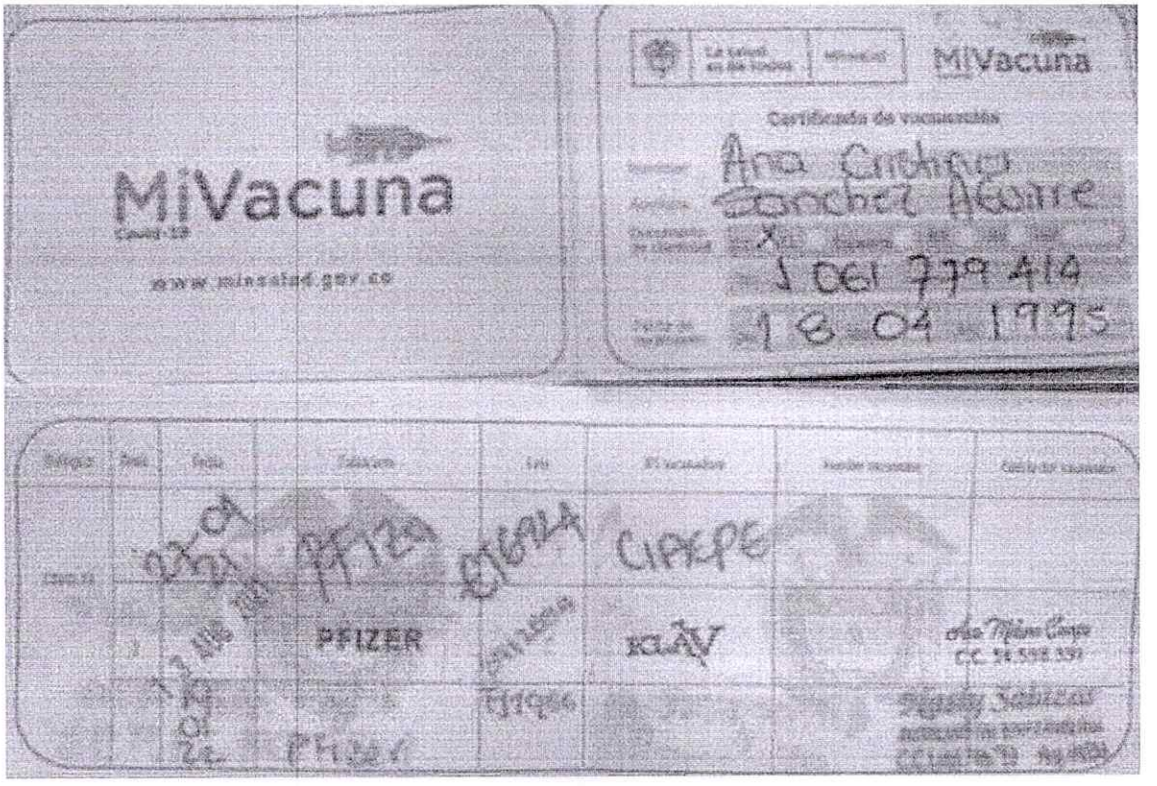
Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma acasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

Cristina Sanchez
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

10-Noviembre-2026
CIUDAD Y FECHA


MiVacuna
www.minsalud.gov.co
MiVacuna
Certificado de vacunación
Ana Cristina
Sanchez Alcaire
1 061 779 414
18 04 1995
PFIZER
PFIZER
PFIZER

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

Consérvelo

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

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO.

GOBIERNO DE COLOMBIA — MINSALUD

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres	Ana Cristina					
Apellidos	Sanchez Aguirre					
Documento de identidad	C.C. X	T.I.	Pasaporte	No.	1061779 4	
Fecha de Nacimiento	Día 18	Mes 04	Año 1995			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
Fiebre amarilla	Única	4-Nov/14	Sanofi K5050Z	
Toxoide Tetánico Diftérico (Td)	1			
	2			
	3	8/07/2014	0241015C	
	4	1-03/19	05201673	
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2	4-Nov/14	1034017	
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
VPH	1			
	2			
	3			
Anti rábica	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Influenza	Anual			
Otras				