	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 ANGIE CATHERINE LOPEZ MAYA **Fecha** 11 de noviembre 2026

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.				
8	Formato Hoja de Vida (Función Pública - SIGEP II) - Actualizado (Último Trabajo).				
9	Declaración de Bienes y Rentas, Declaracion de conflicto de intereses, Persona expuesta politicamente. (Función pública). Ley 2013 de 2019				
10	Certificación Bajo Gravedad de Juramento.				
11	Fotocopia del Documento de Identidad.				
12	Tarjeta Profesional y Certificado de Antecedentes.				
13	RETHUS (Personal Asistencial).				
14	Certificado de la Situación Militar (Hombres).				
15	Licencia de Conducción Vigente (Conductores Ambulancia).				
16	Titulo Profesional Y/O Acta de Grado (Resolución de Convalidación - Extranjeros).				
17	Titilo y/o Acta de Grado. (Bachillerato - Carrera Técnica - Pofesional .- Post-Grado).				
18	Soporte Estudios Diferentes del Numeral 16 y 17.				
19	Certificación de Otros Cursos Realizados.				
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).				
21	Certificado Laboral (Experiencia).				
22	Rut (Vigente).				
23	Póliza de Responsabilidad Civil Médica y/o Documento Equivalente (Área Asistencial).				
24	Cetificado de Inhabilidad por Delitos Sexuales - (Vigente).				
25	Certificado de Antecedentes Contraloria (Fiscales) - (Vigente).				
26	Certificado de Antecedentes Procuraduría (Disciplinarios) - (Vigente).				
27	Certificado de Antecedentes Policia (Penales) - (Vigente).				
28	Certificado de Antecedentes Medidas Correctivas (Multas) - (Vigente).				
29	Certificado del Registro Especial de Deudores Alimentarios Morosos (REDAM) Decreto 1310 de 2022 - (Vigente).				
30	Certificado de Afiliación en Salud - (Vigente).				
31	Certificado de Afiliación en Pensión - (Vigente).				
32	Certificado Médico de Salud Ocupacional - (Vigente).				
33	Certificado de Cuenta Bancaria - (Vigente).				
34	Certificado de confidencialidad de la información (Acceso al software institucional)				
35	Autorización de tratamiento de datos personales				
36	Certificado de Idoneidad.				
37	Contrato - Condiciones Anexas.				
38	Certificado de Afiliación ARL - (Vigente).				
39	Soporte de inicio en la plataforma Secop II				
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 - VICHADA
PROCESO GESTIÓN TALENTO HUMANO
CURSOS COMPLEMENTARIOS ÁREA ASISTENCIAL
FISIOTERAPIA

Versión: 5
Código: GTH-FT-64
Fechas: 27/08/2025

Nombre del Postulante:	ANGIE CATHERINE LOPEZ MAYA	**Contacto:**	3156672396
Identificación:	**Tipo Documento:** CC **N°. Documento:**		1124861768
Profesión / Oficio: Correo Eléctronico	FISIOTERAPEUTA	**Municipio:**	PUERTO CARREÑO
Cargo Al Que Se Postula:	acatherinelopez@gmail.com	**Fecha Área:**	11/11/2026
	FISIOTERAPEUTA		FISIOTERAPIA

No.	DETALLE	QUIEN REGULA	VERI.
1	DIPLOMADO EN CUIDADOS INTENSIVOS Y MANEJO INTEGRAL A PACIENTES (ADULTOS, PEDIÁTRICO Y NEONATAL)(AREA UCI)	Decreto 3100 de2019	
2	CURSO DE TELEMEDICINA	Decreto 3100 de2019	
3	CURSO MISIÓN MEDICA	Res. 4481 de 2012/ Res. 332 de 2022 Secretarria de Salud V.	
4	CERTIFICADO DE ATENCIÓN A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	Decreto 3100 de2019	
5	ATENCIÓN A PERSONAS VÍCTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUÍMICOS	Decreto 3100 de2019	
6	CURSO SEGURIDAD DEL PACIENTE	Politica seguridad del paciente Institucional	
7	CURSO DE HUMANIZACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD	Politica Humanizacion Institucional	
8	CURSO GESTION DEL DUELO	Decreto 3100 de2019	
9	DIAGNOSTICO Y MANEJO CLINICO DEL DENGUE-OPS	SDV- Minsiterio de Salud	
	VACUNAS		
1	COVID 19		
2	FIEBRE AMARILLA		
3	TOXOIDE TETANICO		
4	HEPATITIS B		
5	INFLUENZA		

Firma Postulante

Coord. Ad/tvo Mpios.

Jefe Talento Humano

Puerto Carreño, Vichada, 13 de noviembre de 2026

E.S.E HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS

Asunto: Propuesta prestación de servicios.

Mediante el presente me dirijo a ustedes con el fin de dar a conocer mi propuesta para contrato por prestación de servicios como **Profesional de Fisioterapia**, en las siguientes consideraciones:

Actividades a realizar:

1. Aplicar los métodos y procedimientos como técnico profesional en fisioterapia a los usuarios.
2. Aplicar los métodos y procedimientos en terapia respiratoria, toma de gases arteriales entre otras indicaciones medicas impartidas por el médico del área.
3. Administrar tratamientos de fisioterapia a pacientes, personas, familias y grupos de la comunidad de acuerdo a las órdenes médicas impartidas por el médico del área
4. Dar acompañamiento en atención a pacientes en el consultorio, intra extra y domiciliaria.
5. Apoyar procesos de Valoración del estado de salud de la población del área de influencia a con fines diagnóstico de la situación de salud por parte del cuerpo médico de la ESE
6. Registrar las valoraciones fisio cinéticas detectadas por el técnico en fisioterapia en la historia clínica del paciente.
7. Revisar historias clínicas e instrucciones médicas que requieran el servicio de terapia física o respiratoria en el área de hospitalización o ambulatorias.
8. Mantener actualizadas las historias clínicas de los usuarios, consignando la información clara, veraz y oportuna para un adecuado manejo interdisciplinario.
9. Manejar eficientemente los registros de terapia física (formatos de valoración, citas y control de asistencia).
10. Participar en la revista de médicos en el área de hospitalización y uci en cualquier otro tipo de estudios clínicos y responder por los tratamientos de los pacientes.
11. Presentar oportunamente al médico de turno las situaciones de emergencia y riesgos que se presenten en el área a su cargo

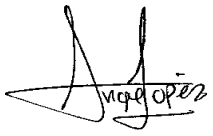
12. Promover la participación de la comunidad en actividades de salud.
13. Desarrollar planes de intervención, elegidos por el fisioterapeuta y acompañar las conductas terapéuticas más apropiadas de acuerdo al cuadro clínico evidenciado en el usuario del servicio.
14. Realizar valoración como miembro del equipo multidisciplinario para la atención a personas con discapacidad.
15. Mantener actualizados los inventarios a su cargo.
16. Recibir y entregar el turno diurno con los demás integrantes del equipo de enfermería en forma presencial, haciéndole conocer la situación de los pacientes que estén recibiendo terapia física y aquellas que quedan pendientes de realizaren el área de hospitalización
17. Controlar el estado y funcionamiento de equipos, instrumentos y elementos de servicio bajo su cargo.
18. Verificar e informar oportunamente los inconvenientes presentados en el funcionamiento de los equipos de propiedad del Hospital Departamental San Juan de Dios E.S.E.
19. Elaborar las historias clínicas, y formatos que hacen parte de la atención integral del paciente de acuerdo con los tiempos y criterios establecidos en la normatividad vigente, con oportunidad y transparencia.
20. Cumplir con las agendas concertadas según cuadro de turnos estipulado por el coordinador y/o supervisor de contrato
21. Participar en brigadas de salud y programas extramurales que se programen en la zona.
22. Cumplir disponibilidad según la necesidad del servicio estipulado por el coordinador y/o supervisor de contrato.
23. Tener disponibilidad para trasladarse fuera del área urbana del municipio.
24. En el evento en que la entidad contratante requiera la prestación del servicio en lugar diferente al domicilio contractual, previa autorización del desplazamiento, se deberá entregar informe escrito de las actividades desarrolladas, con el fin de dar legalidad a los dineros entregados para el desarrollo de las funciones.
25. Ejecutar las demás actividades que le sean asignadas por la supervisión, que estén relacionadas con la naturaleza y objeto del contrato
26. Realizar y/o participar en las capacitaciones programadas dentro de los planes institucionales en la vigencia 2026 que se encuentran dentro de su competencia entregando como soporte listas de asistencia, acta de capacitación y pretest con

evidencia fotográfica. Tanto la asistencia como realización de las mismas son de carácter obligatorio y se tendrán en cuenta en la revisión de informes de actividades mensuales.

Que manifiesto bajo la gravedad del juramento que no me encuentro dentro de las causales de inhabilidad e incompatibilidad del orden constitucional o legal, para celebrar contratos de prestación de servicios con la administración pública para todos los efectos legales, certifico que los datos por mi anotados en la presente propuesta de prestación de servicios son veraces, (articulo 5º, de la ley 190/95), que he declarado únicamente la verdad en la información suministrada, y que en consecuencia no existe ninguna falsedad en la misma, siendo conscientes de las consecuencias jurídicas y de cualquier índole que pueden derivarse de cualquier falsedad que se evidencie en la información o declaraciones contenidas en la presente propuesta.

Además de mis cualidades personales tengo una solidad base educativa y un interés vocacional por el cuidado de personas por lo que sería para mí un reto tener la oportunidad de contribuir a alcanzar los objetivos en la atención al paciente.

Sin otro particular,



ANGIE CATHERINE LOPEZ MAYA
CC No. 1.1124.861.768 de Mocoa, Putumayo Fisioterapeuta
Universidad de Pamplona
Secop: angiecatherine58 cel:3156672396
correo:acatherinelopez@gmail.com

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
LOPEZ	MAYA	ANGIE CATHERINE

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1124861768	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 16 MES 12 AÑO 1994

PAÍS COLOMBIA

DEPTO PUTUMAYO

MUNICIPIO VILLAGARZÓN

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 18 10 43

PAÍS COLOMBIA DEPTO VICHADA

MUNICIPIO PUERTO CARREÑO

TELÉFONO 3156672396 EMAIL acatherinelopez@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	01	AÑO	2015
										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	12	X		FISIOTERAPIA	10	2019	1124861768

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 IDIOMAS

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

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

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 HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO VICHADA	*MUNICIPIO* PUERTO CARREÑO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 5654009	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	18	*Mes*	08	*Año*	2026	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL FISIOTERAPEUTA	*DEPENDENCIA* AREA DE FISIOTERAPIA						*DIRECCIÓN* CALLE 18 10 43					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO VICHADA	*MUNICIPIO* PUERTO CARREÑO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 5654009	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	16	*Mes*	04	*Año*	2026	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL FISIOTERAPEUTA	*DEPENDENCIA* AREA DE FISIOTERAPIA						*DIRECCIÓN* CALLE 18 10 43					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO VICHADA	*MUNICIPIO* PUERTO CARREÑO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 5654009	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	30	*Mes*	01	*Año* 2026	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2026	
CARGO O CONTRATO ACTUAL FISIOTERAPEUTA - ASISTENCIAL	*DEPENDENCIA* AREA DE FISIOTERAPIA					*DIRECCIÓN* CALLE 18 10 43						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO VICHADA	*MUNICIPIO* PUERTO CARREÑO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 5654009	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	14	*Mes*	07	*Año* 2025	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2025	
CARGO O CONTRATO ACTUAL FISIOTERAPEUTA	*DEPENDENCIA* ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 18 10 43						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - PUERTO CARREÑO			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO VICHADA	*MUNICIPIO* PUERTO CARREÑO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	07	*Mes*	01	*Año* 2025	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2025	
CARGO O CONTRATO ACTUAL FISIOTERAPEUTA	*DEPENDENCIA* AREA DE FISIOTERAPIA					*DIRECCIÓN* CALLE 18 10 43						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESAS SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO VICHADA	*MUNICIPIO* PUERTO CARREÑO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	12	*Año* 2024	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2024	
CARGO O CONTRATO ACTUAL FISIOTERAPEUTA - ASISTENCIAL	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL					*DIRECCIÓN* CALLE 18 10 43						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESAS SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO VICHADA	*MUNICIPIO* PUERTO CARREÑO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 5654009	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	25	*Mes*	09	*Año* 2024	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2024	
CARGO O CONTRATO ACTUAL FISIOTERAPUETA	*DEPENDENCIA* AREA ASISTENCIAL Y DE SALUD					*DIRECCIÓN* CALLE 18 10 null -43 Barrio la primavera						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LOCAL PUERTO ASIS - PUERTO ASIS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO PUTUMAYO	*MUNICIPIO* PUERTO ASÍS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 0	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	08	*Año* 2024	*Día*	15	*Mes*	09	*Año*	2024	
CARGO O CONTRATO ACTUAL FISIOTERAPEUTA - ASISTENCIAL	*DEPENDENCIA* TERAPIA FISICA Y RESPIRATORIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 29 10 10						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LOCAL PUERTO ASIS - PUERTO ASIS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO PUTUMAYO	*MUNICIPIO* PUERTO ASÍS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 0	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	16	*Mes*	05	*Año* 2024	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2024	
CARGO O CONTRATO ACTUAL FISIOTERAPEUTA	*DEPENDENCIA* CUIDADOS INTERMEDIOS					*DIRECCIÓN* CARRERA 29 10 10						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LOCAL PUERTO ASIS - PUERTO ASIS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO PUTUMAYO	*MUNICIPIO* PUERTO ASÍS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 0	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	04	*Año* 2024	*Día*	15	*Mes*	05	*Año*	2024	
CARGO O CONTRATO ACTUAL FISIOTERAPEUTA	*DEPENDENCIA* HOSPITALIZACION Y CUIDADOS INTERMEDIOS					*DIRECCIÓN* CARRERA 29 10 10						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LOCAL PUERTO ASIS - PUERTO ASIS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO PUTUMAYO	*MUNICIPIO* PUERTO ASÍS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 0	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	01	*Año* 2024	*Día*	31	*Mes*	03	*Año*	2024	
CARGO O CONTRATO ACTUAL FISIOTERAPEUTA	*DEPENDENCIA* HOSPITALIZACION Y CUIDADOS INTERMEDIOS					*DIRECCIÓN* CARRERA 29 10 10						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LOCAL PUERTO ASIS - PUERTO ASIS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO PUTUMAYO	*MUNICIPIO* PUERTO ASÍS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 0	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	10	*Año* 2023	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL FISIOTERAPEUTA - CONSULTA EXTE	*DEPENDENCIA* AREA CONSULTA EXTERNA					*DIRECCIÓN* CARRERA 29 10 10						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LOCAL PUERTO ASIS - PUERTO ASIS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO PUTUMAYO	*MUNICIPIO* PUERTO ASÍS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3166486830	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	07	*Año* 2023	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL FISIOTERAPEUTA	*DEPENDENCIA* AREA DE CONSULTA EXTERNA					*DIRECCIÓN* CARRERA 29 13 null -19 Barrio Camilo Torres						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD DELPUTUMAYO			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO PUTUMAYO	*MUNICIPIO* PUERTO ASÍS					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3154466060	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	08	*Año* 2020	*Día*	22	*Mes*	12	*Año*	2022	
CARGO O CONTRATO ACTUAL FISIOTERPAUETA	*DEPENDENCIA* CUIDADO INTERMEDIO ADULTO					*DIRECCIÓN* CARRERA 48 10 28 ciudad leguizamo						

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	3	1
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	2	4
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

8 **FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA**

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento *Puerto Carreño, 13 de noviembre de 2026*



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	2026-04-10 14:52

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
ANGIE	CATHERINE	LOPEZ	MAYA

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1124861768

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	PUTUMAYO	Municipio	VILLAGARZÓN

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	VICHADA	Municipio	PUERTO CARREÑO

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	$51.600.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$51.600.000,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$1.000.000,00

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: **Puerto Carreño, 13 de noviembre de 2026**

Empresa: **Hospital Departamental San Juan de Dios E.S.E**

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

CERTIFICACIÓN BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

Yo **ANGIE CATHERINE LOPEZ MAYA** identificado (a) con cedula de ciudadanía No **1124861768** , expedida en MOCOA (PUTUMAYO) para efecto 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 (X) NO ( )

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 maquina ria 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)**

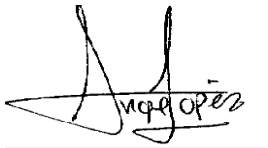
3. Estoy obligado (a) a presentar declaración de renta por el año gravable inmediatamente anterior: **SI ( ) NO (X)**

4. Los ingresos totales en el 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 materia les 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)**

Cordialmente,



CC: 1.124.861.768

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.124.861.768**

LOPEZ MAYA

APELLIDOS

ANGIE CATHERINE

NOMBRES

Angie López

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **16-DIC-1994**

VILLAGARZON
(PUTUMAYO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.53 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

25-FEB-2013 MOCOA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-2506400-00898764-F-1124861768-20170421 0055073596A 1 9999681539

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

COLFI-2025-3571

Bogotá, diciembre 29 de 2025

EL COLEGIO COLOMBIANO DE FISIOTERAPEUTAS-COLFI

CERTIFICA

ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS-PUERTO CARREÑO

La Ft. ANGIE CATHERINE LÓPEZ MAYA, con documento de identidad No. 1.124.861.768 de Mocoa, se encuentra inscrita en el Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud-RETHUS, por el Colegio Colombiano de Fisioterapeutas-COLFI, desde octubre 30 de 2019, mediante acto administrativo 8056 que le autoriza para ejercer en todo el territorio nacional.

El Colegio Colombiano de Fisioterapeutas-COLFI, aún no cuenta con Tribunal de Ética autorizado por Ley; el proyecto de ley se encuentra en proceso de aprobación ante el Congreso de la República.

A la fecha la profesional López Maya no se encuentra reportada ante COLFI por faltas a la Ética o al desempeño profesional.

Esta certificación tiene validez de un (1) año a partir de la fecha de expedición.



PhD. KARIM MARTINA ALVIS GÓMEZ.
Presidente COLFI
presidencia@colfi.co

La salud es de todos | Minsalud

COLFI
Colegio Colombiano de Fisioterapeutas

Identificación Única del Talento Humano en Salud
FISIOTERAPEUTA

ANGIE CATHERINE LOPEZ MAYA

CC 1124861768
Universidad de Pamplona
Pamplona

Fecha Expedición Diploma: 2019-10-11
Fecha Inscripción RETHUS: 2019-10-30



Esta tarjeta es un documento público y se expide de acuerdo con lo dispuesto en la Ley 1164 de 2007 y el Decreto 4192 de 2010. Es personal e intransferible.

Si esta tarjeta es encontrada por favor informar al Colegio Colombiano de Fisioterapeutas: colegio@colfi.co

Imma Q. Caicedo M.

Imma Quitzel Caicedo Molina
Representante Legal

COLFI - 12432

Firma

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *

Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *

1124861768

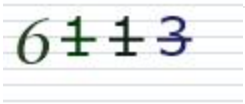
Primer Nombre

Angie

Primer Apellido

Lopez

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

1449

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2026-11-10→4:14:26 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:
CC	1124861768	ANGIE	CATHERINE	LOPEZ	MAYA	Vigente

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) ANGIE CATHERINE LOPEZ MAYA identificado(a) con CC 1124861768 registra La siguiente información:

2026-11-10→4:14:26 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	FISIOTERAPIA	2019-10-30	8056	Colegio Colombiano de Fisioterapeutas - COLFI

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando

los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

SISPRO

Dirección:
Carrera 13 # 32-76 (piso 1)
Cundinamarca, Bogotá D.C.
Código Postal: 110311

Horario de atención:
Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Contacto

Teléfono
conmutador:
En Bogotá: 601 330 5043 Opción 2
Resto del país: 018000960020 Opción
Correo de notificaciones judiciales:
notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co

Términos y condiciones

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA

Secretaría General

Acta de Grado N° 632

En la ciudad de Pamplona, Departamento de Norte de Santander, República de Colombia, a los 11 días del mes de Octubre 2019, se llevó a cabo la Ceremonia de Graduación en la cual la Universidad de Pamplona aprobada por el Decreto Nº 1550 del 13 de agosto de 1971, emanado de la Presidencia de la República, otorgó el grado de

FISIOTERAPEUTA

a ANGIE CATHERINE LOPEZ MAYA

identificado(a) con C.C. Nº 1.124.861.768 de MOCOA

quien aprobó todas las asignaturas que conforman el Plan de Estudio y dio cumplimiento a los demás requisitos de grado exigidos por la Universidad. Presidió el Acto de Graduación el señor Rector de la Universidad Doctor(a) Ivaldo Torres Chavez

Quien después de tomar el juramento de rigor procedió a entregar al graduando el diploma correspondiente, marcado en su orden con el Número 89595 y registrado con el Número 84391, Folio 420, Libro 11 de Diplomas.

Para constancia se extiende y firma la presente Acta.

El Rector (fdo) Doctor(a) Ivaldo Torres Chavez

El Decano (fdo) Facultad de Salud
Raul Rodriguez Martinez

El Secretario(a) General (fdo) Doctor(a) Nelson Adolfo Mariño Landazabal

Es fiel copia tomada en su original, en Pamplona a los 11 días del mes de Octubre de 2019

NELSON ADOLFO MARIÑO LANDAZABAL
Secretario(a) General

La República de Colombia

MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL
Y EN SU NOMBRE

LA UNIVERSIDAD DE PAMPLONA

CON PERSONERÍA JURÍDICA RECONOCIDA MEDIANTE DECRETO 1550 DE 1971

CONFIERE EL TÍTULO DE

FISIOTERAPEUTA

A

ANGIE CATHERINE LOPEZ MAYA

CC. 1.124.861.768 Expedida en MOCOA

Quien cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos. En testimonio de ello otorga el presente

DIPLOMA

En la ciudad de Pamplona, 11 de octubre de 2019

Ivaldo Torres Chávez Ph. D.
Rector(a)

Nelson Adolfo Mariño Landazábal Ph. D.
Secretario(a) General

Registro 84391 Folio 420 Libro 11 de Diplomas de Grado

89595

Acta de Grado

Institución Educativa Ciudad Mocoa

Mocoa - Putumayo

DUPLICADO

INSCRIPCIÓN ICFES: 0794418
DANE No. 18600103284

En la ciudad de Mocoa Putumayo, a los veintiocho (28) días del mes de noviembre del año 2012, se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría de la INSTITUCIÓN EDUCATIVA CIUDAD MOCOA, aprobada hasta nueva visita en el nivel de Educación Media Académica y autorizada por la Secretaría de Educación y Cultura Departamental para otorgar el titulo de Bachiller en la Modalidad ACADÉMICO, según Decreto No. 1075 del 26 de mayo de 2015, Artículos 2.3.3.1.3.3 Literal 2.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el Titulo de **BACHILLER ACADEMICO,** al graduando con los nombres, apellidos y número de documento de identificación que se relacionan a continuación:

Angie Catherine López Maya

C.C. No. 1.125.861.768 de Mocoa Putumayo

Es fiel copia tomada del Acta Original General No. 016 del veintiocho (28) de Noviembre del año 2012, en la cual consta de 68 estudiantes que comienza con el nombre de ACOSTA RODRIGUEZ LIZETH VANESSA y se cierra con el nombre de ZAMBRANO MACIAS ANGELA JANETH.

Firmada y sellada por el Mg. FREY DAVID TAPIA CANO (Rector).

Dada en Mocoa - Putumayo, a los 21 días del mes de agosto de 2020.

Mg. Frey David Tapia Cano
C.C. No. 7695834 de Neiva
Rector

La República de Colombia

y en su nombre, la

DUPLICADO

Institución Educativa Ciudad Mocoa

Mocoa - Putumayo

Autorizada por la Secretaria de Educación y Cultura Departamental
según Decreto No. 0157 de Febrero 3 de 2003

Confiere a:

Angie Catherine López Maya

C.C. No. 1.125.861.768 de Mocoa, Putumayo

El Título de:

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, Decreto 1075 del 26 de mayo de 2015, Artículos 2.3.3.1.3.3. Literal 2, según los planes y programas vigentes.

Mg. Frey David Tapia Cano
C.C. No. 7.695.834 de Neiva
Rector

Dado en Mocoa Putumayo, a los 21 días del mes de agosto de 2020.
Anotado al Folio No. _____ Libro de Registro No. _____
Decreto 1075 del 26 de mayo de 2015, Artículo 2.3.3.35.5. validez de los títulos académicos

EDUMÉDICAL

EDUCACIÓN & CIENCIAS DE LA SALUD

EDUMÉDICAL CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN SALUD S.A.S.
MATRÍCULA No. 878.916

Certifica

LA PARTICIPACIÓN DE:

ANGIE CATHERINE LOPEZ MAYA

con documento de identificación No. 1.124.861.768 de **Colombia**

HA SUPERADO LOS REQUERIMIENTOS CORRESPONDIENTES AL DIPLOMADO:

Terapia Respiratoria en Unidad de Cuidados Intensivos

(Adulto - Pediátrico - Neonatal)

con una intensidad horaria de **120 horas** academia

Edumédical Centro Internacional de Entrenamiento en Salud S.A.S.
con Matrícula **No. 878.916** - NIT. 901.763.353-7

Daniel Elias Bueno Florez
Dirección general
Edumédical Centro Internacional de Entrenamiento en Salud S.A.S.
NIT. 901.763.353-7

FECHA: 10/12/2024
VIGENCIA: 2 años
PROFESIÓN: Fisioterapeuta
CÓDIGO: DV961145566

Puede solicitar verficación del certificado en **academico@edumedical.com.co**
También puede solicitar información al **www.edumedical.com.co** o
Nuestra Línea Telefónica: **+57 300 425 9229**

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.

Certifica

Angie Catherine Lopez Maya

CC 1124861768 de Mocoa - Putumayo

Realizó y aprobó el Curso Protocolos Telemedicina, Prestador Revisor - Prestador de Referencia con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2024-12-30
Fecha de vencimiento: 2026-12-30

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

CAMPUS
FUNDACIÓN EDUCATIVA

CERTIMED-YA
CERTIFICACIONES MÉDICAS

FUNDACIÓN EDUCATIVA CAMPUS

NIT: 901386251-7

CERTIFICA QUE:

ANGIE CATHERINE LOPEZ MAYA

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía
No° : 1124861768
Realizó y aprobó el **Curso básico** de:

MISIÓN MEDICA (CURSO BASICO)

Con una intensidad horaria de: **45 horas**

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE FUSAGASUGÁ EL 2025-12-29.
LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TÍTULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE 1 AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA.

VERIFIQUE VALIDEZ

REPRESENTANTE LEGAL	PROFESIONAL EN SALUD	GERENTE GENERAL
1113628529	1069736330	1069712431

RESOLUCIÓN 70 - 30/01/2025 MINISTERIO DE EDUCACIÓN

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

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:

Angie Catherine Lopez Maya

CC 1124861768 de Mocoa - Putumayo

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: 2025-06-22
Fecha de vencimiento: 2027-06-22

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:

Angie Catherine Lopez Maya

CC 1124861768 de Mocoa - Putumayo

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: 2025-06-26
Fecha de vencimiento: 2027-06-26

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

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

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.

Certifica

Angie Catherine Lopez Maya

CC 1124861768 de Mocoa - Putumayo

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

Fecha de emisión: 2024-09-16
Fecha de vencimiento: 2026-12-16

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

verifique la autenticidad de su certificado en la pagina www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

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:

Angie Catherine Lopez Maya

CC 1124861768 de Mocoa - Putumayo

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: 2025-06-28
Fecha de vencimiento: 2027-06-28

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:

Angie Catherine Lopez Maya

CC 1124861768 de Mocoa - Putumayo

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: 2025-06-24
Fecha de vencimiento: 2027-06-24

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

6679e10b-6b78-4db6-80d4-13a3ac1f0ec6

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

ANGIE CATHERINE LOPEZ MAYA

ha participado y aprobado el Curso Virtual:

Diagnóstico y manejo clínico del dengue

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 20 - Porcentaje de aprobación: 90,00 %

24 de junio de 2024

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Américas

OPS
CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

FIU Robert Stempel College of Public Health & Social Work
Florida International University

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=6679e10b-6b78-4db6-80d4-13a3ac1f0ec6

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:

Angie Catherine Lopez Maya

CC 1124861768 de Mocoa - Putumayo

Realizó y aprobó el Curso Soporte Vital Avanzado RCP (ACLS) Resolución 3100 -2019 con un total de 120 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-07-02
Fecha de vencimiento: 2027-07-02

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:

Angie Catherine Lopez Maya

CC 1124861768 de Mocoa - Putumayo

Realizó y aprobó el Curso Soporte Vital Básico RCP (BLS) Resolución 3100 -2019 con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2025-06-30
Fecha de vencimiento: 2027-06-30

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

mipg | modelo integrado de planeación y gestión

Función Pública

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Hace constar que:

ANGIE CATHERINE LOPEZ MAYA

C.C 1.124.861.768

Participó y completó con éxito el Módulo de Fundamentos Generales del curso virtual del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG

MIPG VERSIÓN II (2021)

Bogotá D.C., 22 de septiembre 2024

Henry Humberto Villamarín Serrano

Director de Gestión y Desempeño Institucional

Código: 765832760206


Fundamentos Generales


Talento Humano


Direccionamiento estratégico


Gestión con valores para resultados


Evaluación de resultados


Información y comunicación


Gestión del conocimiento


Control interno

mipg | modelo integrado de planeación y gestión

Función Pública

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Hace constar que:

ANGIE CATHERINE LOPEZ MAYA

C.C 1.124.861.768

Participó y completó con éxito el Módulo de Auditoría del curso virtual del **Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG**

MIPG VERSIÓN II (2021)

Bogotá D.C., 22 de septiembre 2024

Henry Humberto Villamarín Serrano

Director de Gestión y Desempeño Institucional

Código: 7658327603161


Fundamentos Generales


Talento Humano


Direccionamiento estratégico


Gestión con valores para resultados


Evaluación de resultados


Información y comunicación


Gestión del conocimiento


Control interno

INTEGRIDAD PÚBLICA

Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

Función Pública certifica que:

ANGIE CATHERINE LOPEZ MAYA

C.C 1.124.861.768

Participó y completó el curso virtual:

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción.

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 22 de septiembre 2024



Aura Isabel Mora

Directora de Participación, Transparencia y Servicio al Ciudadano

Código: 765836667000

mipg modelo integrado de planeación y gestión

Función Pública

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Hace constar que:

ANGIE CATHERINE LOPEZ MAYA

C.C 1.124.861.768

Participó y completó con éxito los 8 módulos del curso virtual del
Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG

MIPG VERSIÓN II (2021)

Bogotá D.C., 22 de diciembre 2025

Luz Daifenis Arango Rivera
Directora de Gestión y Desempeño Institucional

Código: 765832760000

Fundamentos Generales | Talento Humano | Direccionamiento estratégico | Gestión con valores para resultados | Evaluación de resultados | Información y comunicación | Gestión del conocimiento | Control interno

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

CERTIFICA QUE:

Revisando los libros radicadores del área de contratación y el respectivo expediente contractual se pudo constatar que: **ANGIE CATHERINE LOPEZ MAYA,** identificada con la cédula de ciudadanía N° **1.124.861.768** suscribió con la E.S.E Hospital Departamental San Juan de Dios de Puerto Carreño-Vichada, los siguientes contratos:

2026

Contrato Prestación de Servicios N°:	**0455 DE 2026**
Objeto:	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN FISIOTERAPIA PARA EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E.
Fecha de inicio inicial:	30 de enero de 2026
Fecha de terminación inicial:	28 de febrero de 2026
Fecha de inicio de la adición:	01 de marzo de 2026
Fecha de terminación de la adición:	31 de marzo de 2026
Valor del contrato inicial:	$13.500.000
Estado del contrato:	Ejecutado

Contrato Prestación de Servicios N°:	**0996 DE 2026**
Objeto:	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN FISIOTERAPIA PARA EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E.
Fecha de inicio inicial:	16 de abril de 2026
Fecha de terminación inicial:	30 de junio de 2026
Fecha de inicio de la adición:	01 de julio de 2026
Fecha de terminación de la adición:	31 de julio de 2026
Valor del contrato inicial:	$18.000.000
Estado del contrato:	Ejecutado

Contrato Prestación de Servicios N°:	**2126 DE 2026**
Objeto:	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN FISIOTERAPIA PARA EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E.
Fecha de inicio inicial:	18 de agosto de 2026
Fecha de terminación inicial:	30 de septiembre de 2026
Fecha de inicio de la adición:	01 de octubre de 2026
Fecha de terminación de la adición:	31 de octubre de 2026
Valor del contrato inicial:	$13.500.000
Estado del contrato:	Ejecutado

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS:

1. Aplicar los métodos y procedimientos como técnico profesional en fisioterapia a los usuarios.
2. Aplicar los métodos y procedimientos en terapia respiratoria, toma de gases arteriales entre otras indicaciones medicas impartidas por el médico del área.

PROYECTÓ: VICHADA CAROL VIVIANA VILLEGAS CHAVEZ
ABOGADA OFICINA JURIDICA DE LA E.S.E.

3. Administrar tratamientos de fisioterapia a pacientes, personas, familias y grupos de la comunidad de acuerdo a las órdenes médicas impartidas por el médico del área
4. Dar acompañamiento en atención a pacientes en el consultorio, intra extra y domiciliaria.
5. Apoyar procesos de Valoración del estado de salud de la población del área de influencia a con fines diagnóstico de la situación de salud por parte del cuerpo médico de la ESE
6. Registrar las Valoraciones fisio cinéticas detectadas por el técnico en fisioterapia en la historia clínica del paciente.
7. Revisar historias clínicas e instrucciones médicas que requieran el servicio de terapia física o respiratoria en el área de hospitalización o ambulatorias.
8. Mantener actualizadas las historias clínicas de los usuarios, consignando la información clara, veraz y oportuna para un adecuado manejo interdisciplinario.
9. Manejar eficientemente los registros de terapia física (formatos de valoración, citas y control de asistencia).
10. Participar en la revista de médicos en el área de hospitalización y uci en cualquier otro tipo de estudios clínicos y responder por los tratamientos de los pacientes.
11. Presentar oportunamente al médico de turno las situaciones de emergencia y riesgos que se presenten en el área a su cargo
12. Promover la participación de la comunidad en actividades de salud.
13. Desarrollar planes de intervención, elegidos por el fisioterapeuta y acompañar las conductas terapéuticas más apropiadas de acuerdo al cuadro clínico evidenciado en el usuario del servicio.
14. Realizar valoración como miembro del equipo multidisciplinario para la atención a personas con discapacidad.
15. Mantener actualizados los inventarios a su cargo.
16. Recibir y entregar el turno diurno con los demás integrantes del equipo de enfermería en forma presencial, haciéndole conocer la situación de los pacientes que estén recibiendo terapia física y aquellas que quedan pendientes de realizaren el área de hospitalización
17. Controlar el estado y funcionamiento de equipos, instrumentos y elementos de servicio bajo su cargo.
18. Verificar e informar oportunamente los inconvenientes presentados en el funcionamiento de los equipos de propiedad del Hospital Departamental San Juan de Dios E.S.E.
19. Elaborar las historias clínicas, y formatos que hacen parte de la atención integral del paciente de acuerdo con los tiempos y criterios establecidos en la normatividad vigente, con oportunidad y transparencia.
20. cumplir con las agendas concertadas según cuadro de turnos estipulado por el coordinador y/o supervisor de contrato
21. Participar en brigadas de salud y programas extramurales que se programen en la zona.
22. Cumplir disponibilidad según la necesidad del servicio estipulado por el coordinador y/o supervisor de contrato.
23. Tener disponibilidad para trasladarse fuera del área urbana del municipio.
24. En el evento en que la entidad contratante requiera la prestación del servicio en lugar diferente al domicilio contractual, previa autorización del desplazamiento, se deberá entregar informe escrito de las actividades desarrolladas, con el fin de dar legalidad a los dineros entregados para el desarrollo de las funciones.
25. Ejecutar las demás actividades que le sean asignadas por la supervisión, que estén relacionadas con la naturaleza y objeto del contrato
26. Realizar y/o participar en las capacitaciones programadas dentro de los planes institucionales en la vigencia 2026 que se encuentran dentro de su competencia entregando como soporte listas de asistencia, acta de capacitación y pretest con evidencia fotográfica. Tanto la asistencia como realización de las mismas son de carácter obligatorio y se tendrán en cuenta en la revisión de informes de actividades mensuales.

La presente certificación se expide en Puerto Carreño - Vichada, a los 11 días del mes de noviembre del 2026, a solicitud de la interesada.

OSCAR DANIEL CORTES CARDONA
Jefe Oficina Jurídica de la E.S.E

PROYECTÓ: VICHADA CAROL VIVIANA VILLEGAS CHAVEZ
ABOGADA OFICINA JURIDICA DE LA E.S.E.

Puerto Asis, Putumayo 12 de agosto de 2024

EL PROFESIONAL UNIVERSITARIO DE LA OFICINA DE TALENTO HUMANO DE LA E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE PUERTO ASIS,

HACE CONSTAR:

Que, **ANGIE CATHERINE LOPEZ MAYA,** identificada con cedula de ciudadanía No. 1.124.861.768 expedida en Mocoa, presta sus servicios en la ESE Hospital Local de Puerto Asís, mediante los siguientes contratos:

- ✓ **CJP-990-2023. PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN TERAPIA FÍSICA PARA EL ÁREA CONSULTA EXTERNA DE LA E.S.E. NIVEL ADM.** Desde el 01 de julio de 2023, hasta el 30 de septiembre de 2023. Honorarios mensuales de cuatro millones de pesos m/cte. ($4.000.000).

- ✓ **CJP-1405-2023. PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN TERAPIA FÍSICA PARA EL ÁREA CONSULTA EXTERNA DE LA E.S.E. NIVEL ADM.** Desde el 01 de octubre de 2023, hasta el 31 de diciembre de 2023. Honorarios mensuales de cuatro millones de pesos m/cte. ($4.000.000).

- ✓ **CJP-196-2024. PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN TERAPIA FÍSICA PARA EL ÁREA CUIDADO INTERMEDIO, UCI RESPIRATORIA Y NO RESPIRATORIA. NIVEL II.** Desde el 01 de enero de 2024, hasta el 31 de marzo de 2024. Honorarios mensuales de tres millones trescientos cincuenta mil pesos m/cte. ($3.350.000).

- ✓ **OTROSI 001 CJP-196-2024. PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN TERAPIA FÍSICA PARA EL ÁREA CUIDADO INTERMEDIO, UCI RESPIRATORIA Y NO RESPIRATORIA. NIVEL II.** Desde el 01 de abril de 2024, hasta el 15 de mayo de 2024. Honorarios mensuales de tres millones trescientos cincuenta mil pesos m/cte. ($3.350.000).

- ✓ **CJP-857-2024. PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN TERAPIA FÍSICA PARA EL ÁREA CUIDADO INTERMEDIO, UCI RESPIRATORIA Y NO RESPIRATORIA. NIVEL II.** Desde el 01 de abril de 2024, hasta el 15 de mayo de 2024. Honorarios mensuales de tres millones trescientos cincuenta mil pesos m/cte. ($3.350.000).

Elaborado por:	Aprobado por:
Sandra Milena Narvaez Barrera Apoyo Talento Humano	Henry Augusto Villegas Marulanda Prof. Universitario Talento Humano

- ✓ **OTROSI 001 CJP-857-2024. PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN TERAPIA FÍSICA PARA EL ÁREA CUIDADO INTERMEDIO, UCI RESPIRATORIA Y NO RESPIRATORIA. NIVEL II.** Desde el 16 de mayo de 2024, hasta el 31 de julio de 2024. Honorarios mensuales de tres millones trescientos cincuenta mil pesos m/cte. ($3 350.000).

- ✓ **CJP-1199-2024. PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN TERAPIA RESPIRATORIA Y FÍSICA PARA LAS AREAS ASISTENCIALES DE LA ESE HOSPITAL LOCAL DE PUERTO ASIS.** Desde el 01 de agosto de 2024, hasta el 15 de septiembre de 2024. Honorarios mensuales de tres millones quinientos cincuenta mil trescientos sesenta y ocho pesos m/cte. ($3.550.368).

Esta constancia se expide a solicitud de la interesada para fines pertinentes.

HENRY AUGUSTO VILLEGAS MARULANDA
Profesional Universitario de Talento Humano
Correo: rrhh@esehospitallocalgov.co
Teléfono: 3166486830

Elaborado por:	Aprobado por:
Sandra Milena Narvaez Barrera Apoyo Talento Humano	Henry Augusto Villegas Marulanda Prof. Universitario Talento Humano

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

CERTIFICA QUE:

Revisando los libros radicadores del área de contratación y el respectivo expediente contractual se pudo constatar que: **ANGIE CATHERINE LOPEZ MAYA,** identificada con la cédula de ciudadanía N° **1.124.861.768** suscribió con la E.S.E Hospital Departamental San Juan de Dios de Puerto Carreño-Vichada, los siguientes contratos:

Objeto del Contrato: *PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN FISIOTERAPIA PARA EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS E.S.E*

Año 2025

Contrato Prestación de Servicios N°:	**0132**
Plazo De Ejecución:	07 de enero al 30 de abril
Dos meses de adición:	01 de mayo al 30 de junio
Contrato Prestación de Servicios N°:	**1604**
Plazo De Ejecución:	14 de julio al 31 de diciembre

Año 2024

Contrato Prestación de Servicios N°:	**1978**
Plazo De Ejecución:	25 de septiembre al 30 de noviembre
Un mes de adición:	01 de diciembre al 31 de diciembre

Que, en cumplimiento del objeto de los contratos antes relacionados, **ANGIE CATHERINE LOPEZ MAYA** cumplió las siguientes actividades específicas.

1. Aplicar los métodos y procedimientos como técnico profesional en fisioterapia a los usuarios.
2. Administrar tratamientos de fisioterapia a pacientes, personas, familias y grupos de la comunidad de acuerdo a las órdenes médicas impartidas por el médico del área.
3. Dar acompañamiento en atención a pacientes en el consultorio, intra extra y domiciliaria.
4. Apoyar procesos de Valoración del estado de salud de la población del área de influencia a con fines diagnóstico de la situación de salud por parte del cuerpo médico de la ESE.
5. Registrar las Valoraciones fisio cinéticas detectadas por el técnico en fisioterapia en la historia clínica del paciente.

6. Revisar historias clínicas e instrucciones médicas que requieran el servicio de terapia física o respiratoria en el área de hospitalización o ambulatorias.
7. Mantener actualizadas las historias clínicas de los usuarios, consignando la información clara, veraz y oportuna para un adecuado manejo interdisciplinario.
8. Manejar eficientemente los registros de terapia física (formatos de valoración, citas y control de asistencia).
9. Participar en la revista de médicos en el área de hospitalización y en cualquier otro tipo de estudios clínicos y responder por los tratamientos de los pacientes.
10. Presentar oportunamente al médico de turno las situaciones de emergencia y riesgos que se presenten en el área a su cargo.
11. Promover la participación de la comunidad en actividades de salud.
12. Desarrollar planes de intervención, elegidos por el fisioterapeuta y acompañar las conductas terapéuticas más apropiadas de acuerdo al cuadro clínico evidenciado en el usuario.
13. Actualizar y las guías de manejo con base en las patologías más frecuentes según las estadísticas del servicio.
14. Realizar valoración como miembro del equipo multidisciplinario para la atención a personas con discapacidad.
15. Actualizar las guías de manejo con base en las patologías más frecuentes según las estadísticas del servicio.
16. Controlar el estado y funcionamiento de equipo, instrumentos y elementos de servicio bajo su cargo.
17. Mantener actualizados los inventarios a su cargo.
18. Recibir y entregar el turno junto con los demás integrantes del equipo de enfermería en forma presencial, haciéndole conocer la situación de los pacientes que estén recibiendo terapia física y aquellas que quedan pendientes de realizaren el área de hospitalización.
19. Controlar el estado y funcionamiento de equipos, instrumentos y elementos de servicio bajo su cargo.
20. Verificar e informar oportunamente los inconvenientes presentados en el funcionamiento de los equipos de propiedad del Hospital Departamental San Juan de Dios E.S.E.
21. Realizar y/o participar en las capacitaciones programadas dentro de los planes institucionales en la vigencia 2025 que se encuentran dentro de su competencia entregando como soporte listas de asistencia, acta de capacitación y pretest con evidencia fotográfica. Tanto la asistencia como realización de las mismas son de carácter obligatorio y se tendrán en cuenta en la revisión de informes de actividades mensuales.

La presente certificación se expide en Puerto Carreño - Vichada, a los 29 días del mes de diciembre del 2025, a solicitud de la interesada.



OSCAR DANIEL CORTES CARDONA
JEFE OFICINA JURÍDICA DE LA E.S.E

PROYECTÓ: KATHERIN JULIETH MEDINA VALLEJO
ADMINISTRADORA DE EMPRESAS

Hospital de Alta Complejidad
del PUTUMAYO
Tu salud, nuestro compromiso

Puerto Asís Putumayo, 13 de junio 2023 .

LA SUSCRITA GERENTE DE HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD DEL PUTUMAYO S.A.S ZOMAC

HACE CONSTAR:

Que, la señora **ANGIE CATHERINE LOPEZ MAYA,** identificada con cédula de ciudadanía **1.124.861.768,** expedida en Mocoa (P), trabajó en la **IPS Hospital de Alta Complejidad del Putumayo S.A.S ZOMAC**, desempeñando el cargo de **FISIOTERAPEUTA,** en el área de **UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS ADULTOS,** desde el 01 de agosto del 2020 hasta 22 de diciembre de 2022, mediante contrato a término fijo, con un salario mensual de **$1.700.000 (UN MILLON SETECIENTOS MIL PESOS M/CTE).** Motivos de su retiro, renuncia voluntaria.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 13 días del mes de junio de 2023, como requisito para trámites personales.

PAOLA ANDREA SANCHEZ GARCIA
GERENTE
H.A.C. DEL PUTUMAYO S.A.S ZOMAC

Elaborado por: Dilver Antonio Díaz Torres
Auxiliar de Gestión Humana
Reviso: Sonia Milena Mesías Montenegro
Directora de Gestión Humana

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 141058615347

(415)7707212489984(8020) 000014105861534 7

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

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 2 4 8 6 1 7 6 8	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Putumayo 8 6	Mocoa 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
LOPEZ	MAYA	ANGIE	CATHERINE

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Putumayo 8 6	Villagarzón 8 8 5

41. Dirección principal
CR 6 12 7 BRR SAN DIEGO

42. Correo electrónico acatherinelopez@gmail.com

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

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 2 9 9	2 0 2 0 0 2 1 4							

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

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

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024-07-05 / 11:17:34PM

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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

PROFESIONALES DE LA SALUD

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO	POLIZA No.	ANEXO No.
VILLAVICENCIO	VILLAVICENCIO	EMISION ORIGINAL	30-03-101005534	0

TOMADOR	**ANGIE CATHERINE LOPEZ MAYA**			CC	**1.124.861.768**
DIRECCION	**CR 6 NRO. 12 - 7**	CIUDAD	**PUERTO CARRE¥O, VICHADA**	TELEFONO	**3156672396**
ASEGURADO	**ANGIE CATHERINE LOPEZ MAYA**			CC	**1.124.861.768**
DIRECCION	**CR 6 NRO. 12 - 7**	CIUDAD	**PUERTO CARRE¥O, VICHADA**	TELEFONO	**3156672396**
BENEFICIARIO	**TERCEROS AFECTADOS**			NIT	**0-0**

FECHA DE EXPEDICION (d-m-a)	VIGENCIA SEGURO		VIGENCIA ANEXO	
	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)	DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a)	HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a)
10 / 11 / 2026	**09 / 11 / 2026**	**09 / 11 / 2027**	**09 / 11 / 2026**	**09 / 11 / 2027**

INTERMEDIARIO	CLAVE	% PARTICIPACION
CONSUELO BROCHERO TORRES	143318	100.00

COASEGURO CEDIDO	
COMPAÑIA	% PARTICIPACION

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: FISIOTERAPEUTA

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL		**$ 100,000,000.00**		
	ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD	**$ 100,000,000.00**		
	GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD			**$ 30,000,000.00**

DEDUCIBLES: ° 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 1.00 SMMLV en ERRORES U OMISIONES PROF DE SALUD ° 10.00 % DE LOS GASTOS INCURRIDOS en GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD

LÍMITES POR EVENTO: GASTOS DE DEFENSA PROF DE SALUD - $ 10,000,000.0

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	$ *******100,000,000.00	PRIMA:	$ **********107,475.00
PLAN DE PAGO: CONTADO		IVA:	$ **********20,420.00
		TOTAL A PAGAR:	$ **********127,895.00

TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1066 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGURESTADO,DENTRO DE LOS 45 DIAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: 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 DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CARRERA 38 NO. 33 - 45/49, TELÉFONO 6623707 - VILLAVICENCIO

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 29.07.2022.1329.P.06.0000000E.RC.001A. D00I, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

(415)7709998021167(8020)11006104674831(3900)000000127895(96)20261224

REFERENCIA PAGO:
1100610467483-1

30-03-101005534

FIRMA AUTORIZADA

CLIENTE

TOMADOR

JOSEOBANDO

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 16:23:36 horas del 10/11/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1124861768,** Apellidos y Nombres **LOPEZ MAYA ANGIE CATHERINE**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS**, 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.

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

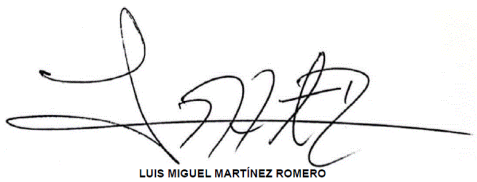
CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 10 de noviembre de 2026, a las 16:24:58, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1124861768
Código de Verificación	1124861768261110162458

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

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



LUIS MIGUEL MARTÍNEZ ROMERO

Contralor Delegado

Generó: WEB

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 306253429

PIB
16:26:47

Bogotá DC, 10 de noviembre 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) ANGIE CATHERINE LOPEZ MAYA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1124861768:

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 04:28:23 PM horas del 10/11/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1124861768**

Apellidos y Nombres: **LOPEZ MAYA ANGIE CATHERINE**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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

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

Todos los derechos reservados.

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, 10/11/2026 04:42:21 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1124861768** y Nombre: **ANGIE CATHERINE LOPEZ MAYA.**

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. **151361726** . 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

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 1124861768 **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 04/11/2026 03:13 PM

Código Verificación: **PA59HKMTEB**

Válida hasta: **04/02/2027**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA

Que la persona relacionada a continuación, en cumplimiento a lo establecido en las normas legales vigentes, ha cotizado al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de esta Entidad Promotora de Salud las siguientes semanas de cotización:

Datos del COTIZANTE	
CC 1124861768 ANGIE CATHERINE LOPEZ MAYA	
Estado Cotizante:	**Vigente**
Causal:	
Semanas Cotizadas Nueva EPS S.A.:	**0**
Fecha Afiliación:	**15/03/2022**
Fecha Último Periodo Cotizado:	
Fecha Cancelación:	

La presente certificación se expide el día 10 de Noviembre de 2026 a solicitud del (de la) interesado(a).

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS

Cordialmente,



Gerencia de Afiliaciones

Nueva EPS S.A.

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

ANGIE CATHERINE LOPEZ MAYA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.124.861.768**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 4 de Noviembre del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

CONSULTORIO MEDICO
Dra. Eliana Gonzalez
Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo

NIT. 30.938.029-9
Carrera 19A N° 22A-07 Barrio Villavenancio
Puerto Carreño - Vichada, Colombia
Cel. 3165364613 - E-mail. elikgonzale1@gmail.com



N° 21.208

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
03 DÍA	08 MES	2026 AÑO	PUERTO CARREÑO (VICHADA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS INDEPENDIENTES	HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS INDEPENDIENTES

CIIU (Actividad Económica) del empleador:

SIN REGISTRAR

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

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
LOPEZ MAYA ANGIE CATHERINE	FEMENINO	31 AÑOS 7 MESES 17 DÍAS	CC (Tipo)	1124861768 (Número)

Cargo

FISIOTERAPEUTA

EPS	AFP	ARL
NUEVA EPS	PORVENIR	NO REFIERE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CUMPLE CON RECOMENDACIONES

Observaciones: *NO APLICA*

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

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
LIMITAR LA MOVILIZACIÓN MANUAL DE PACIENTES DEPENDIENTES O CARGAS SUPERIORES A 5 KG, FAVORECIENDO AYUDAS MECÁNICAS O APOYO DE OTRO TRABAJADOR.	TEMPORAL	NO APLICA

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

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : CONTINUAR CONTROLES PRENATALES.	USO DE EPP : GARANTIZAR EL USO PERMANENTE Y CORRECTO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (RESPIRADOR N95 CUANDO ESTÉ INDICADO, PROTECCIÓN OCULAR, BATA Y GUANTES).	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : EVITAR POSTURAS FORZADAS MANTENIDAS, FLEXIÓN REPETITIVA DEL TRONCO Y PERMANENCIA PROLONGADA DE PIE; REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CADA 2–3 HORAS.	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
	CAPACITACIÓN : RIESGOS LABORALES SEGUN EXPOSICION.	DIETA BALANCEADA
		OTRAS RECOMENDACIONES : MANTENER ADECUADA HIDRATACIÓN Y PERMITIR PAUSAS PARA ALIMENTACIÓN Y USO DEL BAÑO.

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

Médico

Firma:

Nombre: CC: 30938029 - ELIANA KATHERINE GONZALEZ

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: LOPEZ MAYA ANGIE CATHERINE

11 NOV 1208

R.M.: 1245 L.S.O.: 5323 1124861768

Creando Oportunidades

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

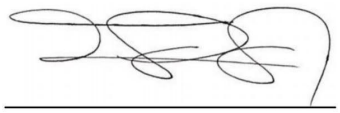
Que nuestro(a) cliente ANGIE CATHERINE LOPEZ MAYA, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 1,124,861,768 se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 726382989 aperturada el 22 de septiembre de 2021 cuenta ACTIVA y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, el 4 de noviembre de 2026.

Para trámites de nómina,legales,internacionales y otros,también puedes usar las siguientes opciones de número de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos:	0726382989
Cuenta de 16 dígitos:	0726000200382989
Cuenta de 20 dígitos:	00130726000200382989

Firma autográfica



Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

La Primavera Vichada, 11 de noviembre de 2026

CARTA DE CONFIDENCIALIDAD DE INFORMACIÓN

Yo, **ANGIE CATHERINE LOPEZ MAYA**, mayor de edad, identificado con cedula de ciudadanía No **C.C**. **1.124.861.768** expedida en la ciudad de **MOCOA, PUTUMAYO** en plenas facultades mentales, y capacidad legal, con la firma del presente documento, me obligo a no utilizar para mi conveniencia o la de un tercero, ningún tipo de información que sea obtenida durante el desempeño de mis labores o fuera de ellas, en nombre del Hospital Departamental San Juan de Dios E.S.E mediante la plataforma XENCO.

De igual forma, me comprometo a no suministrar a ninguna persona natural o jurídica de manera verbal, escrita o de cualquier otra manera, ya sea directa o indirectamente, ninguna clase de información o datos sobre procesos que se manejen en la plataforma XENCO, sin previa autorización del supervisor o por un requerimiento legal que sea dirigido directamente al Hospital Departamental San Juan de Dios E.S.E, de alguno de los siguientes módulos:

- Contabilidad, Inventarios, Cartera, Tesorería, Presupuesto, Nomina, Activos Fijos, Costos, Gestión Hospitalaria (facturación), Historias Clínicas, Glosas, Laboratorio Clínico, Diseñador de plantillas y Administrador de aplicativos y en general cualquier información que revista grado de confidencialidad.

Esta información, deberá ser resguardada, debiendo tomar todas las medidas de seguridad necesarias para impedir el acceso no autorizado al usuario asignado en la plataforma XENCO por otros funcionarios o terceros.

De otro lado, me comprometo a dar el debido uso del usuario y contraseña que me sean asignados para la realización de las actividades contractuales a través de la plataforma XENCO, por lo tanto, me hago responsable ante la utilización indebida de dicha información, así como no suministrarla a terceros, por tratarse de un perfil de carácter personal e intransferible, a su vez, una vez finalice el vínculo contractual procederé a solicitar el respectivo paz y salvo con la oficina de Tics del Hospital a efectos de la desvinculación de la plataforma.

Con lo dicho anteriormente, quedo sujeto a la responsabilidad civil, penal y administrativa, por los daños y perjuicios que pudiera causar, así como las distintas sanciones en las que pudiera incurrir, con ocasión al incumplimiento de las conductas descritas en párrafos anteriores, así como cualquier otra conducta que afecte el debido uso del software institucional y exonero de todo tipo de responsabilidad al Hospital Departamental San Juan de Dios E.S.E.

Este acuerdo de confidencialidad no tendrá limite en el tiempo, por lo tanto, reconozco que en ningún momento divulgaré la información que conozca con ocasión a la ejecución del contrato, a su vez, no descargaré ni me apropiaré de ningún documento que sea generado con ocasión al cumplimiento del contrato.

Firma: 

Nombre: ANGIE CATHERINE LOPEZ MAYA
Identificación: 1.124.861.768

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

Yo, ANGIE CATHERINE LOPEZ MAYA identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1.124.861.768 expedida en MOCOA (PUTUMAYO), 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: 

Nombre: **ANGIE CATHERINE LOPEZ MAYA**

Identificación: 1.124.861.768

Fecha: 13 de noviembre de 2026

Carné Digital de Vacunación Colombia

Salud

Esquema de Vacunación

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 4f7fc8f3-58b6-4082-b40f-b063d8b1408c

Nombres y apellidos / Full name: **ANGIE CATHERINE LOPEZ MAYA**

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

Número de identificación / ID Number: **1 1 2 4 8 6 1 7 6 8**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **16/12/1994**

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

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3156672396**

Correo electrónico / e-mail:

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				
Hepatitis B Adultos	Primera	14	03	2014			EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL JOSÉ MARÍA HERNÁNDEZ	–
TD Adulto	Primera	21	01	2017		D2288	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL JOSÉ MARÍA HERNÁNDEZ	
Fiebre Amarilla	Única	21	01	2017		M56051V	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL JOSÉ MARÍA HERNÁNDEZ	
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	21	01	2017		N3B851V	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL JOSÉ MARÍA HERNÁNDEZ	
Hepatitis B Adultos	Segunda	27	04	2017			EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL JOSÉ MARÍA HERNÁNDEZ	–
Hepatitis B Adultos	Tercera	25	05	2017			EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL JOSÉ MARÍA HERNÁNDEZ	–
Triple Viral	Primera	11	08	2017			EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL JOSÉ MARÍA HERNÁNDEZ	–
TD Adulto	Segunda	17	08	2017		D2296	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL JOSÉ MARÍA HERNÁNDEZ	ELVIA ROSA VASQUEZ GUZMAN
TD Adulto	Tercera	13	02	2018		D2296	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL JOSÉ MARÍA HERNÁNDEZ	ELVIA ROSA VASQUEZ GUZMAN
TD Adulto	Cuarta	22	01	2020		221501517B	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL JOSÉ MARÍA HERNÁNDEZ	JHOANA GISELLY BURBANO NUPAN
COVID SINOVAC	Primera	05	03	2021	Sinovac	A2021010044	ESE HOSPITAL LOCAL	MARA QUIJANO
COVID SINOVAC	Segunda	06	04	2021	Sinovac	E202102011	ESE HOSPITAL LOCAL	PAULA ANDREA SANJUAN MINGAN
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	11	08	2021		V3B871V	HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD DEL PUTUMAYO S.A.S ZOMAC	DIANA ISABEL TRUJILLO CERON
COVID PFIZER	Primer Refuerzo	03	03	2022	PFIZER	210958	HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD DEL PUTUMAYO S.A.S ZOMAC	EDUWIN CONDA CUPITRE

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información **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

Salud

Esquema de Vacunación

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 4f7fd8f3-58b6-4082-b40f-b063d8b1408c

Nombres y apellidos / Full name: **ANGIE CATHERINE LOPEZ MAYA**

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

Número de identificación / ID Number: **1 1 2 4 8 6 1 7 6 8**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **16/12/1994**

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

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3156672396**

Correo electrónico / e-mail:

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination Dia / Day	Mes / Month	Año / Year	Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	24	09	2024	Green Cross	V50524003	PUERTO CARREÑO ESE HOSP DPTA SAN JUAN DIOS	WILSON ANTONIO MAZO GUZMAN
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	02	05	2025	GC BIOPHARMA CORP	V50525003	PUERTO CARREÑO ESE HOSP DPTA SAN JUAN DIOS	ELLEN TATIANA HERRERA NIÑO - CC1007310297 - ACTIVO
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	31	07	2026	GC BIOPHARMA CORP	V50526001	PUERTO CARREÑO ESE HOSP DPTA SAN JUAN DIOS	NEIDY ALEJANDRA OLIVARES CORDERO - CC1126707929 - ACTIVO
TdaP Acelular Gestante	Anual	02	10	2026	Sanofi Pasteur	Y3H91	PUERTO CARREÑO ESE HOSP DPTA SAN JUAN DIOS	NEIDY ALEJANDRA OLIVARES CORDERO - CC1126707929 - ACTIVO
VSR	U	03	11	2026	NJ0375		HSJDD	Neidy Olivares

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información **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.