

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

ENCUESTA SOCIODEMOGRAFICA

ENCUESTA DEMOGRAFICA

2026-02-17

Radicado #: 667146

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

Aceptar

Pregunta requerida

1. Nombre completo

Pregunta requerida

REPÚBLICA DE COLOMBIA
REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.000.836.241**

MENDOZA SILVA

APELLIDOS
CARMEN MELISA

NOMBRES

Melisa MS
FIRMA



REPÚBLICA DE COLOMBIA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **02-FEB-2001**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.66 **O+** **F**

ESTATURA G.S. RH SEXO

11-FEB-2019 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN



REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



R-1500150-01337690-F-1000836241-20230110 **0094414379A 1** 8506759951

REGISTRADORA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que CARMEN MELISA MENDOZA SILVA, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 1.000.836.241 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuenta de Ahorros Cuentas Privadas No. 033347477, abierta/o desde el 16/8/2023.

Se expide en Bogotá el día 5 del mes de Febrero del año 2026



Firma Autorizada



COLEGIO SANTA LUISA

Preescolar - Educación Básica y Media



Dirección: Carrera 73 No. 42G - 25 Sur
Telefax: 264 78 61
Ciudad: Bogotá, D.C.

Jomada: Única

INSCRIPCIÓN DANE: 311001006423
INSCRIPCIÓN S.E. 1588

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

En la ciudad de Bogotá, D.C., a los 02 días del mes de Diciembre del año lectivo 2017 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos (as), de último grado, las suscritas Rectora y Secretaria Académica en la Rectoría del COLEGIO SANTA LUISA. Jomada Única. Institución aprobada en el Nivel de Educación Media Vocacional y Autorizada para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad Académica, según Resolución No. 3820 del 24 de Agosto de 1994 por la Secretaría de Educación de Santa Fe de Bogotá, Distrito Capital.

Comprobada la situación Legal Académica de cada uno de los alumnos (as), que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el:

TÍTULO DE:

BACHILLER ACADÉMICO

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

Carmen Melissa Mendoza Silva

Identificado con T.I. 1000836241 de Bogotá

Es fiel copia tomada del Acta Original General No 075 de fecha 02 de Diciembre del año 2017, que consta de 193 alumnos (as) graduandos; que comienza con el nombre de ACOSTA BRAVO HARRISON ELIAN y se cierra con ZÁRATE RINCÓN GABRIELA.

Firmada por BERYENY RODRÍGUEZ ARÉVALO
MARÍA ALEJANDRA BARRERA MOLANO

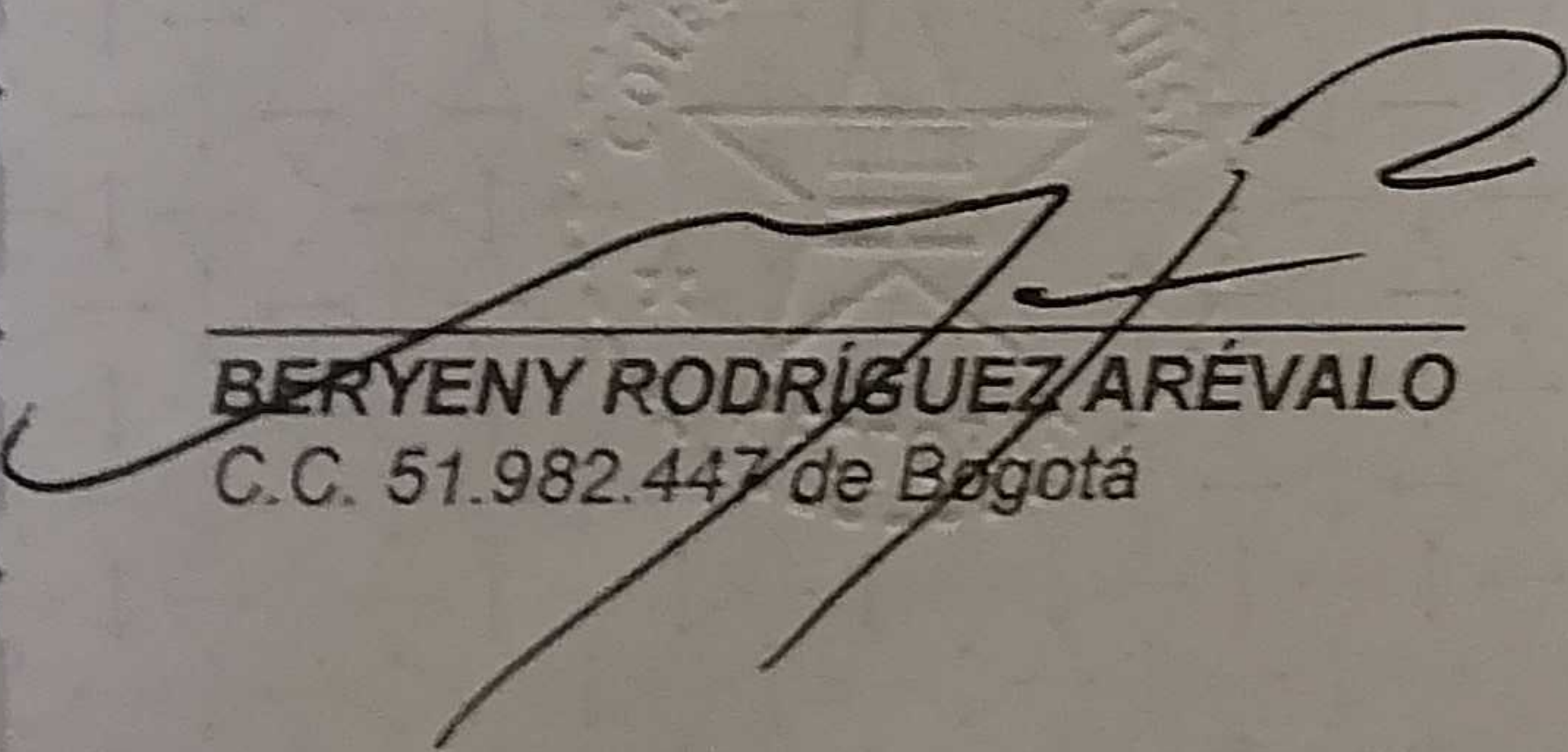
Rectora
Secretaria

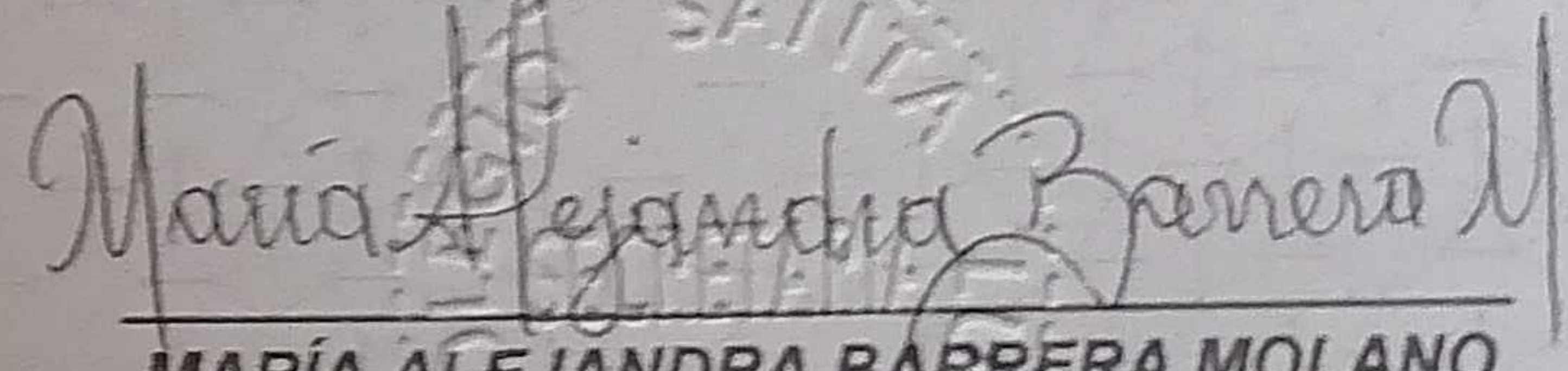
Dada en Bogotá, D.C., a los 02 días del mes de Diciembre de 2017.

FIRMADA Y SELLADA

Rectora

Secretaria


BERYENY RODRÍGUEZ ARÉVALO
C.C. 51.982.447 de Bogotá


MARÍA ALEJANDRA BARRERA MOLANO
C.C. 1.015.393.661 de Bogotá



Acta de Grado No. 223

En la ciudad de Bogotá, D.C. a los quince (15) días del mes de junio de 2023, en el auditorio Guillermo Fergusson de la Sociedad de Cirugía de Bogotá - Hospital de San José, de conformidad con el Acuerdo No. 5868 del Consejo Superior de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Sesión Ordinaria No. 607 del 30 de mayo de 2023, se realizó acto solemne para otorgar el título de:

Enfermera

a

Carmen Melisa Mendoza Silva

Identificada con C.C. No. 1.000.836.241 de Bogotá D.C., como consta en el acta No. 223 Folios 001 y 002 del libro de Actas número 4.

Se confiere el título en nombre del Ministerio de Educación Nacional de la República de Colombia, en reconocimiento que la mencionada estudiante cursó y aprobó todas las asignaturas del pénsum reglamentario para el programa de Enfermería y cumplió con todos los requisitos exigidos para el efecto por la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.

En el diploma de grado aparecen las firmas de los doctores Jorge Gómez Cusnir, Presidente del Consejo Superior, Sergio Augusto Parra Duarte, Rector, Edgar Alberto Muñoz Vargas, Vicerrector Académico, Diana Patricia González Ruiz, Decana, María Victoria Triana Palomino, Secretaria Académica y para constancia de lo anterior firma la presente acta, en Bogotá, D.C., a los quince (15) días del mes de junio del año dos mil veintitrés. (2023).

JORGE LUIS HERRERA ARIZA
Secretario General



La República de Colombia
El Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre el

Colegio Santa Luisa

Autorizado mediante Resolución No. 3820 del 24 de Agosto de 1994
por la Secretaria de Educación de Santa Fe de Bogotá, Distrito Capital.

Confiere a:

Carmen Melissa Mendoza Silva

C.C. 1000836241 de Bogotá

El Título de:

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al
nivel de Educación Media Académica, (Artículo 28 Ley 115 de 1994);
según los planes y programas vigentes.

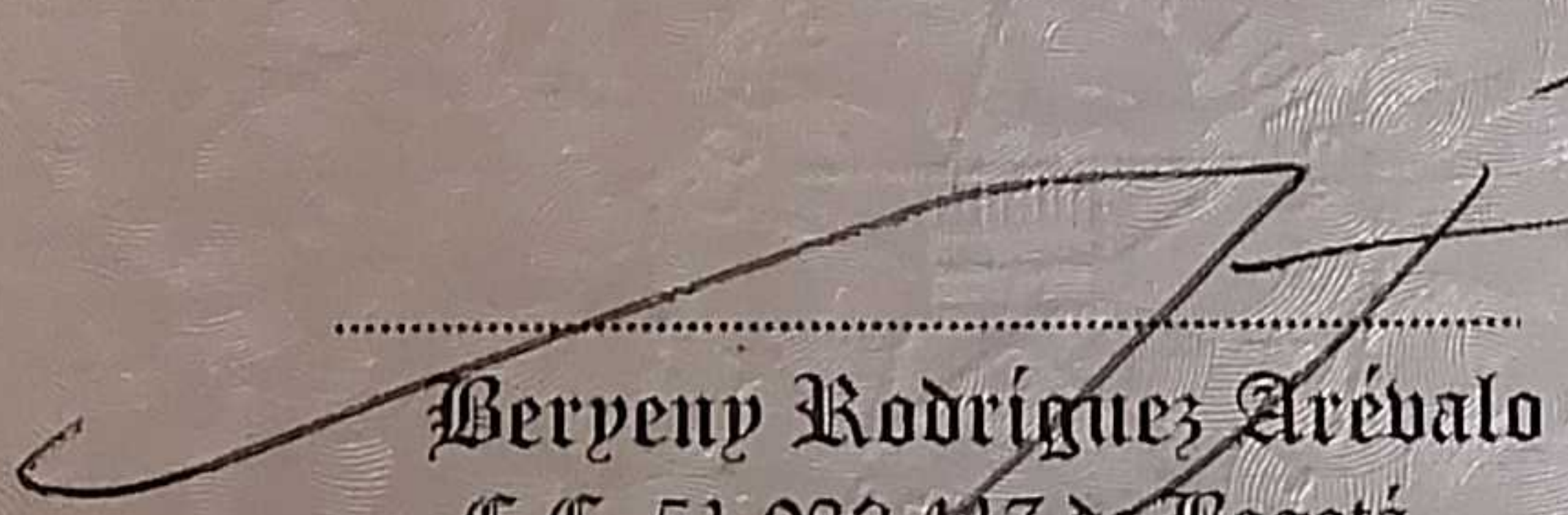
Anotado en el folio 95 del libro de control Interno No. 3

Dado en Bogotá D. C. a los 02 días del mes de Diciembre del año 2017.

Rectora

Secretaria




Bereny Rodríguez Arévalo
C.C. 51.982.447 de Bogotá


María Alejandra Barrera Molano
C.C. 1.015.393.661 de Bogotá

No requiere registro de la Secretaria de Educación, según Decretos 921 del 6 de Mayo de 1994
y 2150 del 5 de Diciembre de 1995; de la Presidencia de la República



Fundación Universitaria
de Ciencias de la Salud
FUCS

*República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre la*

Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud-FUCS

Personería Jurídica 10917 del 1° de Diciembre de 1976 del Ministerio de Educación Nacional

Facultad de Enfermería

En atención a que

Carmen Melisa Mendoza Silva

C.C. 1.000.836.241 de Bogotá D.C.

Cumplió satisfactoriamente con todos los requisitos del plan de estudios, le confiere el título de

Enfermera


*En Bogotá, D.C., Colombia, el 15 de junio de 2023
en testimonio de ello se firma y refrenda con los respectivos sellos.*




Presidente Consejo Superior



Secretario General



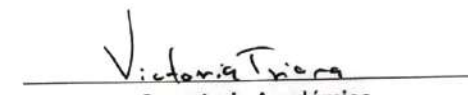
Rector



Decano



Vicerrector



Secretario Académico

Número de registro **4079** Folio **061 y 062**



LA CORPORACIÓN HOSPITALARIA JUAN CIUDAD

NIT 900210981-6

CERTIFICA:

Que el(la) señor(a) **CARMEN MELISA MENDOZA SILVA**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía Nro. **1000836241**, estuvo vinculado(a) a la **Red Hospitalaria Méderi** desde el **01 de febrero de 2024 hasta el 01 de octubre de 2025**, con un contrato a Término Indefinido, ocupando el cargo de **ENFERMERO(A)**, con una asignación salarial mensual de **\$3.577.000** Moneda legal.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, a los 5 días de noviembre de 2025

HERNANDO SUAREZ ROJAS
JEFE DE TALENTO HUMANO

***Para Confirmar información favor llamar a la Corporación Hospitalaria Juan Ciudad.
Talento Humano. Calle 24 No 29-45 Tel: 5529200 ext. 3873***




Hospital Universitario Mayor
Dirección: Calle 24 No. 29 -45
Teléfono: 601 5 529 200



Hospital Universitario Barrios Unidos
Dirección: Calle 66A No. 52 - 25
Teléfono: 601 4 855 970



 Menú

[Iniciar Sesión](#) [Registrarse](#)

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *

1000836241

Primer Nombre

Primer Apellido

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

3384

Resultado General -2026-02-16→2:17:46 PM -2026-02-16→3:18:50 PM -2026-02-17→8:58:08 AM -2026-02-17→9:14:04 AM -2026-02-17→10:44:22 AM -2026-02-17→11:21:27 AM -2026-02-17→3:57:53 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:
CC	1000836241	CARMEN	MELISA	MENDOZA	SILVA	Vigente

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) **CARMEN MELISA MENDOZA SILVA** identificado(a) con **CC 1000836241** registra La siguiente información:

2026-02-17→3:57:53 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	ENFERMERIA	2023-07-24	1000836241	ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Programa Prestación	Ent Repor
Exonerado del SSO	Local	COLOMBIA NO APLICA	1900-01-01	1900-01-01	Sin Modalidad	Enfermería	ORGAN COLEC ENFEF

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

SISPRO

Dirección:

Carrera 13 # 32-76 (piso 1)

Cundinamarca, Bogotá D.C.

Código Postal: 110311

Horario de atención:

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

Contacto

Teléfono

conmutador:

En Bogotá: 601 330 5043 Opción 2

Resto del país: 018000960020 Opción

Correo de notificaciones judiciales:

notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co

Términos y condiciones





COLOMBIA
POTENCIA DE LA
VIDA



Salud



ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA
IDENTIFICACIÓN ÚNICA DE TALENTO HUMANO EN SALUD

ENFERMERA

CARMEN MELISA MENDOZA SILVA

C.C. 1.000.836.241

Fund Univ De Ciencias De La Salud

Bogotá D.C.

Fecha de Expedición Diploma: 15/06/2023

Fecha de Inscripción en Rethus: 24/07/2023



56802

Representante Legal Organización Colegial de Enfermería

Esta tarjeta es un documento público y se expide en conformidad con la Ley 1164 de 2007, Decreto 4192 de 2010 y la Resolución 085 de 2015.

Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla a la Organización Colegial de Enfermería.

www.oceinfo.org.co

FIRMA DEL PROFESIONAL

IDéntico S.A.S.

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

NÚMERO INSCRIPCIÓN: 771485 [Descargar registro aquí](#)

1. Datos personales

Primer nombre Carmen	Otros nombres Melisa	Primer apellido Mendoza
Segundo apellido Silva	Fecha de Nacimiento 02/02/2001	Teléfono de contacto 3203786711
Correo electrónico personal cmmendoza@fucsalud.edu.co	Dirección de residencia calle 38 sur # 72 Q 30	

2. Formación Académica

Lista de estudios

Nivel educativo Educación media (hasta grado once aprobado)

Título académico

Graduado Si

Semestres cursados

Nivel educativo Universitaria

Título académico ENFERMERÍA

Graduado Si

Semestres cursados

Nivel educativo Educación básica primaria (hasta quinto de primaria aprobado)

A-

A+



Título académico**Graduado** Si**Semestres cursados**

Otros estudios

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](#)

Copyright 2019
Departamento Administrativo del
Servicio Civil Distrital.
Todos los derechos reservados.



A-

A+



A-

A+



Bogotá D.C.,

Señores

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

Ciudad,

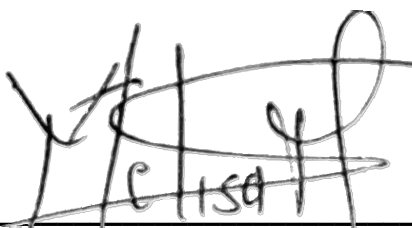
ASUNTO: **OFRECIMIENTO PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS**

Cordial saludo,

Por medio de la presente me permito ofrecer mis servicios como **enfermera** bajo la modalidad de contrato de prestación de servicios, como persona natural, para satisfacer la necesidad requerida por la Subred Integrada de Servicios de Salud 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

CARMEN MELISA MENDOZA SILVA

C.C 1000836241

CLL 38 SUR #72 Q 30

CMMENDOZA@FUCSALUD.EDU.CO – MS7571460@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.
1991-2011
Estrategia de Gestión de la Alcaldía
de Bogotá 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: 1000836241 FECHA DE NACIMIENTO: 02/02/2001

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: Carmen Melisa Mendoza Silva

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Cll 38 sur #720 -30

LOCALIDAD: Kennedy

TELÉFONO FIJO: - N° CELULAR: 3203786711

CORREO ELECTRÓNICO: cmmendoza@fucsahud.edu.co

EPS: Sanitas FONDO DE PENSIONES Porvenir ARL Sura

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? Ninguna

USTED ACTUALMENTE TIENE UN CONTRATO SIMULTANEO CON OTRA ENTIDAD: SI NO
¿CUÁL ENTIDAD?

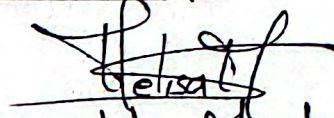
USTED TIENE FAMILIARES TRABAJANDO ACTUALMENTE EN LA SUBRED SUR E.S.E.: SI NO
SI SU REPUESTA ES SI, ¿EN QUE AREA O DEPENDENCIA TRABAJA?

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

OTRO, ¿CUÁL?

EN CASO DE EMERGENCIAS CONTACTAR A: Wilson Mendoza

NÚMERO DE CONTACTO: 3105677395


Carmen Melisa Mendoza Silva
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



1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO MENDOZA		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) SILVA		NOMBRES CARMEN MELISA	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1000836241			SEXO F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/>	NACIONALIDAD COL <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>	
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> NUMERO _____ D.M. _____					
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA <input type="text" value="2"/> MES <input type="text" value="FEB"/> AÑO <input type="text" value="2001"/> PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Bogotá D.C.</u> CIUDAD <u>Bogotá D.C.</u>			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CL 38 SUR 72 Q 30 PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Bogotá D.C.</u> CIUDAD <u>Bogotá D.C.</u> TELEFONO <u>3203786711</u> EMAIL <u>cmmendoza@fucsalud.edu.co</u>		

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	<input type="text" value="DICIEMBRE"/>	AÑO	<input type="text" value="2017"/>

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

TC (TECNICA). TL (TECNOLÓGICA). TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA). UN (UNIVERSITARIA).

ES (ESPECIALIZACIÓN). MG (MAESTRIA O MAGISTER). DC (DOCTORADO O PHD).

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
Universitaria	10	X	ENFERMERIA	6 2023	1000836241

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

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

Firma electronica validador: null

671021

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

Página 1 de 3



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

Hoja de vida sin validar



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 Medicall	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD gestionhumana.dg@medicallth.com	
TELÉFONOS 7425770	FECHA DE INGRESO DÍA 17 MES 8 AÑO 2023		FECHA DE RETIRO DÍA 22 MES 1 AÑO 2024
CARGO O CONTRATO Indefinido	DEPENDENCIA Hospitalización, urgencias.	DIRECCIÓN Calle 10 N° 18-75	

4

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
Privada	0	5
Pública	0	0
Total	0	5

Firma electronica validador: null

671021

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

Página 2 de 3



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 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

Firma electronica validador: null

FORMULARIO ÚNICO

ENTIDAD RECEPTORA

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



El futuro
es de todos

Gobierno
de Colombia

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural
(LEY 190 DE 1995)



Última Actualización: 05-feb-2026

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, CARMEN MELISA MENDOZA SILVA

IDENTIFICADO CON C.C. C.E. T.I. No. 1000836241 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección CL 38 SUR 72 Q 30

Teléfonos 3203786711 3203786711

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
ADRIANA SILVA VILLANUEVA	51759893	Madre
WILSON ARLEY MENDOZA	88225290	Padre

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	\$ 3.400.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	\$ 4.000.000,00
GASTOS DE REPRESENTACION	\$ 2.000.000,00
ARRIENDOS	\$ 0,00
HONORARIOS	\$ 600.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 500.000,00
TOTAL	\$ 10.500.000,00

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
Banco de Bogotá	Cuenta corriente	033347477	kennedy	\$ 2.000.000,00

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
familiares	mercado	\$ 1.000.000,00



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.



Última Actualización: 05-feb-2026

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. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/>	

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

Firma electrónica:

CARMEN MELISA MENDOZA SILVA 05/02/2026 16:17:47

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 05-feb-2026

CIUDAD Y FECHA



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.



FORMATO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

DATOS PERSONALES

Nombre:	CARMEN MELISA MENDOZA SILVA
Identificación:	1000836241
Entidad:	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
Cargo:	Contratista
Correo:	cmmendoza@fucsalud.edu.co
Tipo declaración:	Para suscribir contrato de prestación de servicios
Fecha Declaración:	05/02/2026 16:18:35

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: c72b68f485fb16c32e20d61d54ef34555b45247ca6ca07dcd559897544e5851a

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 concurren 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 concurren 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:

CARMEN MELISA MENDOZA SILVA 05/02/2026 16:18:35

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

NOMBRE: CARMEN MELISA MENDOZA SILVA

CC: 1000836241

BOGOTÁ D.C.

Documento electrónico: c72b68f485fb16c32e20d61d54ef34555b45247ca6ca07dcd559897544e5851a

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

Recibidos (6) x Mi unidad - x Correo: Carr x (28) Whats... x LINK ENCUE x Formulario x Actividades- x total de acti x + -

https://t.almeraim.com/event?data=eyJb25uZWNOaW9uljoic2dpc3VicmVkc3VyIiwiaXBpa2V5IjoiaW5N2E3NTRjMzI2NTIhYzdmODQ3NTIiImj... Centro educativo

Gmail YouTube Maps FUCS - Fundación U... Mis Datos | Distrito... Día de la enfermera... Inscripción por prim... Bogota tiene Talento Todos los marcadores

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

Nota:

Recuerda tomar captura de pantalla al radicado generado por el sistema al finalizar el diligenciamiento del formulario, es su soporte para el proceso de vinculación a la Subred Sur ESE. Con relación al ítem 13 Lista de chequeo de verificación de requisitos para contratación, ítem 13 Formulario único conocimiento Sariaft (persona natural o jurídica).

Aceptar

Aceptar

Evento

CONSIDERACIONES

Buscar 17°C ESP 12:33 p. m. 17/02/2026

Recibidos (6) x Mi unidad - x Correo: Carr x (28) Whats... x LINK ENCUE x Formulario x Actividades- x total de acti x + -

https://t.almeraim.com/event?data=eyJb25uZWNOaW9uljoic2dpc3VicmVkc3VyIiwiaXBpa2V5IjoiaW5N2E3NTRjMzI2NTIhYzdmODQ3NTIiImj... Centro educativo

Gmail YouTube Maps FUCS - Fundación U... Mis Datos | Distrito... Día de la enfermera... Inscripción por prim... Bogota tiene Talento Todos los marcadores

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

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

FORMULARIO UNICO DE CONOCIMIENTO DE PERSONA NATURAL Y JURIDICA

2026-02-17

Radicado #: 30317

Aceptar

Evento

CONSIDERACIONES

Buscar 17°C ESP 12:33 p. m. 17/02/2026



Dra. Ángela Camacho.
Medicina Aeronáutica, Ocupacional y del Viajero
www.medicoaeroespacial.com/Dra-angela-camacho
Villavicencio, Meta Teléfono: +57 3215616178
Draangela@medicoaeroespacial.com

CERTIFICADO MÉDICO PREOCUPACIONAL

FECHA: 30/05/2025

NOMBRES Y APELLIDOS: Carmen Melisa Mendoza Silva
TIPO DE DOCUMENTO: Cédula de ciudadanía
CARGO: Enfermera
EMPRESA: PARTICULAR
DIRECCIÓN: Calle 38 sur # 72Q 30

EDAD: 24 años
N° DOCUMENTO: 1000836241
GÉNERO: Femenino
CIUDAD: bogota
TELÉFONO: 573107570378

SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA:

Desordenes musculoesqueléticos (DME), Riesgo psicosocial

AYUDAS DIAGNÓSTICAS:

Ninguna

ÉNFASIS:

Osteomuscular: Normal

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL:

De acuerdo con el examen ocupacional realizado a Carmen Melisa Mendoza Silva , con documento N° 1000836241, en el día 30/05/2025. Se considera **No presenta restricción** para desempeñar la ocupación de Enfermera.

RECOMENDACIONES GENERALES:

implementar hábitos y estilo de vida saludables, alimentación balanceada, adecuada hidratación oral, actividad física regular, asistir periódicamente a consulta preventiva en su EPS.

CONDUCTAS OCUPACIONALES:

De acuerdo con los hallazgos clínicos y el examen médico realizado, la trabajadora no presenta alteraciones médicas que interfieran en el adecuado desarrollo de su actividad laboral. Se recomienda implementar medidas de trabajo seguro, haciendo énfasis en los principales riesgos asociados a su cargo.

Observaciones generales preventivas:

1. Higiene postural de acuerdo al cargo a desempeñar
2. Capacitar en higiene postural y cuidados de espalda
3. El empleador debe de manera periódica inspeccionar puesto de trabajo
4. Ejecutar un adecuado programa de pausas activas y pasivas de manera periódica durante la jornada laboral
5. Capacitación en la prevención de riesgos propios del trabajo, en notificar cualquier incidente o accidente laboral y acatar recomendaciones del programa de seguridad y salud en el trabajo de la empresa
6. Adoptar estilos de vida saludable, ejercicio, dieta balanceada en fibra, frutas, vegetales, baja en azúcares, carbohidratos y grasas
7. Uso de elementos de protección personal de acuerdo al cargo a desempeñar

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL TRABAJADOR:

De acuerdo con lo contemplado en las resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de junio 5 de 2009 del ministerio de protección social, las evaluaciones medicas ocupacionales tiene como objeto monitorear la exposición a factores de riesgo ocupacional e identificar las posibles alteraciones de la salud de los trabajadores; así fortalecer los sistemas de vigilancia epidemiologica mediante los programas de promoción y prevención de la salud.

Autorizo al médico ocupacional, quien firma este certificado a realizar el presente examen médico ocupacional y pruebas complementarias a las que haya lugar. Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas, que no omito información relevante que pudieran influir sobre mi estado de salud y me comprometo a informar en forma veraz y oportuna a mi empleador cualquier cambio que pueda presentarse en las mismas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. Comprendo las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.



FIRMA DEL MÉDICO

NOMBRE: Ángela Lorena Camacho Suárez

REGISTRO MÉDICO: 8554/2014 – 52968061

LICENCIA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO: 7274 del 07/04/2021

FIRMA DEL TRABAJADOR

NOMBRE: Carmen Melisa Mendoza Silva

DOCUMENTO: 1000836241



Código de validación:8654450413600246000

Calle 34 # 38 -74, 3215616178, Villavicencio, <https://www.medicoaeroespacial.com/medicos/angela-camacho/>

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

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.



MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL

Certificado de vacunación del adulto

Recomivax 20 UFL / 10 mg
Vacuna contra la hepatitis B, recombinante (rADN)
Contiene 20 UFL de vacuna
en 1 mL de solución
isotónica y tamponada
a pH 7.0.
Cada dosis: 1 mL
Cada dosis: 10 mg
Cada dosis: 20 UFL

Indicaciones:
Inyectada por vía intramuscular.

Elaborado por: **Las Chem, Ltd.**
Lot No: JF204100
MANUF: 01 Dic. 2004
EXP: 01 Dic. 2007

Adulto
1 dosis

Nombres:

Carmen Melissa

Apellidos:

Hendoza Silva

Documento de identidad:

C.C.Y C.E. P.A. C.D. S.C. P.E. P.P.T. D.E.

Número de documento:

1 0 0 0 8 3 6 2 4 1

Fecha de nacimiento:

Día 02 Mes 02 Año 2001

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única	7-Abr-175	23 R0650	UNO JA
Toxide Tetánico - Difterico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Tdap acelular	1			
	2			
Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH	1			
	2			
Influenza estacional	Annual			
	Annual			
	1a			
	2a			
Covid 19	1er Ref.			
	2do Ref.			
Otras				



 Cruz Roja Colombiana

 23 FEB 2026

 23 Mmbe

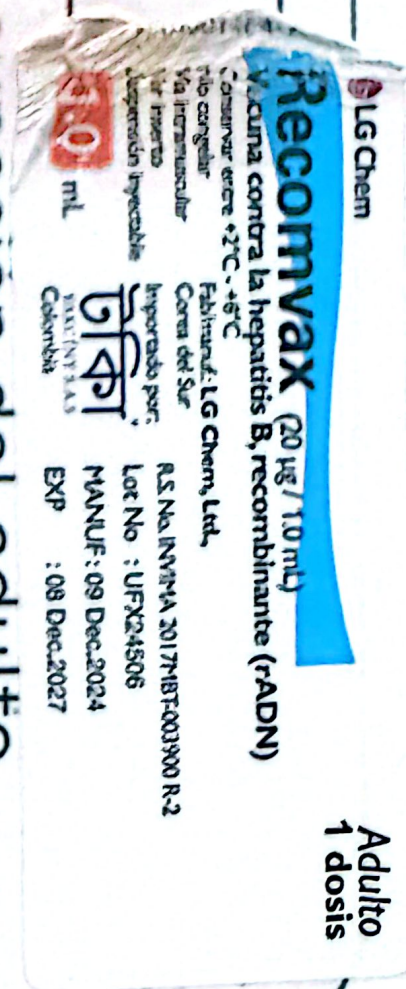
 BAZA DE LAS AMERICAS



MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL

Certificado de vacunación del adulto

Adulto
1 dosis



Nombres: **Carmen Melissa**


Apellidos: **Mendoza Silva**

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

Número de documento: **1 0 0 0 8 3 6 2 4 1**

Fecha de nacimiento: **Día 0 2 Mes 0 2 Año 2 0 0 1**

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única	7-Abr-1-25	23 K0650	ORIG JA
Toxide Tetánico - Diférico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
TdAP acelular	1			
	2			
	1			
Hepatitis B	2			
	3			
	3			


 Cruz Roja Colombiana
 Asociación Colombiana de Cruz Roja
 LAZARDA DE LAS AMÉRICAS

23 FEB 2026
 23 MARIANA
 23 MARIANA

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

Consérvelo

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

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO.

GOBIERNO DE COLOMBIA **MINSALUD**

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: **Carmen Melisa**

Apellidos: **Mendoza.**

Documento de identidad: C.C. T.I. Pasaporte No. **1000836241**

Fecha de Nacimiento: Día **02** Mes **02** Año **2001**

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única	08 JUL 2019	ACEREXSA	compensar
Fiebre amarilla	Única			
Toxoide Tetánico	1	07 Enero 2012		
	2	31 ENE 2019	2213020168	Solun
Diftérico (Td)	3	04 MAR 2019	2213020168	Solun
	4	02 JUL 2020		compensar
Contra Hepatitis B	1	31 ENE 2019	ALBICINIA	compensar
	2	09 MAR 2019	RECOMVAX B	compensar
	3	08 JUL 2019	ALBICINIA	compensar
	3	02 JUL 2020	ALBICINIA	compensar

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
VPH	1			
	2			
	3			
Anti rábica	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Influenza Anual		08 JUL 2019		compensar
Otras		02 JUL 2020		compensar

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

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

La salud es de todos

Manufacturador: L: UJ626AB, M: 13ENE22, M: 13ENE21
Conservar entre 2°C y 8°C
Sistema de Inyección: 0.5 cc, 0.5 ml, 1 ml, 2 ml, 3 ml, 5 ml, 10 ml, 20 ml, 30 ml, 50 ml, 100 ml
Manuf.: 01022022
Lote: W3B07
CAD: 01-2023
Vaxigriptra
Vacuna antigripal
tetrapéptica
2022 - Homólogo Sur
Año: Feb 19, 2022
Código: W3B07
Colombia: K.L. No. 000000
País: K.L. No. 000000

La salud es de todos **Minsalud**

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: **Carmen Melisa**

Apellidos: **Mendoza Silva**

Documento de identidad: C.C. T.I. Pasaporte No. **1000836241**

Fecha de nacimiento: Día **02** Mes **02** Año **2001**

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubeola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1	07-01-2012		
	2	31-01-2019		
	3	04-03-2019		
	4	02-01-2020		
	5	02/07/21	23381024	Mendoza Bogota
TdaP acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1	08 JUL 2019	03424008E	compensar
	2			
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	02/07/21	UJ626AB	Mendoza Bogota
Otras		08 JUN 2022	Sanofi	compensar
			Vaxigrip W3B071V	compensar
Influenza		10 MAY 2023	F1002	PROFARMEDIOS



Quirón[®]
CENTRO DE ENTRENAMIENTO EN SALUD ▲

CERTIFICA

LA PARTICIPACIÓN DE

Carmen Melisa Mendoza Silva
CC: 1000836241

En el Curso de: **ATENCIÓN INTEGRAL A VICTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUIMICOS**
Para: **Enfermería Profesional**

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente de este Curso Teórico - Práctico.
Quirón Centro de Entrenamiento en Salud SAS identificado con Nit: 901237169-2 matrícula mercantil N°. 722.315.
Licencia de funcionamiento N°. 04757 de 2023, nombrado por la Secretaría de Educación institución para la educación y desarrollo del talento humano EDTH.

Basados en el marco del Resolución 1818 del 2019 y cumpliendo con la normatividad de la resolución 3100 del 2019.

Realizado el 2 del mes de octubre del 2025 con una intensidad de 80 Horas. Este certificado tiene vigencia de dos (2 años) a partir de su expedición.

VIGILADO MINEDUCACIÓN

Si desea validar la veracidad de este certificado, por favor comuníquese con nosotros o envíenos un email a gerencia@quironcolombia.com

Calle 45 No 14 - 29 Barranquilla · Cel: 322 721 1337

www.quironcolombia.com

Directora Administrativa
JOHANNA PAOLA TAPIA MARTINEZ

Representante Legal
VICTOR HUGO ESTRADA PEDROZO





Quirón[®]
CENTRO DE ENTRENAMIENTO EN SALUD ▲

ISO 9001:2015
BUREAU VERITAS
Certification



CERTIFICA

LA PARTICIPACIÓN DE

Carmen Melisa Mendoza Silva
CC: 1000836241

En el Curso de: **ACLS - SOPORTE VITAL AVANZADO**
Para: **Enfermería Profesional**

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente de este Curso Teórico - Práctico.
Quirón Centro de Entrenamiento en Salud SAS identificado con Nit: 901237169-2 matrícula mercantil N°. 722.315.
Licencia de funcionamiento N°. 04757 de 2023, nombrado por la Secretaría de Educación institución para la educación y desarrollo del talento humano EDTH.
Según la normatividad de la resolución 3100 del 2019

Realizado el 2 del mes de octubre del 2025 con una intensidad de 60 Horas. Este certificado tiene vigencia de dos (2 años) a partir de su expedición.

VIGILADO MINEDUCACIÓN

Si desea validar la veracidad de este certificado, por favor comuníquese con nosotros o envíenos un email a gerencia@quironcolombia.com

Calle 45 No 14 - 29 Barranquilla · Cel: 322 721 1337

www.quironcolombia.com

Directora Administrativa
JOHANNA PAOLA TAPIA MARTINEZ

Representante Legal
VICTOR HUGO ESTRADA PEDROZO





Quirón[®]
CENTRO DE ENTRENAMIENTO EN SALUD ▲

ISO 9001:2015
BUREAU VERITAS
Certification



CERTIFICA

LA PARTICIPACIÓN DE

Carmen Melisa Mendoza Silva
CC: 1000836241

En el Curso de: **ARRITMIAS CARDIACAS**
Para: **Enfermería Profesional**

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente de este Curso Teórico - Práctico.
Quirón Centro de Entrenamiento en Salud SAS identificado con Nit: 901237169-2 matrícula mercantil N°. 722.315.
Licencia de funcionamiento N°. 04757 de 2023, nombrado por la Secretaría de Educación institución para la educación y desarrollo del talento humano EDTH.
Según la normatividad de la resolución 3100 del 2019

Realizado el 2 del mes de octubre del 2025 con una intensidad de 60 Horas. Este certificado tiene vigencia de dos (2 años) a partir de su expedición.

VIGILADO MINEDUCACIÓN

Si desea validar la veracidad de este certificado, por favor comuníquese con nosotros o envíenos un email a gerencia@quironcolombia.com

Calle 45 No 14 - 29 Barranquilla · Cel: 322 721 1337

www.quironcolombia.com

Directora Administrativa
JOHANNA PAOLA TAPIA MARTINEZ

Representante Legal
VICTOR HUGO ESTRADA PEDROZO





Certifica que:

CARMEN MELISA MENDOZA SILVA

1000836241

CARGO: ENFERMERO (A) SUPERNUMERARIO

septiembre 27, 2024

Participo y asistió a las acciones de formación en Curso Virtual Manejo de
**Pruebas en Punto de Atención (Point of Care Testing- POCT) -
Glucómetros**

VIGENCIA: 3 años a partir de la fecha de expedición

ELVIRA DÍAZ MACÍAS
BACTERIOLOGA - LABORATORIO CLÍNICO
Y SERVICIO TRANSFUSIONAL

Certifica Que:

CARMEN MELISA MENDOZA SILVA

1000836241

CARGO: ENFERMERO (A) SUPERNUMERARIO

mayo 10, 2024

Reviso y aprobó los conocimientos, sobre la gestión del duelo
VIGENCIA: 3 años a partir de la fecha de expedición

CERTIFICA

QUE:

CARMEN MELISA MENDOZA SILVA

1000836241

CARGO: ENFERMERO (A) SUPERNUMERARIO


8 de agosto de 2024

CUMPLIO EL CICLO DE FORMACIÓN EN ATENCIÓN INTEGRAL
EN SALUD A VÍCTIMAS DE VIOLENCIAS SEXUALES
CON UNA INTENSIDAD DE 8 HORAS

VIGENCIA: 3 AÑOS A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICIÓN



GUILLERMO SÁNCHEZ VANEGAS
DIRECTOR CIENTÍFICO



HERNANDO SUÁREZ ROJAS
JEFE TALENTO HUMANO



Certifica Que:

CARMEN MELISA MENDOZA SILVA

1000836241

CARGO:ENFERMERO (A) SUPERNUMERARIO

noviembre 5, 2024

Cursó y aprobó la totalidad de los contenidos del Curso de Interrupción voluntaria del Embarazo

NELSON SIERRA FORERO
DIRECTOR HOSPITALARIO

GUILLERMO SÁNCHEZ VANEGAS
DIRECTOR CIENTÍFICO



Certifica Que:

CARMEN MELISA MENDOZA SILVA

1000836241

CARGO: ENFERMERO (A) SUPERNUMERARIO

septiembre 27, 2024

**Cursó y aprobó la totalidad de los contenidos del Curso de
Derecho a Morir con Dignidad**

NELSON SIERRA FORERO
DIRECTOR HOSPITALARIO

GUILLERMO SÁNCHEZ VANEGAS
DIRECTOR CIENTÍFICO



Quirón[®]
CENTRO DE ENTRENAMIENTO EN SALUD ▲

ISO 9001:2015
BUREAU VERITAS
Certification



CERTIFICA

LA PARTICIPACIÓN DE

Carmen Melisa Mendoza Silva
CC: 1000836241

En el Curso de: **VACUNACION PAI**
Para: **Enfermería Profesional**

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente de este Curso Teórico - Práctico.
Quirón Centro de Entrenamiento en Salud SAS identificado con Nit: 901237169-2 matrícula mercantil N°. 722.315.
Licencia de funcionamiento N°. 04757 de 2023, nombrado por la Secretaría de Educación institución para la educación y desarrollo del talento humano EDTH.
Según la normatividad de la resolución 3100 del 2019

Realizado el 10 del mes de mayo del 2024 con una intensidad de 60 Horas. Este certificado tiene vigencia de dos (2 años) a partir de su expedición.

VIGILADO MINEDUCACIÓN

Si desea validar la veracidad de este certificado, por favor comuníquese con nosotros o envíenos un email a gerencia@quironcolombia.com

Calle 45 No 14 - 29 Barranquilla · Cel: 322 721 1337

www.quironcolombia.com

Directora Administrativa
JOHANNA PAOLA TAPIA MARTINEZ

Representante Legal
VICTOR HUGO ESTRADA PEDROZO





ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1000836241
NOMBRES	CARMEN MELISA
APELLIDOS	MENDOZA SILVA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/02/2026	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión: 02/17/2026 15:58:21 | Estación de origen: 192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES”.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**,

establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

[IMPRIMIR](#) [CERRAR VENTANA](#)

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado **EPS SANITAS**,

CERTIFICA

Que **Carmen Melisa Mendoza Silva**, identificado(a) con CC número **1000836241**, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1000836241
NOMBRES Y APELLIDOS	Carmen Melisa Mendoza Silva
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	02/02/2001
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/02/2026
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/02/2026
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

N.I.T. 830050228 ADECCO SERVICIOS COLOMBIA SA Desde
01/02/2026 - Vigente



Organización Sanitas Internacional

NIT. 800.251.440-6

CÓDIGO 005, República de Colombia - SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Fecha de Radicación									
D	D	M	M	A	A	A	A	A	A

I - DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)											
1. Tipo de trámite		A. Afiliación <input checked="" type="checkbox"/>		2. Tipo de Afiliación		- Cotizante o Cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/>		B. Colectiva <input type="checkbox"/>		D. De Oficio <input type="checkbox"/>	
B. Reporte de Novedades <input type="checkbox"/>		A. Individual		- Beneficiario o Afiliado adicional <input type="checkbox"/>		C. Institucional <input type="checkbox"/>		3. Régimen		A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/>	
B. Subsidiado <input type="checkbox"/>		4. Tipo de afiliado		5. Tipo de cotizante		Código		(a registrar por la EPS)			
A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/>		B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/>		C. Beneficiario <input type="checkbox"/>		A. Dependiente		B. Independiente <input checked="" type="checkbox"/>		C. Pensionado <input type="checkbox"/>	

A. AFILIACIÓN											
II - DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)											
6. Apellidos y nombres			MENDOZA			SILVA			CARMEN		
Primer apellido			Segundo apellido			Primer nombre			Segundo nombre		
7. Tipo de documento de identidad			8. Número del documento de identidad			9. Sexo			10. Fecha de nacimiento		
CEDULA DE CIUDADANIA			1000836241			Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>			0 2 0 2 2 0 0 1		

III - DATOS COMPLEMENTARIOS											
Datos personales											
11. Etnia		12. Discapacidad		13. Puntaje SISBÉN		14. Grupo de población especial					
		Tipo F N M Condición T P									
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL			16. Administradora de Pensiones			17. Ingreso Base de Cotización - IBC					
SURA			PORVENIR			\$ 1.750.902					
18. Residencia			Dirección			Teléfono Fijo		Teléfono Celular		Correo Electrónico	
Calle 38 Sur No. 72Q-30 Barrio Carvajal						320 3786711		320 3786711		cmmendoza@fucsalud.edu.co	
Municipio / Distrito			Zona			Localidad / Comuna		Departamento			
Bogotá			Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>			Kennedy		Cundinamarca			

IV - DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)											
19. Apellidos y nombres											
Primer apellido			Segundo apellido			Primer nombre			Segundo nombre		
20. Tipo de documento de identidad			21. Número del documento de identidad			22. Sexo			23. Fecha de nacimiento		
						Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>			D D M M A A A A		

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales									
24. Apellidos y nombres									
Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre			
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									
25. Tipo de documento de identidad		26. Número documento de identidad				27. Sexo		28. Fecha de nacimiento	
						Femenino Masculino		D D M M A A A A	
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									

Datos complementarios											
29. Parentesco				30. Etnia		31. Discapacidad		Tipo		Condición	
								F N M		T P	
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

32. Datos de residencia						33. Valor de la UPC del afiliado adicional (A registrar por la E.P.S.)					
Municipio / Distrito		Zona		Departamento		Teléfono fijo y/o Celular					
		Urbana Rural									
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

Selección de la I.P.S. Primaria									
34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS								Código de la IPS (A registrar por la E.P.S.)	
C									
B									
B									
B									

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO											
35. Nombre o razón social			36. Tipo de documento de identificación			37. Número del documento de identificación			38. Tipo de Aportante o Pagador (A registrar por la E.P.S.)		
39. Ubicación		Dirección		Teléfono Fijo		Correo Electrónico		Municipio / Distrito		Departamento	

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

<input type="checkbox"/> 1. Modificación datos básicos de identificación	<input type="checkbox"/> 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
<input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación	<input type="checkbox"/> 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
<input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identidad	<input type="checkbox"/> 13. Movilidad <input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo
<input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado
<input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS	<input type="checkbox"/> 14. Traslado <input type="checkbox"/> A. Mismo Régimen
Código <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen
<input type="checkbox"/> 6. Reinscripción en la EPS	<input type="checkbox"/> 15. Reporte de fallecimiento
<input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales	<input type="checkbox"/> 16. Reporte del trámite de protección al cesante
<input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales	<input type="checkbox"/> 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado
<input type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar	<input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de Pensionado
<input type="checkbox"/> 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando	

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre									
Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad		Sexo		Fecha de Radicación									
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		<table border="1"> <tr> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> </tr> </table>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>								
43. EPS Anterior				44. Motivo de Traslado		45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones									
				Código <input type="text"/>											

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales

47. Declaración de la NO obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción

48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios

49. Declaración de NO internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud

50. Autorización para que la E.P.S. solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales

51. Autorización para que la E.P.S. 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

52. Autorización para que la E.P.S. 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.

53. Autorización para que la E.P.S. envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

55. El Empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad

Cantidad	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Total	<input type="text"/>
	CN	RC	TI	CC	CE	PA	CD	SC			

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente

58. Copia del Registro Civil de Matrimonio o de la Escritura Pública, Acta de Conciliación o Sentencia Judicial que declare la unión marital

59. 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 unión marital

60. Copia del Certificado de Adopción o Acta de Entrega del menor

61. Copia de la Orden Judicial o del Acto Administrativo de Custodia

62. Documento 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

63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud

64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas

65. 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. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBÉN			68. Fecha de Radicación		69. Fecha de Validación																	
Código del Municipio	Código del Departamento	Número de Ficha	Puntaje	Nivel	<table border="1"> <tr> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> </tr> </table>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<table border="1"> <tr> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> </tr> </table>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																	
70. Datos funcionario que realiza la validación				71. Firma del funcionario																				
Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre																		
Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad																						
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																								

Observaciones:

Nombre y documento de identidad del ejecutivo comercial	Sello de radicación	Sticker procesamiento
C.C. No.		

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

La información que se registre en este formulario es muy importante para el SGSSS, por favor, para su diligenciamiento, utilice tinta de color negro, escriba en letra de imprenta, sin tachones ni enmendaduras, y siga las instrucciones de este documento.

ENCABEZADO

Número de radicación: Número que la EPS asigna en forma consecutiva a cada trámite que realizan los cotizantes, cabezas de familia, beneficiarios u otros autorizados.

Fecha de radicación: Este dato corresponde a la fecha en que la EPS recibe físicamente el formulario de afiliación o de reporte de novedades, con un lector de código de barras o electrónico. Cuando realice el trámite debe verificar que la fecha registrada corresponde efectivamente a la fecha en que éste se realiza ante la EPS.

CAPÍTULO II. DATOS DEL TRÁMITE

Estos datos se refieren a la descripción de la operación, trámite o transacción que se realiza mediante la suscripción del FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REPORTE DE NOVEDADES, por tanto, son obligatorios para el cotizante, cabeza de familia, beneficiario, empleado, entidad o institución autorizada, cuando se registre una afiliación o un reporte alguna novedad.

1. Tipo de trámite

A. Afiliación: Aplica cuando se ingresa por primera vez al Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, en condición de cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional.
B. Reporte de novedades: Aplica cuando se reporta algún cambio en los datos de identificación, datos complementarios o en la condición de la afiliación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional, según los tipos (s) de novedades relacionadas en el campo 40.

2. Tipo de afiliación

A. Individual: La opción de afiliación individual aplica cuando el cotizante o el cabeza de familia realizan directamente la afiliación y el reporte de novedades, y no a través de otras personas, Entidades o instituciones.

Se debe colocar una "X" en la opción que corresponda: cotizante, cabeza de familia o beneficiario.

B. Colectiva: La opción aplica cuando un trabajador independiente o un miembro de una comunidad o congregación religiosa realiza afiliación, reporte de novedades y pago de aportes al SGSSS a través de asociaciones, agrupaciones o congregaciones religiosas autorizadas para realizar afiliaciones colectivas.

C. Institucional: La opción institucional aplica cuando la persona que se va a afiliar se encuentra a cargo de una institución de protección y la institución es responsable de hacer el trámite.

D. De oficio: La opción de oficio aplica cuando la afiliación es realizada por la Unidad Administrativa Especial de Gestión Personal y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social - UGPP, el empleador o la entidad administradora de pensiones cuando el afiliado no ha hecho la selección, la entidad territorial cuando la persona cumpla los requisitos para pertenecer al régimen subsidiado y se rehúsa a ello, y los prestadores de servicios de salud en el caso del recién nacido de padres no afiliados. También aplica cuando la afiliación de los beneficiarios es realizada por las Comisarias de Familia, los defensores de familia, las Penionerías Municipales.

3. Régimen: Marque con una "X", según si la afiliación o el reporte de la novedad se realiza en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado.

4. Tipo de afiliado: Marque con una "X" la opción correspondiente a la condición de quien realiza la afiliación o reporta la novedad.
- Cotizante: Aplica cuando la persona que se afilia o reporta la novedad está obligada a cotizar al Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS en el Régimen Contributivo.
- Cabeza de familia: Aplica cuando la persona que se afilia o que reporta la novedad se registra o se ha registrado como cabeza de su núcleo familiar en el Régimen Subsidiado.
- Beneficiario: Es la persona que integra el núcleo familiar y reúne las condiciones para ser inscrito como beneficiario de un cotizante en el Régimen Contributivo o de un cabeza de familia en el Régimen Subsidiado.

5. Tipo de cotizante:

Marque con una "X" la opción que corresponda:
- Dependiente: Si el cotizante tiene un empleador mediante una relación laboral y comparte con éste el pago de los aportes a salud y pensiones.
- Independiente: Si el cotizante no está vinculado a un empleador mediante una relación laboral y por tanto, no comparte el pago de sus aportes sino que los asume en la totalidad.

- Pensionado: Si el cotizante goza de una pensión o el pago de su aporte a salud se encuentra a su cargo.
Código: Este espacio debe ser diligenciado por la EPS, y corresponde al código de Cotizante establecido en la base de datos de afiliados vigente.

AFILIACIÓN

Si la afiliación es individual o colectiva, se debe:

- Diligenciar los espacios de los capítulos II y III, correspondientes a los datos básicos de identificación y complementarios del cotizante o del cabeza de familia.

- Diligenciar los datos del capítulo IV si el cotizante o cabeza de familia tiene beneficiarios, en el mismo trámite de afiliación.

- Diligenciar los datos del capítulo V, relativos al empleador si el afiliado es dependiente, y si es un trabajador independiente vinculado a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas, registrar los datos de la asociación, agrupación o congregación religiosa.

- Marcar con una "X", en el capítulo VII, las declaraciones y autorizaciones que correspondan.

- Diligenciar en el capítulo VIII Firmas, los campos 54 y 55 según el caso.

- Marcar con una "X", en el capítulo IX, los tipos de identidad de las personas que se afilian y los anexos que acreditan la condición de sus beneficiarios, según correspondan.

SI LA AFILIACIÓN ES INSTITUCIONAL O DE OFICIO, LA INSTITUCIÓN O ENTIDAD DEBE:

- Diligenciar los espacios de los capítulos II y III con los datos de la persona que se va a afiliar, en condición de cotizante o cabeza de familia. Los niños de padres no afiliados que afilia la IPS no hacen en condición de cabeza de familia hasta tanto sus padres realicen la afiliación.

- Diligenciar los datos del capítulo IV si tiene información de los beneficiarios de la persona que se va a afiliar, o si la persona que se va a afiliar tiene la calidad de beneficiario de un cotizante en el caso de la afiliación de oficio en los términos del artículo 35 del Decreto 2353 de 2015.

- Diligenciar los datos del capítulo V relativos a la entidad responsable de la afiliación institucional o de oficio. En el caso de Entidades Territoriales estas deberán registrar los datos del capítulo X.

- Marcar con una "X" en el capítulo VII las declaraciones y autorizaciones que correspondan. En el caso de las afiliaciones de oficio solo podrán marcar los numerales 51, 52 y 53.

- Diligenciar el capítulo VIII Firmas, firmando en el campo 55 "Empleador, Aportante o Entidad responsable para la afiliación colectiva, institucional o de oficio".

- Marcar con una "X", en el capítulo IX, el documento de identidad de la(s) persona(s) que se va(n) a afiliar y los anexos que correspondan.

- Diligenciar los datos del capítulo X cuando la Entidad Territorial es la que realiza la afiliación.

CAPÍTULO III. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o del cabeza de familia)

Los datos básicos de identificación son aquellos que permiten la identificación del cotizante o cabeza de familia y deben coincidir con los del documento expedido por la entidad competente. Estos son:

6. Apellidos y nombres: Estos datos deben ser registrados en las casillas correspondientes, en forma idéntica a como aparecen en el documento de identidad.

- Primer apellido
- Segundo apellido
- Primer nombre
- Segundo nombre

7. Tipo de documento de identidad: Debe colocar en el espacio el código que corresponde al documento con el cual se va a identificar, según la siguiente tabla:

CÓDIGO DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE DOCUMENTO

CN **Registro de Nacimiento:** es el documento expedido por la Institución Prestadora de Servicio (IPS) donde nació el neonato. Solo tiene validez para realizar la afiliación y máximo hasta el tercer mes de vida. Debe ser reemplazado por el Registro Civil.

RC **Registro Civil de Nacimiento,** es el documento expedido por una notaría pública con que se identifican los menores de siete (7) años. Debe ser reemplazado por la tarjeta de identidad.

TI **Tarjeta de Identidad,** es el documento expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil con el que se identifican los menores entre de edad entre siete (7) y diecisiete (17) años. Debe ser reemplazado por la cédula de ciudadanía.

CC **Cédula de Ciudadanía,** es el documento expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil con el que se identifican las personas al cumplir dieciocho (18) años de edad.

CE **Cédula de Extranjería,** es el documento de identificación expedido por Migración Colombia, que se otorga a los extranjeros titulares de una visa superior a tres (3) meses y a sus beneficiarios, con base en el Registro de Extranjeros. La vigencia de la Cédula de Extranjería será por un término de cinco (5) años.

PA **Pasaporte,** es el documento que acredita la identidad de un extranjero que cuenta con una visa para viajar en Colombia y no se encuentra obligado a tramitar una cédula de extranjería, y de los extranjeros menores de siete (7) años.

CD **Carné Diplomático,** es el documento que identifica a extranjeros que cumplen funciones en las embajadas, legaciones, consulados y delegaciones en representación de gobiernos extranjeros.

SC **Salvoconducto de Permanencia,** es un documento de carácter temporal expedido por la Unidad Administrativa Especial de Migración Colombia a los extranjeros que deban permanecer en el país mientras resuelven su situación de refugiados o asilados. Tiene una validez de tres (3) meses y debe ser renovado o sustituido por la cédula de extranjería.

8. Número del documento de identidad: Es el número con el que se identifica como persona única y debe registrarlo exactamente como figura en el documento de identidad. Si se trata del registro civil escribe el número NUIP que aparece en la parte superior izquierda del documento, no el indicativo serial. Verifique que lo ha registrado completo.

9. Sexo: Marque con una "X", la opción: femenino o masculino, como aparece en su documento de identidad.

10. Fecha de nacimiento: Registre la fecha de nacimiento como figura en el documento de identidad: día, mes y año.

CAPÍTULO III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales: Estos datos deben registrarse para el cotizante en el Régimen Contributivo y para el cabeza de familia en el Régimen Subsidiado, según corresponda.

11. Etnia: En este espacio debe registrar el código correspondiente a la etnia, en caso de pertenecer a alguna de ellas, tal como aparece en la tabla:

CÓDIGO	ETNIA
01	Indígena
02	RROM (gitano)
03	Raíz (San Andrés y Providencia)
04	Palenquero (San Basilio de Palenque)
05	Negro(a), afrocolombiano(a)

12. Discapacidad: Este espacio debe diligenciarse solo en el caso de que el cotizante o cabeza de familia tenga una discapacidad reconocida y calificada médicamente.

Tipo de discapacidad: Marque con una "X" la opción: F. Física, N. Neuro-sensorial, M. Mental

Condición de Discapacidad: Marque con una "X" la opción: T. Temporal, P. Permanente.

13. Puntaje SISBEN: Este dato aplica solo para el Régimen Subsidiado. Debe registrar el puntaje obtenido en la encuesta SISBEN.

14. Grupo de población especial: Este dato aplica solo para el Régimen Subsidiado. Si el cabeza de familia pertenece a un grupo de población especial debe colocar en el espacio el código correspondiente según la siguiente tabla:

CÓDIGO	GRUPO POBLACIONAL
02	Población infantil abandonada a cargo del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
06	Menores desvinculados del conflicto armado, a cargo del ICBF
08	Población Desmovilizada
09	Víctimas del Conflicto Armado
10	Población infantil vulnerable bajo protección en instituciones diferentes al ICBF
11	Personas incluidas en el programa de protección a testigos.
16	Adultos mayores en centros de protección.
17	Comunidad indígena
18	Población Rom
22	Población privada de la libertad, que no esté a cargo del Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad.
23	Personas que dejen de ser madres comunitarias y sean beneficiarias del subsidio de la Subcuenta de Subsistencia del Fondo de Solidaridad Pensional.
24	Personas incluidas en el Registro Único de DAMificados por la deportación, expulsión, repatriación o retorno desde el territorio Venezolano.

Si la afiliación es individual o de oficio seleccione uno de los siguientes códigos: 06, 08, 11, 17, 18, 23, 24. Si la afiliación es institucional seleccione uno de los siguientes códigos: 02, 06, 10, 16, 22.

15. Administradora de Riesgos Laborales -ARL: Este dato aplica solo para la afiliación en el Régimen Contributivo de los trabajadores dependientes. Registre el nombre de la Entidad Administradora de Riesgos Laborales donde se encuentra afiliado.

16. Administradora de Pensiones: Este dato aplica solo para la afiliación en el Régimen Contributivo. Registre el nombre de la Entidad Administradora de Pensiones donde se encuentra afiliado.

17. Ingreso Base de Cotización -IBC: Este dato aplica solo para la afiliación en el Régimen Contributivo. Registre el valor del salario o del ingreso mensual sobre el cual va a pagar los aportes al SGSSS.

18. Residencia: Diligencie los datos del lugar donde reside el cotizante o cabeza de familia.

- Dirección de su residencia
- Teléfono (fijo o celular, o ambos)
- Correo electrónico
- Ciudad/Municipio o distrito
- Localidad/comuna si existen en su ciudad, municipio o distrito
- Zona: urbana o rural donde se ubique su residencia
- Departamento
- En el caso de Bogotá, D. C., debe escribir en el campo departamento: Bogotá, D. C.

CAPÍTULO IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero (a) permanente cotizante. Estos datos deben ser registrados solo cuando el cónyuge o compañero (a) permanente también cotiza al SGSSS. Si éste no cotiza debe registrarse en los espacios de "Datos de identificación de los miembros del núcleo familiar" en el capítulo IV en la fila de primer beneficiario (B1).

Si al momento de la afiliación del cotizante el cónyuge o compañero(a) permanente está afiliado y Cotiza, solo debe diligenciar sus datos básicos de identificación de estos espacios.

19. Apellidos y nombres: Estos datos deben ser registrados en forma idéntica como figuran en el documento de identidad.

- Primer apellido
- Segundo apellido
- Primer nombre
- Segundo nombre

20. Tipo de documento de identidad: Registre el código que corresponde al documento con el cual se va a identificar, según la tabla de tipos de documentos de identidad que se encuentra en el numeral 7 del capítulo II de este instructivo.

21. Número del documento de identidad: Registre el número exactamente como aparece en el documento de identidad. Verifique que lo ha registrado completo. Si se trata del registro civil escribe el número NUIP que aparece en la parte superior izquierda del documento, no el indicativo serial. Verifique que lo ha registrado completo.

22. Sexo: Marque con una "X", la opción: femenino o masculino, como aparece en su documento de identidad.

23. Fecha de nacimiento: Registre la fecha de nacimiento como aparece en el documento de identidad: día, mes y año.

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales. En las filas identificadas con los códigos B1, B2, B3, B4 y B5 registre los datos de cada uno de los beneficiarios o afiliados adicionales que vaya a incluir en el trámite.

24. Apellidos y nombres: Estos datos deben ser registrados en forma idéntica como figuran en el documento de identidad.

- Primer apellido
- Segundo apellido
- Primer nombre
- Segundo nombre

25. Tipo de documento de identidad: Coloque en el espacio el código que corresponde al documento con el cual se va a identificar, según la tabla de tipos de documentos de identidad que se encuentra en el numeral 7 del capítulo II.

26. Número del documento de identidad: Registre el número exactamente como figura en el documento de identidad. Verifique que lo ha registrado completo. Si se trata del registro civil escribe el número NUIP que figura en la parte superior izquierda del documento, no el indicativo serial.

27. Sexo: Marque con una "X", la opción: femenino o masculino, como aparece en su documento de identidad.

28. Fecha de nacimiento: Registre la fecha de nacimiento como aparece en el documento de identidad: día, mes y año.

Datos complementarios

29. Parentesco: En este espacio debe colocar el código que corresponde al tipo de parentesco con el cotizante o cabeza de familia, o que lo identifica como beneficiario o afiliado adicional, como aparece en la siguiente tabla:

CÓDIGO	PARENTESCO	DESCRIPCIÓN PARENTESCO
CY	Cónyuge	Con relación formalizada mediante el vínculo matrimonial.
CP	Compañero (o) permanente incluyendo las parejas del mismo sexo	Con unión marital de hecho
HI	Hijos menores de veinticinco (25) años de edad.	Que dependan económicamente del cotizante.
HD	Los hijos de cualquier edad.	Si tienen incapacidad permanente y dependen económicamente del cotizante.
HC	Los hijos del cónyuge o compañero o compañero permanente del afiliado, incluyendo los de las parejas del mismo sexo.	Si son menores de 25 años y dependen económicamente del cotizante, o de cualquier edad presentan incapacidad permanente y dependen económicamente del cotizante.
HB	Los hijos de los beneficiarios.	Son los nietos del cotizante cuyo padre o madre es beneficiario del cotizante.
MD	Los menores de veinticho (25) años o de cualquier edad, con incapacidad permanente.	Que dependan económicamente del cotizante y se encuentren hasta el tercer grado de consanguinidad, como consecuencia del fallecimiento de los padres, la pérdida de la patria potestad o la ausencia de éstos.
PD	Padres del cotizante.	Que no estén pensionados y dependan económicamente del cotizante, cuando este no inscriba como beneficiarios al cónyuge o compañera(o) permanente o a los hijos.
MC	Los menores de dieciocho (18) años en custodia.	Entregados en custodia legal del cotizante o cabeza de familia, por autoridad competente.

AA Persona de cualquier edad como afiliada adicional

Persona de cualquier edad que depende económicamente del cotizante y se encuentre en el 4° de consanguinidad o 2° de afinidad, respecto de éste.

30. Etnia: Registre el código que aparece en la tabla del numeral 11 de este instructivo, correspondiente a la etnia en caso de pertenecer a alguna de ellas.

31. Discapacidad: Este espacio debe diligenciarse solo en el caso de que el beneficiario tenga una discapacidad reconocida y calificada médicamente.

Tipo de discapacidad: Marque con una "X" la opción: F. Física, N. Neuro-sensorial, M. Mental

Condición de Discapacidad: Marque con una "X" la opción: T. Temporal, P. Permanente.

32. Datos de residencia: Estos datos aplican solo para el Régimen Contributivo cuando los beneficiarios y afiliados adicionales residen en un municipio diferente al del cotizante.

- Municipio/Distrito
- Zona: urbana, rural, Departamento
- Teléfono (fijo y/o celular)

33. Valor de la UPC del afiliado adicional: Este dato debe ser diligenciado por la EPS para el cual debe colocar el valor mensual del aporte (en números) correspondiente a cada afiliado adicional que se haya registrado.

Selección de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS: Registre el nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud primaria que ha sido seleccionada por el cotizante o cabeza de familia, dentro del listado de la Red de Prestadores que presente la EPS, así:

- En la fila identificada con la letra C, la IPS seleccionada en el municipio de residencia del cotizante y los beneficiarios que convivan con él en el régimen contributivo, o del cabeza de familia y sus beneficiarios en el régimen subsidiado.

- En la(s) fila(s) identificada(s) con la letra B, sólo para el régimen contributivo, en la casilla vacía, registre el número del beneficiario del cotizante o afiliado adicional que reside en un municipio distinto al del cotizante y el nombre de la IPS en ese municipio.

La EPS debe registrar el código de la IPS primaria seleccionada por el afiliado.

CAPÍTULO V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

Estos datos aplican a:

- El Empleador cuando el afiliado hace el trámite es un trabajador dependiente y la afiliación o el reporte de la novedad lo exige.

- Las entidades autorizadas para realizar la afiliación colectiva de trabajadores independientes o miembros de comunidades o congregaciones religiosas, entidades administradoras o pagadoras de pensiones, Cooperativas y pre-cooperativas de trabajo asociado, Cajas de Compensación Familiar cuando se trate de cotizantes que no tienen la calidad de dependientes y la afiliación o el reporte de la novedad lo exige.

- Las Instituciones o entidades responsables de hacer la afiliación y reportar las novedades de las personas que se encuentran bajo su protección, o los empleadores, entidades e instituciones que tienen la competencia para realizar la afiliación o el reporte de novedades.

35. Nombre o Razón Social: Escriba el nombre o razón social del empleador, otro tipo de aportante, pagador de pensiones o de las entidades responsables de la afiliación colectiva, institucional o de oficio.

36. Tipo de documento de identificación: Escriba el tipo de documento con el cual se identifica como empleador, otro tipo de aportante, pagador de pensiones o como entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio, así:

- NIT (número de identificación tributaria), cuando se trate de personas jurídicas, públicas o privadas.

- CC (cédula de ciudadanía), TI (tarjeta de identidad), PA (pasaporte), CE (cédula de extranjería), CD (carné diplomático) cuando se trate de personas naturales.

37. Número del documento de identificación: Escriba el número del documento de identificación.

38. Tipo de aportante o pagador de pensiones: Este dato debe ser diligenciado por la EPS para lo cual debe registrar el código del tipo de aportante o pagador de pensiones que corresponda según la tabla de aportantes establecida para la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes-PIA.

39. Ubicación:

- Dirección
- Teléfono (fijo o celular)
- Correo electrónico
- Municipio/Distrito
- Departamento

En el caso de Bogotá, D. C., debe escribir como departamento Bogotá, D. C.

B. REPORTE DE NOVEDADES

El reporte de novedades no puede realizarse simultáneamente con la afiliación. La novedad es la modificación de los datos reportados en la afiliación o de la condición de la afiliación.

El reporte de novedades solo puede ser realizado por los cotizantes y cabezas de familia. Los beneficiarios únicamente pueden reportar las novedades que expresamente se autorizan en este instructivo.

Las EPS no pueden reportar a la base de datos de afiliados vigentes novedades que no hayan sido reportadas por los cotizantes, cabeza de familia o beneficiarios mediante la suscripción del Formulario Único de Afiliación y Reporte de Novedades.

40. Tipos de novedad: Marque con una "X" la casilla que corresponda al tipo de novedad que va a reportar, según la siguiente tabla:

NÚMERO	NOMBRE
1	Modificación de datos básicos de identificación
2	Corrección de datos básicos de identificación
3	Actualización de beneficiarios o de afiliados adicionales
4	Actualización y corrección de datos complementarios
5	Terminación de la inscripción en la EPS
6	Reinscripción en la EPS
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
10	Terminación de relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
11	Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
12	Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
13	Movilidad
14	Traslado
15	Reporte de fallecimiento
16	Reporte del trámite de protección al cesante
17	Reporte de la calidad de pre-pensionado
18	Reporte de la calidad de pensionado

DESCRIPCIÓN Y DILIGENCIAMIENTO DE LAS NOVEDADES

Novedad 1: Modificación de datos básicos de identificación. Esta novedad se reporta cuando el cotizante, el cabeza de familia o la institución autorizada, modifica uno o varios de los datos básicos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliados adicionales, para lo cual se debe presentar el documento de identidad, en el que consten tales modificaciones. Para reportar esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe:

- Marcar con una "X" la casilla de la novedad 1, del numeral 40 "Tipo de novedad".

- Diligenciar en el capítulo II los datos básicos de identificación como figuran en el documento de identidad antes de la modificación, si la novedad aplica al cotizante o cabeza de familia.

- Registre los datos del cotizante o del cabeza de familia en el capítulo II y los datos del beneficiario o del afiliado adicional, de los numerales 24, 25, 26, 27 y 28 del capítulo IV, como están en el documento de identidad actual, es decir antes de la modificación, si la novedad corresponde a un beneficiario u afiliado adicional.

- Registrar en los espacios de numeral 41 del capítulo VI, los datos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional respecto del cual se esté reportando la novedad, después de la modificación.

- Diligenciar el capítulo VIII de firmas.

- Seleccionar el numeral 56 del capítulo IX el tipo de documento de identidad donde conste las modificaciones realizadas y anexo copia.

Novedad 2: Corrección de datos básicos de identificación. Esta novedad se reporta cuando los datos básicos de identificación del cotizante, el cabeza de familia, el beneficiario o el afiliado adicional quedaron mal registrados en la base de datos de afiliados vigentes y no coinciden con los del documento de identidad, para lo cual se deberá presentar el documento de identidad. Para reportar esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe:

- Marcar con una "X" la casilla de la novedad 2, del numeral 40 "Tipo de novedad".

- Diligenciar en el capítulo II los datos básicos de identificación como figuran en la base de datos de afiliados vigentes, es decir, los datos erróneos si van a ser corregidos si la novedad corresponde a un beneficiario.

- Registrar los datos del cotizante o del cabeza de familia en el capítulo II y los datos de los numerales 24, 25, 26, 27 y 28 del capítulo IV como figuran en la base de datos de afiliados vigentes, es decir, los datos erróneos y que van a ser corregidos si la novedad corresponde a un beneficiario.

- Registrar en los espacios del numeral 41 del capítulo VI, los datos básicos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional respecto del cual se está reportando la novedad, tal como debe ser corregidos.

- Diligenciar el capítulo VIII de firmas.

- Seleccionar en el numeral 56 del capítulo IX el tipo de documento de identidad que corresponda, con los datos correctos y anexo copia.

Novedad 3: Actualización del documento de identidad. Esta novedad se reporta cuando el cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional actualiza el documento de identidad por el que corresponde su edad, es decir, el R.C. por la T.I. o la T.I. por la C.C. o en el caso de los extranjeros por pérdida de vigencia de los documentos de identificación, según las normas de migración. Para reportar esta novedad el cotizante o el cabeza de familia debe:

- Marcar con una "X" la casilla de la novedad 3, numeral 40 "Tipo de novedad".

- Diligenciar en el capítulo II los datos básicos de identificación del documento que se encuentra en la base de datos de afiliados vigente si la novedad aplica al cotizante o a cabeza de familia.
- Registrar los datos del cotizante o de cabeza de familia en el capítulo IV los datos del beneficiario de los numerales 24, 25, 26, 27 y 28 del capítulo IV del documento que se encuentra en la base de datos de afiliados vigente.
- Registrar, en los espacios del numeral 41 del capítulo VI, los datos de identificación del cotizante, cabeza de familia o beneficiario o afiliado adicional del cual se está reportando la novedad del nuevo documento.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.
- Seleccionar en el numeral 56 del capítulo IX el tipo de documento de identidad que se actualiza y anexa copia.

Novedad 4: Actualización y corrección de datos complementarios. Esta novedad se reporta cuando los datos complementarios del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional se actualizan o modifican. Para esta novedad se reporta el cotizante o cabeza de familia debe:

- Marcar con una "X" la casilla de la novedad 4, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Registrar los datos básicos de identificación del capítulo II del cotizante o del cabeza de familia.
- Registrar los datos complementarios del capítulo III, en los numerales a actualizar o corregir si la novedad corresponde al cotizante o cabeza de familia.
- Registrar en los numerales 24 al 32 del capítulo IV, los datos básicos de identificación y complementarios del beneficiario o afiliado adicional si la novedad corresponde a los beneficiarios o afiliados adicionales.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.

Novedad 5: Terminación de la inscripción en la EPS. Esta novedad solo aplica para el régimen contributivo y se reporta cuando el cotizante cumple con alguna de las condiciones que se señalan en la tabla siguiente:

CÓDIGO	CONDICIÓN
01	El trabajador dependiente termina su relación laboral y no reúne las condiciones para seguir cotizando en el SGSSS como independiente, ni se reporta como beneficiario o como afiliado adicional por otro cotizante dentro de la misma EPS, ni cumple las condiciones para pertenecer al régimen.
02	El afiliado informa que va a fijar su residencia en el exterior.
03	El afiliado va a iniciar un régimen exceptuado o especial.
04	Cuando el INPEC ha reportado el ingreso del cotizante o cabeza de familia como beneficiario del Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad.

Para reportar esta novedad en el caso de las condiciones 01, 02 y 03 el cotizante debe:

- Marcar con una "X" la casilla de la novedad 5, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Registrar en la casilla cédula de la tabla anterior que corresponde a la condición por la cual termina la inscripción en la EPS.
- Registrar los datos básicos de identificación del capítulo II.
- Registrar la fecha a partir de la cual termina la inscripción en la EPS, en el numeral 42 del capítulo VI.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.

Si se trata de las condiciones 01 y 03, además se reportará la novedad 10, "Terminación la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando". Si la condición de terminación de la relación laboral se debe registrar los datos del capítulo V y estar por el empleador. La novedad 10 para la condición de la 04 no exige el diligenciamiento del formulario, pero informada por el INPEC a la base de datos de afiliados vigentes.

Novedad 6: Reinscripción en la EPS. Esta novedad aplica cuando el cotizante que ha reportado o ha sido objeto de reporte de la novedad de terminación de la inscripción en una EPS debe realizar una nueva inscripción en la misma EPS, por modificación de la condición que originó la terminación de la inscripción. Para reportar esta novedad el cotizante debe:

- Marcar con una "X" la casilla de la novedad 6, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Registrar los datos básicos de identificación del numeral II.
- Registrar los numerales 24, 25, 26, 27 y 28 del capítulo IV, si tiene beneficiarios que reinscribir.

Esta novedad se puede reportar simultáneamente con la novedad 4 si desea modificar complementarios y registrar los datos correspondientes a dicha novedad. Si se trata de una persona que inicia una relación laboral además reportará la novedad 9 y registrar los datos de esta novedad. Si se trata de un trabajador dependiente, también debe diligenciar los datos del capítulo V y suscribirse por el empleador en el campo 56 del Capítulo VIII.

Novedad 7: Inclusión de beneficiarios o de Afiliados Adicionales. Esta novedad se reporta para incluir un miembro del núcleo familiar que cumple las condiciones para ser beneficiario. También aplica para la inscripción de otros familiares como afiliados adicionales cuando cumplan las condiciones para ello, en el régimen contributivo. Para esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe:

- Marcar con una "X" la casilla de la novedad 7, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Registrar los datos básicos de identificación del capítulo II.
- Registrar los datos básicos de identificación y complementarios de los numerales 24 al 32 del capítulo IV del beneficiario o afiliado adicional que va a incluir.
- Registrar en el numeral 34 del capítulo IV, el nombre de la IPS primaria seleccionada para el beneficiario o afiliado adicional del cotizante que reside en un municipio distinto al de éste.
- Marcar con una "X" la casilla 46 del capítulo VII cuando corresponda.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.
- Marcar con una "X" en las casillas del capítulo IX los documentos que va a anexar.
- Anexar copia de los aportes que acreditan la condición de beneficiario o afiliado adicional: copia del documento de identidad correspondiente, copia del registro civil de matrimonio o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital, copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor, copia de la orden judicial o acto administrativo de custodia, según corresponda al tipo de beneficiario o afiliado adicional que está incluyendo.

Novedad 8: Exclusión de beneficiarios o de Afiliados Adicionales. Esta novedad se reporta para excluir del núcleo familiar un miembro de las condiciones para ser beneficiario, tales como superávit de edad exigida, inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar, pérdida de la condición de cónyuge o compañera (o) permanente, o cuando el beneficiario va a integrar otro núcleo familiar. También aplica para la exclusión de un afiliado adicional. Para esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe:

- Marcar con una "X" la casilla de la novedad 8, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Registrar los datos básicos de identificación del capítulo II.
- Registrar en los numerales 24 al 28 del capítulo IV, los datos básicos de identificación del beneficiario o afiliado adicional que se va a excluir.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.
- Marcar con una "X" en las casillas del capítulo IX los documentos que anexa.
- Anexar: copia del documento de identidad correspondiente, copia de 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 unión marital, según corresponda al tipo de beneficiario que está excluyendo.

Novedad 9: Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar. Esta novedad se reporta cuando el afiliado cotizante o afiliado adicional inicia una relación laboral o adquiere condiciones para cotizar. Si se trata del cabeza de familia deberá marcar la novedad 11. Movilidad. También se reporta cuando el beneficiario o el afiliado adicional inicia una relación laboral o adquiere condiciones para cotizar. Si se trata de un beneficiario en el Régimen Subsidiado además deberá marcar la novedad 11: Movilidad. Si se trata de un beneficiario o un afiliado adicional en el Régimen Contributivo también podrá marcar la novedad 12: Traslado si cumple las condiciones para ello.

El cotizante o cabeza de familia del beneficiario o afiliado adicional que inicia una relación laboral o adquiere condiciones para cotizar, deberá reportar la novedad 8: exclusión de beneficiarios de dicho beneficiario o afiliado adicional, en otro formulario. Para esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe:

- Marcar con una "X" la casilla de la novedad 9, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II.
- Diligenciar los datos complementarios del capítulo III.
- Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios correspondientes a los numerales 24 al 32 del capítulo IV de sus beneficiarios, si los tuviere.
- Diligenciar el capítulo V correspondiente a los datos de identificación del empleador o de la entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- Registrar en el numeral 42 del capítulo VI, la fecha en la cual inicia la relación laboral o adquiere las condiciones para cotizar.
- Marcar con una "X" la casilla 46 del capítulo VII cuando corresponda.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas en los numerales 54 y 55, según corresponda.
- Marcar con una "X" en las casillas del capítulo IX los documentos que va a anexar.
- Anexar copia de los aportes que acreditan la condición de beneficiario o afiliado adicional: copia del documento de identidad correspondiente, copia del registro civil de matrimonio o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital, copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor, copia de la orden judicial o acto administrativo de custodia, según corresponda al tipo de beneficiario que está incluyendo.
- Cuando esta novedad se reporta por el beneficiario o afiliado adicional que inicia una relación o adquiere condiciones para cotizar, además de diligenciar lo anterior deberá:
- Diligenciar en el numeral 41 del capítulo VI, los datos básicos de identificación del cotizante o cabeza de familia del núcleo familiar del cual hace parte.

Novedad 10: Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando. Esta novedad se reporta cuando un afiliado cotizante dependiente termina su relación laboral o cuando el cotizante independiente pierde las condiciones para continuar como cotizante. Para esta novedad el cotizante debe:

- Marcar con una "X" la casilla de la novedad 10, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II.
- Diligenciar el capítulo V correspondiente a los datos de identificación del empleador.
- Registrar en el numeral 42 del capítulo VI, la fecha en la cual termina la relación laboral o pierde las condiciones para cotizar.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.

Novedad 11: Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. Esta novedad se reporta cuando un trabajador independiente o un miembro de una congregación religiosa efectúa la vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. Para esto debe:

- Marcar con una "X" la casilla de la novedad 11, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II.
- Diligenciar el capítulo V correspondiente a los datos de identificación de la entidad autorizada para

realizar afiliaciones colectivas.

- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas, numerales 54 y 55.
- Marcar con una "X" la casilla del numeral 64 del capítulo IX y anexarla.
- Marcar con una "X" la casilla de la novedad 11, del numeral 40 "Tipo de novedad".

Novedad 12: Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. Esta novedad se reporta cuando un trabajador independiente o un miembro de una congregación religiosa se desvincula de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. Para esto debe:

- Marcar con una "X" la casilla de la novedad 12, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II.
- Diligenciar el capítulo V correspondiente a los datos de identificación de la entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas, numerales 54 y 55.

Novedad 13: Movilidad. Esta novedad se reporta:

A. Al Régimen Contributivo: cuando el cabeza de familia o alguno de sus beneficiarios del mismo subsidio inicia una relación laboral o adquiere las condiciones para cotizar y debe permanecer en la misma EPS en el Régimen Contributivo.

B. Al Régimen Subsidiado: cuando el cotizante termina la relación laboral o pierde las condiciones para seguir cotizando o cuando alguno de sus beneficiarios pierde tal condición y cumplen requisitos para pertenecer al Régimen Subsidiado en la misma EPS. Para esta novedad el cabeza de familia o el cotizante debe:

- Marcar con una "X" la casilla de la novedad 13, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Marcar con una "X" en la casilla de la novedad 13, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II.
- Diligenciar los datos complementarios del capítulo III que correspondan.
- Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios correspondientes a los numerales 24 al 32 del capítulo IV de los beneficiarios, si los tuviere.
- Diligenciar los datos del capítulo V correspondiente a los datos de identificación del empleador o de la entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas, cuando se trata de la movilidad al Régimen Contributivo.
- Registrar en el numeral 42 del capítulo VI, fecha en la cual inicia la relación laboral o adquiere las condiciones para cotizar, cuando se trata de la movilidad al Régimen Subsidiado.
- Registrar en el numeral 42 del capítulo VI, la fecha en la cual termina la relación laboral o pierde las condiciones para cotizar, cuando se trata de la movilidad al Régimen Subsidiado.
- Marcar con una "X" la casilla 46 del capítulo VII cuando corresponda.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas en los numerales 54 y 55, según corresponda.
- Marcar con una "X" en las casillas del capítulo IX los documentos que va a anexar.
- Anexar copia de los aportes que acreditan la condición de beneficiario o afiliado adicional: copia del documento de identidad correspondiente, copia del registro civil de matrimonio o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital, copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor, copia de la orden judicial o acto administrativo de custodia, según corresponda al tipo de beneficiario que está incluyendo.

Cuando esta novedad se reporta por el beneficiario o afiliado adicional que inicia una relación o adquiere condiciones para cotizar, además de diligenciar lo anterior deberá:

- Diligenciar en el numeral 41 del capítulo VI, los datos básicos de identificación del cotizante o cabeza de familia del núcleo familiar del cual hace parte.
- Cuando se reporte esta novedad también debe reportarse las novedades 9: "Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar" o la 10: "Terminación de relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando".
- La Entidad territorial deberá diligenciar los datos del capítulo X cuando se trate de la movilidad al Régimen Subsidiado.

Novedad 14: Traslado. Esta novedad se reporta cuando el cotizante o el cabeza de familia, en ejercicio del derecho a la libre elección, manifiesta su decisión de cambiarse a otra EPS del mismo o de distinto régimen. La solicitud de traslado a la EPS en la cual desea inscribirse debe cumplir los siguientes requisitos:

- Que esté inscrito en la misma EPS por un periodo mínimo de trescientos sesenta (360) días calendario continuos o discontinuos, contados a partir del momento de la inscripción.
- Que no esté el afiliado cotizante o cualquier miembro de su núcleo familiar internado en una institución prestadora de servicios de salud.
- Que esté el cotizante independiente a paz y salvo en el pago de las cotizaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Que inscriba en la solicitud de traslado a todo el núcleo familiar.

Para esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe:

- Marcar con una "X" la casilla de la novedad 14, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Marcar con una "X" en las casillas A o B si se trasladó en el mismo régimen o de diferente régimen, según corresponda.
- Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios de los capítulos II y III.
- Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios correspondientes a los numerales 24 al 32 del capítulo IV de los beneficiarios, si los tuviere.
- Registrar en el numeral 34 del capítulo IV el nombre de la IPS primaria seleccionada por el cotizante o cabeza de familia.
- Diligenciar los datos del capítulo V correspondiente a los "Datos de identificación del empleador y otros aportes o de las entidades responsables de la afiliación colectiva, institucional o de oficio", si hubiere lugar a ello.
- Registrar en el numeral 43 del capítulo VI la EPS anterior; es decir, la EPS que se trasladó.
- Registrar en la casilla 44, el código correspondiente al motivo por el cual trasladarse de EPS según la tabla siguiente:

CÓDIGO	MOTIVOS PARA EL TRASLADO
1	Por ejercicio de la libre elección.
2	Cuando el usuario sea menoscabado su derecho a la libre elección de la EPS o cuando se haya afiliado con la promesa de obtener servicios en una determinada red de prestadores y ésta no sea cierta.
3	Cuando los prestadores carezcan de deficiente prestación o suspensión de servicios por parte de la EPS o de su red prestadora debidamente comprobados.
4	Por unificación del núcleo familiar.
5	Cuando la EPS no tenga cobertura en el municipio al cual se ha cambiado el afiliado.
6	Cuando la afiliación ha sido oficiosa por parte de las entidades autorizadas para ello.

- Marcar con una "X" la casilla 46 del capítulo VII, cuando corresponda.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas los numerales 54 y 55, según corresponda.
- Marcar con una "X" en las casillas del capítulo IX los documentos que va a anexar. Si obedece a la autorización de la Superintendencia Nacional de Salud, deberá marcar el documento del numeral 63 y anexarlo.
- Anexar copia de los aportes que acreditan la condición de beneficiario o afiliado adicional: copia del documento de identidad correspondiente, copia del registro de matrimonio o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital, copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor, copia de la orden judicial o acto administrativo de custodia, según corresponda al tipo de beneficiario que está incluyendo.
- Si el motivo para el traslado corresponde a alguno de los códigos 2, 3, 4, 5 o 6, no se aplicará el periodo de permanencia.

Esta novedad no requiere que el cotizante o cabeza de familia diligencie una solicitud ante la EPS de la cual se trasladó.

Novedad 15: Reporte de fallecimiento. Aplica cuando el cotizante, el cabeza de familia o los beneficiarios o afiliados adicionales fallecen. Cuando el fallecido es el cotizante o el cabeza de familia, la novedad debe reportarla el beneficiario. Para esta novedad se debe:

- Marcar con una "X" la casilla de la novedad 15, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II, el cotizante cabeza de familia es quien reporta la novedad.
- Diligenciar los datos básicos de identificación en los numerales 24 al 28 del capítulo IV, si quien reporta la novedad es un beneficiario.
- Diligenciar en el Capítulo II los datos básicos del integrante del núcleo familiar se inscribe como nuevo cabeza de familia (aplica sólo para el régimen subsidiado cuando ha reportado el fallecimiento del cabeza de familia).
- Registrar en el numeral 41 del capítulo VI, los datos básicos de identificación afiliado fallecido (cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional).
- Diligenciar el numeral 42 del capítulo VI la fecha de fallecimiento.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.

Novedad 16: Reporte del trámite de protección al cesante. Esta novedad se reporta cuando el cotizante termina la relación laboral o pierde las condiciones para seguir cotizando y solicita cobertura de protección al cesante a la Caja de Compensación Familiar en la que se encuentra afiliado. Para esta novedad debe:

- Marcar con una "X" la casilla de la novedad 16, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar el capítulo II, datos básicos de identificación del cotizante.
- Diligenciar en el numeral 17 del capítulo II "datos complementarios" el IBC con el cual cotizó anteriormente.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas, el numeral 54.

Novedad 17: Reporte de la calidad de pre-pensionado. Esta novedad se reporta cuando el cotizante ha radicado la solicitud para el reconocimiento de pensión, no se encuentra obligado a cotizar y hace el esfuerzo financiero para seguir cotizando sobre un (1) salario mínimo mensual legal vigente. Para esta novedad debe:

- Marcar con una "X" la casilla de la novedad 17, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar el capítulo II, datos básicos de identificación del cotizante.
- Registrar en los numerales 16, 17 y 18 del capítulo III, los datos complementarios relativos a la administración de pensión (sólo con el cotizante).
- Diligenciar los datos de los numerales 19 al 23 del capítulo IV, correspondientes al cónyuge o

Novedad 18: Reporte de la calidad de pensionado. Esta novedad se reporta por el cotizante a quien le ha sido reconocida una pensión y se encuentra obligado a cotizar como pensionado. Para esta novedad debe:

- Marcar con una "X" la casilla de la novedad 18, del numeral 40 "Tipo de novedad".
- Diligenciar el capítulo II, datos básicos de identificación del cotizante.
- Registrar en los numerales 16, 17 y 18 del capítulo III, los datos complementarios relativos a la administración de pensión (sólo con el cotizante).
- Diligenciar los datos de los numerales 19 al 23 del capítulo IV, correspondientes al cónyuge o

compañero(a) permanente si lo(a) tuviere.

- Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios de los numerales 24 a 32 del capítulo IV correspondientes a los beneficiarios o los tuviere.
- Diligenciar los datos del capítulo V, para la Administradora del Fondo de Pensiones que pagará sus aportes a la seguridad social.
- Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.

CAPÍTULO VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación: Registre en el numeral 41 del capítulo VI, los datos básicos (Primer apellido, Segundo apellido, Primer nombre, Segundo nombre, Tipo de documento de identidad, Número del documento de identidad, Sexo y Fecha de nacimiento) del afiliado, únicamente para las siguientes novedades:

- **Novedad 1:** Los datos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional respecto del cual se está reportando la novedad, después de la modificación;
 - **Novedad 2:** Los datos básicos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional respecto del cual se está reportando la novedad, tal como deben ser recogidos;
 - **Novedad 3:** Los datos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional del cual se está reportando la novedad, como figuran en el nuevo documento y;
 - **Novedad 13:** Los datos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional fallecido.
- 42. Fecha:** Registre en el numeral 42 del capítulo VI, la fecha únicamente para las siguientes novedades:
- **Novedad 8:** Inicio de la relación laboral o de adquisición de condiciones para cotizar;
 - **Novedad 10:** Terminación de la relación laboral;
 - **Novedad 11:** Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas;
 - **Novedad 12:** Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas;
 - **Novedad 15:** Reporte de fallecimiento, la que figura en el certificado de defunción.

43. EPS Anterior: Este dato solo se diligencia para la novedad 14 cuando se solicita traslado y corresponde al nombre de la EPS en la cual se encuentra inscrito el cotizante o cabeza de familia y de la cual desea trasladarse.

44. Motivo del traslado: Este dato se registra únicamente cuando se está reportando la novedad 14. Registre el código según la tabla descrita en la novedad 14: "traslado".

45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensionados: Este dato se registra únicamente en la novedad 16: "Reporte del trámite de protección al cesante" o en la novedad 18: "Reporte de la calidad de pensionado". Debe colocar el nombre de la Caja de Compensación Familiar o del Pagador de Pensiones, según el caso.

CAPÍTULO VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.

47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción

48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiario.

49. Declaración de no intromisión del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.

50. 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.

51. 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 vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieren.

52. 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 1561 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.

53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

CAPÍTULO VIII. FIRMAS

Este formulario debe suscribirse por el cotizante, cabeza de familia, empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio, en los casos establecidos en este instructivo y que, conforme a la normativa vigente, tenga a su cargo la afiliación y el reporte de novedades. También será suscrito por el beneficiario sólo en el evento del reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de familia. En el espacio correspondiente debe ir la firma de:

- 54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario
- 55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio. Con la firma contenida en el numeral 54 el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

CAPÍTULO IX. ANEXOS

Marque con una "X" la casilla correspondiente a los documento(s) que se anexen(n), según lo requiere el trámite que realiza.

- 56. Documento de identidad: CN, RC, TI, CC, PA, CE, CD, SC.
- 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- 58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- 59. 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 unión marital.
- 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- 62. Copia del documento en el 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 padres.
- 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- 65. 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.

CAPÍTULO X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

Estos datos aplican sólo en el Régimen Subsidiado y deben diligenciarse por la entidad territorial cuando se trate de afiliación o reporte de novedades en el régimen subsidiado, cuando la respectiva novedad lo exige.

66. Identificación de la Entidad Territorial: Registre el código del municipio o distrito y del departamento, según la codificación DANE, que corresponden a la Entidad Territorial.

67. Datos del Sisben: El funcionario de la Entidad Territorial debe consultar en la base de datos Sisben y registrar:

- Número de la ficha Sisben
- Puntaje
- Nivel Sisben (según el puntaje)

68. Fecha de radicación: El funcionario de la Entidad Territorial debe registrar la fecha en la que la EPS entrega el formulario para validación.

69. Fecha de validación: El funcionario de la Entidad Territorial debe registrar la fecha en que consultó la base de datos de Sisben e hizo las validaciones correspondientes.

70. Datos del funcionario: El funcionario de la Entidad Territorial debe registrar sus datos personales.

- Primer apellido
- Segundo apellido
- Primer nombre
- Segundo Nombre
- Tipo de documento de identidad
- Número del documento de identidad

71. Firma del funcionario: El funcionario de la Entidad Territorial debe colocar su firma, como responsable de los datos registrados sobre la información y validación del Sisben.

Observaciones: En este espacio puede escribir las observaciones que considere necesarias respecto del trámite, la información solicitada o el trato recibido.

Señor afiliado, no olvide firmar el formulario, junto con el empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio, en los casos que se requiera.



**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:

CARMEN MELISSA MENDOZA SILVA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.000.836.241**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** y al **Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 22 de Febrero del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.



Escritorio

Última Actualización

OPORTUNIDADES RECIENTES

No se han encontrado

0

Suscripciones

0

En edición

0

Adjudicaciones pendientes

ÚLTIMAS OFERTAS

No se han encontrado

Sugerencias SECOP

Estimado usuario

En este momento estamos presentando intermitencias con la **validación SIIF y Factura electrónica en el SECOP II**; sin embargo, dicha intermitencia **no será bloqueante por lo que pueden continuar con la gestión en SECOP II**. Esteremos informando tan pronto sea normalizado el servicio.

El Servicio de proveedor ya se encuentra disponible.
[Haga clic aquí para activarlo.](#) Después de la activación la disponibilidad del servicio podrá tardar hasta 10 minutos.

Ya está asociado a una empresa
 Si es necesario, para solicitar acceso a otra empresa, puede ir a 'Configuraciones del Usuario » Mis registros'.

Mensaje Todos

Sin mensajes...
[Más información](#)

Oportun Recibidas

Sin oportunidades
[Más información](#)





66fb7835-0a08-4838-8a43-b67cac1f54b3

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud
certifica que:

Carmen Melissa Mendoza Silva

ha participado y aprobado el Curso Virtual:

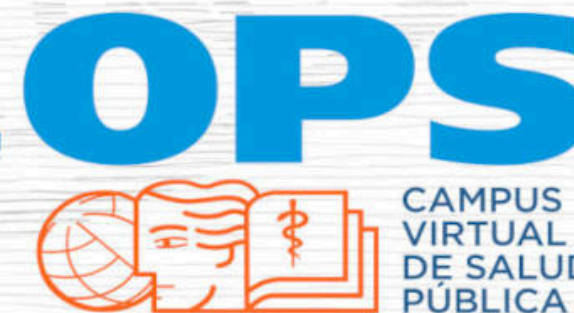
Diagnóstico y manejo clínico del dengue

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 20 - Porcentaje de aprobación: 70,00 %

30 de septiembre de 2024

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director





Función Pública



Verificados los resultados del participante en el curso virtual

Función Pública certifica que:

CARMEN MELISA MENDOZA SILVA

C.C 1.000.836.241

Participó y completó el curso virtual

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción


Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 20 de febrero 2026

Francisco Camargo Salas
Director de Empleo Público



Código: 769481877000

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD <small>Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.</small>	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	DECLARACION JURAMENTADA PROCESO PRECONTRACTUAL PERSONA NATURAL	CO-OPS-FT-33 V3

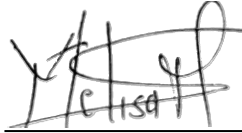
Yo, Carmen Melisa Mendoza Silva identificado(a) con cedula de ciudadanía No. 1000836241 expedida en la ciudad de Bogotá, manifiesto bajo la gravedad de juramento, que:

1. ACTUALMENTE SI () NO (x) 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 diecisiete (17) días del mes de febrero del año 2026.



FIRMA

NOMBRES COMPLETOS: Carmen Melisa Mendoza Silva

C.C. No. 1000836241 de Bogotá


TELEFONO 3203786711

DIRECCIÓN Cll 38 sur # 72Q 30

CORREO cmmendoza@fucsalud.edu.co



HUELLA

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD E.S.E. Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.</p>	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN DE TÍTULOS	CO-OPS-FT-08 V3

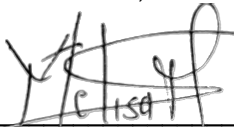
Bogotá D.C 17/02/2026

Señores: FUNDACION UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD (FUCS)

Por medio de la presente, yo Carmen Melisa Mendoza Silva identificado con número de documento 1000836241 de Bogotá, autorizo a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E para que realice la respectiva verificación de la información académica de mi hoja de vida, lo anterior con fines de habilitación y demás procesos internos de la entidad en lo referente a corroboración de la información.

Título Académico: Enfermera

Cordialmente,



Firma

Carmen Melisa Mendoza Silva
No. Documento: 1000836241
Teléfono: 3203786711

Huella



Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.

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

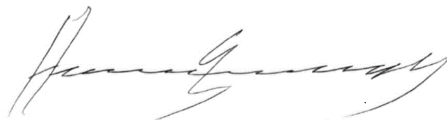
CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 17 de febrero de 2026, a las 16:00:33, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1000836241
Código de Verificación	1000836241260217160033

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



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, 17/02/2026 03:59:39 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1000836241 CARMEN MELISA MENDOZA SILVA.**

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. **134955644** . 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

Información

515 9000



Dios y Patria

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



COLOMBIA
POTENCIA DE LA
VIDA



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) **CARMEN MELISA MENDOZA SILVA**, quien se identifica con

CÉDULA DE CIUDADANÍA No. **1000836241** de BOGOTA D.C.

(MIL MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y UNO)

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



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 04:00:11 PM horas del 17/02/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1000836241**

Apellidos y Nombres: **MENDOZA SILVA CARMEN MELISSA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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



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





Presidencia de
la República



Ministerio de
Defensa Nacional



Portal Único
de Contratación



GOV.CO

Todos los derechos reservados.



CERTIFICADO DE ANTECEDENTES
CERTIFICADO ORDINARIO
No. 291457678



PIB
16:01:16
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 17 de febrero 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) CARMEN MELISSA MENDOZA SILVA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1000836241:

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>

Mario Enrique Castro González
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.

Bogotá D.C.,

Señores

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

Ciudad

ASUNTO: COMPROMISO CARGUE DE DOCUMENTO (S) – PENDIENTES EN PLATAFORMA TRANSACCIONAL SECOP II, CONFORME A LA LISTA DE VERIFICACION DE REQUISITOS.

Cordial saludo,

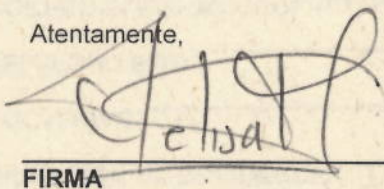
Yo, Carmen Melisa Mendosa Silva, identificado (a) con cédula de ciudadanía 1000836241 de Bogotá, me comprometo a hacer entrega del (los) documento(s) que relaciono a continuación:

1. Examen visiométrica
2. Vacuna Influenza
3. Titulación hepatitis B
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
- 10.

Los cuáles serán cargados en SECOP II, ítem No 7 "Ejecución del contrato"

Lo anterior será cargado y notificado al supervisor a mas tardar dentro de los 45 días de la legalización contractual

Atentamente,



FIRMA

NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS: Carmen Melisa Mendosa Silva

NÚMERO DE CÉDULA: cc 1000836241

DIRECCIÓN: cll 38 sur # 72Q 30.

TELÉFONO: 3203786911

CORREO ELECTRÓNICO: cmmendosa@focsalud.edu.co - ms7571460@gmail.com

Nota de la Subred: LOS DOCUMENTOS PENDIENTES deberán ser renombrados como aparece en la lista de chequeo "CO-OPS-FT-07 VERIFICACIÓN DE REQUISITOS PARA CONTRATACIÓN PERSONA NATURAL- ÁREA ASISTENCIAL" ó "CO-OPS-FT-37 VERIFICACION REQUISITOS CONTRATACION PERSONA NATURAL-ADMINISTRATIVO Y OTRAS DEPENDENCIAS" según aplique (ejemplo: **3. certificación bancaria**) y **dar cumplimiento** dentro de los cuarenta y cinco (45) días de la legalización contractual entre las partes. Así mismo notificado al supervisor de contrato.

Nombres Apellidos y Firma

Nohemi Pizarra

NUMERO DE CONTACTO: *327204434*

EN CASO DE EMERGENCIAS CONTACTAR A: *327204434*

OTRO, ¿CUAL?

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

SI SU RESPUESTA ES SI, ¿EN QUE AREA O DEPENDENCIA TRABAJA?

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

¿CUAL ENTIDAD?

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

OTRO ¿CUAL?

PERTENECE USTED A ALGUNA COMUNIDAD ÉTNICA: INDÍGENA AFRODESCENDIENTE

USTED PRESENTA ALGUNA DISCAPACIDAD: SI NO ¿CUAL?

CUANTOS HIOS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD TIENE NA.

CUANTOS HIOS MENORES DE 12 AÑOS TIENE NA.

MADRE/PADRE CABEZA DE FAMILIA: SI NO

ESTADO CIVIL: CASADO SOLTERO UNIÓN MARITAL DE HECHO

USTED FACTURA ELECTRONICAMENTE: SI NO

EPS: *Sanito* FONDO DE PENSIONES *Porvenir* ARL *Sura*

CORREO ELECTRÓNICO: *nohemi.pizarra24@gmail.com*

TELÉFONO FIJO: N° CELULAR: *327204434*

LOCALIDAD: *TA*


DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: *TV 181813 #472 A-SUR*

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: *Nohemi Pizarra Ismael*

NÚMERO DE DOCUMENTO: *1010222936* FECHA DE NACIMIENTO: *14/03/1995*

TIPO DE DOCUMENTO CC CE PPT

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE EN SU TOTALIDAD

CO-OPS-FT-28 V4	INFORMACIÓN GENERAL CONTRATISTAS	 AL CALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.		