

ENCUESTA DEMOGRAFICA

2025-11-26

Radicado #: 625196

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Aceptar

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
52874911

NUMERO

CAMARGO PARRA

APELLIDOS

CYNDY PAOLA

NOMBRES

Lyndy Camargo

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 11-JUL-1982

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.53
ESTATURA

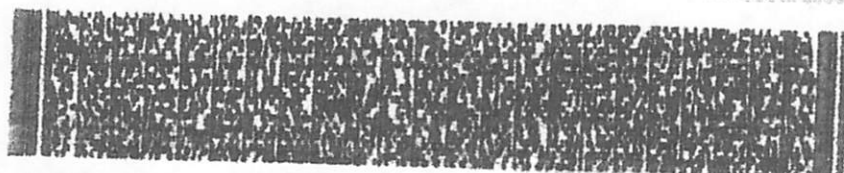
O+
G.S. RH

F
SEXO

30-AGO-2000 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

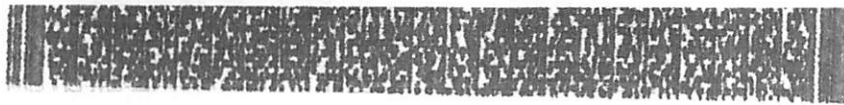
INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR



P-1500119-42085921-F-0052874911-20010420

0677801086A 02 095418273



REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

INDICE DERECHO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

30-AGO-2000 BOGOTA D.C.

ESTATURA

1.53

G.S. RH

O+

SEXO

F

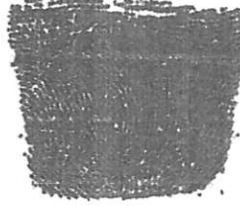
LUGAR DE NACIMIENTO

(CUNDINAMARCA)

BOGOTA D.C.

FECHA DE NACIMIENTO

11-JUL-1982



FIRMA

Cyndy Comaigo

NO. 9925

CYNDY PAOLA

APELLIDOS

CAMARGO PARRA

NUMERO

52874911

CEDELA DE CIUDADANIA

IDENTIFICACION PERSONAL
REPUBLICA DE COLOMBIA



11-JUL-2002

BOGOTA

O+

BOGOTA D.C.

BOGOTA D.C.

BOGOTA D.C.

Certificación Bancaria

Miércoles, 26 de noviembre de 2025

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que CYNDY PAOLA CAMARGO PARRA identificado(a) con CC 52874911, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta Ahorros		2009-01-21	ACTIVO	*****

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

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



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

 **Bancolombia**

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



La República de Colombia
y en su nombre la

Institución Educativa Distrital O.E.A.

Jornada Tarde

Aprobado por la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C.,

Según Resolución No. 4135 del 17 de Diciembre de 1999

Integración y nombre resoluciones

2441 del 20 de Agosto de 2002 y 3582 del 12 de Noviembre de 2002.

Confiere a:

Cindy Paola Camargo Parra.

Identificado (a) con C.C. No. 52.874.911 de Bogotá D.C.

CIENGA el Título de:

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media, según los planes y programas vigentes.



Rector

Secretario

Anotado al Folio No. 025 del Libro de Registro No. 01

Dado en Bogotá D.C. a 3 de Diciembre de 2002

No requiere Registro "según Decreto 921 del 6 de Mayo de 1994"
y 2150 del 5 de Diciembre de 1995

fisc

Acta de Grado

INSTITUCIÓN EDUCATIVA DISTRITAL O.E.A. JORNADA TARDE

Inscripción S.E. 6531 02/12/92
DANE 11100115605

En la ciudad de Bogotá a los Tres (3) días del mes de Diciembre del año 2002 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la rectoría del INSTITUCIÓN EDUCATIVA DISTRITAL O.E.A. JORNADA TARDE Institución aprobada hasta Nueva Visita en el nivel de Educación Media Académica y autorizada por la Secretaría de Educación Distrital para otorgar el Título de Bachiller en la modalidad Académica según Resolución No. 4135 del Diecisiete (17) de Diciembre del año 1999.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica se procedió a otorgar el TÍTULO DE:

BACHILLER ACADÉMICO

Al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

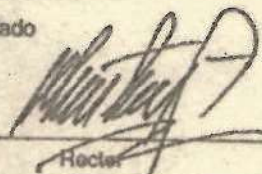
CAMARGO PARRA CYNDY PAOLA
C.C. 52.874.911 DE BOGOTÁ D.C.

Es fiel copia tomada del acta original general No. 09 de fecha 3 de Dic 2002 que consta de 122 alumnos que comienza con el nombre de AGUDELO MARTINEZ TATIANA CAROLINA y se cierra con el nombre de VILLAMIZAR MONTOYA JOHN JAIRO.

Firmado y sellado por JUAN SALVADOR MONTENEGRO ALDANA (Rector) y BLANCA CECILIA QUINTERO SANDOVAL (Secretaria).

Dada en Bogotá D.C. a los Tres (3) días del mes de Diciembre del año 2002.

Firmado y sellado


Rector
C.C. 3.266.236 de Zipaquirá


Secretaria
C.C. 41.642.912 de Bogotá
Diploma No. _____

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD E.S.E.	
	CERTIFICACIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON PERSONA NATURAL	CO-OPS-FT-22 V1

LA DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN

CERTIFICA QUE:

Revisando el archivo de gestión documental se evidenció que la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E., identificada con el Nit No. 900.958.564-9, suscribió con el(la) señor(a) CYNDY PAOLA CAMARGO PARRA; identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 52874911 el Contrato(s) de Prestación de Servicios con Persona Natural, pactando las siguientes condiciones y especificaciones:

CONTRATO	2472 de 2025
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE APOYO A LA GESTION ADMINISTRATIVO DEL PROCESO DE FACTURACIÓN EN LA DIRECCIÓN FINANCIERA
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 32.281.506.
FECHA DE INICIO	2025-01-16
FECHA DE TERMINACIÓN	2026-01-12
PERFIL	APOYO ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO - FACTURADOR - AUTORIZADOR SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN Y URGENCIAS O AREAS ADMINISTRATIVAS

OBLIGACIONES CONTRACTUALES

1. Atender humanizada, respetuosa y solidariamente a los usuarios internos y externos; crear de forma completa los pacientes que ingresan a la institución dejando registro en el sistema de información DGH o en su defecto realizar actualización constante de toda la información relevante a la identificación y georreferenciación de estos, realizar verificación de derechos en las bases de datos (ADRES, DNP, Comprobador de Derechos y Bases de Datos de acuerdo a la modalidad de contratación) identificando el pagador correspondiente de forma adecuada y oportuna.
2. Apoyar el proceso de autorizaciones con la EPS de los servicios que requieran autorización utilizando los formatos correspondientes para las autorizaciones ante las EAPB en cumplimiento de los tiempos establecidos en la normatividad vigente; registrando los trámites realizados en la hoja de ruta de autorizaciones como soporte de la misma y adjuntando los soportes en dinámica Gerencial en la opción de requerimientos de todos los documentos correspondiente al trámite de autorización y papeles administrativos que permitan validar la trazabilidad realizada ante las EAPB,
3. Registrar diariamente cargos de servicios de acuerdo a la autorización y/o orden médica y demás servicios que así se requieran y se encuentren debidamente realizados y soportados, notificando las inconsistencias
4. Cerrar el ingreso al momento del Egreso de los pacientes de servicio de Urgencias y/o Hospitalización cuando se dé el alta y generar la factura con todos los cargos de los servicios prestados previa auditoria de la factura, garantizando el diligenciamiento correcto de todos datos requeridos para los registros individuales de atención (Rips), generando tanto la orden de salida para el egreso del usuario y la factura teniendo en cuenta la normatividad y contratación vigente, al igual que generar el cobro de los copagos cuando así lo amerite realizando recibo de caja y/o pagare según el caso previo concepto de trabajo social, de ameritarlo se debe realizar al momento del egreso del usuario la asignación de citas prioritarias y/o apoyo en asignación de citas generales cuando sea requerido.
5. Depurar y solucionar los ingresos de urgencias y hospitalización en un plazo no mayor a 72 horas desde el reporte de los mismos,
6. Dar Respuesta a las devoluciones y glosas iniciales y/o definitivas que se generen por incumplimiento de las actividades asignadas en el contrato,
7. Presentar aporte de parafiscales dentro de los días 20-25 de cada mes con soportes requeridos para presentar la cuenta de cobro entre el 1-10 del mes siguiente de acuerdo al cumplimiento de las actividades contractuales; En caso de retiro de las actividades asignadas deberá dejar al día el 100% de las actividades contratadas así como la entrega oficial del inventario y utensilios de trabajo entregados para el desarrollo de las actividades, siendo esto pre-requisito para firma de paz y salvo institucional y pago correspondiente por el tiempo trabajo faltante por certificar,
8. Desarrollar las demás actividades que sean requeridas por el supervisor del contrato

De conformidad con lo pactado, no existió relación laboral entre el (la) contratista y la Subred Sur, dada la naturaleza del contrato de prestación de servicios de apoyo a la gestión, regulado por el estatuto General de Contratación de la Administración pública (Ley 80/1993 Art.32) y reglado en el Manual de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

Esta constancia se expide a solicitud del interesado(a), a los 1 días del mes de Diciembre de 2025.


KAREN DAHIANA FAJARDO JIMÉNEZ
Directora Operativa de Contratación
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE

La presente certificación se expide con firma mecánica autorizada mediante resolución de gerencia de la Subred Integrada de servicios de Salud Sur E.S.E. No. 502 del 23 de abril de 2021



CONSULTA DE COMPROBANTE DE INSCRIPCIÓN
BANCO DE HOJAS DE VIDA BOGOTÁ D.C.

NÚMERO INSCRIPCIÓN: 620683 [Descargar registro aquí](#)

1. Datos personales

Primer nombre CINDY	Otros nombres PAOLA	Primer apellido CAMARGO
Segundo apellido PARRA	Fecha de Nacimiento 11/07/1982	

2. Formación Académica

Lista de estudios

Nivel educativo	Título académico	Graduado	Semestres cursados
Educación media (hasta grado once aprobado)		Si	

Otros estudios

Nombre curso	Graduado	Horas
No se encontraron otros estudios registrados		

Estimado (a) Ciudadano (a) este comprobante únicamente certifica el registro de su perfil laboral o profesional en el Banco de Hojas de Vida de Bogotá, D.C; como usuario (a) lo hace responsable de la veracidad, actualización, consolidación, complementación y afirmaciones propias que reposan en su hoja de vida y por las consecuencias de incluir o colocar dicha información en el aplicativo. Este comprobante de registro no es garantía expresa ni implícita de otorgar un contrato con organismos o entidades distritales a quien haga uso de este repositorio.

Volver

Regresar



Bogotá D.C.,

Señores

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.

Ciudad,

ASUNTO: **OFRECIMIENTO PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS**

Cordial saludo,

Por medio de la presente me permito ofrecer mis servicios como AUXILIAR ADMINISTRATIVO bajo la modalidad de contrato de prestación de servicios, como persona natural, para satisfacer la necesidad requerida por la Subred Sur E.S.E.

Informo que me encuentro registrado en las siguientes plataformas: TALENTO NO PALANCA¹, SIDEAP², SECOP II³ y ReTHUS⁴ en el evento de ser requerido para personas que presten servicios de salud.

Atentamente,


FIRMA

CINDY PAOLA CAMARGO PARRA

UR

cindypaolacampar@gmail.com

¹ Circular 051 de 2020, en cumplimiento de la Ley 201 de 2019 y conforme los compromisos de transparencia y lucha contra la corrupción planteados por la Administración Distrital.

² <https://sideap.serviciocivil.gov.co>

³ Plataforma transaccional en la cual las Entidades Estatales pueden hacer todo el Proceso de Contratación en línea. Los Proveedores pueden conocer la demanda de las Entidades Estatales, obtienen información de los Procesos de Contratación, presentan ofertas y gestionan sus contratos; los organismos de control hacen la auditoría del Sistema de Compra; y la sociedad civil conoce la forma como las Entidades Estatales ejecutan el dinero de los contribuyentes para entregar bienes, obras y servicios a las personas.

⁴ Es la inscripción, en el sistema de información definido por el Ministerio de Salud y Protección Social, del talento humano en salud que cumple con los requisitos establecidos en la Ley 1164 de 2007, proceso con el cual se entiende que dicho personal se encuentra autorizado para el ejercicio de una profesión u ocupación del área de la salud.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
C.M.D.C.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.

INFORMACIÓN GENERAL CONTRATISTAS

CO-OPS-FT-28 V4

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE EN SU TOTALIDAD

TIPO DE DOCUMENTO CC ☒ CE ☐ PPT ☐

NÚMERO DE DOCUMENTO: 52874911 FECHA DE NACIMIENTO: 11 julio 1982

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: Cindy Paola Camargo Bero

DIRECCIÓN: [REDACTED]

LOCALIDAD: [REDACTED]

TELÉFONO: [REDACTED]

CORREO ELECTRÓNICO: [REDACTED]

EPS: Famisanor FONDO DE PENSIONES Porvenir ARL Positivo

USTED FACTURA ELECTRONICAMENTE: SI ☒ NO ☐

ESTADO CIVIL: CASADO ☐ SOLTERO ☒ UNIÓN MARITAL DE HECHO ☐

MADRE/PADRE CABEZA DE FAMILIA: SI ☒ NO ☐

CUANTOS HIJOS MENORES DE 12 AÑOS TIENE ☐ NA. ☒

CUANTOS HIJOS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD TIENE ☐ NA. ☐

USTED PRESENTA ALGUNA DISCAPACIDAD: SI ☐ NO ☒ ¿CUÁL? ☐

PERTENECE USTED A ALGUNA COMUNIDAD ÉTNICA: INDÍGENA ☐ AFRODESCENDIENTE ☐

OTRO ¿CUÁL? Ninguno

USTED ACTUALMENTE TIENE UN CONTRATO SIMULTANEO CON OTRA ENTIDAD: SI ☐ NO ☒

¿CUÁL ENTIDAD? ☐

USTED TIENE FAMILIARES TRABAJANDO ACTUALMENTE EN LA SUBRED SUR E.S.E.: SI ☐ NO ☒

SI SU RESPUESTA ES SI, ¿EN QUE ÁREA O DEPENDENCIA TRABAJA? N/A

SU FAMILIAR ES: PADRE ☐ MADRE ☐ HERMANO(A) ☐ TIO(A) ☐ PRIMO(A) ☐

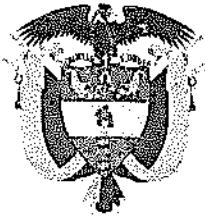
OTRO, ¿CUÁL? N/A

EN CASO DE EMERGENCIAS CONTACTAR A: 3144193345

NÚMERO DE CONTACTO: Cindy Camargo

Cindy Camargo

Nombres Apellidos y Firma



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

Sideap_{2.0}

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO CAMARGO		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) PARRA		NOMBRES CINDY PAOLA	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. [REDACTED]			SEXO F ☒ M ☐		NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO _____ D.M. _____					
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA <input type="text" value="11"/> MES <input type="text" value="JUL"/> AÑO <input type="text" value="1982"/> PAÍS <input type="text" value="Colombia"/> DEPTO <input type="text" value="Bogotá D.C."/> CIUDAD <input type="text" value="Bogotá D.C."/>			[REDACTED] EMAIL <input type="text" value="cindypaolacampar@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 BACHILLER			
PRIMARIA					SECUNDARIA			MEDIA			FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	DICIEMBRE	AÑO	2002

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESCRITO EN ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
------------------	--------------------------	-----------------	-------



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

DOMINIO DE IDIOMAS

ESPECIFIQUE 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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
	DÍA 1 MES 1 AÑO 2025		DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
apoyo administrativo facturador de urgencias	facturacion de urgencias	CALLE 70 P SUR 20 21	

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
Privada	0	0
Pública	0	11
Total	0	11



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar



5

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ☐ NO ☒ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD 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 CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Bogotá D.C. - null

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica
null

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUI 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



El futuro
es de todos

Gobierno
de Colombia

FORMULARIO ÚNICO
DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
Persona Natural
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur E.S.E.

Sideap^{2.0}

Última Actualización: 25-jul-2025

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, CINDY PAOLA CAMARGO PARRA

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 52874911 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
		Hijo(a)

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,

PARA TOMAR POSESION ☐ PARA RETIRARME ☐ PARA ACTUALIZACION ☒

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ☐

QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	\$ 0,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	\$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	\$ 0,00
ARRIENDOS	\$ 0,00
HONORARIOS	\$ 18.336.210,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 0,00
TOTAL	\$ 18.336.210,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
			kenedy	\$ 100,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
		\$ 0,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
		\$ 0,00



El futuro
es de todos

Gobierno
de Colombia

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur E.S.E.

Sideap 2.0

Última Actualización: 25-jul-2025

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐	

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

Cindy Comargo

11
35
STA

BOGOTÁ D.C. 25-jul-2025

CIUDAD Y FECHA

FORMATO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

DATOS PERSONALES

Nombre:	CINDY PAOLA CAMARGO PARRA
Identificación:	
Entidad:	e Servicios de Salud Sur E.S.E.
Cargo:	
Correo:	@gmail.com
Tipo declaración:	ato de prestación de servicios
Fecha Declaración:	

El/la servidor/a público/a o colaborador/a, se compromete desde ya, a informar a la Administración Distrital, de los eventos o situaciones potenciales o reales que puedan llegar a ser constitutivas de conflicto de intereses, así como de actualizar esta declaración en el momento en que se presente alguna de las tipologías que dé lugar a la configuración de un conflicto de interés.

Lo anterior, en aras de resguardar el interés general propio de la función pública y que este no entré en conflicto con el interés particular, de acuerdo a lo contemplado en la Leyes: 2016 de 2020 - Código de Integridad del Servicio Público Colombiano, adoptado para el Distrito Capital mediante el Decreto Distrital 118 de 2018; 1952 de 2019, modificada por la Ley 2094 de 2021 - Código General Disciplinario; 1437 de 2011 - Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y 190 de 1995 - Estatuto Anticorrupción anterior a la Ley 1474 de 2011.

Para efectos del diligenciamiento: Para suscribir contrato de prestación de servicios

Para el efecto manifiesto bajo la gravedad del juramento:

Documento electrónico: da1b1d7e940d90be9e2ef0a758e015f594dd7ed19cdcca93db716744571d7688

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA I.	1. Interés directo
DESCRIPCIÓN	Que el(la) servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado, tenga interés particular y directo en la regulación, gestión, control o decisión del asunto
NORMATIVIDAD	<ul style="list-style-type: none"> • C.P.C, art. 126. • Ley 1437 de 2011, art.11. • Ley 1952 de 2019, art. 44, 56 núm. 1 y 2, 71, 104 num.1. • Ley 1564 de 2012, art 141, num.1.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

TIPOLOGIA I.	2. Conocimiento previo
DESCRIPCIÓN	Que el(la) servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado, haya conocido del asunto en oportunidad anterior
NORMATIVIDAD	<ul style="list-style-type: none"> • Ley 1437 de 2011, art. 11, numeral 2. • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 2.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

TIPOLOGIA I.	3. Concepto o consejo fuera de la actuación
DESCRIPCIÓN	Que el(la) servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado, haya dado consejo o concepto por fuera de la actuación administrativa sobre las cuestiones materia de la misma, o haya intervenido en esta como apoderado(a), agente del Ministerio Público, perito(a) o testigo(a)
NORMATIVIDAD	<ul style="list-style-type: none"> • Ley 1437 de 2011, art.11 núm. 11. • Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 4. • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 12.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

TIPOLOGIA I.	4. Que se haya proferido la decisión sujeta a revisión
DESCRIPCIÓN	Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) haya proferido la decisión que está sujeta a su revisión
NORMATIVIDAD	<ul style="list-style-type: none"> Ley 1952 de 2019, art. 140, núm. 2.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

TIPOLOGIA II.	5. Relación con las partes
DESCRIPCIÓN	Que el(la) servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado, tenga relación con las partes interesadas en el asunto
NORMATIVIDAD	<ul style="list-style-type: none"> • Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 3. • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 3.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

TIPOLOGIA III.	6. Heredero o legatario
DESCRIPCIÓN	Que él(la) servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado, sea heredero(a) o legatario(a) de alguna de las personas interesadas en la actuación administrativa
NORMATIVIDAD	<ul style="list-style-type: none"> • Ley 1437 de 2011, art. 11, numeral 12. • Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 7. Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 13.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

TIPOLOGIA IV.	7. Amistad o enemistad
DESCRIPCIÓN	Que exista enemistad grave por hechos ajenos a la actuación administrativa, o amistad entrañable entre el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado y alguna de las personas interesadas en la actuación administrativa, su representante o apoderado(a)
NORMATIVIDAD	<ul style="list-style-type: none"> • Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 8. • Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 5. • Ley 1564 de 2012, art. 141, numeral 9.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

TIPOLOGIA V.	8. Curador o tutor del interesado
DESCRIPCIÓN	Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado, sea curador(a) o tutor(a) de la persona interesada en el asunto
NORMATIVIDAD	<ul style="list-style-type: none"> • Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 3. • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 4.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

TIPOLOGIA VI.	9. Organización, sociedad o asociación a la cual perteneció o continúa siendo miembro
DESCRIPCIÓN	Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado, sea socio(a) de alguna de las personas interesadas en la actuación administrativa o su representante o apoderado(a) en sociedad de personas
NORMATIVIDAD	<ul style="list-style-type: none"> • Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 10. • Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 6. • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 11.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

TIPOLOGIA VII.	10. Litigio o controversia
DESCRIPCIÓN	Que exista litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales entre el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado y cualquiera de los interesados en la actuación, su representante o apoderado(a)
NORMATIVIDAD	<ul style="list-style-type: none"> • Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 10. • Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 6. • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 11.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

TIPOLOGIA VII.	11. Decisión administrativa pendiente
DESCRIPCIÓN	Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado tenga decisión administrativa pendiente en que se controvierta la misma cuestión jurídica que debe resolver
NORMATIVIDAD	<ul style="list-style-type: none"> • Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 13. • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 14.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

TIPOLOGIA VIII.	12. Denuncia penal
DESCRIPCIÓN	Que alguno de los interesados en la actuación, su representante o apoderado(a) haya formulado queja disciplinaria contra el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado antes de iniciarse la actuación administrativa; o durante su trámite, siempre que la denuncia se refiera a hechos ajenos a la actuación y que el denunciado(a) se halle vinculado(a) a la investigación disciplinaria
NORMATIVIDAD	<ul style="list-style-type: none"> • Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 6. • Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 8. • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 7.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

TIPOLOGIA VIII.	13. Denuncia Penal
DESCRIPCIÓN	Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado haya formulado denuncia penal contra una de las personas interesadas en la actuación administrativa o su representante o apoderado(a), antes de iniciarse la actuación administrativa; o durante su trámite, siempre que la denuncia se refiera a hechos ajenos a la actuación y que el denunciado(a) se halle vinculado(a) a la investigación penal, o estar aquellos legitimados para intervenir como parte civil en el respectivo proceso penal
NORMATIVIDAD	<ul style="list-style-type: none"> • Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 7. • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 8.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

TIPOLOGIA IX.	14. Acreedor/ deudor
DESCRIPCIÓN	Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado, sea acreedor(a) o deudor(a) de alguna de las personas interesadas en la actuación administrativa, su representante o apoderado(a), salvo cuando se trate de persona de derecho público, establecimiento de crédito o sociedad anónima
NORMATIVIDAD	<ul style="list-style-type: none"> • Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 9. • Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 9. • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 10.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

TIPOLOGIA X.	15. Antiguo empleador
DESCRIPCIÓN	Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado, dentro del año anterior, haya tenido interés directo o haya actuado como representante, asesor(a), presidente(a), gerente(a), director(a), miembro(a) de Junta Directiva o socio(a) de gremio, sindicato, sociedad, asociación o grupo social o económico interesado(a) en el asunto objeto de definición
NORMATIVIDAD	<ul style="list-style-type: none"> Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 16.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

TIPOLOGIA XI.	16. Lista de candidatos
DESCRIPCIÓN	Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado haya hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular inscritas o integradas también por el interesado(a) en el período electoral coincidente con la actuación administrativa o en alguno de los dos períodos anteriores
NORMATIVIDAD	<ul style="list-style-type: none"> Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 14.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

TIPOLOGIA XII.	17. Recomendación
DESCRIPCIÓN	Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado haya sido recomendado(a) por el interesado(a) en la actuación para llegar al cargo que ocupa o haya sido señalado por este como referencia con el mismo fin
NORMATIVIDAD	<ul style="list-style-type: none"> Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 15.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

TIPOLOGIA XIII.	18. Relación contractual o de negocios
DESCRIPCIÓN	Que alguno de los interesados(as) en la actuación administrativa sea representante, apoderado(a), dependiente, mandatario(a) o administrador(a) de los negocios del servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado
NORMATIVIDAD	<ul style="list-style-type: none"> • Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 4. • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 5.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

TIPOLOGIA XIV.	19. Participación directa
DESCRIPCIÓN	Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado hubiere participado en la expedición del acto enjuiciado, en la formación o celebración del contrato o en la ejecución del hecho u operación administrativa materia de la controversia
NORMATIVIDAD	<ul style="list-style-type: none"> Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 1 y 4.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

TIPOLOGIA XV.	20. Participación en proceso arbitral respecto de cuyo laudo se esté surtiendo recurso de anulación
DESCRIPCIÓN	Que el(la) juez(a) hubiere intervenido en condición de árbitro(a), de parte, de tercero interesado(a), de apoderado(a), de testigo(a), de perito(a) o de agente del Ministerio Público en el proceso arbitral respecto de cuyo laudo se esté surtiendo el correspondiente recurso de anulación ante la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo
NORMATIVIDAD	<ul style="list-style-type: none"> Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 2.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

TIPOLOGIA XVI.	21. Parientes en una de las entidades públicas que concurran al respectivo proceso
DESCRIPCIÓN	Que el cónyuge, compañero(a) permanente, o alguno de los parientes del juez(a) dentro de los grados de consanguinidad o afinidad establecidos en la normatividad tengan la condición de servidores(as) públicos(as) o contratistas en los niveles directivos, asesor(a) o ejecutivo(a) en una de las entidades públicas que concurran al respectivo proceso en calidad de parte o de tercero interesado
NORMATIVIDAD	<ul style="list-style-type: none"> Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 3.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

TIPOLOGIA XVII.	22. Dádivas
DESCRIPCIÓN	Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado reciba o haya recibido dádivas, agasajos, regalos, favores o cualquier otra clase de beneficios incluyendo dinero
NORMATIVIDAD	<ul style="list-style-type: none"> Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 3.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

TIPOLOGIA XVIII	23. Responsables de la Evaluación de Desempeño
DESCRIPCIÓN	Los responsables de evaluar el desempeño laboral de los empleados(as) de carrera o en período de prueba cuando se encuentren vinculados(as) con estos por matrimonio o por unión permanente o tengan parentesco dentro de los grados de consanguinidad o afinidad establecidos en la normatividad o exista enemistad grave con el empleado(a) a evaluar o cuando exista cualquier causal de impedimento o hecho que afecte su objetividad
NORMATIVIDAD	<ul style="list-style-type: none"> Decreto Ley 760 de 2005, art. 38.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Advertencia:

Esta declaración se hizo bajo la gravedad de juramento, por lo tanto, se recibe bajo el principio de la buena fe de que trata el artículo 83 de la Constitución Política, entendiéndose que quien la presentó es el usuario registrado en el sistema y se presume que corresponde a información veraz.

Firma electrónica:

CINDY PAOLA CAMARGO PARRA 26/11/2025 08:19:06

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

NOMBRE: CINDY PAOLA CAMARGO PARRA

CC: 52874911

BOGOTÁ D.C.

Documento electrónico: da1b1d7e940d90be9e2ef0a758e015f594dd7ed19cdcca93db716744571d7688

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Formulario Único de Conocimiento de Persona Natural y Jurídica

Formulario Único de Conocimiento de Persona Natural y Jurídica

Ident

Fech

202

Event

"Cor

Núm

Superintendencia Nacional de Salud.

La realización de este proceso es de carácter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiación de Armas de Destrucción Masiva.

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E

FORMULARIO UNICO DE CONOCIMIENTO DE PERSONA NATURAL Y JURIDICA

2025-11-24

Radicado #: 26688

Aceptar

en el
e la

CONSIDERACIONES

Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1. de la Circular Externa No 009 de 2016 y 5.1.4 de la Circular Externa 2021170000005-5 de 2021, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de carácter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE, como Entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Políticas de la Entidad amparadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiación de Armas de Destrucción Masiva.

- Que los datos personales solicitados en el presente Formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
- Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidas en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requiere de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
- Que los datos personales suministrados para el estudio técnico del riesgo se tratarán observando las disposiciones legales vigentes.
- Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACIÓN

Para efectos de la presente autorización, entendiéndose por la ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE, con Nit. 90058564-9, ubicada en la Carrera 24 C No 54-47 Sur Bogotá D.C., teléfono 7300000 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro, expresamente:

A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.

B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:

1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades:

- El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Público, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios.
- El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y solución de riesgos.
- La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre.
- El control y la prevención del riesgo.
- La liquidación y pago de cuentas.
- Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados.
- Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- La elaboración de estudios técnicos, estadísticos, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general, estudios técnicos del sector salud.
- Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud.
- Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud.
- Envío de información de Sujetos de Información en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las regulaciones aplicables.
- Interceptación de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia.
- La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

2. EL TRATAMIENTO PODRÁ SER REALIZADO DIRECTAMENTE POR CADA ENTIDAD O POR LOS ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO QUE ELLEA CONSIDERE NECESARIOS.

3. USUARIOS DE LA INFORMACIÓN: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a continuación:

- Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como el cliente, investigadores, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros.
- Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, liquidación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios.
- Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelante gestión para efectos de la celebración de contratos de seguros y/o traslados.
- A la UIAF, Fasecolda, y a cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de riesgos; la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario transferir información de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.

5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.

6. DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suscribir las informaciones que se hayan recogido sobre mí.

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmita, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previstos en el literal e) del numeral 3 anterior, serán: a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Carrera 24 C No 54-47 Sur Bogotá D.C., teléfono 7300000, y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de riesgos, (INDICAR DIRECCIÓN, CIUDAD, TELÉFONO Y CORREO ELECTRÓNICO DE CONTACTO).

9. AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZO el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.

NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.stbpreddsa.gov.co) en el Link "POLÍTICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACIÓN DE DATOS PERSONALES".

☒ Registro

☐ No acepto

1. SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO - SARLAFT

FECHA	1/01/2026	DEPARTAMENTO	BOGOTÁ D.C.	CIUDAD	BOGOTÁ D.C.
TIPO DE VINCULACIÓN CON LA ENTIDAD	CONTRATISTA OPS	OPS	N/A	N/A	N/A

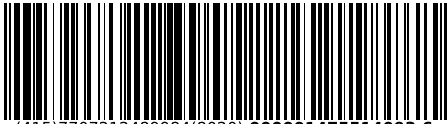
I. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	CAMARGO	SEGUNDO APELLIDO	CINDY
PRIMER NOMBRE	PARRA	SEGUNDO NOMBRE	PAOLA
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA DE CIUDADANIA	No IDENTIFICACIÓN	52874911
LUGAR DE EXPEDICIÓN	BOGOTÁ	FECHA DE EXPEDICIÓN	30/08/2000
FECHA DE NACIMIENTO	11/07/1982	PAIS DE NACIMIENTO	COLOMBIA
NACIONALIDAD 1	COLOMBIANA	NACIONALIDAD 2	N/A
DIRECCIÓN RESIDENCIAL		¿ES RESIDENTE EN COLOMBIA?	SI
TIPO DE VIVIENDA			COLOMBIA
CORREO ELECTRÓNICO			N/A
NIVEL DE ESTUDIOS	BACHILLER	OTRO: CUAL?	N/A
		PROFESIÓN/OFICIO	FACTURACION

2. DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO

PRIMER APELLIDO	N/A	PRIMER NOMBRE	N/A
SEGUNDO APELLIDO	N/A	SEGUNDO NOMBRE	N/A
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA DE CIUDADANIA	No IDENTIFICACIÓN	N/A
LUGAR DE EXPEDICIÓN	N/A	PAIS DE RESIDENCIA	COLOMBIA

3. PERSONA JURIDICA															
RAZÓN SOCIAL						NIT				CORREO ELECTRÓNICO					
N/A						N/A				N/A					
TIPO DE SOCIEDAD:						N/A									
TIPO DE EMPRESA						PRIVADA		N/A		PÚBLICA		N/A			
ACTIVIDAD ECONÓMICA						N/A		SI SELECCIONO OTRO, INDICAR CUAL		N/A		N/A			
CÓDIGO CIIU (PRINCIPAL)						N/A		SELECCIONAR CÓDIGO		N/A		N/A			
CÓDIGO CIIU (SECUNDARIO)						N/A		SELECCIONAR CÓDIGO		N/A		N/A			
DECLARA RENTA						NO APLICA		ES RESPONSABLE DE IVA		NO APLICA		ESTA OBLIGADO A FACTURAR			
NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONÓMICA						N/A				NIT		N/A			
ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA						N/A		SI SELECCIONO OTRO, INDICAR CUAL		N/A		TELÉFONO			
DIRECCIÓN						N/A		PAÍS		N/A		N/A			
DEPARTAMENTO - ESTADO						N/A		CIUDAD O MUNICIPIO		N/A		N/A			
CARGO O PERFIL ACTUAL						N/A									
4. REPRESENTANTE LEGAL															
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		TIPO DOCUMENTO						N° IDENTIFICACIÓN	
N/A		N/A		N/A		N/A		CC		N/A		CE		N/A	
LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL DOCUMENTO		DIRECCIÓN		TELEFONO		CIUDAD									
N/A		N/A		N/A		N/A									
MARQUE CON UNA (X) SEGÚN CORRESPONDA, POR SU PERFIL, CARGO O PROFESIÓN															
¿Administra recursos públicos?				NO APLICA				¿Ejerce algún grado de poder público?				NO APLICA			
¿Es usted un servidor público?				NO APLICA				¿Es usted una Persona Públicamente Excluida?				NO APLICA			
¿Tienen vínculo con una persona expuesta públicamente (PEP)? Reportar vínculos con: Primer y segundo grado de consanguinidad: padres, hijos, abuelos, nietos, hermanos. Primer grado de afinidad: cónyuge, suegros, yernos o nueros y/o primer grado civil: hijos adoptivos o padres adoptivos.								¿Tiene reconocimiento público?				NO			
En caso afirmativo diligencie los siguientes datos:								¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en otro país o grupo de países?				NO APLICA			
Vínculo o relación		Tipo de documento		Número de documento		Nombre Completo									
N/A		N/A		N/A		N/A									
N/A		N/A		N/A		N/A									
N/A		N/A		N/A		N/A									
N/A		N/A		N/A		N/A									
N/A		N/A		N/A		N/A									
5. INFORMACIÓN FINANCIERA															
FECHA DE CORTE		31/12/2025		TOTAL ACTIVOS		2.200.000,00		TOTAL PASIVOS		2.000.000		TOTAL PATRIMONIO			
INGRESOS MENSUALES		\$ 3.000.000,00		OTROS INGRESOS MENSUALES		N/A		TOTAL INGRESOS MENSUALES		\$ 3.000.000,00		TOTAL EGRESOS MENSUALES			
CONCEPTO OTROS INGRESOS		N/A													
REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA				NO		CUAL		N/A							
POSEE PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR				NO		En caso afirmativo diligencie los siguientes datos:									
PRODUCTO		NÚMERO PRODUCTO		ENTIDAD		MONEDA		ENTIDAD		CIUDAD		PAÍS			
N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A			
N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A			
N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A		N/A			
6. DECLARACIÓN DEL ORIGEN DE LOS DINEROS Y/O FONDOS															
Obrando en nombre propio, de manera voluntaria y con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2009 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":															
Declaro expresamente que:															
1. Mi actividad, profesión u oficio de la persona Natural o Jurídica es lícita, se ejerce dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.															
2. La información suministrada en este documento es veraz y verificable y no comprometo a actualizarla anualmente. El incumplimiento de esta obligación facultará a la Superintendencia de Servicios de Salud S.E.S., para revocar y/o rescindir unilateralmente el contrato.															
3. Los recursos que se deriven de esta relación contractual no se destinarán a la financiación del Terrorismo.															
4. Manifiesto que no he sido declarado responsable judicialmente por la comisión de delitos contra la Administración Pública cuya pena sea privativa de la libertad o que afecten el patrimonio del Estado o por delitos relacionados con la pertenencia, promoción o financiación de grupos ilegales, delitos de lesa humanidad, narcotráfico o corrupción.															
5. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detallar ocupación, oficio, actividad o negocio).															
7. FIRMA Y HUELLA															
CÓMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACERTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO.															
FIRMA AUTÓGRAFA ESCANEADA Y PONER HUELLA															
Firma															
Fecha															

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario				001	
2. Concepto 0 2 Actualización				4. Número de formulario 14755140936			
				 (415)7707212489984(8020) 000001475514093 6			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 5 2 8 7 4 9 1 1		6. DV 4		12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá		14. Buzón electrónico 3 2	
IDENTIFICACIÓN							
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida 2		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3		26. Número de Identificación 5 2 8 7 4 9 1 1			
Lugar de expedición 28. País COLOMBIA 1 6 9		29. Departamento Bogotá D.C. 1 1		30. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C. 0 0 1			
31. Primer apellido CAMARGO		32. Segundo apellido PARRA		33. Primer nombre CYNDY		34. Otros nombres PAOLA	
35. Razón social							
36. Nombre comercial							
37. Sigla							
UBICACIÓN							
38. País COLOMBIA 1 6 9		39. Departamento Bogotá D.C. 1 1		40. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C. 0 0 1			
41. Dirección principal							
43. Código postal							
44. Teléfono 1							
CLASIFICACIÓN							
Actividad económica		Actividad económica		Ocupación			
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		52. Número establecimientos	
46. Código 47. Fecha inicio actividad		48. Código 49. Fecha inicio actividad		50. Código 1 2		51. Código	
8 2 1 1 2 0 1 2 1 1 2 0							
Responsabilidades, Calidades y Atributos							
53. Código 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							
49 - No responsable de IVA							
Usuarios aduaneros				Exportadores			
54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20				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			
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 CAMARGO PARRA CYNDY PAOLA 985. Cargo CONTRIBUYENTE			



DIRECCIÓN DE IMPUESTOS DE BOGOTÁ
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha:26/11/2025

CONTRIBUYENTE

C.C. 52874911

CYNDY PAOLA CAMARGO PARRA

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: [Redacted] Teléfonos: [Redacted]
Dirección electrónica: [Redacted] Ciudad: BOGOTÁ DC Municipio: BOGOTÁ, D.C.
Fecha de Inscripción: NO REGISTRA Soporte Inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: PREFERENCIAL ICA Fecha desde: 05/12/2012
Matrícula Mercantil:NO Fecha inicio de Actividades: 20/11/2011 Fecha de cese de Actividades: NO No. Establecimientos: 0
Actividad 1: 8211 - Actividades combinadas de servicios administrativos de oficina
Actividad 2:
Actividad 3:
Actividad 4:
Actividad 5:

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y registrada en la
Secretaría de Hacienda Distrital.

Kr 30 25 90 Dirección Distrital de Impuestos Bogota D.C. Colombia

Fuente: RIT-SHD

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

FECHA 10 DE DICIEMBRE DEL 2024 TIPO DE EXAMEN Y/O PARACLINICO INGRESO
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA O LABORO PARTICULAR.

DATOS DEL TRABAJADOR O ASPIRANTE:

NOMBRE: CINDY PAOLA CAMARGO PARRA **CEDULA:** 52874911 BOGOTÁ, CUNDINAMARCA
EDAD: 42 AÑOS **ESTADO CIVIL:** UNIÓN LIBRE **GENERO:** FEMENINO **GRUPO SANGUÍNEO:** O +
FECHA DE NACIMIENTO: 11 DE JULIO DE 1982 **LUGAR:** BOGOTÁ, CUNDINAMARCA.
ARL POSITIVA: EPS FAMISANAR **EPS TELÉFONO:** [REDACTED]
BARRIO: NUEVO MUZU **CORREO ELECTRÓNICO:** [REDACTED]m
PROFESIÓN: FACTURACIÓN URGENCIAS

CONSULTA / PROCEDIMIENTOS Y/O EXAMENES REALIZADOS:

EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL Y VISIOMETRIA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR autorizo Al Dr. abajo mencionado a realizar el examen médico y/o paraclínicos ocupacionales, registrados en este documento. El profesional abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y paraclínicos ocupacionales. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y paraclínicos ocupacionales. A partir de las asesorías brindada antes de las respectivas toma de las pruebas entiendo que la realización de las pruebas es voluntaria y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes que se realizara el/los exámenes las respuestas dadas por mí están completas y son verificadas. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

OBSERVACIONES: ESTE EXAMEN SE REALIZA EN CONDICIONES DE REPOSO. EVALUACION CON ENFASIS EN ALTERACIONES OSTEOMUSCULAR Y CARDIOVASCULARES

CONCEPTO DE SALUD OCUPACIONAL CON ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR BAJO REPOSO CARDIOVASCULAR: SIN RESTRICCION PARA EL CARGO

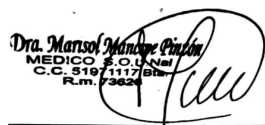
VISIOMETRIA: EMETROPE POR HISTORIA CLINICA CORREGIDA.

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES * CAPACITACION SEGÚN MATRIZ DE RIESGOS Y PELIGROS * HIGIENE POSTURAL * HIGIENE BIOMEDICA INTEGRAL * PAUSAS ACTIVAS LABORALES * USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL * CONTROL POR OFTALMOLOGIA Y OPTOMETRIA ANUAL *

RECOMENDACIONES MEDICAS: NINGUNA **SISTEMA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA** NINGUNA
ESTILOS DE VIDA SALUDABLE* REALIZAR ACTIVIDAD FISICA REGULAR MENTE, MANEJO DEL ESTRÉS. **OTRAS**
RECOMENDACIONES USO DE MEDIAS ANTIVARICES. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SEGÚN LO ESTABLECIDO POR SECRETARIA DE SALUD POR PERIODO DE PANDEMIA SARS 2 COVID 19. Los hallazgos fueron consignados en la historia clínica ocupacional que desarrolla los contenidos establecidos en la resolución 2346 de 2007.

EVALUADO POR

TRABAJADOR


Dra. Marisol Mancipe Pinzon
MEDICO S.O.U.Nel
C.C. 51971117 Bn
R.m. 73626

DRA. MARISOL MANCIPE PINZON
MEDICO RM 73626 06
LICENCIA SALUD Y SEGURIDAD 13994 16

CINDY PAOLA CAMARGO PARRA
C.C. 52874911 BOGOTÁ, CUNDINAMARCA



CENTRO MEDICO PAEZ S.O.

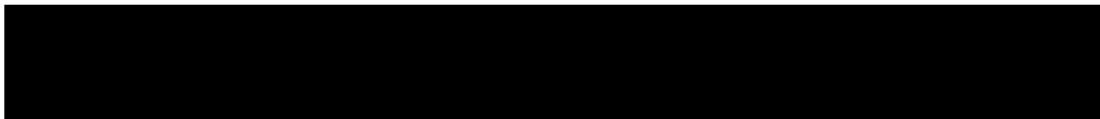
Calle 6A (Av. de las Américas) No. 69F - 46

Tels: 321 206 8919 Bogotá D.C

CERTIFICADO DE SALUD OCUPACIONAL

1. INFORMACION GENERAL

Fecha: 14 12 2024



EPS: . ARL: .

2. AYUDAS DIAGNOSTICAS: 1. VISIOMETRIA: ANORMAL, Visión Lejana OD: 20/:30, OI: 20/40. , Visión Cercana OD: 0.50, OI: 0.50M.

3. EXAMEN CON ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR: NO se encontraron alteraciones físicas que puedan limitar su desempeño laboral.

4. IMPRESION DIAGNOSTICA: 1. MIOPIA

5. CONCEPTO MEDICO: APTO SIN RESTRICCIONES

6. RECOMENDACIONES: 1. USO DE CORRECCION VISUAL, CONTROL ANUAL.

7. OBSERVACIONES Y CERTIFICACIONES: De acuerdo con los exámenes para clínicos y el examen físico, el paciente en mención se encuentra en buen estado en general sin presencia de enfermedad que le impida laborar, por lo que se considera que el paciente es APTO PARA DESEMPEÑARSE EN SU CARGO (Resolución 2674/2013 del Ministerio de Salud y Protección Social).

Dr. Carlos Arturo Páez C
SALUD OCUPACIONAL
Res: 9153 / 310812

FIRMA MEDICO OCUPACIONAL

FIRMA EXAMINADO

CONSIDERACIONES LEGALES: Las resoluciones 2674 del 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social, reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales con el objeto de determinar las restricciones que puede presentar cada paciente para desempeñar su labor, también establece que la empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MEDICO del aspirante y no sus exámenes ni Historial médico, que queda en custodia y guarda de nuestro centro, a disposición del paciente o autoridad legal.



CENTRO MEDICO PAEZ S.O.

Calle 6A (Av. de las Américas) No. 69F - 46
Tels: 321 206 8919 Bogotá D.C

11. RECOMENDACIONES:

Datos del Vacunado

Tipo de identificación: Cédula de Ciudadanía
Número de identificación: 52874911
Nombres y Apellidos: CINDY PAOLA CAMARGO PARRA
Fecha de nacimiento: 11/07/1982

Vacuna	Dosis	Fecha	Nombre comercial	Lote	Institución vacunadora
Anti - Rábica	Primer refuerzo				
	Segundo refuerzo				
	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Antirrábica profiláctica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Primer refuerzo				
	Segundo refuerzo				
	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Única				
	Única				
BCG	Única				
COVID - 19	Primera dosis	13/04/2021	Pfizer	ER9449	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD ENGATIVÁ CALLE 80
DPT	Única				
DPT Acelular	Única				
	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Primer refuerzo				
	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
	Refuerzo				

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía
Número de identificación:	52874911
Nombres y Apellidos	CINDY PAOLA CAMARGO PARRA
Fecha de nacimiento:	11/07/1982

DPT Acelular	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Única				
Fiebre amarilla	Primera dosis				
	Refuerzo				
Fiebre tifoidea	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A, Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Refuerzo				
Hepatitis B segundo esquema	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Refuerzo				
Influenza	Única	26/11/2025	Green Cross 0.5 ml	V50525004	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD MEISSEN
Meningococo	Única				
Meningococo Conjugado	Única				
Meningococo Polisacárido	Primera dosis				
Neumo Conjugado	Única				
Neumo Polisacárido	Primera dosis				
	Refuerzo				
Neumococo	Primera dosis				
	Refuerzo				
Neumococo Conjugado	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Refuerzo				
	Única				
Sarampión y Rubéola	Primera dosis				
	Adicional				

Datos del Vacunado

Tipo de identificación: Cédula de Ciudadanía
Número de identificación: 52874911
Nombres y Apellidos: CINDY PAOLA CAMARGO PARRA
Fecha de nacimiento: 11/07/1982

Td	Primera dosis	26/07/2010	Tetavax		Centro de Atención en Salud Cafam Kennedy
	Segunda dosis	20/09/2010	Tetavax		Centro de Atención en Salud Cafam Kennedy
	Tercera dosis	06/08/2011	Tetavax		Centro de Atención en Salud Cafam Kennedy
Toxoide Tetánico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Primer refuerzo				
	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
Toxoide Tetánico Diftérico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Triple viral	Primera dosis				
	Refuerzo				
	Primera dosis				
Varicela	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Refuerzo				
Varicela + Triple Viral	Única				
VPH Bivalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
VPH Nona Valente	Única				
	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Única				



Institución vacunadora: 110013029402

Fecha de generación del carné: miércoles, 26 de noviembre de 2025 03:18 p.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía
Número de identificación:	52874911
Nombres y Apellidos	CINDY PAOLA CAMARGO PARRA
Fecha de nacimiento:	11/07/1982

VPH Tetravalente	Única				
	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Única				



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) CYNDY PAOLA CAMARGO PARRA identificado(a) con CC 52874911 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de 01/03/2010

Estado de la Afiliación: ACTIVO

IPS: CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR

Categoría: A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en **QUIEN**, a los 27 días del mes noviembre del 2025.

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.

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES CERTIFICA QUE:

CYNDY PAOLA CAMARGO PARRA CC 52874911 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

Datos del contratante			
Nombres y apellidos o Razón Social	SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR ESE		
Tipo de documento de identificación	NI	Número de documento de identificación	900958564
Datos del trabajador			
Fecha de inicio cobertura		Estado de afiliación	Retirado
Clase de riesgo	3	Código Actividad Económica	3851101
Fecha de Inicio del Contrato	2021-06-04	Fecha Fin del Contrato	2021-12-31
Tipo de vinculación	Independiente	Fecha de retiro	

Esta certificación se expide a los 19 días del mes de noviembre del 2025.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin del contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prórroga deberá realizar la correspondiente novedad.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades

Positiva Compañía de Seguros S.A.:

Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000
Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) |
defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00
a. m. - 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva
Más información: <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>

LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS

Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autorregulación.

www.positiva.gov

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

En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

CYNDY PAOLA CAMARGO PARRA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **52.874.911**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** y al **Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 19 de Noviembre del 2025.

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.



Búsqueda	Mis procesos	Menú	Ir a
----------	--------------	------	------

[Escritorio](#) → **Configuraciones de perfil**

Mis datos de usuario
Noticias SECOP
Mis registros
Accesos del usuario
Términos y condiciones de uso

Datos del usuario guardados

Editar

Información del usuario

Carga	AUXILIAR ADMINISTRATIVO
Título	Señora.
Nombre	CINDY PAOLA
Apellidos	CAMARGO PARRA
Fecha de Nacimiento	07/11/1982 ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
Nivel Educativo	Toda la secundaria
Género	Mujer
¿Tiene alguna discapacidad?	☐ Si ☒ No
Nombre y apellido	CINDY PAOLA CAMARGO PARRA
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	52874911
Dirección	Cra 88 cn 62-09 sur
Código postal	
Estrato	2
Ubicación	Bojacá
País	COLOMBIA
Correo electrónico	cindypaolacampar@gmail.com
Teléfono	3144193345
Celular	3144193345



Configuración

Zona horaria	(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito
Idioma	Español (Colombia)
Configuración regional	Español (Colombia)

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad	sede administrativa
Respuesta	Asdingo
SMS para recuperar la contraseña	3144193345

Editar



Función Pública



Verificados los resultados del participante en el curso virtual

Función Pública certifica que:

CINDY PAOLA CAMARGO PARRA

C.C 52.874.911

Participó y completó el curso virtual

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 26 de noviembre 2025

Francisco Camargo Salas
Director de Empleo Público



Código: 761637574000

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	DECLARACION JURAMENTADA PROCESO PRECONTRACTUAL PERSONA NATURAL	CO-OPS-FT-33 V3

Yo, Cindy Paola Camargo Parra identificado(a) con cedula de ciudadanía No. 52 874 911 expedida en la ciudad de Bogotá manifiesto bajo la gravedad de juramento, que:

1. ACTUALMENTE SI (☒) NO (☐) tengo suscrito contratos de prestación de servicios con otras entidades estatales; por tanto se relaciona a continuación los contratos de prestación de servicios VIGENTES Y EN EJECUCIÓN:

NOMBRE DE LA ENTIDAD ESTATAL	No. de CONTRATO (VIGENTE Y EN EJECUCIÓN)	FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACION

2. Así mismo declaro que los documentos aportados para la contratación de mis servicios son verídicos y se encuentran actualizados según las normas vigentes y los lineamientos institucionales impartidos.
3. También tengo conocimiento pleno y me obligo durante la vigencia del contrato que celebre con la **Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.** a actualizar y mantener vigentes los cursos y documentos requeridos.

La presente declaración juramentada se rinde sin perjuicio de lo establecido en los artículos 286 y siguientes del Código Penal Colombiano. Manifiesto, que todo lo declarado anteriormente es verdadero y para tal efecto firmo, este documento. Este, se diligencia y firma bajo gravedad de juramento a los 1 () días del mes de Enero del año 2026

FIRMA

NOMBRES COMPLETOS Cindy Paola Camargo Parra

C.C. No.

TELEFONO

DIRECCIÓN

CORREO



HUÉLLA

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 miércoles 26 de noviembre de 2025, a las 08:20:53, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	52874911
Código de Verificación	52874911251126082053

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



CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS
LA PERSONERÍA DE BOGOTÁ, D.C.

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **CYNDY PAOLA CAMARGO PARRA**, quien se identifica con

CÉDULA DE CIUDADANÍA No. **52874911** de BOGOTÁ D.C.

(CINCUENTA Y DOS MILLONES OCHOCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS ONCE)

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

Esta Certificación es válida, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado. El certificado de Antecedentes Disciplinarios expedido por la Personería de Bogotá D.C., contiene las anotaciones de sanciones e inhabilidades disciplinarias que reporten las Entidades Distritales y las dependencias de la Personería de Bogotá D.C., con atribuciones Disciplinarias.

ADVERTENCIAS:

* El certificado de antecedentes disciplinarios ordinario deberá contener las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes (Inciso 3°, artículo 238 - Ley 1952 de 2019).

* 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, en el certificado de antecedentes disciplinarios especial (Inciso 4°, artículo 238 - Ley 1952 de 2019).

* Tres o más sanciones disciplinarias en los últimos cinco (5) años por faltas graves o leves dolosas o por ambas, constituye inhabilidad para desempeñar cargos públicos. Esta inhabilidad tendrá una duración de tres (3) años contados a partir de la ejecutoria de la última sanción. (numeral 2°, artículo 42 - Ley 1952 de 2019).

* Certificado expedido de conformidad con el numeral 5, artículo 102 del Decreto Ley 1421 de 1993, artículo 238 de la Ley 1952 de 2019, numeral 4.5, artículo 16 y numeral 6, artículo 21 del Acuerdo Distrital 755 de 2019.

* Para todos los efectos esta certificación debe ser complementada con la expedida por la Procuraduría General de la Nación.

* Certificado expedido sin costo alguno.

VÍCTOR JULIO URIBE GÓMEZ
Jefe Oficina Asesora Jurídica



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 03:49:36 PM horas del 19/11/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 52874911

Apellidos y Nombres: CAMARGO PARRA CYNDY PAOLA

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.araio-atcc@policia.gov.co



Presidencia de la
República



Ministerio de Defensa
Nacional



Portal Único de
Contratación

Todos los derechos reservados.



GOV.CO

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

 Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 19/11/2025 04:21:26 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **52874911** y Nombre: **CYNDY PAOLA CAMARGO PARRA**.

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. **126854029**. 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 Búsqueda

 Imprimir

515 9000



Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Cra. 59 N° 26 - 21
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.
Línea de atención: 015000-910112



CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 284814487



PIB

18:07:04

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 23 de noviembre del 2025

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) CYNDY PAOLA CAMARGO PARRA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52874911:

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 Política 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 Relacionamento 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.