	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS PROCESO GESTIÓN TALENTO HUMANO REQUISITOS Y ORDEN DE ENTREGA HOJAS DE VIDA PERSONAL ADMINISTRATIVO Y ASISTENCIAL	Versión: 7 Código: GTH-FT- 39 Fechas: 19/06/2026

Unidad Administrativa	Oficina Jurídica		
Serie Documental	Contratos		
Subserie	Contratos de Prestación de Servicios y Apoyo a la Gestión	**Área:**	
Nombre de la Carpeta	Angy Condes Yepez	**Fecha**	

No.	DETALLE	APLICA		Fecha de Verificacion de Documento / Codigo de Verificacion	No. Folios
		SI	NO		
1	Necesidad.				
2	Solicitud y Certificación de Inclusión al PAA.				
3	Solicitud y Certificación de Talento Humano de Inexistencia del Cargo.				
4	Solicitud y Certificación de Disponibilidad Presupuestal.				
5	Estudios Previos.				
6	Invitación a Presentar Propuesta				
7	Propuesta para Contrato de Prestación de Servicios.	x			4
8	Formato Hoja de Vida (Función Pública - SIGEP II) - Actualizado (Último Trabajo).	x			5
9	Declaración de Bienes y Rentas, Declaracion de conflicto de intereses, Persona expuesta políticamente. (Función pública). Ley 2013 de 2019	x			5
10	Certificación Bajo Gravedad de Juramento.	x			1
11	Fotocopia del Documento de Identidad.	x			1
12	Tarjeta Profesional y Certificado de Antecedentes.	x			3
13	RETHUS (Personal Asistencial).	x			3
14	Certificado de la Situación Militar (Hombres).		x		
15	Licencia de Conducción Vigente (Conductores Ambulancia).		x		
16	Titulo Profesional Y/O Acta de Grado (Resolución de Convalidación - Extranjeros).	x			2
17	Titilo y/o Acta de Grado. (Bachillerato - Carrera Técnica - Pofesional .- Post-Grado).	x			1
18	Soporte Estudios Diferentes del Numeral 16 y 17.		x		
19	Certificación de Otros Cursos Realizados.		x		
20	Certificado cursos - MIPG -(Modulo Fundamentos Generales MIPG; los 8 modulos del MIPG; Modulo Auditoria MIPG); Integridad - Transparencia y lucha contra la corrupción (Función Pública).	x			4
21	Certificado Laboral (Experiencia).	x			19
22	Rut (Vigente).	x			1
23	Póliza de Responsabilidad Civil Médica y/o Documento Equivalente (Área Asistencial).	x			4
24	Cetificado de Inhabilidad por Delitos Sexuales - (Vigente).	x			1
25	Certificado de Antecedentes Contraloria (Fiscales) - (Vigente).	x			1
26	Certificado de Antecedentes Procuraduría (Disciplinarios) - (Vigente).	X			1
27	Certificado de Antecedentes Policia (Penales) - (Vigente).	x			1
28	Certificado de Antecedentes Medidas Correctivas (Multas) - (Vigente).	x			1
29	Certificado del Registro Especial de Deudores Alimentarios Morosos (REDAM) Decreto 1310 de 2022 - (Vigente).	x			1
30	Certificado de Afiliación en Salud - (Vigente).	x			1
31	Certificado de Afiliación en Pensión - (Vigente).	x			1
32	Certificado Médico de Salud Ocupacional - (Vigente).	x			1
33	Certificado de Cuenta Bancaria - (Vigente).	x			1
34	Certificado de confidencialidad de la información (Acceso al software institucional)		X		
35	Autorización de tratamiento de datos personales	x			1
36	Certificado de Idoneidad.				
37	Contrato - Condiciones Anexas.				
38	Certificado de Afiliación ARL - (Vigente).	x			2
39	Soporte de inicio en la plataforma Secop II	X			1
40	Acta de Modificación (Adición - Prórroga - Aclaración -. Suspención - Reinicio - Terminación anticipada - Otro Si).				
41	Cuenta de Cobro (Certificado unico de pago, Informe Contratista, Soporte Pago PILA, Comprobante de Egreso, Comprobante de Pago).				

HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E Puerto Carreño – Vichada	**HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS - VICHADA** **PROCESO GESTIÓN TALENTO HUMANO** CURSOS COMPLEMENTARIOS ÁREA ASISTENCIAL **NUTRICIONISTA**	**Versión:** 5 **Código:** GTH-FT-64 **Fechas:** 27/08/2025

Nombre del Postulante:	Angy Condes Yepez			**Contacto:**	3127825966
Identificación:	**Tipo Documento:**	CC	**N°. Documento:**	1.143.407.760	
Profesión / Oficio:	Nutricionista Dietista			**Municipio:**	Cumaribo
Correo Eléctronico	Angieconde0707@gmail.com			**Fecha**	
Cargo Al Que Se Postula:	Nutricionista Dietista			**Área:**	

No.	DETALLE	QUIEN REGULA	VERI.
1	CURSO MISIÓN MEDICA	Res. 4481 de 2012/ Res. 332 de 2022 Secretarria de Salud V.	SI
2	CERTIFICADO DE ATENCIÓN DE VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	Decreto 3100 de2019	SI
3	CURSO SEGURIDAD DEL PACIENTE	Politica seguridad del paciente Institucional	SI
4	CURSO DE HUMANIZACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD	Politica Humanizacion Institucional	SI
5	CERTIFICADO DE ATENCION INTEGRADA A ENFERMEDADES PREVALENTES DE AL INFANCIA AIEPI CLINICO	Resolucion 3280 de 2018	SI
6	CURSO GESTION DEL DUELO	Decreto 3100 de2019	SI
7	CERTIFICADO EN ATENCIÓN A PERSONAS VICTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUIMICOS	Decreto 3100 de2019	SI
8	DIAGNOSTICO Y MANEJO CLINICO DEL DENGUE-OPS	SDV- Minsiterio de Salud	SI
	VACUNAS		
1	COVID 19		SI
2	FIEBRE AMARILLA		SI
3	TOXOIDE TETANICO		SI
4	HEPATITIS B		SI
5	INFLUENZA		SI

Angy Condes Yepez

Firma Postulante

Coord. Ad/tvo Mpios.

Jefe Talento Humano

Puerto Carreño, Vichada 06 de noviembre de 2026

Doctor:
ALVARO ALBERTO CARDOSO CASTRO
Gerente
Hospital Departamental San Juan De Dios E.S.E
Puerto Carreño

Asunto:	Propuesta Prestación de servicios.

Cordial saludo,

Por medio de la presente de manera atenta y respetuosa me dirijo a usted con el fin de presentar mi propuesta como **"PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO NUTRICIONISTA, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES EXTRAMURALES DEL SERVICIO INTEGRADO DE ATENCION Y PREVENCION DE LA DESNUTRICION DEL MUNICIPIO DE CUMARIBO; CONVENIO INTERADMINISTRATIVO N° 99002342026 VIGENCIA 2026, CELEBRADO ENTRE EL ICBF Y EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E",** para seguimiento, reporte de información y verificación de ejecución de funciones y el desarrollo de Los lineamientos acuerdo al convenio antes mencionado:

A continuación, relaciono el perfil, actividades a contratar:

1. Responsable de realizar acciones, seguimientos, herramientas, estrategias, diligenciamiento de formatos que se designen y se estipulen en la guía operativa y manual técnico del servicio integrado de atención y prevención a la desnutrición.

2. Liderar proceso de identificación geográfica del territorio en donde se va a ejecutar el servicio integrado de atención y prevención a la desnutrición.

3. Identificación de los signos que presenten los usuarios, frente al desarrollo de enfermedades, peligro de muerte, desnutrición en niñas o niños y bajo peso en mujeres gestantes y madres en periodo de lactancia, al ingreso a la modalidad y durante el seguimiento mensual y con mayor frecuencia en los casos que lo requieran.

4. Apoyar la identificación y búsqueda activa de potenciales usuarios para la vinculación al servicio integrado de atención y prevención a la desnutrición.

5. Realizar acciones de seguimiento y apoyo en el cuidado de la salud y nutrición de los usuarios de acuerdo con las orientaciones del profesional en nutrición.

6. Realizar seguimiento al estado nutricional y de salud de las niñas, niños y mujeres gestantes usuarios del servicio integrado de atención y prevención de la desnutrición.

7. Realizar y registrar el seguimiento de la temperatura corporal, antropometría y de los avances de los objetivos determinados por el equipo interdisciplinario con base en la guía y lineamiento técnico del servicio integrado de atención y prevención de la desnutrición.

8. Identificar durante la visita al hogar en conjunto con el profesional en nutrición, si el usuario presenta signos generales de peligro o alerta que requieran traslado a atención por urgencias, teniendo en cuenta la resolución 2350 del 2020.

9. Promover con las familias usuarias y la comunidad en general, la aplicación del servicio integrado de atención y prevención de la desnutrición, realizar acciones de promoción y prevención a la desnutrición de enfermedades prevalentes en la infancia (aiepi), así como los contenidos educativos de los programas de crecimiento y desarrollo, salud de la mujer (control prenatal, planificación familiar), lactancia materna, enfermedades tropicales y de interés en salud pública

10. Participar en la revisión de los estudios de caso de los niños identificados durante la evolución interdisciplinaria semanal que requieren especial atención.

11. Informar al usuario y su familia los avances de los objetivos de atención, el tratamiento a seguir y su evolución en la visita.

12. Apoyar al profesional social con información que permita la elaboración de un informe sobre la cultura, tradiciones, rituales de la comunidad en donde se va a atender a niñas y niños con riesgo de desnutrición y mujeres gestantes con bajo peso, especialmente, las relacionadas con alimentación y nutrición, maternidad, lactancia y alimentación complementaria.

13. Gestionar y acompañar a las familias usuarias, en la obtención de documentos pendientes (afiliación al SGSSS, carné de vacunas, carné de control prenatal, etc.), citas y remisiones requeridas con el sector salud.

14. Realizar orientaciones a las familias en temas como prevención y promoción en salud, signos de alarma, entre otros, de acuerdo con la necesidad identificada durante la visita y consignar estas orientaciones en la historia de atención.

15. Realizar seguimiento al plan de manejo individual en el hogar orientada a promover las prácticas del cuidado de la salud, de alimentación saludable y entornos protectores en el hogar y la comunidad; así como apoyar ejercicios de corresponsabilidad con la familia y la comunidad.

16. Seguimiento a gestión de procesos de atención en salud, en línea con lo dispuesto en la ruta de atención integral a la primera infancia del ministerio de salud y protección social.

17. Diseñar con el equipo las experiencias pedagógicas y las herramientas de apoyo para los escenarios de encuentros comunitarios y encuentros en el hogar.

18. Realizar fortalecimiento de saberes individuales, familiares y comunitario de los usuarios en pro al derecho humano a la alimentación adecuada y la salud.

19. Realizar el plan de atención y acompañamiento individual y familiar, con los integrantes del equipo interdisciplinario.

20. Participar en las mesas, reuniones y talleres cuando sea requerido.

21. Reporte de los informes que se requiera, oportunamente con las especificaciones requeridas por el supervisor.

22. Entrega de soportes del cumplimiento de las obligaciones anteriormente mencionadas y cuenta de cobro al supervisor.

23. Apoyo en las entregas de RFPP programados y estipulados por el supervisor

24. Dar cumplimiento oportuno y cabal a todas las obligaciones contractuales, así como a los requerimientos y solicitudes formuladas por la coordinación del servicio en el marco de la ejecución del contrato.

25. Otras que designe el supervisor

PROHIBICIONES DEL CONTRATISTA

El contratista se obliga a no desarrollar ninguna de las conductas descritas, o en su defecto, en caso de presenciarlas, tendrá la obligación de informar de manera inmediata a la supervisión:

1. Se prohíbe el consumo de bebidas alcohólicas, sustancias psicoactivas, consumo de tabaco, durante las salidas a zona rural (incluye durante el traslado de punto a punto), además en los espacios de cumplimiento de obligaciones en zona urbana.

2. Se prohíbe el transporte de cualquier tipo de sustancia psicoactiva, alcohólica, o armas y demás elementos que puedan configurarse como un peligro para la integridad física o la vida, tanto del personal como de los sujetos de atención.

3. Realizar comentarios o afirmaciones de talante racista, xenófobos y en general que vayan en contra de la raza, condición o buen nombre de las personas, tanto hacia los integrantes de la E.S.E. San Juan de Dios como de los beneficiarios del programa y en general toda persona con quien tenga contacto.

4. Se prohíbe faltar al respeto de cualquier forma tanto a los integrantes de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios, como a los beneficiarios del proyecto, esto incluye el trato verbal como cualquier agresión física o psicológica; cabe resaltar además que el personal debe ser consiente y respetuosa de las costumbres propias de la población indígena a ser atendida.

En el evento de comprobarse la comisión de alguna de las conductas, el contratista se hará acreedor a la imposición de las multas pecuniarias contempladas en el contrato o en su defecto y atendiendo la gravedad de lo sucedido la entidad podrá proceder con la declaratoria de caducidad y/o terminación del contrato.

Estas prohibiciones se establecen en atención a las especiales particularidades que comprende la ejecución del presente contrato, en especial frente al respeto por la cosmovisión y costumbres de los pueblos indígenas, que guardan especial protección por parte de la Constitución Política, por lo tanto, la entidad contratante no se hará responsable por las consecuencias que se presenten en contra de la persona que no cumpla a cabalidad con las reglas y costumbres que se exijan al interior de las diferentes comunidades indígenas.

RECOMENDACIONES PREVIAS AL FUTURO CONTRATO – (PERSONAL FEMENINO) PARA INCLUIR EN LAS CLAUSULAS DEL CONTRATO.

En atención a que las actividades a realizar con ocasión al futuro contrato de prestación de servicios, se realizaran principalmente en zona rural dispersa del Departamento de Vichada, en periodos no inferiores a 20 días calendario seguidos por cada salida, es menester conocer para esta entidad si a la fecha se encuentra en estado de embarazo, a su vez conocer el tiempo de gestación, y si ha sido diagnosticado como embarazo de alto riesgo, lo anterior, con el fin de conocer las condiciones particulares de la futura contratista, habida cuenta

que estos traslados prolongados pueden poner en riesgo la vida no solo de la madre, sino también del menor por nacer, dado que las condiciones climáticas, el mal estado de las vías, la situación de orden público en estos lugares, y el prolongado tiempo de traslado hasta la zona urbana, presuponen un riesgo que debe ser tenido en cuenta por las partes previa suscripción del contrato.

En virtud de lo anterior se requiere que el personal a contratar, en el formato de presentación de la propuesta para la celebración del contrato, informe a esta entidad lo solicitado anteriormente bajo la gravedad del juramento, pues como se menciona en párrafo anterior el objeto contractual requiere que su cumplimiento sea en zona rural de conformidad con las directrices del ICBF, frente al servicio Integrado de Atención y Prevención de la Desnutrición

Cordialmente,



ANGY CONDES YEPEZ
CC. 1.143.407.760
Correo: Angieconde0707@gmail.com
Celular: 3127825966

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
Condes	Yepez	Angy

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1143407760	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 07 MES 07 AÑO 1998	CALLE 7 7 7 BARRIO CENTRO CALLE 7			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	VICHADA
DEPTO	BOLÍVAR	MUNICIPIO	CUMARIBO		
MUNICIPIO	CARTAGENA DE INDIAS	TELÉFONO	3127825966	EMAIL	ANGIECONDE0707@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	2014
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	10	X		NUTRICION Y DIETETICA	02	2021	1143407760

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 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

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
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
VICHADA	CUMARIBO	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	03	Mes	02	Año	2026	Día	31	Mes	08	Año	2026

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
5128 NUTRICIONISTA DIETISTA	NUTRICIONISTA-DIETISTA	Calle 18 # 10- 43 B. La primavera

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
ALCALDIA DE CUMARIBO	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
VICHADA	CUMARIBO	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
3127825966	Día	31	Mes	01	Año	2025	Día	23	Mes	12	Año	2025

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
5128 NUTRICIONISTA DIETISTA	NUTRICION DIETETICA	CALLE 7 NORTE 11 98 CALLE 7 N 11 98

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE CUMARIBO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO VICHADA	*MUNICIPIO* CUMARIBO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3127825966	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	20	*Mes*	08	*Año* 2024	*Día*	26	*Mes*	12	*Año*	2024	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 5128 NUTRICIONISTA DIETISTA	*DEPENDENCIA* NUTRICION Y DIETETICA					*DIRECCIÓN* CALLE 7 NORTE 11 98 CALLE 7 N° 11-98 BARRIO CENTRO						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE CUMARIBO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO VICHADA	*MUNICIPIO* CUMARIBO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	14	*Mes*	03	*Año* 2024	*Día*	14	*Mes*	07	*Año*	2024	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 5128 NUTRICIONISTA DIETISTA	*DEPENDENCIA* NUTRICION Y DIETETICA					*DIRECCIÓN*						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ASOCIACION AVANZAR			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO VICHADA	*MUNICIPIO* CUMARIBO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	09	*Mes*	10	*Año* 2023	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 10012 NUTRICIONISTA	*DEPENDENCIA* NUTRICIONISTA-DIETISTA					*DIRECCIÓN* CALLE 30						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ASOCIACION AVANZAR			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO VICHADA	*MUNICIPIO* CUMARIBO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	15	*Mes*	04	*Año* 2023	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 5128 NUTRICIONISTA DIETISTA	*DEPENDENCIA* NUTRICION COMUNITARIA					*DIRECCIÓN*						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ASOCIACION AVANZAR			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO VICHADA	*MUNICIPIO* CUMARIBO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3113801352	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	03	*Año* 2023	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 5128 NUTRICIONISTA DIETISTA	*DEPENDENCIA* NUTRICIONISTA Y DIETISTA					*DIRECCIÓN* Calle 30						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD ASOCIACION AVANZAR	*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA

DEPARTAMENTO VICHADA	*MUNICIPIO* CUMARIBO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	30	*Mes*	12	*Año*	2021	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL 5128 NUTRICIONISTA DIETISTA	*DEPENDENCIA* NUTRICION COMUNITARIA					*DIRECCIÓN*						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD AGRO IMPULSO DEL CHOCO	*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA

DEPARTAMENTO CHOCÓ	*MUNICIPIO* QUIBDÓ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	12	*Mes*	05	*Año*	2021	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL 5128 NUTRICIONISTA DIETISTA	*DEPENDENCIA* NUTRICION COMUNITARIA					*DIRECCIÓN*						

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	2	2
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	11
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO **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 Cumaribo vichada, 06 de noviembre de 2026

Angy Condes Yepez

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Función Pública

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

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2026-10-29 15:35

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
ANGY		CONDES	YEPEZ

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1143407760

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	BOLÍVAR	Municipio	CARTAGENA DE INDIAS

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	VICHADA	Municipio	CUMARIBO

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	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	VICHADA	Municipio	PUERTO CARREÑO

Dirección	["avenida orinoco Nº 10-43"]

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	$46.296.667,00
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	$46.296.667,00

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	$0,00

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:

Ciudad y Fecha: Cumaribo Vichada, 06 de noviembre de 2026

Empresa
E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO

Ref.: Certificación Decreto 1070 de 2013, Clasificación de Personas

Naturales CERTIFICACIÓN BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

Yo ANGY CONDES YEPEZ, identificado (a) con cedula de ciudadanía No 1.143.407.760 , expedida en CARTAGENA DE INDIAS- BOLIVAR , para efectos de dar cumplimiento con el artículo 1 del decreto 1070 del 28 de mayo de 2013, certifico bajo la gravedad de juramento, lo siguiente:

1. Mis ingresos en el año gravable inmediatamente anterior provienen de la prestación de servicios de manera personal o del desarrollo de una actividad económica por cuenta y riesgo del empleador o contratante, mediante una vinculación laboral o legal y reglamentaria, en una proporción igual o superior a un ochenta por ciento (80%) del total de los ingresos percibidos por dicho periodo fiscal: SI ( ) NO (X)

2. Mis ingresos en el año inmediatamente anterior provienen de la prestación de servicios personales mediante el ejercicio de profesiones liberales o de la prestación de servicios técnicos que no requieran la utilización de materiales o insumos especializados, o de maquinaria o equipo especializado, en una proporción igual o superior a un ochenta por ciento (80%) del total de los ingresos percibidos en dicho periodo fiscal: SI ( ) NO (X)

3. Estoy obligado (a) a presentar declaración de renta por el año gravable inmediatamente anterior: SI ( ) NO (X)

4. Los ingresos totales ene l año gravable inmediatamente anterior superaron los cuatro mil setenta y tres (4.073) UVT. SI ( ) NO (X)

5. En el año gravable inmediatamente anterior no desarrolle una se las actividades señaladas en el artículo 340 del Estatuto Tributario o que si la desarrolle no generó más del veinte por ciento (20%) de mis ingresos totales. SI ( ) NO (X)

6. Durante el año gravable inmediatamente anterior no preste servicios técnicos que requieran de materiales o insumos especializados, o maquinaria o equipo especializado, cuyo costo representa más del veinticinco por ciento (25%) del total de los ingresos percibidos por concepto de tales servicios técnicos. SI ( ) NO (X)

Angy Condes Yepez

Cordialmente
C.c. 1.143.407.760

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.143.407.760**

CONDES YEPEZ

APELLIDOS

ANGY

NOMBRES

Angie Conde Yepez

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **07-JUL-1998**

CARTAGENA
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.63 ESTATURA | **B+** G.S. RH | **F** SEXO

09-AGO-2016 CARTAGENA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

P-0500150-01366842-F-1143407760-20230706 **01296**09680G 1 9924197262

Escaneado con CamScanner

La salud es de todos

Minsalud

COLNUD

Identificación Única del Talento Humano en Salud

NUTRICIONISTA DIETISTA



ANGY CONDES YEPEZ

CC 1143407760

UNIVERSIDAD DEL SINU - ELIAS BECHARA ZAINUM CARTAGENA

Fecha de expedición del diploma **2021-02-25**

Fecha de Inscripción ReTHUS **2021-05-18**

Angy Condes Yepez

Firma Titular

"Esta Tarjeta es un documento público y se expide de conformidad a la ley 1164 de 2007, el decreto 4192 de 2010 compilado en el Decreto Único Reglamentario 780 de 2016." Si es encontrada, favor devolverla al COLEGIO COLOMBIANO DE NUTRICIONISTAS DIETISTAS Carrera 15 No 76 – 67 oficina 401 Teléfono 3542322 Bogotá.

Juan C. M. T.

Firma Representante Legal

COLNUD-2501

COMUNICADO INFORMATIVO

PARA: Entidades públicas – Entidades privadas – Profesionales en Nutrición y Dietética – Comunidad en general

DE: Colegio Colombiano de Nutricionistas Dietistas – COLNUD

ASUNTO: Lineamientos sobre antecedentes disciplinarios de los profesionales de Nutrición y Dietética y vigencia de la Tarjeta Profesional

FECHA: Octubre de 2025

Cordial saludo,

En atención a las consultas presentadas por diversas entidades y profesionales del país respecto a la expedición de **certificados de antecedentes disciplinarios** en el ejercicio de la profesión de **Nutrición y Dietética**, el **Colegio Colombiano de Nutricionistas Dietistas – COLNUD**, en su calidad de organismo gremial de representación nacional con funciones públicas otorgadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, se permite informar lo siguiente:

1. De conformidad con lo establecido en la **Ley 1164 de 2007** (Ley del Talento Humano en Salud), la instancia competente para **dirimir los procesos ético-disciplinarios** y, en consecuencia, **expedir certificados de antecedentes disciplinarios** de los profesionales de Nutrición y Dietética, será el **Tribunal de Ética de la Profesión**, una vez sea conformado y reglamentado oficialmente por el **Gobierno Nacional**.
   En este sentido, **actualmente no existe autoridad legalmente constituida** que expida este tipo de certificados para los profesionales de la disciplina, y, por tanto, **ninguna entidad pública o privada, ni persona natural o jurídica, está facultada para solicitarlo o emitirlo**.
2. Se recuerda que los **únicos requisitos legales para el ejercicio de la profesión de Nutricionista - Dietista** se encuentran establecidos en la **1164 de 2007**, particularmente en sus artículos 18, 19 y 20, relacionados con

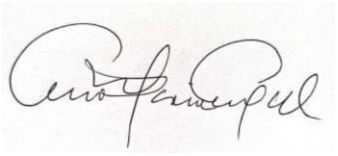
la **obtención del título profesional y la Tarjeta Profesional expedida por COLNUD** como documento habilitante.

3. Así mismo, se precisa que la **Tarjeta Profesional de Nutricionista - Dietista (***la que fue expedida por la Comisión del Ejercicio Profesional, como la que actualmente expide COLNUD***), no tiene límite de vigencia**, por lo cual **no debe solicitarse ni emitirse ningún certificado adicional que pretenda acreditar su validez o actualización**, ya que este documento conserva plena validez indefinida conforme a la norma vigente.
4. De igual forma la expedición de esta tarjeta implica su inscripción en el Registro del Talento Humano en Salud (RETHUS), dispuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social.

En consecuencia, **ninguna entidad pública o privada deberá exigir certificado de antecedentes disciplinarios o constancias de vigencia de la Tarjeta Profesional** para vincular, contratar o acreditar el ejercicio de los profesionales de Nutrición y Dietética, toda vez que estos no se encuentran contemplados dentro de los requisitos legales.

El **Colegio Colombiano de Nutricionistas Dietistas – COLNUD** mantiene su compromiso con la defensa del ejercicio ético, legal y transparente de la profesión, y continuará informando a la comunidad sobre las disposiciones normativas que regulan el ejercicio profesional.

Atentamente,



ANA MARÍA ÁNGEL CORREA
Presidenta
Colegio Colombiano de Nutricionistas Dietistas **–** COLNUD
presidencia@colnud.co

Revisó: Juan Edgar Marín Restrepo. Asesor Jurídico COLNUD

Resultado General -2026-10-29→3:39:20 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1143407760	ANGY		CONDES	YEPEZ	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) ANGY CONDES YEPEZ identificado(a) con CC 1143407760 registra La siguiente información:

2026-10-29→3:39:20 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	NUTRICI¿N Y DIET¿TICA	2021-05-18	1989	COLEGIO COLOMBIANO DE NUTRICIONISTAS DIETISTAS

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).

REPUBLICA DE COLOMBIA

18882

UNIVERSIDAD DEL SINU
Elías Bechara Zainúm

EL RECTOR Y EL CONSEJO SUPERIOR
POR EL TENOR DE LA PRESENTE, HACEMOS SABER QUE

Angy Condes Yepez

IDENTIFICADO(A) CON LA CEDULA DE CIUDADANIA NO. 1.143.407.760 DE CARTAGENA , ALUMNO(A) DE ESTA INSTITUCION Y EN TAL VIRTUD FORMADA EN EL PENSAMIENTO DE NUESTRO FUNDADOR CON PROYECCION UNIVERSAL, VALORES CULTURALES Y HUMANOS DEL HOMBRE COLOMBIANO CONFERIMOS, EN NOMBRE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA Y POR AUTORIZACION DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL, EL CARACTER Y TITULO DE

Nutricionista Dietista

CON EL COMPROMISO DE LIDERAZGO AL SERVICIO DE LA SOCIEDAD, LA UNIVERSIDAD Y SU FAMILIA PARA GENERAR FUTURAS CONDICIONES DE VIDA MAS FAVORABLES A TODOS; COMPROMETIDO CON NUESTRA RAZON DE SER, ELEVANDO LA CULTURA REGIONAL Y NACIONAL, COMO CONTRIBUCION A LA HUMANIDAD, CON EL CRITERIO DE LA LIBERTAD COMO DERECHO NATURAL Y SIN DISTINGO DE RAZA, CREDO, SEXO O COLOR. EL PRESENTE TITULO LLEVA LAS FIRMAS DEL RECTOR, VICERRECTOR, DECANO Y SECRETARIO GENERAL, EN LA CIUDAD DE CARTAGENA
A LOS 25 DIAS DEL MES DE FEBRERO DEL AÑO 2021

EL RECTOR

EL VICERRECTOR

EL DECANO

EL SECRETARIO GENERAL

LIBRO 1 FOLIO 127

UNIVERSIDAD DEL SINÚ

Elías Bechara Zainúm

Resolución del Ministerio Educación 4973/29 de Diciembre de 2004
NIt. Nº. 891000692 - 1

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

ACTA DE GRADO Nº 027

En la ciudad de Cartagena a los veinticinco (25) días del mes de febrero de dos mil veintiuno (2021), se realizó la graduación en Ceremonia Solemne a solicitud del Director de la Escuela de Nutrición Y Dietética a la Rectoría, quien autorizó el acto mediante Resolución Nº 011 del 16 de febrero de 2021 por medio de la cual, otorga de acuerdo a la Ley y a los Estatutos de la Institución, el título de **NUTRICIONISTA DIETISTA** al Estudiante **ANGY CONDES YEPEZ** portador de la Cédula de Ciudadanía Nº. 1.143.407.760 de Cartagena a quien se le tomó el juramento de rigor y se le hizo entrega del Diploma que lo autoriza para el ejercicio de la profesión de **NUTRICIONISTA DIETISTA** según las disposiciones vigentes.

Para constancia se firma la presente acta.

ROLANDO BECHARA CASTILLA
Rector

MONTSERRAT MAGRE COLORADO
Secretaria Jurídica

OLGA TATIANA JAIMES PRADA
Directora Escuela de Nutrición Y Dietética

0163181

La República de Colombia
y en su nombre la

Institución Educativa
"Mercedes Abrego"

Cartagena de Indias

Autorizado por la Secretaría de Educación y Cultura Distrital
según Resolución No. 0335 del 21 de marzo de 2003
Confiere a

Angy Condes Yepes

Identificado(a) con *T.I.* No. *98070768313* Expedida en *Cartagena - Bolívar*

El Título de

Bachiller Académico

Por haber culminado la Educación Media Académica y haber cumplido con todos los requisitos de promoción adoptados por el establecimiento educativo en su Proyecto Educativo Institucional de acuerdo con la ley y las normas vigentes

Rector

Alberto Rentería Mena

INSTITUCIÓN EDUCATIVA MERCEDES ABREGO

Secretaria

Carmen Alicia Cueter Blanco

Este Diploma no requiere de registro en Secretaría de Educación
(Decreto Nacional No. 921 de 1994)

Anotado en el control interno del plantel en el

Libro No. *01* Folio No. *12* Diploma No. *189*

Dado en Cartagena de Indias, el *11* de *Diciembre* del año *2014*

Función Pública

mipg modelo integrado de planeación y gestión

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Hace constar que:

ANGY CONDES YEPEZ

C.C 1.143.407.760

Participó y completó con el Módulo de Fundamentos Generales del curso virtual

Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG

MIPG VERSIÓN II (2021)

Bogotá D.C., 28 de octubre 2026

Luz Daifenis Arango Rivera

Directora de Gestión y Desempeño Institucional

Código: 761965745206

Nota: la "Constancia de Participación" emitida a quienes completan satisfactoriamente los módulos correspondientes, no certifica horas académicas por cuanto el Departamento Administrativo de la Función Pública no es una institución educativa y su naturaleza de Departamento Técnico no le permite emitir certificaciones de formación en los términos del Decreto 1072 de 2015".

Función Pública

mipg modelo integrado de planeación y gestión

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Hace constar que:

ANGY CONDES YEPEZ

C.C 1.143.407.760

Participó y completó con éxito los 8 módulos del curso virtual

Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG

MIPG VERSIÓN II (2021)

Bogotá D.C., 28 de octubre 2026

Luz Daifenis Arango Rivera

Directora de Gestión y Desempeño Institucional

Código: 761965745000

Nota: la "Constancia de Participación" emitida a quienes completan satisfactoriamente los módulos correspondientes, no certifica horas académicas por cuanto el Departamento Administrativo de la Función Pública no es una institución educativa y su naturaleza de Departamento Técnico no le permite emitir certificaciones de formación en los términos del Decreto 1072 de 2015".

Función Pública

mipg modelo integrado de planeación y gestión

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Hace constar que:

ANGY CONDES YEPEZ

C.C 1.143.407.760

Participó y completó con éxito el Módulo de Auditoría del curso virtual

Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG

MIPG VERSIÓN II (2021)

Bogotá D.C., 28 de octubre 2026

Luz Daifenis Arango Rivera

Directora de Gestión y Desempeño Institucional

Código: 7619657453161

Nota: la "Constancia de Participación" emitida a quienes completan satisfactoriamente los módulos correspondientes, no certifica horas académicas por cuanto el Departamento Administrativo de la Función Pública no es una institución educativa y su naturaleza de Departamento Técnico no le permite emitir certificaciones de formación en los términos del Decreto 1072 de 2015".

Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

Función Pública certifica que:

ANGY CONDES YEPEZ

C.C 1.143.407.760

Participó y completó el curso virtual

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 28 de octubre 2026

Francisco Camargo Salas
Director de Empleo Público

Código: 761965772000

EL JEFE DE LA OFICINA JURÍDICA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E.

CERTIFICA QUE:

Revisando los libros de radicados del área de contratación y el respectivo expediente contractual, se pudo constatar que: **ANGY CONDES YEPEZ,** identificada con la cédula de ciudadanía N° **1.143.407.760,** suscribió con la E.S.E Hospital Departamental San Juan de Dios de Puerto Carreño – Vichada, los siguientes contratos:

Año 2026

Contrato Prestación de Servicios N°:	**0529 DE 2026**
Objeto del Contrato:	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO NUTRICIONISTA, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES EXTRAMURALES DEL SERVICIO INTEGRADO DE ATENCION Y PREVENCION DE LA DESNUTRICION DEL MUNICIPIO DE CUMARIBO; EN EL MARCO DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO N° 002 DEL AÑO 2025, CELEBRADO ENTRE EL ICBF Y EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E
Plazo De Ejecución:	03 de febrero al 30 de junio de 2026
Valor del Contrato:	$23.500.000
Estado del Contrato:	Ejecutado

Contrato Prestación de Servicios N°:	**1870 DE 2026**
Objeto del Contrato:	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO NUTRICIONISTA, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES EXTRAMURALES DEL SERVICIO INTEGRADO DE ATENCION Y PREVENCION DE LA DESNUTRICION DEL MUNICIPIO DE CUMARIBO; EN EL MARCO DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO N° 002 DEL AÑO 2025, CELEBRADO ENTRE EL ICBF Y EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E
Plazo De Ejecución:	21 de julio al 31 de agosto de 2026
Valor del Contrato:	$9.400.000
Estado del Contrato:	En Ejecución

La presente certificación se expide en Puerto Carreño - Vichada, a los 29 días del mes de julio del 2026, a solicitud de la interesada.

OSCAR DANIEL CORTES CARDONA
Jefe Oficina Jurídica de la E.S.E.
Hospital Departamental San Juan de Dios E.S.E.

Elaboró: Jhoann Gabriel Rodríguez Silva
Abogado Contratista Oficina Jurídica de la E.S.E.

LA SUSCRITA SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL DE LA ALCALDIA DE CUMARIBO VICHADA.

CERTIFICA:

Que **ANGY CONDES YEPEZ,** identificada con cédula de ciudadanía No 1.143.407.760 expedida en Cartagena de Indias-Bolívar, prestó sus servicios a la Alcaldía Municipal de Cumaribo- Vichada, mediante el Contrato de Prestación de Servicios de Profesionales, relacionado a continuación

OBJETO	CPS- No.	FECHA DE INGRESO	FECHA DE TERMINACIÓN
"PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN NUTRICION PARA EL FORTALECIMIENTO DE ACCIONES RELACIONADAS CON SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL Y SALUD INFANTIL, DEL AREA DE SALUD PUBLICA DEL MUNICIPIO DE CUMARIBO VICHADA".	041-2025	31/01/2025	23/12/2025

ACTIVIDADES

Durante el periodo de ejecución, la contratista desarrolló satisfactoriamente las siguientes actividades:

Seguimiento Técnico: Monitoreo continuo a la implementación del Plan de Choque para Infección Respiratoria Aguda (IRA) y Enfermedad Diarreica Aguda (EDA).

Coordinación Intersectorial: Participación activa y liderazgo en espacios clave como:

- Mesa de Infancia, Adolescencia y Fortalecimiento Familiar (MIAFF): Implementación técnica junto a la Mesa de Participación de Niños, Niñas y Adolescentes.

@AlcaldiaDeCumariboVichada

- Comités de Vigilancia Epidemiológica (COVE): Socialización de eventos epidemiológicos (Desnutrición, IRA y EDA), análisis estadístico y gestión de rutas de atención.
- Mesa de Desaceleración de Mortalidad por Desnutrición.

Gestión del Conocimiento: Socialización de lineamientos de atención en primera infancia y seguridad alimentaria a IPS, EPS y demás entidades municipales.

Inspección y Vigilancia:

- Seguimiento técnico al Plan de Intervenciones Colectivas (PIC).
- Vigilancia epidemiológica y análisis de casos notificados de desnutrición aguda, IRA y EDA en menores de cinco años.
- Realización de investigaciones epidemiológicas de campo y unidades de análisis.

Gestión de Información: Búsqueda activa comunitaria y digitación de información técnica del área de salud pública.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, en Cumaribo-Vichada a los veinti tres (23) días del mes de Diciembre del año 2025.

ANA MARGARITA CERVANTES PACHECO
Secretaria de Desarrollo Social

@AlcaldiaDeCumariboVichada

Secretaría De Desarrollo Social

LA SUSCRITA SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL DE LA ALCALDIA DE CUMARIBO VICHADA.

CERTIFICA:

Que la señora **ANGY CONDES YEPZ,** identificada con cedula de ciudadanía No 1.143.407.760 expedida en Cartagena Bolivar, prestó sus servicios a la Alcaldía Municipal de Cumaribo- Vichada, mediante el siguiente contrato de Prestación de Servicio Profesionales, relacionado a continuación:

OBJETO	CPS- No.	FECHA DE INGRESO	FECHA DE TERMINACIÓN
PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE UN NUTRICIONISTA PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA DIMENSION SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL Y SALUD INFANTIL, DEL AREA DE SALUD PÚBLICA DEL MUNICIPIO DE CUMARIBO VICHADA.	163-2024	20/08/2024	26/12/2024

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, dado en Cumaribo-Vichada a los dos (02) días del mes de Enero del año 2025.

ANA MARGARITA CERVANTES PACHECO
Secretaria de Desarrollo Social

@AlcaldiaDeCumariboVichada

Secretaría De Desarrollo Social

LA SUSCRITA SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL DE LA ALCALDIA DE CUMARIBO VICHADA.

CERTIFICA:

Que la Señora **ANGY CONDES YEPEZ** identificada con cedula de ciudadanía No 1.143.407.760 expedida en Cartagena- Bolívar, prestó sus servicios a la Alcaldía Municipal de Cumaribo- Vichada, mediante el siguiente contratos de Prestación de Servicios Profesionales relacionado a continuación

OBJETO	CPS- No.	FECHA DE INGRESO	FECHA DE TERMINACIÓN
PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA EJECUCIÓN DE ACCIONES EN LA DIMENSIÓN SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL Y SALUD INFANTIL, DEL ÁREA DE SALUD PÚBLICA DEL MUNICIPIO DE CUMARIBO VICHADA.	108-2024	14/03/2024	14/07/2024

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, dado en Cumaribo-Vichada a los dieciséis (16) días del mes de Julio del año 2024.

ANA MARGARITA CERVANTES PACHECO
Secretaria de Desarrollo Social

@AlcaldiaDeCumariboVichada

CERTIFICACIÓN

LA ASOCIACION AVANZAR "ASOAVANZAR", certifica que la señora **ANGY CONDES YEPEZ,** identificada con cedula de ciudadanía **1.143.407.760**, laboró mediante un contrato por prestación de servicios con nuestra institución desde el **09 de OCTUBRE de 2023, hasta el 30 de NOVIEMBRE de 2023**, como **NUTRICIONISTA** en el departamento del **VICHADA**, municipio de **CUMARIBO**, en el marco de la implementación del programa **MIL DIAS PARA CAMBIAR EL MUNDO,** programa que hace parte del Instituto Colombiano De Bienestar Familiar **(ICBF)**.

Funciones desarrolladas:

- Realizar la valoración del estado nutricional inicial para determinar el ingreso de las mujeres gestantes, niñas y niños.
- Establecer un Plan de Intervención Individual en conjunto con el equipo interdisciplinario para la atención de cada usuario
- Realizar el seguimiento nutricional a los usuarios con la periodicidad requerida por cada esquema de atención y teniendo en cuenta el Plan del Intervención Individualizado.
- Brindar orientaciones y realizar acompañamiento a las mujeres gestantes usuarios en: Alimentación durante la gestación y Promoción de la Lactancia Materna
- Brindar orientaciones y realizar acompañamiento a las familias de las niñas y niños usuarios en: promoción de la Lactancia Materna, adecuada introducción de la alimentación complementaria, alimentación saludable, detección de signos clínicos de desnutrición.
- Establecer la cantidad de Alimento Listo para el Consumo necesario para las niñas y niños usuarios en la fase de mejoramiento, de acuerdo con sus requerimientos nutricionales individuales y con la ingesta calórica y de nutrientes de la alimentación familiar.

- Brindar orientaciones individualizadas a las familias de las niñas y niños usuarios que reciben Alimento Listo para el Consumo, encaminadas a inicio del suministro, tolerancia, porciones, horarios de suministro, almacenamiento, conservación y manipulación.
- Definir el momento para iniciar el suministro de la Ración Familiar para Preparar a las familias de las niñas y niños usuarios.
- Brindar orientaciones y realizar seguimiento a las familias para el consumo adecuado del Alimento Listo para el Consumo y la Ración Familiar para Preparar -RFPP.
- Realizar acompañamiento a los usuarios en el hogar de acuerdo con el Plan de Intervención Individualizada y a lo evidenciado en los seguimientos realizados por los gestores comunitarios.
- Apoyar el diseño e implementación de estrategias para llevar a cabo el componente de Hábitos de Estilos de Vida Saludables, en conjunto con el equipo que atenderá la EAS.
- Apoyar la búsqueda activa de usuarios para el ingreso a la modalidad, analizando la situación nutricional de la población y priorizando las áreas geográficas de intervención. n Definir, realizar y participar en los estudios de caso para los usuarios que lo requieran.
- ¡Capacitar a los gestores y profesionales de la modalidad en el seguimiento al consumo de la ración, consumo y tolerancia del Alimento Listo para el proceso promoción y prevención, Consumo, en la técnica estandarizada para toma del perímetro braquial, y en la importancia de la calidad de la información como un elemento indispensable para el seguimiento nutricional; así mismo, en seguridad alimentaria y nutricional, detección de signos físicos de la desnutrición, alimentación balanceada según el curso de vida, actividad física, alimentación versus costos, Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y el Decreto 1397 de 1992, entre otros, que se consideren pertinentes de acuerdo a la situación encontrada.
- Dar cumplimiento a la Guía de Metrología respecto a la selección de los equipos y a las actividades que garanticen que los instrumentos de medición se encuentren en óptimas condiciones de funcionamiento, se utilicen adecuadamente y proporcionen medidas confiables que permitan tomar decisiones satisfactorias.
- Diligenciar el Formato Egreso y Remisión a Modalidades de Educación Inicial y seguir el procedimiento definido en la Ruta de Remisión de niñas y niños menores de 5 años egresados de la Estrategia de Atención y Prevención de la Desnutrición a las Modalidades de Educación Inicial.

- Remitir al sector salud los casos de los usuarios que, por su situación requieren de intervenciones médicas, con patologías asociadas a la desnutrición, o con complicaciones médicas como edema, pobre apetito, signos clínicos de desnutrición severa, etc.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado en Cumaribo - Vichada, a los treinta (30) días del mes de diciembre de 2023.

Atentamente,

Robert E Cordoba Serna

ROBERT E. CORDOBA SERNA
Representante Legal
C.C 11.802.999

CERTIFICACIÓN

LA ASOCIACION AVANZAR "ASOAVANZAR", certifica que la señora **ANGY CONDES YEPEZ,** identificada con cedula de ciudadanía **1.143.407.760,** laboró mediante un contrato por prestación de servicios en nuestra institución, como **NUTRICIONISTA desde el 15 de abril de 2023 hasta el 30 de junio del 2023,** en el departamento del **VICHADA**, municipio de **CUMARIBO**, en el marco de la implementación del programa **ATENCIÓN PROPIA E INTERCULTURAL,** programa que hace parte del Instituto Colombiano De Bienestar Familiar **(ICBF).**

A continuación, se enuncian sus principales funciones:

FUNCIONES DESDE EL SERVICIO

1. Identificar necesidades y situaciones de salud individuales de los niños.
2. Realizar procesos de formación con docentes, auxiliares, madres y padres de familia para informar el estado nutricional actual de los niños y niñas y tomar las medidas conjuntas de ser necesarias.
3. Elaborar el diagnóstico situacional y tener como punto de referencia la Ruta Integral de Atenciones para iniciar el diseño de los mecanismos de articulación, atención y gestión que buscan asegurar que los niños y las niñas puedan acceder al más alto nivel de salud,
4. Implementar acciones de promoción y prevención de la salud
5. Movilizar recursos interinstitucionales

CON EL TALENTO HUMANO

6. Orientar y coordinar los procesos de pedagógicos
7. Promover y facilitar la participación del equipo de la unidad de servicios en los procesos formativos para la cualificación del talento humano
8. Propiciar espacios que favorezcan la motivación, comunicación y organización de los agentes educativos.
9. Propiciar espacios para el fortalecimiento del quehacer pedagógico y la visibilización de experiencias exitosas de los agentes educativos
10. Llevar un registro y documentar las acciones realizadas durante los encuentros educativos, centrándose en el rol desempeñado por los docentes.
11. Coordinar con los docentes la distribución utilización y conservación del material educativo de consumo y el duradero.
12. Elaborar e implementar el manual de buenas prácticas de manufactura para el servicio de alimentación de la unidad de servicio.
13. Verificar la calidad y cantidad de los productos adquiridos para el servicio de alimentación.

Powered by CamScanner

14. Participar en las estrategias de planeación, seguimiento y evaluación de la modalidad. • Procurar la consecución oportuna de los recursos necesarios para una garantizar una adecuada atención de la modalidad
15. Utilizar los protocolos de seguimiento a la garantía de derechos y
16. Elaborar o coordinar la elaboración con el profesional idóneo el diagnóstico nutricional de los niños y niñas atendidos en el servicio, bajo los parámetros establecidos por el ICBF. Actividades que deben ser desarrolladas por profesional en nutrición:
17. Elaborar el ciclo de menús o la minuta concertada en caso de grupos étnicos, de acuerdo a la minuta patrón establecida por el ICBF incluyendo cantidades diarias de cada alimento por beneficiario y por grupo de edad.
18. Elaborar o coordinar la elaboración con el profesional idóneo las listas de intercambio de alimentos de acuerdo a los hábitos de consumo regional y alimentos que se encuentren en cosecha.
19. Realizar control trimestral del estado nutricional de los niños y niñas mediante la toma de medidas antropométricas. Realizar control mensual a los menores de 2 años o a los niños y niñas que presenten desnutrición o riesgo de sufrirlala.

CON LAS FAMILIAS

20. Orientar las estrategias para que la caracterización de los niños y niñas, las familias y la comunidad sea eficiente, gestionando una recolección de datos veraz y oportuna para su posterior análisis y la formulación de la propuesta de formación y acompañamiento.
21. Establecer alianzas interinstitucionales con entidades u organismos del municipio para promover el trabajo en red entre las familias y las organizaciones sociales y comunitarias.
22. Orientar los procesos formativos y de acompañamiento a familias.
23. Analizar el contexto e identificar amenazas y oportunidades para potenciar el desarrollo integral de los niños y niñas de manera coordinada con las familias y las comunidades.

CON LOS NIÑOS

1. Fomentar el desarrollo de actividades pedagógicas en los que niñas y niñas conocen y quieren su cuerpo
2. Tener registro de la evolución del estado nutricional de cada beneficiario en las curvas de crecimiento y diligenciar el cartel de crecimiento.
3. Elaborar el plan de intervención individual para los niños y niñas que presenten malnutrición. El Plan deberá estar acorde a las directrices del ICBF
4. Organizar y sistematizar información sobre las acciones adelantadas con los niños, niñas familias y comunidades.

FUNCIONES CON LAS FAMILIAS

1. Dar a conocer a las familias la ruta integral de atenciones en primera infancia y la ruta de acción en caso de vulneración de los derechos de las niñas y niños

Powered by CamScanner

2. Brindar asesoría permanente a los cuidadores sobre adecuados hábitos de higiene y manipulación de alimentos, en el hogar
3. Orientar sobre aspectos nutricionales a las madres gestantes y lactantes • Identificar las necesidades de formación a las familias de acuerdo con las prácticas de nutrición observados en las visitas familiares.
4. Acompañar y orientar las acciones educativas de los padres madres y personas significativas en la crianza y cuidado de los niños y niñas en las condiciones de su hogar y entorno social inmediato • las familias conocen que es el POS y que tienen derecho sus hijos
5. Incentivar la participación de las familias en los encuentros formativos y reforzar y hacer seguimiento a la apropiación de los aprendizajes construidos durante los mismos, identificando los logros y dificultades.
6. Para el caso de la modalidad familiar, realizar visitas de acompañamiento al hogar, en coordinación con el equipo de la modalidad
7. Sostener comunicación permanente con los padres, madres o adultos responsables de los niños y niñas con el fin de identificar las situaciones favorables al desarrollo y promover el restablecimiento de derechos cuando estos sean afectados por inobservancia, amenaza o vulneración

La presente certificación se expide a solicitud del interesado en Cumaribo- Vichada, a los quince (15) días del mes de diciembre de 2023.

Atentamente,

Robert E Cordoba Serna

ROBERT E. CORDOBA SERNA
Nombre del representante legal
C.C 11.802.999

Powered by CamScanner

CERTIFICACIÓN

LA ASOCIACION AVANZAR "ASOAVANZAR", certifica que la señora **ANGY CONDES YEPEZ,** identificada con cedula de ciudadanía **1.143.407.760,** laboró mediante un contrato por prestación de servicios en nuestra institución, como **NUTRICIONISTA desde el 01 de marzo de 2023 hasta el 30 de junio del 2023,** en el departamento del **VICHADA**, municipio de **CUMARIBO**, en el marco de la implementación del programa **EDUCACIÓN INICIAL RURAL,** programa que hace parte del Instituto Colombiano De Bienestar Familiar **(ICBF)**.

A continuación, se enuncian sus principales funciones:

FUNCIONES DESDE EL SERVICIO

1. Identificar necesidades y situaciones de salud individuales de los niños.
2. Realizar procesos de formación con docentes, auxiliares, madres y padres de familia para informar el estado nutricional actual de los niños y niñas y tomar las medidas conjuntas de ser necesarias.
3. Elaborar el diagnóstico situacional y tener como punto de referencia la Ruta Integral de Atenciones para iniciar el diseño de los mecanismos de articulación, atención y gestión que buscan asegurar que los niños y las niñas puedan acceder al más alto nivel de salud,
4. Implementar acciones de promoción y prevención de la salud
5. Movilizar recursos interinstitucionales

CON EL TALENTO HUMANO

6. Orientar y coordinar los procesos de pedagógicos
7. Promover y facilitar la participación del equipo de la unidad de servicios en los procesos formativos para la cualificación del talento humano
8. Propiciar espacios que favorezcan la motivación, comunicación y organización de los agentes educativos.
9. Propiciar espacios para el fortalecimiento del quehacer pedagógico y la visibilización de experiencias exitosas de los agentes educativos
10. Llevar un registro y documentar las acciones realizadas durante los encuentros educativos, centrándose en el rol desempeñado por los docentes.
11. Coordinar con los docentes la distribución utilización y conservación del material educativo de consumo y el duradero.
12. Elaborar e implementar el manual de buenas prácticas de manufactura para el servicio de alimentación de la unidad de servicio.
13. Verificar la calidad y cantidad de los productos adquiridos para el servicio de alimentación.

14. Participar en las estrategias de planeación, seguimiento y evaluación de la modalidad. • Procurar la consecución oportuna de los recursos necesarios para una garantizar una adecuada atención de la modalidad
15. Utilizar los protocolos de seguimiento a la garantía de derechos y
16. Elaborar o coordinar la elaboración con el profesional idóneo el diagnóstico nutricional de los niños y niñas atendidos en el servicio, bajo los parámetros establecidos por el ICBF. Actividades que deben ser desarrolladas por profesional en nutrición:
17. Elaborar el ciclo de menús o la minuta concertada en caso de grupos étnicos, de acuerdo a la minuta patrón establecida por el ICBF incluyendo cantidades diarias de cada alimento por beneficiario y por grupo de edad.
18. Elaborar o coordinar la elaboración con el profesional idóneo las listas de intercambio de alimentos de acuerdo a los hábitos de consumo regional y alimentos que se encuentren en cosecha.
19. Realizar control trimestral del estado nutricional de los niños y niñas mediante la toma de medidas antropométricas. Realizar control mensual a los menores de 2 años o a los niños y niñas que presenten desnutrición o riesgo de sufrirlala.

CON LAS FAMILIAS

20. Orientar las estrategias para que la caracterización de los niños y niñas, las familias y la comunidad sea eficiente, gestionando una recolección de datos veraz y oportuna para su posterior análisis y la formulación de la propuesta de formación y acompañamiento.
21. Establecer alianzas interinstitucionales con entidades u organismos del municipio para promover el trabajo en red entre las familias y las organizaciones sociales y comunitarias.
22. Orientar los procesos formativos y de acompañamiento a familias.
23. Analizar el contexto e identificar amenazas y oportunidades para potenciar el desarrollo integral de los niños y niñas de manera coordinada con las familias y las comunidades.

CON LOS NIÑOS

1. Fomentar el desarrollo de actividades pedagógicas en los que niñas y niñas conocen y quieren su cuerpo
2. Tener registro de la evolución del estado nutricional de cada beneficiario en las curvas de crecimiento y diligenciar el cartel de crecimiento.
3. Elaborar el plan de intervención individual para los niños y niñas que presenten malnutrición. El Plan deberá estar acorde a las directrices del ICBF
4. Organizar y sistematizar información sobre las acciones adelantadas con los niños, niñas familias y comunidades.

FUNCIONES CON LAS FAMILIAS

1. Dar a conocer a las familias la ruta integral de atenciones en primera infancia y la ruta de acción en caso de vulneración de los derechos de las niñas y niños

2. Brindar asesoría permanente a los cuidadores sobre adecuados hábitos de higiene y manipulación de alimentos, en el hogar
3. Orientar sobre aspectos nutricionales a las madres gestantes y lactantes • Identificar las necesidades de formación a las familias de acuerdo con las prácticas de nutrición observados en las visitas familiares.
4. Acompañar y orientar las acciones educativas de los padres madres y personas significativas en la crianza y cuidado de los niños y niñas en las condiciones de su hogar y entorno social inmediato • las familias conocen que es el POS y que tienen derecho sus hijos
5. Incentivar la participación de las familias en los encuentros formativos y reforzar y hacer seguimiento a la apropiación de los aprendizajes construidos durante los mismos, identificando los logros y dificultades.
6. Para el caso de la modalidad familiar, realizar visitas de acompañamiento al hogar, en coordinación con el equipo de la modalidad
7. Sostener comunicación permanente con los padres, madres o adultos responsables de los niños y niñas con el fin de identificar las situaciones favorables al desarrollo y promover el restablecimiento de derechos cuando estos sean afectados por inobservancia, amenaza o vulneración

La presente certificación se expide a solicitud del interesado en Cumaribo- Vichada, a los quince (15) días del mes de diciembre de 2023.

Atentamente,

Robert E Cordoba Serna

ROBERT E. CORDOBA SERNA
Nombre del representante legal
C.C 11.802.999

CERTIFICACIÓN

LA ASOCIACION AVANZAR "ASOAVANZAR", certifica que la señora **ANGY CONDES YEPEZ,** identificada con cedula de ciudadanía **1.143.407.760**, laboró mediante un contrato por prestación de servicios con nuestra institución desde el **30 de diciembre de 2021 hasta el 30 de noviembre del 2022**, como **NUTRICIONISTA** en el departamento del **VICHADA**, municipio de **CUMARIBO**, en el marco de la implementación del programa **MIL DIAS PARA CAMBIAR EL MUNDO,** programa que hace parte del Instituto Colombiano De Bienestar Familiar **(ICBF)**.

Funciones desarrolladas:

- Realizar la valoración del estado nutricional inicial para determinar el ingreso de las mujeres gestantes, niñas y niños.
- Establecer un Plan de Intervención Individual en conjunto con el equipo interdisciplinario para la atención de cada usuario
- Realizar el seguimiento nutricional a los usuarios con la periodicidad requerida por cada esquema de atención y teniendo en cuenta el Plan del Intervención Individualizado.
- Brindar orientaciones y realizar acompañamiento a las mujeres gestantes usuarios en: Alimentación durante la gestación y Promoción de la Lactancia Materna
- Brindar orientaciones y realizar acompañamiento a las familias de las niñas y niños usuarios en: promoción de la Lactancia Materna, adecuada introducción de la alimentación complementaria, alimentación saludable, detección de signos clínicos de desnutrición.
- Establecer la cantidad de Alimento Listo para el Consumo necesario para las niñas y niños usuarios en la fase de mejoramiento, de acuerdo con sus requerimientos nutricionales individuales y con la ingesta calórica y de nutrientes de la alimentación familiar.

- Brindar orientaciones individualizadas a las familias de las niñas y niños usuarios que reciben Alimento Listo para el Consumo, encaminadas a inicio del suministro, tolerancia, porciones, horarios de suministro, almacenamiento, conservación y manipulación.
- Definir el momento para iniciar el suministro de la Ración Familiar para Preparar a las familias de las niñas y niños usuarios.
- Brindar orientaciones y realizar seguimiento a las familias para el consumo adecuado del Alimento Listo para el Consumo y la Ración Familiar para Preparar -RFPP.
- Realizar acompañamiento a los usuarios en el hogar de acuerdo con el Plan de Intervención Individualizada y a lo evidenciado en los seguimientos realizados por los gestores comunitarios.
- Apoyar el diseño e implementación de estrategias para llevar a cabo el componente de Hábitos de Estilos de Vida Saludables, en conjunto con el equipo que atenderá la EAS.
- Apoyar la búsqueda activa de usuarios para el ingreso a la modalidad, analizando la situación nutricional de la población y priorizando las áreas geográficas de intervención. n Definir, realizar y participar en los estudios de caso para los usuarios que lo requieran.
- ¡Capacitar a los gestores y profesionales de la modalidad en el seguimiento al consumo de la ración, consumo y tolerancia del Alimento Listo para el proceso promoción y prevención, Consumo, en la técnica estandarizada para toma del perímetro braquial, y en la importancia de la calidad de la información como un elemento indispensable para el seguimiento nutricional; así mismo, en seguridad alimentaria y nutricional, detección de signos físicos de la desnutrición, alimentación balanceada según el curso de vida, actividad física, alimentación versus costos, Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y el Decreto 1397 de 1992, entre otros, que se consideren pertinentes de acuerdo a la situación encontrada.
- Dar cumplimiento a la Guía de Metrología respecto a la selección de los equipos y a las actividades que garanticen que los instrumentos de medición se encuentren en óptimas condiciones de funcionamiento, se utilicen adecuadamente y proporcionen medidas confiables que permitan tomar decisiones satisfactorias.
- Diligenciar el Formato Egreso y Remisión a Modalidades de Educación Inicial y seguir el procedimiento definido en la Ruta de Remisión de niñas y niños menores de 5 años egresados de la Estrategia de Atención y Prevención de la Desnutrición a las Modalidades de Educación Inicial.

- Remitir al sector salud los casos de los usuarios que, por su situación requieren de intervenciones médicas, con patologías asociadas a la desnutrición, o con complicaciones médicas como edema, pobre apetito, signos clínicos de desnutrición severa, etc.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado en Cumaribo - Vichada,a los seis (06) días del mes de noviembre de 2022.

Atentamente,

Robert E Cordoba Serna

ROBERT E. CORDOBA SERNA
Nombre del representante legalC.C 11.802.999

La suscrita representante legal de la **ASOCIACIÓN AGRO IMPULSO DEL CHOCÓ** en uso de sus facultades legales y estatutarias

CERTIFICA QUE:

El/La señor(a), **ANGY CONDES YEPES,** identificado(a) con cédula de ciudadanía número **1.143.407.760**, prestó sus servicios profesionales como **PROFESIONAL DE NUTRICION Y DIETÉTICA, EN EL PROGRAMA DE NUTRICIÓN 1000 DIAS PARA CAMBIAR EL MUNDO SEGÚN CONTRATO DE APORTE NÚMERO 337 – 2021 SUSCRITO CON EL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR**, desde el 12 de mayo de 2021 hasta el 30 de noviembre de 2021, mediante un contrato de prestación de servicios realizando las siguientes funciones:

- Realizar la valoración del estado nutricional inicial para determinar el ingreso de las mujeres gestantes, niñas y niños.
- Establecer un Plan de Intervención Individual en conjunto con el equipo interdisciplinario para la atención de cada usuario
- Realizar el seguimiento nutricional a los usuarios con la periodicidad requerida

  Por cada esquema de atención y teniendo en cuenta el Plan de Intervención individualizado.
- Brindar orientaciones y realizar acompañamiento a las mujeres gestantes usuarios en: Alimentación durante la gestación y Promoción de la Lactancia Materna
- Brindar orientaciones y realizar acompañamiento a las familias de las niñas y niños usuarios en: promoción de la Lactancia Materna, adecuada introducción de la alimentación complementaria, alimentación saludable, detección de signos clínicos de desnutrición.
- Establecer la cantidad de Alimento Listo para el Consumo necesario para las niñas y niños usuarios en la fase de mejoramiento, de acuerdo con sus requerimientos nutricionales individuales y con la ingesta calórica y de nutrientes de la alimentación familiar.
- Brindar orientaciones individualizadas a las familias de las niñas y niños usuarios que reciben Alimento Listo para el Consumo, encaminadas a inicio del suministro, tolerancia, porciones, horarios de suministro, almacenamiento, conservación y manipulación.

- Definir el momento para iniciar el suministro de la Ración Familiar para Preparar a las familias de las niñas y niños usuarios.
- Brindar orientaciones y realizar seguimiento a las familias para el consumo adecuado del Alimento Listo para el Consumo y la Ración Familiar para Preparar -RFPP.
- Realizar acompañamiento a los usuarios en el hogar de acuerdo con el Plan de Intervención Individualizada y a lo evidenciado en los seguimientos realizados por los gestores comunitarios.
- Apoyar el diseño e implementación de estrategias para llevar a cabo el componente de Hábitos de Estilos de Vida Saludables, en conjunto con el equipo que atenderá la EAS.
- Apoyar la búsqueda activa de usuarios para el ingreso a la modalidad, analizando la situación nutricional de la población y priorizando las áreas geográficas de intervención.
- Definir, realizar y participar en los estudios de caso para los usuarios que lo requieran.
- Capacitar a los gestores y profesionales de la modalidad en el seguimiento al consumo de la ración, consumo y tolerancia del Alimento Listo para el

Para mayor constancia se expide en la ciudad de Quibdó, a los 06 días del mes de diciembre del 2021.

Atentamente,

DIOSANA PALACIOS BEJARANO
Representante Legal

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141192175386

(415)7707212489984(8020) 000014119217538 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 4 3 4 0 7 7 6 0	8	Delegada de Impuestos y Aduanas de Puerto Carreño 4 2	

IDENTIFICACIÓN

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

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bolívar 1 3	Cartagena 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CONDES	YEPEZ	ANGY	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Vichada 9 9	Cumaribo 7 7 3

41. Dirección principal
MCP CUMARIBO BARRIO CENTRO

42. Correo electrónico angieconde0707@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 2 7 8 2 5 9 6 6	3 1 0 7 0 7 8 8 7 7

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
8 6 9 9	2 0 2 1 0 5 1 2							

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 [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 2 61. Fecha 2025-07-18 / 04:32:50PM

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 DIAZ SARMIENTO DIEGO FERNANDO

985. Cargo Analista IV

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 860.524.654-6

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

Somos la Decimoprimera Mejor Empresa para Trabajar en Colombia — Great Place To Work. Los Mejores Lugares para Trabajar COLOMBIA 2025
Somos la Novena Mejor Empresa para Trabajar en América Latina — Great Place To Work. Los Mejores Lugares para Trabajar AMÉRICA LATINA 2021

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
5402200264

PÓLIZA No: 540 -89 - 994000016908 ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: **MONTERÍA** COD. AGE: 540 RAMO: 89 PAP:

	DIA	MES	AÑO	HORAS		DIA	MES	AÑO	HORAS		DIA	MES	AÑO
	04	09	2026		VIGENCIA DE LA PÓLIZA	04	09	2026	23:59	365	04	09	2026
	FECHA DE EXPEDICIÓN					VIGENCIA DESDE			A LAS		VIGENCIA HASTA	A LAS	DIAS	FECHA DE IMPRESIÓN

MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL** TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION

TIPO DE MOVIMIENTO EXPEDICION

	DIA	MES	AÑO	HORAS		DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS
VIGENCIA DEL ANEXO	04	09	2026	23:59		04	09	2027	23:59	365
	VIGENCIA DESDE			A LAS		VIGENCIA HASTA			A LAS	

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:: **ANGY CONDES YEPEZ** IDENTIFICACIÓN: CC **1143.407.760**

DIRECCIÓN: CIUDAD: TELÉFONO: 3127825966

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **ANGY CONDES YEPEZ** IDENTIFICACIÓN: CC **1143.407.760**

DIRECCIÓN: CIUDAD: TELÉFONO: 3127825966

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: VICHADA CIUDAD: CUMARIBO

DIRECCION: CALLE 1 #1 - 100

ACTIVIDAD: NUTRICIONISTA

DESCRIPCION AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL ACTO MEDICO	$ 100,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA	100,000,000.00	
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO	100,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS	100,000,000.00	0.00
SUSTITUCION PROVISIONAL	100,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA	10,000,000.00	0.00

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 2.00 SMMLV en RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS/SUSTITUCION PROVISIONAL

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
$ ***100,000,000.00	$ **********84,650	$****15,000.00	$ *******18,934	$ **********118,583

INTERMEDIARIO

NOMBRE	CLAVE	%PART
RAMIREZ & CA?AVERA AGENCIA DE SEGURO	10337	100.00

COASEGURO CEDIDO

NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

PARA ACCEDER AL CLAUSULADO DE SU PÓLIZA DE SEGURO, POR FAVOR INGRESE AL SIGUIENTE LINK https://aseguradorasolidaria.com.co/enlaces-de-interes/biblioteca-de-clausulados.aspx Y BUSQUE EL NOMBRE DEL PRODUCTO TAL Y COMO FIGURA EN EL TÍTULO DE ESTE DOCUMENTO. TAMBIÉN PUEDE VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTA PÓLIZA DESDE NUESTRA PÁGINA WEB https://www.aseguradorasolidaria.com.co, EN EL MENÚ "SERVICIOS", OPCIÓN "CONSULTA POLIZA DE CUMPLIMIENTO Y OTROS".

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)000000000007000540220026

Angy Condes Yepez
FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá

CLAURAMIREZ 0

CBDC207A0D0FFC7C59 CLIENTE

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

GRAN CONTRIBUYENTE RES.2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

Compañía de Seguros

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Defensor del Consumidor Financiero – Principal: Juan Sebastián Portilla Portilla - **Defensor del Consumidor Financiero – Suplente:** José Guillermo Peña González
Dirección: Av 19 # 114 – 09 oficina 502 Bogotá – **Teléfonos:** (601) 213 13 70 – 213 13 22 - **Celular:** 321 924 04 79 – 323 232 29 34 - **Correo electrónico:** contacto@pgabogados.com
Horario: Lunes a jueves: de 8:00 a. m. a 5:30 p. m. - Viernes: de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. **Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web: https://aseguradorasolidaria.com.co/defensor-consumidor-financiero**

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: MONTERÍA COD. AGENCIA: 540 RAMO: 89 No PÓLIZA: **994000016908** ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **ANGY CONDES YEPEZ** IDENTIFICACIÓN: CC **1143.407.760**

ASEGURADO: **ANGY CONDES YEPEZ** IDENTIFICACIÓN: CC **1143.407.760**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO DE LA POLIZA

SEGURO DE RC PROFESIONAL INDIVIDUAL PARA MEDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD (MODALIDAD OCURRENCIA)

TOMADOR: ANGY CONDES YEPEZ
ASEGURADO: ANGY CONDES YEPEZ
BENEFICIARIO: Terceros Afectados y/o quien tenga derecho a la prestación asegurada.

DOMICILIO DEL ASEGURADO: CALLE 1 #1 - 100
PROFESION ASEGURADA: Nutrición y Dietética
ESPECIALIZACION: Nutrición y Dietética

VIGENCIA: 365 días, a partir del día 04 del mes de 09 del año 2026 con inicio de cobertura a las 23:59 horas.

OBJETO:
Otorgar cobertura de Responsabilidad Civil Profesional Médica Individual al profesional médico asegurado bajo la presente póliza, en consideración a las declaraciones manifestadas y contenidas en el formulario de solicitud de seguro, las cuales se incorporan al contrato de seguros para todos los efectos, y al pago de la prima correspondiente, hasta por los límites y sublímites asegurados estipulados para cada amparo, tal como se describen en las siguientes condiciones particulares.

CONDICIONES GENERALES:
Según Aseguradora Solidaria de Colombia forma 17/03/2021-1502-P-06-GENER-CL-SUSG-36-D00I y 17/03/2021-1502-NT-P-06-P170321MGG8G8000 CL-SUSG-36-RC-MEDICA-PROFESIONAL-17032021.pdf (aseguradorasolidaria.com.co)

AMPARO BÁSICO:
Responsabilidad Civil Profesional Médica: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Ocurrencia.
Uso de Equipos de Diagnóstico y/o Terapéutica: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Ocurrencia.
Suministro de Medicamentos: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Ocurrencia.
Sustitución Provisional: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Ocurrencia.
Gastos de Defensa: sublímite del 10% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia.
Costos para la constitución de Cauciones Judiciales: sublímite del 5% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia.
Costas del proceso según fallo judicial: sublímite del 10% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia.
Cobertura a Perjuicios Extra patrimoniales: sublímite del 50% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 100% del valor asegurado de la póliza por vigencia. Entendido como Perjuicios Extrapatrimoniales los ocasionados a un tercero, derivados directamente de una lesión personal o daño material amparados por la póliza. En Daños Morales se incluyen amparados los Perjuicios Fisiológicos y los Daños a la Vida en Relación.

ANEXOS DE COBERTURA, CONDICIONES Y DEMAS CLAUSULAS:
No se otorga restablecimiento automático de la suma asegurada.
Definición de Sublímite: incluido dentro del valor asegurado, esto quiere decir que en caso de pérdida total no constituye un valor adicional de indemnización
Cláusula de Revocación: treinta (30) días.
Aviso de Siniestro: treinta (30) días.
Cláusula de no renovación tácita o automática.
Declaraciones Reticentes o Inexactas: la empresa tomadora está obligada a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado de riesgo. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias relacionadas con éste producen los efectos previstos en el Código de Comercio.

TODAS LAS MODIFICACIONES, ALTERACIONES Y/O EXTENSIONES DEBERÁN SER ACORDADAS CON ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA.
TODOS LOS AMPAROS, LIMITES, SUBLIMITES Y ANEXOS HACEN PARTE DEL LÍMITE AGREGADO DE RESPONSABILIDAD Y NO SON EN ADICIÓN A ESTE.

DEDUCIBLES:
Gastos de Defensa, Cauciones Judiciales y Costas del Proceso: sin aplicación de deducible.
Demás Eventos: 10% del valor de la pérdida, mínimo 2 SMMLV.

EXCLUSIONES:
Sin perjuicio de las consagradas en el texto de las condiciones generales del seguro, se adicionan las siguientes:

CLIENTE

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: MONTERÍA COD. AGENCIA: 540 RAMO: 89 No PÓLIZA: **994000016908** ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **ANGY CONDES YEPEZ** IDENTIFICACIÓN: CC **1143.407.760**

ASEGURADO: **ANGY CONDES YEPEZ** IDENTIFICACIÓN: CC **1143.407.760**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO DE LA POLIZA

Actos médicos realizados con aparatos, equipos o tratamientos o medicamentos no reconocidos por la ciencia médica, salvo aquellos de carácter científico-experimental durante ensayos clínicos cuyos protocolos hayan sido debidamente autorizados por organizaciones respectivas e informados por escrito al Asegurador previo a su inicio. Excepto también cuando la utilización de los cuales representa el último remedio para el paciente a raíz de su condición, cuya aplicación haya sido sancionada por las autoridades civiles y/o administrativas respectivas y cuya naturaleza y carácter de científico experimental haya sido consignada fiel y claramente en el consentimiento Informado realizado con el paciente, y avalado con la firma de éste.

Daños Financieros Puros (Lucro cesante) que no sean consecuencia directa de un daño físico causado por el Asegurado a un paciente.

Reclamaciones por sanciones punitivas o ejemplares, es decir, cualquier multa o penalidad impuesta por un juez civil o penal, o sanciones de carácter administrativo.

Reclamaciones por cirugía bariátrica, salvo para pacientes diagnosticados clínicamente con obesidad mórbida o super-obesidad y con masa corporal superior a 35 kilogramos por metro cuadrado.

Reclamaciones por cualquier ofensa sexual, cualquiera que sea su causa y/u origen.

Reclamaciones por actos médicos realizados con anterioridad a la fecha de entrada en vigor de ésta cobertura.

Reclamaciones por la falta o el incumplimiento, completo o parcial, del suministro de servicios tales como la electricidad, agua, gas, teléfono, etc., salvo en caso de fuerza mayor no imputable al Asegurado.

Reclamaciones por incumplimiento de algún convenio, sea verbal o escrito, propaganda, sugerencia o promesa de éxito que garantice el resultado de cualquier tipo de servicio médico.

Reclamaciones por reintegro de honorarios profesionales o sumas abonadas al Asegurado o a su representante.

Reclamaciones por toda Responsabilidad Civil Contractual y Extracontractual, tales como; RC Patronal, RC directores y Oficiales (DO), RC de Profesionales no Médicos (EO), RC Servidores Públicos, y RC Automotores.

Reclamaciones presentadas y/o demandas entabladas / formuladas y/o sentencias fuera del país de domicilio del Asegurado, incluyendo aquellas donde se conceda el estado de Exquatur en Colombia.

Cualquier Médico General o Cirujano que efectúe control de peso mediante liposucción, lipoescultura, derivación intestinal, o mediante receta de medicamentos que contengan barbitúricos, sus componentes y/o derivados.

Cualquier Médico General o Cirujano que efectúe liposucción, lipoescultura, derivación intestinal o gastro plastia transversal únicamente con fines estéticos o cosméticos.

Se modifica la exclusión 2.5 de la sección 2 del condicionado general para ser reemplazado por el siguiente texto:

2. EXCLUSIONES GENERALES APLICABLES A TODA PÓLIZA
2.5.
2.5.1. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR TRATAMIENTOS MÉDICOS DE FERTILIDAD HUMANA QUE SUSTITUYAN EL PROCESO NATURAL DE LA REPRODUCCIÓN (FACILITAR EL EMBARAZO) POR CUALQUIERA DE LAS TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA, YA SEA POR INSEMINACIÓN ARTIFICAL O FECUNDACIÓN IN VITRO.
2.5.2. RESPONSABILIDAD CIVIL POR TRATAMIENTOS DESTINADOS A LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, SALVO CASO ESPECÍFICO DEL ABORTO (INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO) QUEDAN AMPARADOS LOS DAÑOS A CONSECUENCIA DE UNA INTERVENCIÓN QUE CORRESPONDA AL CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACIÓN LEGAL Y/O CONSTITUCIONAL.

EXCLUSIÓN ENFERMEDAD TRANSMISIBLE, según texto.
CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN DE PÉRDIDAS Y DATOS CIBERNÉTICOS, según texto.

EXCLUSIÓN ENFERMEDAD TRANSMISIBLE
Esta Póliza no aplica a: Enfermedad Transmisible Lesión Personal o Daño Material surgido de una transmisión real o presunta de una enfermedad transmisible, incluyendo, pero sin limitarse al Nuevo Coronavirus en cualquier forma de cualquier origen.

Esta exclusión aplica aun si los reclamos contra cualquier asegurado alegan negligencia u otra conducta indebida en:

a. La supervisión, contratación, empleo, entrenamiento o monitoreo de otros que puedan estar infectados y propagar una enfermedad transmisible;
b. Las pruebas para una enfermedad transmisible;
c. Falla en prevenir la propagación de la enfermedad; o
d. Falla en el reporte de la enfermedad a las autoridades;
e. La aplicación de cualquier ley u orden la cual el asegurado estaba legalmente obligado a cumplir antes o en cualquier momento de la propagación real de la Enfermedad Transmisible.

Esta Póliza excluye también cualquier responsabilidad, gasto de cualquier tipo, daños, demandas, reclamos o pérdidas,

(i) surgidos directa o indirectamente de cualquier temor o amenaza (ya sea real o percibida) del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier variación mutante del mismo
(ii) directa o indirectamente causados por, resultantes de o en conexión con cualquier acción tomada para controlar, prevenir, suprimir o de alguna manera relacionada a cualquier brote del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier variación mutante del mismo
(iii) causados directa o indirectamente por la imposición de cuarentena o restricción en el movimiento de gente o animales, por cualquier ente o agencia nacional o internacional en relación con un brote del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier variación mutante del mismo.

CLIENTE

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: MONTERÍA COD. AGENCIA: 540 RAMO: 89 No PÓLIZA: **994000016908** ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **ANGY CONDES YEPEZ** IDENTIFICACIÓN: CC **1143.407.760**

ASEGURADO: **ANGY CONDES YEPEZ** IDENTIFICACIÓN: CC **1143.407.760**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO DE LA POLIZA

(iv) causados directa o indirectamente por un aviso o advertencia de viaje emitida por un ente o agencia nacional o internacional de cualquier tipo en relación con un brote del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o una variación mutante del mismo y respecto a (ii) y (iv) cualquier temor o amenaza del mismo (ya sea real o percibida).

Para los propósitos de esta exclusión Enfermedad Transmisible significa: Una enfermedad que se propaga de una persona a otra ya sea por transmisión directa o indirecta de una bacteria o virus entre el portador y la persona infectada, o a través de un vector, tal como comida contaminada por el portador y consumido por la persona infectada.

CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN DE PÉRDIDAS Y DATOS CIBERNÉTICOS
1. No obstante, cualquier disposición contraria en esta póliza o cualquier suplemento a la misma, se excluye cualquier:
1.1 Pérdida cibernética.
1.2 Pérdida, daño, responsabilidad, reclamación, coste, gasto de cualquier naturaleza causado directa o indirectamente por, contribuido por, resultante de, que surja o esté relacionado con cualquier pérdida de uso, reducción de la funcionalidad, reparación, reemplazo, restauración o reproducción de cualesquiera datos, incluyendo cualquier cantidad relacionada con el valor de dichos datos, independientemente de cualquier otra causa o evento que contribuya simultáneamente o en cualquier otra secuencia.
2. En el caso que cualquier parte de esta cláusula fuera considerada inválida o inaplicable, el resto permanecerá en pleno vigor y efecto.
3. Esta cláusula reemplaza y, si entra en conflicto con cualquier otra disposición de la póliza o cualquier suplemento que tenga relación con la pérdida cibernética o los datos, reemplaza esa disposición.

DEFINICIONES
A. PÉRDIDA CIBERNÉTICA:
Cualquier pérdida, daño, responsabilidad, reclamación, coste o gasto de cualquier naturaleza que directa o indirectamente sea causado o aportado por, resulte o surja de, o esté en conexión con un acto cibernético o un incidente cibernético incluyendo, pero sin limitarse a cualquier acción tomada con el fin de controlar, prevenir, suprimir o remediar cualquier acto cibernético o incidente cibernético.
B. ACTO CIBERNÉTICO:
Acto o serie de actos no autorizados, malintencionados o delictivos, sin consideración del tiempo y espacio, o la amenaza o engaño relacionados con el acceso, procesamiento, uso u operación de cualquier sistema informático.
C. INCIDENTE CIBERNÉTICO:
Todo error u omisión o serie de errores u omisiones relacionados con el acceso, procesamiento, uso u operación de cualquier sistema informático; o
Cualquier indisponibilidad o fallo parcial o total o serie de indisponibilidades o fallos parciales o totales para acceder, procesar, usar u operar cualquier sistema informático.
D. SISTEMA INFORMÁTICO:
Cualquier ordenador, hardware, software, sistema de comunicación, equipo electrónico (incluyendo pero sin limitarse a teléfonos inteligentes, laptops, tablets, dispositivos portátiles), servidor, nube o microcontrolador incluyendo cualquier sistema similar o configuración de lo antes mencionado e incluyendo asimismo toda entrada y salida, dispositivo de almacenamiento de datos, equipo de redes o instalaciones de copias de respaldo, de propiedad u operadas por el asegurado o cualquier otra parte.
E. DATOS:
Información, hechos, conceptos, código o cualquier otra información de cualquier naturaleza registrada y transmitida en cualquier forma para ser usada, accedida, procesada, transmitida o almacenada por un sistema informático.

EXCLUSIONES PARA GASTOS DE DEFENSA:
Sujeto a los demás términos y condiciones de esta póliza, queda acordado y convenido que esta cobertura no se extiende para amparar reclamaciones de Gastos de Defensa, derivadas de:

Si la responsabilidad que se pretende demostrar proviene de dolo o está expresamente excluida de la póliza.
Si el asegurado afronta el proceso contra orden expresa del asegurador.

AMBITO TERRITORIAL:
Jurisdicción y Legislación Aplicable: colombiana.

GARANTIAS:
Para los efectos y con el alcance del Artículo 1061 del Código de Comercio Colombiano, queda expresamente declarado y convenido que este seguro se realiza en virtud del compromiso que adquiere el asegurado, que durante su vigencia cumplirá con las garantías estipuladas en el numeral 4, literal 4.2 GARANTIAS del clausulado general de la póliza.

El incumplimiento de este compromiso o garantía da lugar a las sanciones que establece el artículo mencionado.

CLIENTE

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 16:09:09 horas del 29/10/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1143407760,** Apellidos y Nombres **CONDES YEPEZ ANGY**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DEDIOS E.S.E.**, con NIT **842000004-4** 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

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 08 de octubre de 2026, a las 21:00:37, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1143407760
Código de Verificación	1143407760261008210037

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 305626161

PIB
16:10:55

Bogotá DC, 29 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) ANGY CONDES YEPEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1143407760:

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.

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 04:16:22 PM horas del 29/10/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1143407760**
Apellidos y Nombres: **CONDES YEPEZ ANGY**

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

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

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, 29/10/2026 04:18:24 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1143407760** y Nombre: **ANGY CONDES YEPEZ.**

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. **150598481** . 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

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 1143407760 **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 29/10/2026 04:21 PM

Código Verificación: **SZM5XA4LWN**

Válida hasta: **29/01/2027**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

COORDINACION DE AFILIACIÓN Y REGISTRO

CERTIFICA

Una vez verificada la base de datos empresarial, el afiliado relacionado a continuación presenta la siguiente información con corte a la fecha de expedición de la misma.

Que el (la) señor(a):	CONDES YEPEZ ANGY
Identificación	CC 1143407760
Municipio	CUMARIBO
Nivel Sisbén	1
IPS Asignada	E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS - SEDE CUMARIBO
Estado	Activo
Fecha Afiliación	01/02/2024 12:00:00 a. m.
Régimen	Subsidiado
Zona	U2

Dada el jueves, 29 de octubre de 2026

Cordialmente

Oficina Virtual Mallamas - EPS

Protección

Una empresa sura

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **CONDES YEPEZ ANGY** identificado(a) con **CC** número **1.143.407.760** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 21 de mayo de 2021 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

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

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 29 de octubre de 2026.

Cordialmente,

Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

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

CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL

Carrera 37 No. 36 - 29 B. Barzal ipssanjosecalidad.villavicencio@gmail.com Cel: 3003020485
Resolución 1843 de 2025

EMPRESA:	CONTRATISTA			**TIPO DE EXAMEN**	
NIT:	900262749-6			**ADMISION**	X
CIUDAD:	CUMARIBO	**DPTO**	Vichada	**PERIODICO**	
				RETIRO	
FECHA:	05/01/2026			**POST-INC**	

DATOS PERSONALES

NOMBRES Y APELLIDOS: ANGY CONDES YEPEZ
CC TI CE **No.** 1.143.407.760
EDAD 27
GRUPO SANGUINEO: B+
EPS: MALLAMAS
DIRECCION: Barrio Centro
TELEFONO 3127825962

CARGO: N U T R I C I O N I S T A D I E T I S T A



PRUEBAS PARACLINICAS

LABORATORIOS

OBSERVACIONES

PACIENTE SANO

CONCEPTO MEDICO LABORAL

EXAMEN DE INGRESO		EXAMEN PERIODICO		EXAMEN DE RETIRO	
X	Cumple con los requisitos necesarios para el perfil del cargo		Satisfactorio		Satisfactorio
	Presenta Condiciones de Salud que no disminuyen su capacidad laboral		Signos y sintomas de enfermedad general valorar por la EPS		Patologia de Origen comun debe ser valorado por EPS
	Aplazado por Presentar Patologia que requiere ser tratada para su correccion		Se deben reasignar funciones, reubicar, analizar puesto de trabajo		Secuelas de accidente de trabajo
	No cumple con los Requisitos del Cargo		Signos de enfermedad Profesional que deeben ser valorados por la EPS/ARL		Signos de enfermedad Profesional - Valorar EPS

EXAMEN OSTEOMUSCULAR Y VASCULAR	X	APTO PARA CONDUCCION		APTO PARA MANIPULAR CARGAS	
APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS		APTO PARA MANIPULAR ALIMENTOS		REQUIERE SER REUBICADO	

RECOMENDACIONES GENERALES Y LABORALES

SEGÚN IMC		MANEJO EPS / ARL	
Dieta	X	Control PYP por EPS	
Ejercicio Regular	X	Remision a EPS	
Valoración por Nutrición		Remision a ARL	
Descartar Alteración Metabolica		Realizar examenes complementarios	
		Continuar manejo medico	

RECOMENDACIONES		INCLUIR EN SVE	
Control Ocupacional	X	AUDITIVO	
Higiene Postural	X	VISUAL	
Uso de EPP Apropiados	X X	RESPIRATORIO	
Ayudas Ergonomicas		ERGONOMICO	
Evaluacion Pto Trabajo		QUIMICO	
Medidas Anti Varices		CARDIO VASC	

Entiendo que la información contenida en el presente informe es confidencial y será anexada a mi historia clínica ocupacional. Se me ha explicado y he comprendido los resultados de los diferentes exámenes, sus causas ocupacionales y extraocupacionales y sus consecuencias. Me comprometo a cumplir las recomendaciones y restriccione s a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos medicos expresados y de su contenido en constancia firmo.

Hernán E. Medina C.
MEDICO CIRUJANO GENERAL
Especialista en Salud Ocupacional
R.M. 805 /2007 - Res. 7953 /2022

FIRMA DEL MEDICO

Angy Condes Yepez

FIRMA DEL TRABAJADOR

VERIFIQUE AUTENTICIDAD DE ESTE CONCEPTO EN EL CORREO: ipssanjosecalidad.villavicencio@gmail.com

* DOCUMENTO PERSONAL E INTRASFERIBLE , CUALQUIER MODIFICACION U FALSIFICACION ACARREARA PROBLEMAS LEGALES

3003020485

Certificación Bancaria

Jueves, 29 de octubre de 2026

A quien le interese

Bancolombia S.A. se permite informar que ANGY CONDES YEPEZ identificado(a) con CC 1143407760, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta de ahorros	78820764721	2021-04-20	Activo	*****

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



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

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

Bancolombia

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

Autorización para el tratamiento de datos personales
Contratación de prestación de Servicios Profesionales y de Apoyo a la Gestión

Yo, Angy Condes Yepez identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1143407760 expedida en Cartagena de Indias- Bolívar, por medio del presente y de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequívocamente al Departamento Administrativo de la Función Pública, para que realice la recolección y tratamiento de mis datos personales que suministro de manera veraz y completa, los cuales serán utilizados para los diferentes aspectos relacionados con la contratación de prestación de servicios de la Entidad.

Igualmente, manifiesto que de conformidad con el artículo 56 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo - Ley 1437 de 2011 modificado por el artículo 10 de la Ley 2080 de 2021, autorizo expresamente al Departamento Administrativo de la Función Pública a remitir notificaciones electrónicas al correo electrónico institucional que se me llegare asignar una vez inicié la ejecución contractual o al registrado por el suscrito en la herramienta SECOP II.

Por lo anterior, autorizo y acepto recibir notificaciones a través de medios electrónicos. De igual manera manifiesto que la presente autorización me fue solicitada y puesta de presente antes de entregar mis datos y que la suscribo de forma libre y voluntaria una vez leída en su totalidad.

Firma: Angy Condes Yepez

Nombre: Angy Condes Yepez

Identificación: 1143407760

Fecha: 06/11/2026

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

ANGY CONDES YEPEZ identificado con CC. 1143407760 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE			
Nombres y/o Razón	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS		
Tipo y Numero de Documento	NI - 842000004		
INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2026/10/21	**Fecha inicio contrato**	2026/10/20
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	**Fecha de fin contrato**	2026/11/20
Riesgo	3	**Código actividad económica**	3861001 - Actividades de hospitales y clinicas, con internacion, comprende las actividades que consisten principalmente en
Estado afiliación	Activa		
Fecha retiro	2026/11/20	**Estado del contrato**	Activa

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

APO_13_2_2_FR01 V_08

Esta certificación se expide a los 26 días del mes de octubre del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

MIS_4_1_3_FR15 v_010

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC26102026N1143407760A24204311.** Este código es válido por un mes.

CER_AFI_2026033660431

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

Positiva Compañía de Seguros S.A.:
Nit. 860.011.153-6 | **Línea Gratuita Nacional:** (+57) 01-8000-111-170 - **Teléfono:** +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia(Suplente) | defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. – 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

Más información: https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor
Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autorregulación.

Educación

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Hace Constar que:

Angy Condes Yepez

CC 1143407760 de Cartagena - Bolívar

Realizó y aprobó el Curso Misión Médica
con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-06-27
Fecha de vencimiento: 2028-06-27

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

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:

Angy Condes Yepez

CC 1143407760 de Cartagena - Bolívar

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.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-08-08
Fecha de vencimiento: 2027-08-08

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

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:

Angy Condes Yepez

CC 1143407760 de Cartagena - Bolívar

Realizó y aprobó el Curso Seguridad Clínica del Paciente y Calidad Asistencial con un total de 100 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-08-06
Fecha de vencimiento: 2027-08-06

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

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:

Angy Condes Yepez

CC 1143407760 de Cartagena - Bolívar

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: 2025-08-04
Fecha de vencimiento: 2027-08-04

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

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:

Angy Condes Yepez

CC 1143407760 de Cartagena - Bolívar

Realizó y aprobó el Curso de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI Clínico - Resolución 3100 de 2019
con un total de 120 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-08-02
Fecha de vencimiento: 2027-08-02

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

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:

Angy Condes Yepez

CC 1143407760 de Cartagena - Bolívar

Realizó y aprobó el Curso de Acompañamiento en Proceso de Duelo con Énfasis en Terapia Emocional
Resolución 3280 / 2018 y Resolución 2632 / 2024
con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-07-31
Fecha de vencimiento: 2027-07-31

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

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:

Angy Condes Yepez

CC 1143407760 de Cartagena - Bolívar

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.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-07-29
Fecha de vencimiento: 2027-07-29

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

983fc315-0592-4340-88a0-6cfcc6b0f604

Certificate of Participation

The Pan American Health Organization

certifies that:

ANGY CONDES YEPEZ

has participated in and passed the Self-learning course:

Clinical diagnosis and management of dengue

Offered through the Virtual Campus for Public Health

Hours: 20 - Passing grade 95.00 %

7 June 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Pan American Health Organization
World Health Organization
Americas

PAHO VIRTUAL CAMPUS FOR PUBLIC HEALTH

FIU Robert Stempel College of Public Health & Social Work
FLORIDA INTERNATIONAL UNIVERSITY

*Authenticity of this certificate can be verified at https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=983fc315-0592-4340-88a0-6cfcc6b0f604

Educación

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Hace Constar que:

Angy Condes Yepez

CC 1143407760 de Cartagena - Bolívar

Realizó y aprobó el Curso Primeros Auxilios
con un total de 60 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-06-29
Fecha de vencimiento: 2028-06-29

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

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 9e6dd1b2-ef4a-4fa3-9bc2-582bf549ccac

Nombres y apellidos / Full name: **ANGY CONDES YEPEZ**

Tipo de identificación / ID Type: **CÉDULA DE CIUDADANÍA**

Número de identificación / ID Number: **1143407760**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **07/07/1998**

País nacimiento / Country of birth: **COLOMBIA**

Número de contacto (móvil) / Phone number: **0000000000**

Correo electrónico / e-mail: **NOTIENE@GMAIL.COM**

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
		Dia / Day	Mes / Month	Año / Year				
TD Adulto	Primera	15	03	2019		221502016B	CARTAGENA UPA TERNERA	MARIA VICTORIA GOMEZ DE AVILA
Sarampión Rubéola	Adicional	15	03	2019		0128W1300Z	CARTAGENA UPA TERNERA	MARIA VICTORIA GOMEZ DE AVILA
TD Adulto	Segunda	16	04	2019		221500217C	CARTAGENA UPA TERNERA	YANINIS MOLINARES PEÑARANDA
Fiebre Amarilla	Única	16	04	2019		P3E341V	CARTAGENA UPA TERNERA	YANINIS MOLINARES PEÑARANDA
TD Adulto	Tercera	06	11	2019		221501517B	CARTAGENA UPA TERNERA	DAYARIS HERNANDEZ CAICEDO
COVID MODERNA	Primera	04	08	2021	MODERNA SWITZERLAND GMBH	059D21A	QUIBDO ESE HOSP ISMAEL ROLDAN VALENCIA SAN VICENTE	ELIZABETH MOSQUERA GARCIA
COVID MODERNA	Segunda	14	10	2021	MODERNA SWITZERLAND GMBH	939919	QUIBDO ESE HOSP ISMAEL ROLDAN VALENCIA SAN VICENTE	HENRY ASPRILLA SALAS
COVID JANSSEN	Primer Refuerzo	06	06	2022	Janssen	202G21A	CUMARIBO HOSPITAL LOCAL	DORIAN EMIR CUERO ARCIA
TdaP Acelular Gestante	Anual	13	04	2023	Glaxo SmithKline	AC37B391AC	CUMARIBO HOSPITAL LOCAL	MARIA MELIDA CASTILLO SALCEDO
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	06	06	2023	Green Cross	V50523004	CUMARIBO HOSPITAL LOCAL	MARIA MELIDA CASTILLO SALCEDO
TD Adulto	Quinta	06	06	2023	Serum	2332L004B	CUMARIBO HOSPITAL LOCAL	MARIA MELIDA CASTILLO SALCEDO
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	06	06	2023	Green Cross	V50523004	CUMARIBO HOSPITAL LOCAL	MARIA MELIDA CASTILLO SALCEDO
COVID MODERNA XBB1.5	Adicional 1	08	05	2024	Catalent Indiana	032H23A	CUMARIBO HOSPITAL LOCAL	FERNANDO ROJAS RESTREPO
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	08	05	2024	Green Cross	V50524003	CUMARIBO HOSPITAL LOCAL	FERNANDO ROJAS RESTREPO

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema deInformación **PAIWEB** del **Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.**

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Ministery of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 9e6dd1b2-ef4a-4fa3-9bc2-582bf549ccac

Nombres y apellidos / Full name: **ANGY CONDES YEPEZ**

Tipo de identificación / ID Type: **CÉDULA DE CIUDADANÍA**

Número de identificación / ID Number: **1143407760**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **07/07/1998**

País nacimiento / Country of birth: **COLOMBIA**

Número de contacto (móvil) / Phone number: **0000000000**

Correo electrónico / e-mail: **NOTIENE@GMAIL.COM**

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
		Dia / Day	Mes / Month	Año / Year				
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	15	05	2025	GC BIOPHARMA CORP	V50525003	CUMARIBO HOSPITAL LOCAL	DORIAN EMIR CUERO ARCIA - CC1121904633 - ACTIVO
Hepatitis B Adultos	Primera	15	08	2025		246HBV018	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE RONDON	SIN DATOS
Hepatitis B Adultos Particular	Primera	23	01	2026		24GHBV018	CENTRO DE VACUNAS VACUNET	INGRIS PATRICIA JIMENEZ RODRIGUEZ - CC1143328965 - ACTIVO

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema deInformación **PAIWEB** del **Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.**

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Ministery of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.

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.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Angy

Apellidos: Condes Pepes

Documento de identidad: C.C. X C.E. P.A. C.D. S.C. P.E. P.P.T. D.E.

Número de documento: 1143407760

Fecha de nacimiento: Día 07 Mes 07 Año 1998

Powered by CamScanner

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única	ya la tiene.		
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
Hepatitis B	1	15-8-25.	246HBV018	MARGARITA N
	2	23/01/26	246HBV018	—
	3	09/06/26	256HBV015	Mairoi *

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH	1			
	2			
Influenza estacional	Anual	15/5/25	V50525005	Doman Emir
	Anual	09/06/26	V50526003	Mairoi *
Covid 19	1ª			
	2ª			
	1er Ref.			
	2do Ref.			
Otras				

Powered by CamScanner