FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) | NOMBRES |
|---|---|---|
| SOTO | MAHECHA | CARLOS YEFERSON |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | GENERO | NACIONALIDAD | PAÍS |
|---|---|---|---|
| C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1033692527 | F ( ) M (X) NB ( ) | COL. (X) EXTRANJERO ( ) | COLOMBIA |

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NÚMERO 2176021 D.M. 2

| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO | | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FECHA | DIA 28 MES 11 AÑO 1987 | CALLE 60 SUR 22G 43 | | | |
| PAÍS | COLOMBIA | PAÍS | COLOMBIA | DEPTO | BOGOTÁ. D.C. |
| DEPTO | CALDAS | MUNICIPIO | BOGOTÁ. D.C. | | |
| MUNICIPIO | LA DORADA | TELÉFONO | 3212182061 | EMAIL | carsotoma@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 | EDUCACION MEDIA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO | | | |
| 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | 7° | 8° | 9° | 10° | 11° | MES | 11 | AÑO | 2004 |
| | | | | | | | | | | 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 | |
| POSTGRADO | 2 | X | | ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | 06 | 2019 | |
| POSTGRADO | 2 | X | | INTERVENTORIA DE OBRAS | 08 | 2012 | 8601335 |
| PREGRADO | 10 | X | | INGENIERIA CIVIL | 11 | 2015 | 25202-346582CND |

## 3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

***EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO***

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

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

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 4 IDIOMAS

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

| *IDIOMA* | *LO HABLA* | | | *LO LEE* | | | *LO ESCRIBE* | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | *R* | *B* | *MB* | *R* | *B* | *MB* | *R* | *B* | *MB* |
| INGLÉS | | X | | | X | | | X | |

## EXPERIENCIA LABORAL

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

| EMPLEO O CONTRATO VIGENTE | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>CCS INGENIEROS | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>BOGOTÁ. D.C. | *MUNICIPIO*<br>BOGOTÁ. D.C. | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3112382799 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 07 | *Mes* | 12 | *Año* | 2024 | *Día* | | *Mes* | | *Año* | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>´COORDINADOR DE CAMPO | *DEPENDENCIA*<br>A FINES INGENIERIA CIVIL | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 60 SUR 22G 43 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>BOGOTÁ. D.C. | *MUNICIPIO*<br>BOGOTÁ. D.C. | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3035000 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 15 | *Mes* | 09 | *Año* | 2023 | *Día* | 06 | *Mes* | 12 | *Año* | 2024 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>INGENIERO CIVIL CONTRATISTA | *DEPENDENCIA*<br>SUBDIRECCION DE INFRAESTRUCTURA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 13 36 76 | | | | | | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>CCS INGENIEROS | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>BOGOTÁ. D.C. | *MUNICIPIO*<br>BOGOTÁ. D.C. | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3112382799 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 07 | *Mes* | 10 | *Año* 2013 | *Día* | 09 | *Mes* | 12 | *Año* | 2022 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>COORDINADOR OBRAS | *DEPENDENCIA*<br>A FINES INGENIERIA CIVIL | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 60 SUR 22G 43 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>CONSORCIO JASB | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>BOGOTÁ. D.C. | *MUNICIPIO*<br>BOGOTÁ. D.C. | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3212182061 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 11 | *Año* 2017 | *Día* | 30 | *Mes* | 06 | *Año* | 2018 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>INGENIERO INSPECTOR | *DEPENDENCIA*<br>A FINES INGENIERIA CIVIL | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 42 24A 54 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>POLYUPROTE SA | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>BOGOTÁ. D.C. | *MUNICIPIO*<br>BOGOTÁ. D.C. | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>4220980 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 06 | *Mes* | 01 | *Año* 2014 | *Día* | 22 | *Mes* | 09 | *Año* | 2014 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>ING RESIDENTE OBRA | *DEPENDENCIA*<br>A FINES INGENIERIA CIVIL | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 123 14A 11 | | | | | | |

## EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 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 | 1 | 2 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 10 | 3 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 0 | 0 |
| EXPERIENCIA DOCENTE | 0 | 0 |

## FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES,

*Ciudad y fecha de diligenciamiento* Bogotá D.C. 10/01/2026

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

## 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*

REPÚBLICA DE COLOMBIA
COPNIA
Consejo Profesional Nacional de Ingeniería
COPNIACOPNIACOPNIACO

*REPÚBLICA DE COLOMBIA*
*MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL Y EN SU NOMBRE*

# LA UNIVERSIDAD DISTRITAL FRANCISCO JOSÉ DE CALDAS

CONFIERE EL TÍTULO DE

## Ingeniero Civil

A

# Carlos Yeferson Soto Mahecha

*Con C. C. No. 1.033.692.527 de Bogotá D.C.*

*QUIEN CUMPLIÓ CON LAS CONDICIONES ACADÉMICAS REQUERIDAS.*
*EN TESTIMONIO DE ELLO OTORGA EL PRESENTE*

***DIPLOMA***

*EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D. C., A LOS 25 DÍAS DEL MES DE NOVIEMBRE DE 2016*

*RECTOR*

*SECRETARIO GENERAL*

*DECANO DE LA FACULTAD*

*SECRETARIO ACADÉMICO*

*Registro No. FT13928 Folio No. 121 Libro No. 17*

*No.* 29663

Libertad y orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

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

## CARLOS YEFERSON SOTO MAHECHA

*Con Cédula de Ciudadanía No. 1.033.692.527*

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

**Título de**

**ESPECIALIZACIÓN TÉCNICA EN**

## INTERVENTORÍA DE OBRAS CIVILES Y EDIFICACIONES

*En testimonio de lo anterior, se firma el presente Titulo en Bogotá,*
*a los nueve (9) días del mes de octubre de dos mil doce (2012)*

Firmado Digitalmente por
WILLIAM OROZCO DAZA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

WILLIAM OROZCO DAZA

SUBDIRECTOR CENTRO DE TECNOLOGIAS PARA LA CONSTRUCCION Y LA MADERA
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

**8601335 - 09/10/2012**

No y FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 920900324620CC1033692527C.

Libertad y Orden

República de Colombia

Ministerio de Educación Nacional y en su nombre la

# Universidad ECCI

Resolución No. 13370 del 19 de Agosto de 2014 por el M.E.N.

Confiere a

## Carlos Yeferson Soto Mahecha

C.C. 1.033.692.527 de Bogotá D.C.

El título de

Especialista en:

## Gerencia de la Seguridad y Salud en el Trabajo

En testimonio de ello se expide, firma y sella el presente Diploma en la Ciudad de Bogotá D.C.

A los 18 días del mes de Octubre de 2019 .

UNIVERSIDAD · ECCI

1977 UNIVERSIDAD ECCI

Secretaria General

Rector

Director de Posgrados

El registro correspondiente a este diploma se encuentra anotado en el libro 3, folio 014, No. de registro 306 y reposa en los archivos de esta Institución.

CS INGENIEROS CONSTRUCTORES S.A.S
NIT. 900.652.513-9

CERTIFICACION LABORAL N° 043

CS Ingenieros Constructores S.A.S

Hace Constar

Que el Señor **Carlos Yeferson Soto Mahecha** identificado con Cedula de Ciudadanía **N° 1.033.692.527** de Bogotá, trabaja para esta empresa, desempeñando el cargo de **Coordinador de Obras** desde el 6 de Octubre de 2013. Cumpliendo entre otras las siguientes funciones:

- Coordinación y supervisión de personal.
- Proyectar los documentos que deba suscribir el jefe inmediato, determinando que en ellos se acaten los lineamientos legales.
- Realizar la medición de obra ejecutada y preparar los cortes respectivos para aprobación del Director de obra.
- Emitir conceptos técnicos requeridos para adoptar decisiones administrativas en los procesos a cargo, de conformidad con el marco normativo vigente.
- Verificar la ejecución y cumplimiento de los trabajos en obra con base en las normas, planos y demás documentos que se contemplan.
- Apoyar en el seguimiento de la ejecución física, financiera y cierre o entrega de proyectos.
- Supervisar diariamente las actividades de trabajo para dar cumplimiento a la programación semanal de acuerdo a los lineamientos establecidos por el contratante.
- Ejercer control sobre el avance semanal de las distintas actividades, reportando al Director de obra cualquier evento que constituya una amenaza para el cumplimiento de los objetivos y metas del proceso, dejando constancia en la bitácora de obra.

La siguiente constancia se expide a solicitud del interesado, a los Diez (10) días del mes de Enero de 2026.

Camilo Soto Soto
Representante Legal

jasb
Jorge Álvaro Sánchez B.
Desarrollo Integral de Proyectos
Carrera 42 # 24A - 54
Tel.+57 (1) 300 3053
Cel.+57 (1) 300 264 6654
info@jasb.com.co
Bogotá D.C. - Colombia
Código Postal: 111321
Más de 50 años construyendo país

# CONSORCIO BOGOTÁ ENGATIVA

## CERTIFICACIÓN

El suscrito Ingeniero Civil **JORGE ÁLVARO SÁNCHEZ BLANCO**, con cédula de ciudadanía No. 79.785.874 de Bogotá y Tarjeta Profesional No. 25202-100584 CND, en calidad de Representante Legal del CONSORCIO BOGOTÁ ENGATIVÁ con NIT. 901.141.832-4, certifica que el Señor **CARLOS YEFERSON SOTO MAHECHA**, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.033.692.527 de Bogotá, prestó sus servicios profesionales en la empresa, como **INSPECTOR DE INTERVENTORÍA**, desde el 1 de Noviembre 2017 hasta el 30 de junio de 2018, con un Contrato de Prestación de Servicios No. 00.025.003, cumpliendo entre otras las siguientes funciones:

- Inspeccionar los proyectos y obras de construcción según normas y especificaciones técnicas, del contrato Consorcio Bogotá Engativá.
- Elaborar informes sobre el grado de avance y cumplimiento de las especificaciones de proyectos.
- Realizar el reconocimiento de campo y recolectar la información necesaria para evaluar la ejecución de las obras realizadas y su ajuste con las normas sobre uso del suelo, construcción y urbanismo de conformidad con el marco normativo vigente.
- Verificar los materiales suministrados por el contratista y la mano de obra para asegurar que cumplan con las normas de calidad.
- Verificar los planos para asegurarse que cumplan con las especificaciones técnicas.
- Analizar solicitudes de adendas a contratos para determinar justificación y viabilidad.
- Evaluar el desempeño del personal bajo su responsabilidad según normas y procedimientos vigentes.
- Supervisar, coordinar y programar las actividades de los trabajadores junto al Residente de obra del contratista, estableciendo métodos y programaciones de trabajo.

La presente se expide a solicitud del interesado en la Ciudad de Bogotá D.C., a los Doce (12) días del mes de julio de 2018.

Cordialmente,

**JORGE ÁLVARO SÁNCHEZ BLANCO**
REPRESENTANTE LEGAL
**CONSORCIO BOGOTÁ IPES**

ELABORÓ: PSI. CAROLINA GARCÍA GÓMEZ-CORDINADORA GESTIÓN HUMANA
REVISO: CONT. JOHN FREDY BERMUDEZ-DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO
APROBÓ: JORGE ÁLVARO SÁNCHEZ BLANCO-REPRESENTANTE LEGAL

NIT. 830.015.914-3

ISO 9001
ISO 14001
OHSAS 18001
BUREAU VERITAS
Certification

Servicio de Galvanizado
Diseño y Fabricación de Herrajes
Diseño y Fabricación de Estructuras Metálicas

**BT-337**

**"A QUIEN INTERESE"**

Certifico que el (a) señor (a) **CARLOS YEFERSON SOTO MAHECHA** identificado (a) con Cedula de Ciudadanía número **1.033.692.527**, laboró para nuestra compañía desde el 06 de Enero de 2014 hasta el 22 de Septiembre de 2014, con un Contrato Obra Labor, desempeñando el cargo de **INGENIERO RESIDENTE DE OBRA**. Cumpliendo entre otras las siguientes funciones:

- Apoyar al Director en el análisis y evaluación de proyectos de inversión presentados a las diferentes Entidades Gubernamentales.
- Brindar asistencia técnica a los diferentes proyectos señalados por el Director.
- Realizar el seguimiento de la ejecución física, financiera y cierre de proyectos de infraestructura de los proyectos de la empresa.
- Verificar la ejecución y cumplimiento de los trabajos en obra con base en las normas, planos y demás documentos que se contemplan.
- Elaborar informes, respuestas, reportes, comunicaciones, conceptos y documentos que sean solicitados por el Director, Entidades Gubernamentales, y contratistas.

Dada en Bogotá D.C., a los treinta (30) días del mes de Septiembre de Dos Mil Catorce (2014)

Cordialmente,

**FLOR MIREYA ABRIL SUAREZ**
**DIRECTORA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA**

**EL SUSCRITO COORDINADOR DEL GRUPO DE GESTIÓN**
**CONTRACTUAL DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL**
**N.I.T. 900.474.727-4**

**CERTIFICA:**

Que de conformidad con los antecedentes que obran en el archivo del Ministerio de Salud y Protección Social, se encontró el documento original correspondiente a (el/la) contrato de prestación de servicios suscrito con **SOTO MAHECHA CARLOS YEFERSON**, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1033692527.

**CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 038 del 12 de enero de 2024** del cual se toma lo siguiente:

**OBJETO:** "Prestar servicios profesionales a la Subdirección de Infraestructura en Salud para brindar asistencia técnica a las empresas sociales del estado y los entes territoriales, para el seguimiento y cierre de proyectos de capacidad instalada."

**FECHA DE INICIO:** 16 de enero de 2024
**FECHA DE TERMINACIÓN:** 06 de diciembre de 2024

**VALOR:** "Hasta por la suma de **OCHENTA Y CINCO MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($85600000)** incluidos todos los impuestos y costos a que haya lugar."

**HONORARIOS MENSUALES:** "Mensualidades iguales, sucesivas y vencidas cada una de **OCHO MILLONES PESOS M/CTE ($8000000)**, y/o fracción de tiempo ejecutado.

**OBLIGACIONES:**

OBLIGACIONES GENERALES

1. Entregar los informes pactados y los requeridos por el supervisor del contrato.
2. Realizar las labores en forma independiente, bajo su propio riesgo y responsabilidad, sin sujeción o condiciones diversas a aquellas que requieran para el cumplimiento del objeto contractual y sin que ello implique exclusividad, salvo en los eventos en que otras asesorías impliquen conflictos de interés.
3. Realizar los desplazamientos que se requieran para el desarrollo de sus obligaciones acorde con la solicitud del supervisor, para lo anterior, EL MINISTERIO realizará de forma previa el trámite presupuestal y administrativo correspondiente.
4. Reportar de manera inmediata cualquier novedad o anomalía, al supervisor del contrato.
5. Entregar a la finalización del contrato, en perfecto estado, salvo el deterioro normal por el uso, los elementos y equipos entregados para la prestación del servicio objeto de este contrato reportados en su inventario individual, así como el carnet de identificación y la tarjeta de acceso en caso de que estos le hayan sido suministrados. Dicha entrega se realizará al supervisor del contrato.
6. Pagar en forma cumplida y de manera equivalente a los honorarios pactados de acuerdo con la normatividad que regula la materia, los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral.
7. Atender los lineamientos dados por EL MINISTERIO en materia de procesos y procedimientos relacionados

con el Sistema Integrado de Gestión-SIG y asistir a las actualizaciones relacionadas con el mismo.
8. Cumplir con las políticas de seguridad de la información y los lineamientos dados por EL MINISTERIO relacionados con el Sistema de Gestión de Seguridad de la Información.
9. Firmar un compromiso de confidencialidad y no divulgación con respecto a toda la información obtenida por EL/LA CONTRATISTA durante la prestación del servicio,
10. Entregar al supervisor a la finalización del contrato en medio magnético los archivos editables y no editables elaborados o conocidos con ocasión de la ejecución del contrato,
11. Encargarse personalmente del archivo de la documentación que deba gestionar con objeto del contrato, de acuerdo con los lineamientos de archivo y correspondencia vigente y/o normas del Archivo General de la Nación.
12. Responder en forma oportuna por el diligenciamiento y gestión de la correspondencia generada y recibida como usuario, a través del Sistema de Gestión Documental utilizado por la entidad.
13. Constituir, en caso de ser necesario, la garantía a favor de EL MINISTERIO por los valores y con los amparos previstos en el mismo y mantenerla vigente durante el término establecido por la entidad, así mismo deberá cargarla a la plataforma SECOP II a más tardar dentro los tres (3) días hábiles siguientes a la aceptación del contrato por las partes, para la revisión y aprobación por parte del MINISTERIO, cuando a ello hubiere lugar.
14. Presentar, junto con la garantía única exigida en el presente contrato, el documento donde conste la afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales, de conformidad con lo señalado en el artículo 2 de la Ley 1562 de 2012 y el Decreto 1072 de 2015. Esta afiliación se hará a la ARL escogida por EL/LA CONTRATISTA (afiliándose en todo caso a una sola ARL), y la cotización se realizará en su totalidad por parte de EL/LA CONTRATISTA, a través del mecanismo establecido para el pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral.
15. EL/LA CONTRATISTA dentro de los 30 días siguientes al último pago recibido por concepto de honorarios, deberá remitir al supervisor del contrato el soporte del pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral realizado correspondiente al periodo de cotización del último mes cobrado, so pena que se adelanten las acciones administrativas y contractuales a que haya lugar.
16. Presentar al supervisor un informe mensual que dé cuenta de la ejecución de las obligaciones contractuales.
17. Presentar para el primer pago, la inducción virtual en Seguridad y Salud en el trabajo que se encuentra publicada en la página de Salud net en el sitio “Entorno Laboral Saludable” estrategia “Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo”. Una vez terminada la inducción virtual en Seguridad y Salud en el Trabajo, EL/LA contratista debe aportar la constancia que certifique, al supervisor del contrato.
18. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumirá su costo.
19. Reportar a la ARL e Informar al MINISTERIO la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
20. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por EL MINISTERIO o la Administradora de Riesgos Laborales.
21. Las demás que estén directamente relacionadas con el objeto del contratoOBLIGACIONES ESPECIFICAS

1. Brindar asistencia técnica a las Entidades Territoriales e IPS relacionadas con la ejecución de los proyectos de infraestructura física de salud, apoyando el análisis de la información entregada por las entidades y verificando el cumplimiento de las condiciones establecidas por el Ministerio y/o señaladas en los proyectos respectivos.
2. Apoyar a la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria en el análisis y evaluación de proyectos de inversión presentados por las Entidades Territoriales y las Empresas Sociales del Estado, para la actualización, mejoramiento y reposición de la capacidad instalada, con énfasis en infraestructura de salud, así como emitir los conceptos técnicos que se requieran, de conformidad con los lineamientos establecidos para tal fin
3. Apoyar en el seguimiento de la ejecución física, financiera y cierre de proyectos de infraestructura física de salud, de conformidad con los lineamientos dados por el Ministerio de Salud y Protección Social.
4. Elaborar un plan de trabajo concertado con el supervisor del contrato.
5. Brindar asistencia técnica a las Entidades Territoriales e IPS relacionadas con la ejecución de los proyectos de

infraestructura física de salud, apoyando el análisis de la información entregada por las entidades y verificando el cumplimiento de las condiciones establecidas por el Ministerio y/o señaladas en los proyectos respectivos.
6. Apoyar a la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria en el análisis y evaluación de proyectos de inversión presentados por las Entidades Territoriales y las Empresas Sociales del Estado, para la actualización, mejoramiento y reposición de la capacidad instalada, con énfasis en infraestructura de salud, así como emitir los conceptos técnicos que se requieran, de conformidad con los lineamientos establecidos para tal fin
7. Apoyar en el seguimiento de la ejecución física, financiera y cierre de proyectos de infraestructura física de salud, de conformidad con los lineamientos dados por el Ministerio de Salud y Protección Social.
8. Elaborar informes, respuestas, reportes, comunicaciones, conceptos y documentos que sean solicitados por los Entes de control y/o entidades territoriales y/o demás entidades beneficiadas con la en la implementación de proyectos de infraestructura física asociada a la prestación de servicios de salud.
9. Apoyar en el registro de la información correspondiente a la ejecución de proyectos de infraestructura física de salud objeto de asistencia técnica y seguimiento, en los instrumentos establecidos por la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria.
10. Brindar apoyo al Ministerio de Salud y Protección Social en la búsqueda de datos, generación, estructuración y consolidación de información para dar respuesta oportuna a las solicitudes de información y requerimientos realizados por las diferentes entidades públicas y privadas.
11. Realizar el cargue y/o disposición final en el expediente digital o en el sistema ORFEO, de toda la información relacionada con respuestas a entes de control, derechos de petición, convenios, contratos, plan, programa o proyecto, en los que apoye a la Dirección.

(El/La) contrato de prestación de servicios No. 038 de 2024 se encuentra en ejecución.

Se expide en Bogotá D.C., a los 11 de enero de 2026 a solicitud del(la) interesado(a).

El presente certificado se emitió en formato electrónico y se expide como original firmado digitalmente para garantizar su plena validez jurídica. Contiene la información registrada en el aplicativo Certificaciones de Contratos en Línea cargados vía Web.

Para validar la autenticidad del certificado ingrese a la página https://tramites.minsalud.gov.co/Certificacioncontratos/validarCertificacion.aspx e ingrese el siguiente código de verificación: 202601110382024289521

CHRISTIAN FELIPE GALINDO RUIZ

**EL SUSCRITO COORDINADOR DEL GRUPO DE GESTIÓN**
**CONTRACTUAL DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL**
**N.I.T. 900.474.727-4**

**CERTIFICA:**

Que de conformidad con los antecedentes que obran en el archivo del Ministerio de Salud y Protección Social, se encontró el documento original correspondiente a (el/la) contrato de prestación de servicios suscrito con **SOTO MAHECHA CARLOS YEFERSON**, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1033692527.

**CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 1095 del 13 de septiembre de 2023** del cual se toma lo siguiente:

**OBJETO:** "Prestar servicios profesionales a la Subdirección de Infraestructura en Salud para brindar asistencia técnica, seguimiento y cierre de proyectos de capacidad instalada que ejecuten las empresas sociales del estado y los entes territoriales."

**FECHA DE INICIO:** 15 de septiembre de 2023
**FECHA DE TERMINACIÓN:** 14 de diciembre de 2023

**VALOR:** "Hasta por la suma de **VEINTICUATRO MILLONES PESOS M/CTE ($24000000)** incluidos todos los impuestos y costos a que haya lugar."

**HONORARIOS MENSUALES:** "Mensualidades iguales, sucesivas y vencidas cada una de **OCHO MILLONES PESOS M/CTE ($8000000)**, y/o fracción de tiempo ejecutado.

**OBLIGACIONES:**

OBLIGACIONES GENERALES

1. Entregar los informes pactados y los requeridos por el supervisor del contrato.
1. Realizar las labores en forma independiente, bajo su propio riesgo y responsabilidad, sin sujeción o condiciones diversas a aquellas que requieran para el cumplimiento del objeto contractual y sin que ello implique exclusividad, salvo en los eventos en que otras asesorías impliquen conflictos de interés.
2. Realizar los desplazamientos que se requieran para el desarrollo de sus obligaciones acorde con la solicitud del supervisor, para lo anterior, EL MINISTERIO realizará de forma previa el trámite presupuestal y administrativo correspondiente.
3. Reportar de manera inmediata cualquier novedad o anomalía, al supervisor del contrato.
4. Entregar a la finalización del contrato, en perfecto estado, salvo el deterioro normal por el uso, los elementos y equipos entregados para la prestación del servicio objeto de este contrato reportados en su inventario individual, así como el carnet de identificación y la tarjeta de acceso en caso de que estos le hayan sido suministrados. Dicha entrega se realizará al supervisor del contrato.

5. Pagar en forma cumplida y de manera equivalente a los honorarios pactados de acuerdo con la normatividad que regula la materia, los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral.
6. Atender los lineamientos dados por EL MINISTERIO en materia de procesos y procedimientos relacionados con el Sistema Integrado de Gestión-SIG y asistir a las actualizaciones relacionadas con el mismo.
7. Cumplir con las políticas de seguridad de la información y los lineamientos dados por EL MINISTERIO relacionados con el Sistema de Gestión de Seguridad de la Información.
8. Firmar un compromiso de confidencialidad y no divulgación con respecto a toda la información obtenida por EL/LA CONTRATISTA durante la prestación del servicio,
9. Entregar al supervisor a la finalización del contrato en medio magnético los archivos editables y no editables elaborados o conocidos con ocasión de la ejecución del contrato,
10. Encargarse personalmente del archivo de la documentación que deba gestionar con objeto del contrato, de acuerdo con los lineamientos de archivo y correspondencia vigente y/o normas del Archivo General de la Nación.
11. Responder en forma oportuna por el diligenciamiento y gestión de la correspondencia generada y recibida como usuario, a través del Sistema de Gestión Documental utilizado por la entidad.
12. Constituir, en caso de ser necesario, la garantía a favor de EL MINISTERIO por los valores y con los amparos previstos en el mismo y mantenerla vigente durante el término establecido por la entidad, así mismo deberá cargarla a la plataforma SECOP II a más tardar dentro los tres (3) días hábiles siguientes a la aceptación del contrato por las partes, para la revisión y aprobación por parte del MINISTERIO, cuando a ello hubiere lugar.
13. Presentar, junto con la garantía única exigida en el presente contrato, el documento donde conste la afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales, de conformidad con lo señalado en el artículo 2 de la Ley 1562 de 2012 y el Decreto 1072 de 2015. Esta afiliación se hará a la ARL escogida por EL/LA CONTRATISTA (afiliándose en todo caso a una sola ARL), y la cotización se realizará en su totalidad por parte de EL/LA CONTRATISTA, a través del mecanismo establecido para el pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral.
14. EL/LA CONTRATISTA dentro de los 30 días siguientes al último pago recibido por concepto de honorarios, deberá remitir al supervisor del contrato el soporte del pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral realizado correspondiente al periodo de cotización del último mes cobrado, so pena que se adelanten las acciones administrativas y contractuales a que haya lugar.
15. Presentar al supervisor un informe mensual que dé cuenta de la ejecución de las obligaciones contractuales.
16. Presentar para el primer pago, la inducción virtual en Seguridad y Salud en el trabajo que se encuentra publicada en la página de Salud net en el sitio “Entorno Laboral Saludable” estrategia “Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo”. Una vez terminada la inducción virtual en Seguridad y Salud en el Trabajo, EL/LA contratista debe aportar la constancia que certifique, al supervisor del contrato.
17. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumirá su costo.
18. Reportar a la ARL e Informar al MINISTERIO la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
19. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por EL MINISTERIO o la Administradora de Riesgos Laborales.
20. Las demás que estén directamente relacionadas con el objeto del contrato.
OBLIGACIONES ESPECIFICAS
1. Elaborar un plan de trabajo concertado con el supervisor del contrato.

2. Brindar asistencia técnica a las Entidades Territoriales e IPS relacionadas con la ejecución de los proyectos de infraestructura física de salud, apoyando el análisis de la información entregada por las entidades y verificando el cumplimiento de las condiciones establecidas por el Ministerio y/o señaladas en los proyectos respectivos.
3. Apoyar a la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria en el análisis y evaluación de proyectos de inversión presentados por las Entidades Territoriales y las Empresas Sociales del Estado, para la actualización, mejoramiento y reposición de la capacidad instalada, con énfasis en infraestructura de salud, así como emitir los conceptos técnicos que se requieran, de conformidad con los lineamientos establecidos para tal fin
4. Apoyar en el seguimiento de la ejecución física, financiera y cierre de proyectos de infraestructura física de salud, de conformidad con los lineamientos dados por el Ministerio de Salud y Protección Social.
5. Elaborar informes, respuestas, reportes, comunicaciones, conceptos y documentos que sean solicitados por los Entes de control y/o entidades territoriales y/o demás entidades beneficiadas con la en la implementación de proyectos de infraestructura física asociada a la prestación de servicios de salud.
6. Apoyar en el registro de la información correspondiente a la ejecución de proyectos de infraestructura física de salud objeto de asistencia técnica y seguimiento, en los instrumentos establecidos por la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria.
7. Garantizar que toda la información relacionada con respuestas a entes de control, derechos de petición, convenios, contratos, plan, programa o proyecto en los que apoye, sean cargados en el expediente digital correspondiente en ORFEO o en la carpeta digital dispuesta para tal fin.

**ADICIÓN No.1 Y PRÓRROGA No.1:** Del contrato de contrato de prestación de servicios No. 1095 de 2023, la cual fue suscrita el 14 de diciembre de 2023 y de la cual se toma lo siguiente:

**Prorrogar:** "La duración de (el/la) contrato de prestación de servicios No. 1095 de 2023 hasta el 30 de diciembre de 2023."

**Adicionar:** "El valor del contrato de prestación de servicios No. 1095 de 2023 en la suma de **CUATRO MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS M/CTE ($4266667)"**

(El/La) contrato de prestación de servicios No. 1095 de 2023 se encuentra ejecutado no requiere liquidación.

Se expide en Bogotá D.C., a los 11 de enero de 2026 a solicitud del(la) interesado(a).

El presente certificado se emitió en formato electrónico y se expide como original firmado digitalmente para garantizar su plena validez jurídica. Contiene la información registrada en el aplicativo Certificaciones de Contratos en Línea cargados vía Web.

Para validar la autenticidad del certificado ingrese a la página https://tramites.minsalud.gov.co/Certificacioncontratos/validarCertificacion.aspx e ingrese el siguiente código de verificación: 2026011110952023289520

CHRISTIAN FELIPE GALINDO RUIZ

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 sábado 10 de enero de 2026, a las 11:06:53, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 1033692527 |
| Código de Verificación | 1033692527260110110653 |

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO
## No. 288276441

PIB
11:09:09


Bogotá DC, 10 de enero 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) CARLOS YEFERSON SOTO MAHECHA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1033692527:

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

Carlos William Rodríguez Millán
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 11:10:37 AM horas del 10/01/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1033692527**
Apellidos y Nombres: **SOTO MAHECHA CARLOS YEFERSON**

**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.

DIJIN

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

# 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 1033692527 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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

Se expide en Bogotá el 10/01/2026 11:17 AM

Código Verificación: **XQBGPV5AS9**

Válida hasta: **10/04/2026**

---

## Dirección de Gobierno Digital

## MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

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, 25/01/2026 05:21:30 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1033692527** y Nombre: **CARLOS YEFERSON SOTO MAHECHA.**

## 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. **133421855** . 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

# 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 17:23:27 horas del 25/01/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1033692527,** Apellidos y Nombres **SOTO MAHECHA CARLOS YEFERSON**

**NO REGISTRA INHABILIDAD**

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JUAN DE DIOS Y MATERNO** , con NIT **901933432-0** 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.

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 | 2026-01-12 19:57 |
|---|---|---|---|

Nombres y apellidos completos

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| CARLOS | YEFERSON | SOTO | MAHECHA |

Documento de identificación

| Tipo | CEDULA DE CIUDADANIA | Número | 1033692527 |
|---|---|---|---|

Lugar de nacimiento

| País | COLOMBIA | Departamento | BOGOTÁ. D.C. | Municipio | BOGOTÁ. D.C. |
|---|---|---|---|---|---|

Lugar de domicilio

| País | COLOMBIA | Departamento | BOGOTÁ. D.C. | Municipio | BOGOTÁ. D.C. |
|---|---|---|---|---|---|

| 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 | MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL |
|---|---|

Lugar de sede

| País | COLOMBIA | Departamento | BOGOTÁ. D.C. | Municipio | BOGOTÁ. D.C. |
|---|---|---|---|---|---|

| Dirección | ["CARRERA 13 N 32  76  "] |
|---|---|
| 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 | $50.000.000,00 |
| Cesantías e intereses de cesantías | |
| Gastos de representación | |
| Arriendos | |
| Honorarios | |
| Otros ingresos y rentas | |
| TOTAL | $50.000.000,00 |

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 | $25.000.000,00 |

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| Tipo de bien | País | Departamento | Municipio | Valor |
|---|---|---|---|---|
| CASA | COLOMBIA | BOGOTÁ. D.C. | BOGOTÁ. D.C. | $450.000.000,00 |
| CARRO | COLOMBIA | BOGOTÁ. D.C. | BOGOTÁ. D.C. | $16.000.000,00 |
| MOTO | COLOMBIA | BOGOTÁ. D.C. | BOGOTÁ. D.C. | $48.000.000,00 |

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:

| |
|---|
| |

**Soto**

COLOMBIA, Bogotá

**0** Recomendación (es)

**Número de documento:**1033692527

## Proponentes plurales a los que pertenece

### Identificación Entidad/Persona Natural (Si es Entidad Estatal el Tipo de Documento debe ser NIT)

**Nombre de la Entidad:** Carlos Yeferson Soto Mahecha
**Nombre abreviado:** Soto
**Tipo de documento:** Cédula de Ciudadanía
**Número de documento:** 1033692527
**Tipo Entidad Estatal / Proveedor:** Persona Natural colombiana
**País:** COLOMBIA
**Ubicación:** CO-DC-11001 - Bogotá Departamento: Distrito Capital de Bogotá Municipio: Bogotá

### *Representante Legal/Persona Natural/Veeduría Ciudadana (Información obligatoria)

**Nombre y apellido:** Carlos Yeferson Soto Mahecha
**Identificación:** 1033692527
**Nacionalidad:** Colombiano
**Domicilio:** Calle 60 sur # 22 G 43
**Tipo documento:** Cédula de Ciudadanía
**Género:** Hombre
**¿Tiene alguna discapacidad?** ○ Sí ◉ No

### Información General

**MiPyme:** No
**Régimen tributario:** Persona natural
**Emprendimiento y/o Empresas de Mujeres:** ○ Sí ◉ No
**Pertenence a un grupo étnico?:** No
**Condiciones especiales:** No Aplica

### Contactos

**Dirección:** Calle 60 Sur # 22 G 43
**Código postal:** 111911
**Correo electrónico de la oficina:** carsotoma@gmail.com
**Teléfono de oficina:** 3212182061
**Fax de oficina:**
**Página web:**
**Correo electrónico para notificaciones SECOP II:** carsotoma@gmail.com
**Link facebook:**
**Link linkedin:**
**Link youtube:**

**Link twitter:**

Documentos relacionados

**DECLARACIÓN JURAMENTADA DE NO ESTAR INCURSO EN CAUSALES DE INHABILIDAD, INCOMPATIBILIDAD O CONFLICTO DE INTERESES PARA CONTRATAR, Y DE VERACIDAD, AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD SOBRE LOS DOCUMENTOS APORTADOS**

Yo, **Carlos Yeferson Soto Mahecha**, identificado con cédula de ciudadanía No. **1033692527** expedida en **Bogotá D.C.**, por medio del presente y bajo la gravedad de juramento, de conformidad con lo establecido en los artículos 8° y 9° de la Ley 80 de 1993, el artículo 18 de la Ley 1150 de 2007, la Ley 1474 de 2011 y el Decreto 1082 de 2015, en concordancia con los artículos 26 numeral 7, 44 y 52 de la Ley 80 de 1993, **DECLARO** que no me encuentro incurso en causales de inhabilidad, incompatibilidad o conflicto de intereses para contratar con el Estado, con ocasión del contrato de prestación de servicios profesionales y/o apoyo a la gestión que suscribiré con **EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JUAN DE DIOS Y MATERNO INFANTIL.**

Así mismo, y también bajo la gravedad de juramento, en cumplimiento del artículo 83 de la Constitución Política, el artículo 26 de la Ley 80 de 1993, la Ley 1474 de 2011 (Estatuto Anticorrupción) y demás normas concordantes, así como con pleno entendimiento de las consecuencias establecidas en el Código Penal por la vulneración de lo tipificado en los artículos 287, 289 y concordantes, declaro libre y voluntariamente que todos los documentos, certificaciones, soportes e información aportados dentro del proceso contractual son auténticos, veraces y corresponden a la realidad, asumiendo la responsabilidad legal derivada de su falsedad o adulteración.

**DECLARO QUE:**

1. No tengo cónyuge, compañero o compañera permanente que sea servidor público en los niveles directivo, asesor, ejecutivo, o de un miembro de la junta o consejo directivo de la entidad, ni vínculos de este tipo con quien ejerza funciones de control interno o de control fiscal.
2. No tengo vínculos de parentesco, hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con los servidores públicos de los niveles, directivo, asesor, ejecutivo o con los miembros de la junta o consejo directivo, o con las personas que ejerzan el control interno o fiscal de la entidad contratante.
3. No tengo condición de servidor (a) público (a) en ningun otra entidad pública.
4. No he sido sujeto (a) de declaratoria de caducidad contractual.
5. No existe sentencia judicial en la que haya sido condenado (a) a la plena accesoria de interdicción de derechos y funciones públicas y no he sido sancionado (a) disciplinariamente con destitución.

6. No he sido declarado (a) responsable judicialmente por la comisión de delitos de peculado, concusión, cohecho, prevaricato en ninguna de sus modalidades, ni soborno transnacional, así como sus equivalentes en otras jurisdicciones.
7. No soy miembro de la junta o consejo directivo, ni servidor (a) público (a) de la entidad contratante.
8. **Declaro que todos los documentos, certificados, soportes y demás información aportada dentro del proceso contractual son auténticos, veraces y corresponden a la realidad.**
9. **Manifiesto que no he alterado, modificado, falsificado o inducido a error a la entidad mediante la presentación de documentos o información inexacta.**
10. **Autorizo a la Entidad** para verificar la autenticidad y validez de los documentos aportados ante cualquier autoridad, institución o base de datos pública o privada.
11. Manifiesto que la presente declaración se otorga para todos los efectos contractuales y legales dentro del trámite con el HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JUAN DE DIOS Y MATERNO INFANTIL.
12. **En caso contrario a lo anterior, asumo plena responsabilidad administrativa, civil y penal por la falsedad o alteración de la información suministrada, de conformidad con el Código Penal (arts. 287, 289 y demás disposiciones aplicables), así como con lo establecido en la Ley 1474 de 2011 (Estatuto Anticorrupción) y demás normas concordantes.**

Firma: _____

Nombre: Carlos Yeferson Soto Mahecha

Identificación: 1033692527

Correo electrónico: carsotoma@gmail.com

Teléfono: 3212182061

Fecha: 10/01/2026

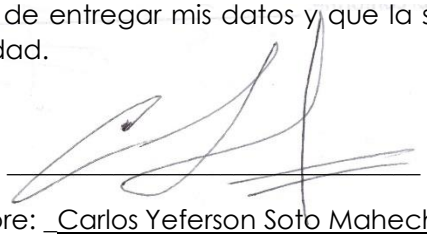
**AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y CARGUE EN PLATAFORMA SECOP II**

Yo, _Carlos Yeferson Soto Mahecha_ identificada con cédula de ciudadanía No. _1033692527_ expedida en _Bogotá D.C._, 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 Hospital San Juan de Dios y Materno Infantil, para que realice la recolección y tratamiento de mis datos personales que suministro de manera veraz y completa, de acuerdo a la política de tratamiento y protección de datos personales, toda vez que los datos serán utilizados para los diferentes aspectos relacionados con la contratación 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 Hospital San Juan de Dios y Materno Infantil a remitir notificaciones electrónicas al correo electrónico registrado por el suscrito en la plataforma SECOP II.

Asimismo, declaro bajo la gravedad de juramento la autenticidad de la documentación personal allegada dentro del trámite de contratación y autorizó al Hospital San Juan de Dios y Materno Infantil a realizar el cargue sin confidencialidad en la plataforma SECOP II.

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: _Carlos Yeferson Soto Mahecha_

Identificación: _1033692527_

Fecha: _10/01/2026_

# PACO - CONTRATISTA

| # | Monto | Objeto de contrato | Entidad | Fecha inicio | Fecha terminación | Departamento | Detalles |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | $28,266,667 | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES A LA SUBDIRECCION DE INFRAESTRUCTURA EN SALUD PA ... | MINSALUD ... | 2023-09-15 | 2023-12-30 | BOGOTA | |



REPÚBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES
Tarjeta Reservista Segunda Clase

NÚMERO 1033692527

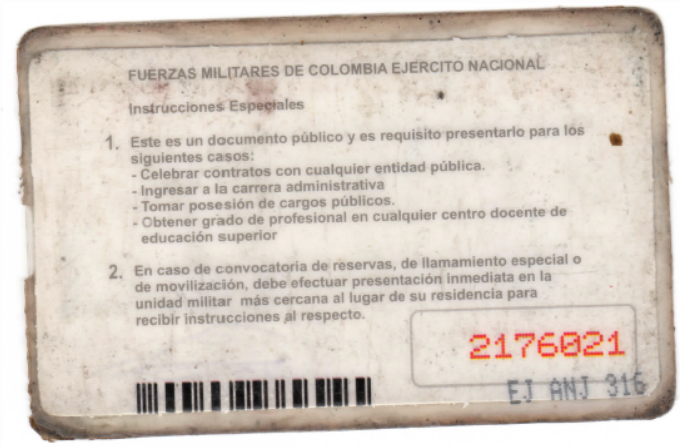
APELLIDOS Y NOMBRES
SOTO MAHECHA
CARLOS YEFERSON

PERTENECE AL EJERCITO DE:

| 1ª LÍNEA 31 - DIC | 2ª LÍNEA 31 - DIC | 3ª LÍNEA 31 - DIC |
|---|---|---|
| 2017 | 2027 | 2037 |

PROFESIÓN BACHILLER

FECHA DE EXP: [illegible] CDTE. DE DISTRITO



FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJERCITO NACIONAL

Instrucciones Especiales

1. Este es un documento público y es requisito presentarlo para los siguientes casos:
   - Celebrar contratos con cualquier entidad pública.
   - Ingresar a la carrera administrativa
   - Tomar posesión de cargos públicos.
   - Obtener grado de profesional en cualquier centro docente de educación superior
2. En caso de convocatoria de reservas, de llamamiento especial o de movilización, debe efectuar presentación inmediata en la unidad militar más cercana al lugar de su residencia para recibir instrucciones al respecto.

2176021

EJ ANJ 316

**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:

**CARLOS YEFERSON SOTO MAHECHA,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.033.692.527**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 10 de Enero 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.

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

*063261440*

No. de Radicación SAT

Fecha de Radicación: 26 01 2024

## 1. DATOS DEL TRÁMITE

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

| 1. Tipo de trámite | 2. Tipo de Afiliación | 3. Régimen | 4. Contribución solidaria | 5. Tipo de afiliado | 6. Tipo de cotizante | 7. Código (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| A. Afiliación ☐<br>B. Reporte de Novedades ☒ | A. Individual - Cotizante o cabeza de familia ☐<br>- Beneficiario o afiliado adicional ☐<br>B. Colectiva ☐<br>C. Institucional ☐<br>D. De oficio ☐ | A. Contributivo ☒<br>B. Subsidiado ☐ | SI ☐<br>NO ☐ | A. Cotizante ☒ C. Beneficiario ☐<br>B. Cabeza de familia ☐ D. Afiliado adicional ☐ | A. Dependiente ☐<br>B. Independiente ☒<br>C. Pensionado ☐ | |

## A. AFILIACIÓN — II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

| 8. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| Primer Apellido: Sola | Segundo Apellido: Mahecha | Primer nombre: Carlos | Segundo nombre: Yeferson |

| 9. Tipo de documento de identidad | 10. Número del documento de identidad | 11. Sexo biológico | 12. Sexo identificación | 13. Nacionalidad |
|---|---|---|---|---|
| CC | 1053692527 | Femenino ☐ Masculino ☒ | Femenino ☐ Masculino ☐<br>T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual | Colombiano |

| 14. Lugar de nacimiento | | | | 15. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|
| Municipio: La Dorada | País: Colombia | Departamento: Caldas | Municipio | D D M M A A A A: 0 8 0 7 1 9 9 7 |

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

| 16. Etnia | 17. Comunidad | 18. Discapacidad | Categoría discapacidad | 19. Tiene encuesta SISBÉN | 20. Clasificación SISBÉN | 21. Grupo de población especial |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SI ☐ NO ☐ | | SI ☐ NO ☐ | Nivel ☐ Grupo ☐ | |

| 22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL | 23. Administradora de Pensiones | 24. Ingreso base de cotización - IBC | 25. Tarifa contribución solidaria |
|---|---|---|---|
| Positiva | Porvenir | 1'750.905 | |

| 26. Residencia | | | |
|---|---|---|---|
| Dirección: Calle 60 sur # 22643 | Teléfono fijo | Teléfono celular: 3212162061 | Correo electrónico: carsolma@gmail.com |
| Departamento: Bolívar | Municipio / Distrito: Cartagena | Localidad / Comuna: Ciudad Bolívar | Zona: Cabecera Municipal ☐ Rural Disperso ☐ Centro Poblado ☐ Resto Rural ☐ |

## IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante

| 27. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |

| 28. Tipo de documento de identidad | 29. Número del documento de identidad | 30. Sexo biológico | 31. Sexo identificación | 32. Nacionalidad |
|---|---|---|---|---|
| | | Femenino ☐ Masculino ☐ | Femenino ☐ Masculino ☐<br>T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual | |

| 33. Lugar de nacimiento | | | | 34. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|
| Municipio | País | Departamento | Municipio | D D M M A A A A |

## Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

| 35. Apellidos y nombres | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo nombre |
| B1 | | | | |
| B2 | | | | |
| B3 | | | | |
| B4 | | | | |
| B5 | | | | |

| | 36. Tipo de documento de identidad | 37. Número del documento de identidad | 38. Nacionalidad | 39. Sexo biológico | | 40. Sexo identificación | | | | | | 41. Lugar de nacimiento | | | 42. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Femenino | Masculino | F | M | T | NB | Otro | Cual | País | Departamento | Municipio | D D M M A A A A |
| B1 | | | | | | | | | | | | | | | D D M M A A A A |
| B2 | | | | | | | | | | | | | | | D D M M A A A A |
| B3 | | | | | | | | | | | | | | | D D M M A A A A |
| B4 | | | | | | | | | | | | | | | D D M M A A A A |
| B5 | | | | | | | | | | | | | | | D D M M A A A A |

## Datos complementarios del beneficiario

| | 43. Parentesco | 44. Etnia | 45. Comunidad | 46. Grupo de población especial | 47. Tiene encuesta SISBÉN | | 48. Clasificación SISBÉN | | 49. Discapacidad | | | 50. INCAPACIDAD PERMANENTE | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | SI | NO | NIVEL | GRUPO | SI | NO | CATEGORÍA DISCAPACIDAD | SI | NO |
| B1 | | | | | | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | | | | | | | |

## 51. Datos de residencia

| | Departamento | Municipio / Distrito | Zona | Cabecera Municipal | Rural Disperso | Centro Poblado | Resto Rural | Teléfono fijo y/o celular | 52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | | | |

| | Dirección | Localidad / Comuna | Correo electrónico |
|---|---|---|---|
| B1 | | | |
| B2 | | | |
| B3 | | | |
| B4 | | | |
| B5 | | | |



Scanned with CamScanner

| 53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS | | 54. Código de la IPS (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|
| C | Cclsubsidio Calle 26 | |
| B1 | | |
| B2 | | |
| B3 | | |
| B4 | | 2601 2026 |
| B5 | | |

## V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

| 55. Nombre o razón social | 56. Tipo de documento de identificación | 57. Número del documento de identificación | 58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| Carlos Solo | CC | 1033692527 | |

| 59. Ubicación Dirección | Teléfono | Correo electrónico | Municipio / Distrito | Departamento |
|---|---|---|---|---|
| Calle 6 Sur #226-43 | 3212182061 | | Bosa | Cundinamarca |

## B. REPORTE DE NOVEDADES

**60. Tipo de Novedad**

1. Modificación de datos básicos de identificación [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación [ ] 3. Actualización del documento de identidad [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS Código [ ] 6. Reporte de pago a través de un tercero Código [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar [X] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ] 11. Inscripción EPS retorno al país [ ] 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 14. Movilidad: A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ] 15. Traslado: A Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ] 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia [ ] 17. Reporte del trámite de protección al cesante [ ] 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ] 19. Reporte de la calidad de Pensionado [ ] 20. Ingreso a Contribución Solidaria [ ] 21. Retiro de Contribución Solidaria [ ]

## VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

| 61. Datos básicos de identificación | | | |
|---|---|---|---|
| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |

| Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | 62. Sexo biológico | 63. Sexo identificación | 64. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|
| | | Femenino [ ] Masculino [ ] | Femenino [ ] Masculino [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual | D D M M A A A A |

| 65. EPS anterior | 66. Fecha de novedad | 67. Motivo de traslado | 68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones |
|---|---|---|---|
| Famisanar | D D M M A A A A | Código [ ] | |

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

[ ] 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
[ ] 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
[ ] 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
[ ] 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
[ ] 73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
[ ] 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
[ ] 75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
[ ] 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
[ ] 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
[ ] 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.

## VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

**79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria**

| Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer nombre | Segundo nombre |

| Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad |
|---|---|
| | |

## IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional

81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

## X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad

| CN | RC | TI | CC | PA | CE | CD | SC |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Cantidad: | | | | | | | | |

TOTAL ANEXOS [ ]

83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [X]
85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la uniónmarital. [ ]
86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres [X]
89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del arcticulo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016. [X]
90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. [X]

## XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

| 92. Identificación de la Entidad Territorial | 93. Nombre de la Institución |
|---|---|
| Código del municipio [ ] Código del departamento [ ] | |

## XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPOINSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

Aval 15796

| 94. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer nombre | Segundo nombre |

| Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | 95. Firma del funcionario |
|---|---|---|
| | | |

| 96. Fecha de radicación | 97. Fecha de validación | OBSERVACIONES: |
|---|---|---|
| D D M M A A A A | D D M M A A A A | Independiente |

ATU13020A21 Famisanar
26 ENE. 2026
RECIBIDO
NO IMPLICA ACEPTACIÓN
HASTA VERIFICAR

Vigilado Supersalud

**Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.**

24/12/2024 V3

dispapeles

Scanned with CamScanner

## CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) CARLOS YEFERSON SOTO MAHECHA identificado(a) con CC 1033692527 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 3° COTIZANTE.

| | |
|---|---|
| **Fecha de Activación de Servicios:** | **19/01/2026** |
| **Estado de la Afiliación:** | **ACTIVO** |
| **IPS:** | **COLSUBSIDIO CENTRO MEDICO PRIMERO DE MAYO** |
| **Categoría:** | **A** |

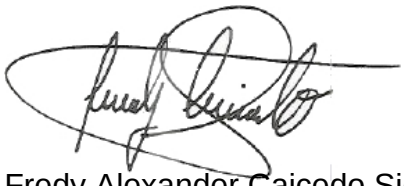
La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE** , a los 25 días del mes de enero del año 2026 .

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

**Observaciones:**

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

**EPS FAMISANAR S.A.S.**