

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO			
	"HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES"			
	TIPO DE DOCUMENTO:	NOMBRE:	AREA O PROCESO QUE LO GENERA:	
	FORMATO:	LISTA DE CHEQUEO HOJA DE VIDA Y CONTRATACION - PERSONAL ASISTENCIAL	GESTION DE TALENTO HUMANO	
	CODIGO:	VERSION:	FECHA ELABORACION:	
A-TH-F-004-02	2	02/01/2025		

NOMBRE COMPLETO: <b>Juz Mary Salamancá Rivera</b>		D.I:	
---	--	------	--

CARPETA	NO.	DOCUMENTO	PERFIL:	RESPONSABLE	VERIFICACION	
					SI	N/A
CONTRATACION	1	CERTIFICADO DE INEXISTENCIA DE PERSONAL		HOSPITAL		
	2	CDP		HOSPITAL		
	3	ESTUDIO PREVIO		HOSPITAL		
	4			HOSPITAL		
	5	PROPUESTA DE OFERTA DE SERVICIOS		CONTRATISTA	✓	
	6	FORMATO DE ENTREVISTA DEL SUPERVISOR		HOSPITAL		
	7	CERIFICADO DE APROBACION DE LA PROPUESTA		HOSPITAL		
HOJA DE VIDA	1	CONSENTIMIENTO INFORMADO HOJA DE VIDA		HOSPITAL		
	2	FORMATO UNICO DE HOJA DE VIDA - FUNCION PUBLICA		CONTRATISTA	✓	
	3	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		CONTRATISTA	✓	
	4	FORMULARIO DE BIENES Y RENTAS APLICATIVO LEY 2013 DE 2019: <a href="https://www.funcionpublica.gov.co/icc/instruccion/7opcion?estino=LEY2012">https://www.funcionpublica.gov.co/icc/instruccion/7opcion?estino=LEY2012</a>		CONTRATISTA	✓	
	5	FORMULARIO SARLAFT		CONTRATISTA Y HOSPITAL	✓	
	6	CERTIFICADO DE CAMARA DE COMERCIO (No mayor a un mes - persona juridica y natural con establecimiento)		CONTRATISTA	✓	
FORMACION ACADEMICA	7	RUT ACTUALIZADO		CONTRATISTA	✓	
	8	CERTIFICADO EXPERIENCIA (dos ultimos)		CONTRATISTA	✓	
	1	TARJETA PROFESIONAL		CONTRATISTA		
	2	DIPLOMA POSGRADO, MAESTRIA, DOCTORADO		CONTRATISTA		
	3	ACTA DE GRADO POSGRADO, MAESTRIA, DOCTORADO		CONTRATISTA		
	4	DIPLOMA PREGRADO, TECNICO, TECNOLOGO O AUXILIAR		CONTRATISTA	✓	
	5	ACTA DE GRADO PREGRADO, TECNICO, TECNOLOGO O AUXILIAR		CONTRATISTA	✓	
	6	DIPLOMA DE BACHILLER		CONTRATISTA	✓	
	7	ACTA DE GRADO DE BACHILLER		CONTRATISTA	✓	
	8	FORMATO AUTORIZACION DE VERIFICACION DE TITULOS		CONTRATISTA	✓	
	9	VALIDACION DE TITULOS (RESPUESTA DE LA INSTITUCION EDUCATIVA)		HOSPITAL		
	10	CONVALIDACION DE TITULOS EN EL EXTERIOR		HOSPITAL		
11	RETHUS		CONTRATISTA	✓		
12	CER. SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA (Resolucion)		CONTRATISTA	✓		
<b>TODO EL TALENTO HUMANO EN SALUD</b>						
OTROS TITULOS (RES 3100)	1	CERTIFICADO EN ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL		CONTRATISTA	✓	
	2	CURSO GESTION DEL DUELO		CONTRATISTA	✓	
	3	CURSO DE AGENTES QUIMICOS		CONTRATISTA	✓	
	4	CURSO DE HUMANIZACION		CONTRATISTA	✓	
<b>TALENTO HUMANO - OTROS</b>						
OTROS TITULOS (RES 3100)	1	AUX. ENFERMERIA	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLINICO	CONTRATISTA		
	2		CERTIFICADO DE BUENAS PRACTICAS DE ESTERILIZACION	CONTRATISTA		
	3	VACUNACION	MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO A FIN DE GENERAR PLANES DE CUIDADO	CONTRATISTA		
	4		CERTIFICADO APH (urgencias y hospitalización)	CONTRATISTA		
	5	PROFESIONAL ENFERMERIA	CURSO PRIMEROS AUXILIOS Y BLS	CONTRATISTA		
	2		CERTIFICADO DE ADMINISTRACION DE INMUNOBIOLOGICOS	CONTRATISTA		
	3		CERTIFICADO COVID-19 (Prof en enfermeria, Aux enfermeria)	CONTRATISTA		
	1		CURSO IAMI - AIEPI (Consulta externa)	CONTRATISTA		
	2		CERTIFICACION TRIBUNAL ETICO DE ENFERMERIA	CONTRATISTA		
	3		CERTIFICADO DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS	CONTRATISTA		
4	CERTIFICADO DE BUENAS PRACTICAS DE ESTERILIZACION	CONTRATISTA				
5	CURSO DE IMPLANTES SUBDERMICOS	CONTRATISTA				
6	CURSO DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO DIU	CONTRATISTA				
7	CURSO VIH	CONTRATISTA				
8	SOPORTE VITAL BASICO Y/O AVANZADO	CONTRATISTA				
9	MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO A FIN DE GENERAR PLANES DE CUIDADO	CONTRATISTA				
10	OTROS	TOMA DE CITOLOGIAS	CONTRATISTA			
<b>OTROS CURSOS, DIPLOMADOS, (Otros estudios anexos a su formacion academica)</b>						
ANTECEDENTES (Actuales)	1	CER. ANTECEDENTES PROCURADURIA		CONTRATISTA	✓	
	2	CER. ANTECEDENTES CONTRALORIA		CONTRATISTA	✓	
	3	CER. MEDIDAS CORRECTIVAS (Policia)		CONTRATISTA	✓	
	4	CER. ANTECEDENTES JUDICIALES (Policia)		CONTRATISTA	✓	
	5	CER. ANTECEDENTES DELITOS DE VIOLENCIA SEXUAL		CONTRATISTA	✓	
VACUNAS, POLIZAS, AFILIACIONES, ENTRE OTROS	6	CER. REDAM (Registro de Deudores Alimentarios Morosos)		CONTRATISTA	✓	
	1	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO		CONTRATISTA	✓	
	2	EXAMEN MEDICO PERIODICO (Tercerizados cada 6 meses / personal OPS cada 2 años)		CONTRATISTA	✓	
	3	CARNE DE VACUNA SARS-COV-2		CONTRATISTA O EMPLEADOR	✓	
	4	CARNET DE VACUNACION (Hepatitis b, Toxide tetanico, Influenza)		CONTRATISTA	✓	
	5	CERTIFICADO AFILIACION A SALUD		CONTRATISTA	✓	
	6	CERTIFICADO AFILIACION A PENSION		CONTRATISTA	✓	
	7	CERTIFICADO AFILIACION ARL		HOSPITAL	✓	
	8	CERTIFICADO BANCARIO (No mayor a 30 dias)		CONTRATISTA	✓	
9	VERIFICACION INDUCCION - REINDUCCION (EDMODO)		HOSPITAL	✓		
CONTRATACION	1	CERTIFICADO DE IDONEIDAD - GERENTE		HOSPITAL		
	2	MINUTA DE CONTRATO		HOSPITAL		
	3	REGISTRO PRESUPUESTAL		HOSPITAL		
	4	POLIZAS (Si aplica)		HOSPITAL		
	5	ACEPTACION DE LAS POLIZAS (si aplica)		HOSPITAL		
	6	ACTA DE INICIO		HOSPITAL		
	7	SOPORTE PAGOS		CONTRATISTA Y HOSPITAL		
	8	ACTA DE LIQUIDACION		HOSPITAL		

Vb. Recibido Talento Humano: 	1ras Correcciones en documentos:
2das Correcciones en documentos:	3ras Correcciones en documentos:
Vb. Afiliación ARL:	Vb. Recibida Contratacion:

Funza, Abril 07 de 2026

Doctora

**JULIA ISABEL MUELLE PLAZAS**

Gerente

E.S.E. Hospital Nuestra Señora de las Mercedes

Funza Cundinamarca

Ref.: Presentación propuesta de servicios de Apoyo a la gestión de la E.S.E.

Yo, **LUZ MERY SALAMANCA RIVERA**, identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.014.180.166 expedida en Bogotá Cundinamarca, me permito presentar propuesta para prestar mis servicios, cuyos datos describo a continuación, manifestando que acepto las condiciones pactadas en el contrato a suscribir entre las dos partes como Contratista Independiente; así mismo manifiesto que las actividades a realizar las puedo ejecutar en el tiempo acordado con el Hospital.

**OBJETO:** ESTUDIOS PREVIOS PARA LA CONTRATACIÓN DE UNA PERSONA AUXILIAR DE ENFERMERÍA QUE REALICE EL APOYO A LA GESTIÓN ASISTENCIAL CON ENFOQUE EN GESTIÓN DEL RIESGO A EFECTOS DE EJECUTAR EL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO NO. CD0074-2026 SUSCRITO ENTRE EL MUNICIPIO DE FUNZA Y LA E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA PARA DESARROLLO DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS "PIC" Y LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA INTEGRAL EN SALUD, TENIENDO EN CUENTA LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y EL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL MUNICIPIO.

ACTIVIDAD
Brindar apoyo en la convocatoria, logística y participación en las jornadas, campañas y tomas barriales organizadas por el Hospital Nuestra Señora de las Mercedes y la Secretaría de Salud Municipal, conforme al cronograma y horario establecido.
Realizar mensualmente apoyo en la gestión de demanda inducida a médicos, psicólogos y profesionales complementarios de los Equipos Básicos de Salud, acorde al riesgo priorizado para cada microterritorio asignado por parte de las auxiliares de enfermería, y cronograma de disponibilidad de los equipos en jornadas y actividades requeridas.
Realizar semanalmente seguimiento y consolidación de la demanda efectiva, con las respuestas a los casos de los Equipos Básicos en Salud, Entidades Promotoras de Salud, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y demás programas de desarrollo social y humano.
Realizar quincenalmente demanda inducida a las Entidades Promotoras de Salud, en atenciones de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud, y ruta de grupos de riesgo.
Realizar seguimiento telefónico a la efectividad de la demanda inducida realizada a las Entidades Promotoras de Salud, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y programas de desarrollo humano y social de la administración municipal, de la población reportada con riesgo en salud por los médicos y psicólogos de los Equipos Básicos en Salud.
Realizar de manera mensual apoyo inmediato a la gestión de asignación de citas y autorizaciones de casos tales como: Gestantes sin asistencia a controles y con dificultad en la afiliación - Persona sin afiliación al sistema de Salud. - Pacientes crónicos con riesgo urgente o sin tratamiento. - Menores con desnutrición. - Menores con signo de peligro de muerte. - Personas con situaciones críticas de riesgo y o muerte en salud mental. - Recién nacido sin consulta posparto. - Menor de 30 días sin valoración de lactancia materna. - Menor sin esquema completo de vacunación.
Realizar articulación sectorial e intersectorial con Secretaría de Salud (componente de Aseguramiento y Salud Pública), Instituciones Prestadoras de Salud y demás entidades de desarrollo social, con el propósito de promover la articulación de los servicios de salud y servicios sociales de acuerdo a las necesidades de la población.

Participar en el proceso de planificación y seguimiento al Plan de Acción, con la referente de Atención Primaria en Salud de la Secretaría de Salud Municipal y la coordinación delegada de salud pública del hospital.
---

Apoyar de desarrollo de los monitoreos de vacunación de acuerdo a lineamientos municipales y departamentales.
---

**VALOR MENSUAL:** El valor de la propuesta por la prestación de los servicios mensuales es según lo ejecutado del valor por la actividad ejecutada en cada mes según el anexo técnico NO. CD0074-

**TÉRMINO INICIAL DE EJECUCIÓN:** Según el contrato interadministrativo NO. CD0074-2026

**SEGURIDAD SOCIAL:** Me comprometo de acuerdo a la normatividad vigente a la obligación legal de todo Contratista Independiente, a realizar las afiliaciones al Sistema General de Seguridad Social en Pensión, Salud y Riesgo Laboral, a realizar los aportes por mi cuenta y acreditar tales afiliaciones y pagos ante la entidad contratante (E.S.E.), así como acreditar mi registro en el RUT como contratista independiente en la actividad para la cual voy a ser contratado (a).

En cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 18 de la Ley 1122 de 2007, los aportes como contratista independiente serán del 40% de los ingresos mensuales recibidos por el contratista, que en ningún caso podrá ser inferior a un salario mínimo legal vigente, ni superior a 25 salarios mínimos legales vigentes.

**INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD:** Declaró que no me hallo incurso (a) en ninguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidad establecidas en la Ley y que tampoco me encuentro incurso en ninguno de los eventos previstos como prohibiciones especiales para contratar.

**DOCUMENTOS:** Me comprometo a entregar a la E.S.E. la totalidad de los documentos solicitados para la suscripción del contrato, así como las pólizas y demás documentos a que haya lugar para la legalización y ejecución del contrato.

**DIRECCIÓN:** Manifiesto que mi dirección de residencia es Carrera 24 # 10-98 barrio Villa Paola del municipio de Funza, correo electrónico luz.merita2009@hotmail.com, mi número de celular es 3195655952.

Agradezco la oportunidad de prestar mis servicios a esa Entidad.

Cordialmente,



**LUZ MERY SALAMANCA RIVERA**

C.C. No 1.014.180.166 expedida en Bogotá



Libertad y Orden

# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO <u>Salamanca</u>		SEGUNDO APELLIDO ( O DE CASADA) <u>Rivera</u>		NOMBRES <u>José María</u>	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> No. <u>104118066</u>			SEXO F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="checkbox"/> EXTRANJERO <input type="checkbox"/>	PAÍS
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="checkbox"/> SEGUNDA CLASE <input type="checkbox"/> NÚMERO _____ D.M. _____					
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA <u>17</u> MES <u>09</u> AÑO <u>1986</u>			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA <u>CRA 24 10 98</u>		
PAÍS <u>Colombia</u>			PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Cundinamarca</u>		
DEPTO <u>Cundinamarca</u>			MUNICIPIO <u>Tunja</u>		
MUNICIPIO <u>Tunja</u>			TELÉFONO <u>3195655952</u> EMAIL <u>josé.maria2009@hotmail.com</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 OBTENIDO: <u>ALX Enfermería</u>		
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES <u>12</u> AÑO <u>2006</u>	

**EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)**  
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:  
TC (TÉCNICA), TL (TECNOLÓGICA), TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), UN (UNIVERSITARIA),  
ES (ESPECIALIZACIÓN), MG (MAESTRÍA O MAGISTER), DOC (DOCTORADO O PHD),  
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
<u>Pregrado</u>	<u>4</u>	<u>X</u>		<u>Técnico ALX Enfermería</u>	<u>12</u>	<u>2006</u>	

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

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

# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.			
<b>EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE</b>			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN
<b>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</b>			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN
<b>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</b>			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN
<b>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</b>			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN
<b>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</b>			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO  
**HOJA DE VIDA**

Persona Natural

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

**4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA**

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

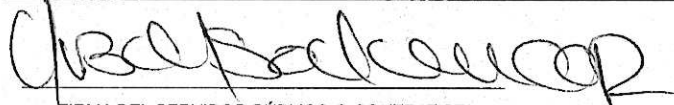
OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	20	240
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
<b>TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA</b>	<b>20</b>	<b>240</b>

**5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA**

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL 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 FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento 07/04/2026



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

**REPUBLICA DE COLOMBIA**  
**IDENTIFICACION PERSONAL**  
CEDULA DE CIUDADANIA


NUMERO **1.014.180.166**

**SALAMANCA RIVERA**

APELLIDOS  
**LUZ MERY**

NOMBRES  
*Luz Mery Salamanca*

FIRMA



INDICE DERECHO


FECHA DE NACIMIENTO **12-SEP-1986**

**BOGOTA D.C.**  
(CUNDINAMARCA)  
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.62**      **O+**      **F**  
ESTATURA      G.S. RH      SEXO

**14-OCT-2004 BOGOTA D.C.**  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carlos Ariel Sanchez Torres*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1500150-00018541-F-1014180166-20080028      0000692185A 1      1420004756

Tipo de declaración  Fecha de publicación

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
LUZ	MERY	SALAMANCA	RIVERA

Documento de identificación  
Tipo  Número

Lugar de nacimiento  
País  Departamento  Municipio

Lugar de domicilio  
País  Departamento  Municipio

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje

Lugar de sede  
País  Departamento  Municipio

Dirección

Cargo o función que cumple

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019: Persona natural y jurídica, pública o privada, que presten función pública, que presten servicios públicos respecto de la información directamente relacionada con la prestación del servicio público.

### 1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente mi declaración de bienes y rentas y manifiesto que los únicos bienes y rentas que poseo a la fecha, en forma personal o por interpuesta persona, son los que relaciono a continuación.

#### 1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2025 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	\$0,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

## 1.2. PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y/O ASOCIACIONES

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí  No

En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas o Consejos Directivos:

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí  No

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

### 1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí  No

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

Detalle de las actividades	Forma participación

## 2. CONFLICTOS DE INTERÉS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente el registro de la información que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con los intereses de mi cónyuge o compañero(a) permanente, parientes y socios de hecho o de derecho.

### 2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí  No

Los intereses personales de mi cónyuge o compañero o compañera permanente son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí  No

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento  Número

Descripción del potencial conflicto de interés con su cónyuge o compañero(a) permanente:

--

## 2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño:

Sí  No

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño.

De acuerdo con la Ley 2003 de 2019, los congresistas deben registrar sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeñan.

Parentesco	Pariente	Tipo de documento de identidad	Documento de identidad	Descripción del potencial conflicto de interés

## 2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual:

Sí  No

Dentro del año anterior tuve interés directo o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera), y a continuación describo cómo puede influir en las decisiones y acciones de mi cargo actual:

## 2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí  No

Los fideicomisos y encargos fiduciarios de los cuales soy constituyente o beneficiario en Colombia y en el exterior son:

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí  No

Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario y otras que tengo en Colombia y en el exterior son:

Tipo de inversión	Valor	País

#### 2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí  No

Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta del último año gravable son:

Nombre entidad	Valor

#### 2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí  No

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:

- > Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
- > Establecimientos que posee.
- > Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
- > Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>"HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES"</b>			
	<b>TIPO DE DOCUMENTO</b>	<b>NOMBRE</b>		<b>ÁREA O PROCESO QUE LO GENERA</b>
	FORMATO	FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO SARLAFT/PDAM		GESTIÓN DE CONTABILIDAD
	<b>CÓDIGO</b>	<b>VERSIÓN</b>	<b>FECHA ELABORACION</b>	<b>PAGINA</b>
A-FIN-CON-F-001	1	09/03/2023	1 de 4	

<b>FECHA DE DILIGENCIAMIENTO</b>	<b>TIPO DE CLIENTE O CONTRAPARTE</b>			<b>TIPO DE SOLICITUD</b>
	Contratista ___ Prestador IPS ___	Proveedor ___ Junta Directiva ___	Personal Planta ___ Otro ___	Vinculación ___ Actualización ___

Departamento: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

**1. INFORMACIÓN GENERAL**

**PERSONA NATURAL**

Primer Apellido: <u>Salamanca</u>	Segundo Apellido: <u>Rivera</u>	Nombres: <u>Luía Mary</u>
Tipo De Documento <u>CC</u>	No. De Identificación <u>1014180186</u>	Fecha De Nacimiento <u>12/09/86</u>
Lugar De Nacimiento <u>Bogotá</u>	Fecha De Expedición <u>14/10/2004</u>	Lugar De Expedición <u>Bogotá</u>
Dirección: <u>CRA 24-10 93</u>	Ciudad <u>FUNTA</u>	Departamento
Teléfono <u>3195655952</u>	Celular <u>3195655952</u>	Profesión/Ocupación <u>AUX enfermería</u>

**RESPONDA SI O NO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS**

¿Administra recursos públicos? NO    ¿Tiene reconocimiento público? NO    ¿Tiene grado de poder público? NO  
 ¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP? NO

**PERSONA JURÍDICA**

Razón social:	Nit:	Correo electrónico
Tipo de contribuyente: ___ Régimen simplificado ___ Régimen común ___ Grandes contribuyentes ___ Otra ___ ¿Cual? _____		
Tipo de Empresa:    Privada ___    Publica ___    Mixta ___    Sin ánimo de lucro ___		

Esta información es confidencial y será utilizada para dar cumplimiento a las Circulares externas 09 del 21 de Abril de 2016 y 05 de 17 de Septiembre de 2021, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>"HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES"</b>			
	<b>TIPO DE DOCUMENTO</b>	<b>NOMBRE</b>		<b>ÁREA O PROCESO QUE LO GENERA</b>
	FORMATO	FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO SARLAFT/PDAM		GESTIÓN DE CONTABILIDAD
	<b>CÓDIGO</b>	<b>VERSIÓN</b>	<b>FECHA ELABORACION</b>	<b>PAGINA</b>
A-FIN-CON-F-001	1	09/03/2023	2 de 4	

**ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL**

Salud \_\_\_ Farmacéutico \_\_\_ Industrial \_\_\_ Servicios \_\_\_ Comercial \_\_\_ Otro \_\_\_ ¿Cuál?

Descripción de la actividad económica:

Dirección Oficina Principal	Teléfono Oficina Principal	Celular oficina principal
Departamento oficina principal	Correo oficina principal	Ciudad oficina principal
Dirección sucursal o agencia	Teléfono Sucursal O Agencia	Celular sucursal o agencia
Departamento Sucursal O Agencia	Correo Sucursal O Agencia	Ciudad Sucursal O Agencia

**REPRESENTANTE LEGAL**

Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Nombres:
Tipo De Documento	No. De Identificación	Fecha De Nacimiento
Lugar De Nacimiento	Fecha De Expedición	Lugar De Expedición
Dirección:	Ciudad	Departamento
Teléfono	Celular	Profesión/Ocupación

**RESPONDA SI O NO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS**

¿Administra recursos públicos? \_\_\_\_\_ ¿Tienen reconocimiento público? \_\_\_\_\_ ¿Tiene grado de poder público? \_\_\_\_\_  
 ¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP? \_\_\_\_\_

Esta información es confidencial y será utilizada para dar cumplimiento a las Circulares externas 09 del 21 de Abril de 2016 y 05 de 17 de Septiembre de 2021, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO "HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES"</b>			
	<b>TIPO DE DOCUMENTO</b>	<b>NOMBRE</b>		<b>ÁREA O PROCESO QUE LO GENERA</b>
	FORMATO	FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO SARLAFT/PDAM		GESTIÓN DE CONTABILIDAD
	<b>CÓDIGO</b>	<b>VERSIÓN</b>	<b>FECHA ELABORACION</b>	<b>PAGINA</b>
A-FIN-CON-F-001	1	09/03/2023	3 de 4	

**Relación de accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente más del 5% del capital social, aporte o participación.  
(Adjuntar relación si los campos son insuficientes)**

Razón Social O Nombres Y Apellidos	Tipo De Documento	No. De Documento
Porcentaje De Participación	Dirección	Teléfono

**RESPONDA SI O NO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS**

¿Administra recursos públicos? \_\_\_\_\_ ¿Tienen reconocimiento público? \_\_\_\_\_ ¿Tiene grado de poder público? \_\_\_\_\_  
¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP? \_\_\_\_\_

**JUNTA DIRECTIVA (Adjuntar relación si los campos son insuficientes)**

Nombres Y Apellidos	Tipo De Documento	No. De Documento
Correo	Dirección	Teléfono

**RESPONDA SI O NO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS**

¿Administra recursos públicos? \_\_\_\_\_ ¿Tienen reconocimiento público? \_\_\_\_\_ ¿Tiene grado de poder público? \_\_\_\_\_  
¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP? \_\_\_\_\_

**PERSONAS PÚBLICAMENTE EXPUESTAS PEP**

Nombres Y Apellidos	Tipo De Documento	No. De Documento
Correo	Dirección	Teléfono

**RESPONDA SI O NO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS**

¿Administra recursos públicos? \_\_\_\_\_ ¿Tienen reconocimiento público? \_\_\_\_\_ ¿Tiene grado de poder público? \_\_\_\_\_  
¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP? \_\_\_\_\_

**2. INFORMACIÓN FINANCIERA**

Total Activos \$	Total Pasivos \$	Total Patrimonio \$
Ingresos Mensuales \$	Egresos Mensuales \$	Otros Ingresos \$

Corte De Información Financiera

Esta información es confidencial y será utilizada para dar cumplimiento a las Circulares externas 09 del 21 de Abril de 2016 y 05 de 17 de Septiembre de 2021, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b> <b>"HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES"</b>			
	<b>TIPO DE DOCUMENTO</b>	<b>NOMBRE</b>		<b>ÁREA O PROCESO QUE LO GENERA</b>
	FORMATO	FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO SARLAFT/PDAM		GESTIÓN DE CONTABILIDAD
	<b>CÓDIGO</b>	<b>VERSIÓN</b>	<b>FECHA ELABORACION</b>	<b>PAGINA</b>
A-FIN-CON-F-001	1	09/03/2023	4 de 4	

**3. OPERACIONES INTERNACIONALES**

Realiza negocios en moneda extranjera	Tipo de transacciones	
	¿Cuál?	

**PRODUCTOS FINANCIEROS EN MONEDA EXTRANJERA**

Tipo De Producto	No. De Producto	Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda

**4. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS**

**DECLARO EXPRESAMENTE QUE:**

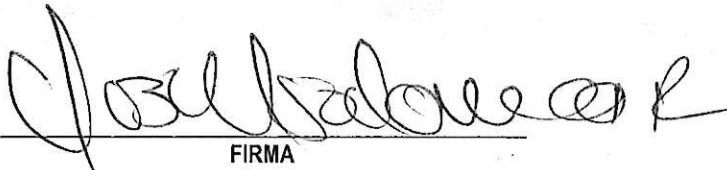
- Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes:
- Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal. Los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas contempladas en el código penal colombiano o cualquier norma que adicione o modifique.
- La información que he suministrado en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla en cada proceso contractual o anualmente
- De manera irrevocable autorizo a la E.S.E. Hospital Nuestra Señora de las Mercedes de Funza, para solicitar, consultar, procesar, suministrar y reportar o divulgar a cualquier entidad con la que mantenga una relación comercial vigente, o que se encuentre debidamente autorizada para manejar o administrar bases de datos, incluidas las entidades gubernamentales, la información contenida en este formulario
- Los recursos que se deriven del desarrollo de relaciones de este contrato, no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas ni a la proliferación de armas de destrucción masiva.
- Eximimos a la ESE Hospital Nuestra Señora de las Mercedes de Funza, su representante legal y administradores, de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que se hubiere proporcionado en este documento o de la violación del mismo.

**5. DOCUMENTOS REQUERIDOS**

- Fotocopia de documento de identidad personal natural o persona jurídica
- Fotocopia de documento de identidad personal del representante legal
- Certificado de existencia y representación legal con vigencia no superior a dos meses para personas jurídicas

**6. FIRMA Y HUELLA**

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el siguiente documento:

  
**FIRMA**



Esta información es confidencial y será utilizada para dar cumplimiento a las Circulares externas 09 del 21 de Abril de 2016 y 05 de 17 de Septiembre de 2021, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud





F-GTH-056 Versión 03 04/10/2023

**REN CONSULTORES S.A.S**

**GESTIÓN DE TALENTO HUMANO**

**CERTIFICA**

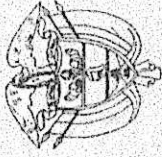
Que el/la señor(a) **LUZ MERY SALAMANCA RIVERA**, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. **1014180166** de **Bogotá**, estuvo vinculado(a) a esta empresa desde el 04 de abril de 2022 hasta el 05 de diciembre de 2025 , bajo un contrato de Obra o labor, desempeñándose como **Asesor de Seguimiento**.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado(a) a los 5 días del mes de diciembre del año 2025.

Cordialmente,

**Mónica Fernanda Ramírez Rodríguez**  
Psicóloga Especialista Talento Humano

República de Colombia



El Instituto de Educación No Formal

# INSTITUTO INGABO

Con autorización oficial según Acuerdo 25 del 4 de Marzo de 1998 y Acuerdo 27 del 2 de julio de 1998 de Minisalud y la Resolución No. 300 del 8 de febrero de 1999, emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá D.C. Resolución 3065 del 19 de julio de 2003 acuerdo No. 6 del 4 de Noviembre de 2004 - Resolución 0011 de febrero 03 de 2005

Otorga el Certificado de

Técnico Laboral

A: **Luz Mery Salamanca Rivera**

c.c. 1.014.180.166 de BOGOTA

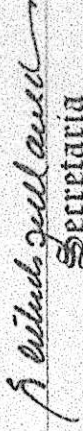
Quién cursó, aprobó y cumplió satisfactoriamente los requisitos exigidos en el programa de:

**AUXILIAR DE ENFERMERIA**

Con una duración de 1.860 horas

Dado en Bogotá, D.C., a los 06 días del mes de DICIEMBRE de 2.006

  
El Director

  
Secretaria

Registro folio No. 37/2 del libro de Certificados No. 1



## Instituto de Educación no Formal

Con autorización oficial según Acuerdo 23 del 4 de Marzo de 1998 y Acuerdo 27 del 2 de julio de 1998 de MinSalud y la Resolución No. 300 del 6 de febrero de 1999, emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá D.C., Resolución 3065 del 19 de julio de 2005 acuerdo No. 3 del 4 de Noviembre de 2004 - Resolución 0011 de febrero 03 de 2005

### ACTA INDIVIDUAL DE CERTIFICACION DE TECNICO LABORAL

#### Registro 37 Folio 1 Libro 1

En la Ciudad de Bogotá a los Veintiocho (28) días del mes de Noviembre del año 2.006, se reunieron los suscritos Director(a) y Secretario(a) en la Dirección del **INSTITUTO INGABO**, con el fin de formalizar Acta de Certificación de los alumnos (as) de Técnico **Auxiliar de Enfermería**: Institución aprobada hasta Nueva Visita según Acuerdos N°. 6 de Noviembre 4 de 2.004 del Ministerio de salud y Resolución N°. 3065 del 19 de Julio de 2.005 emanada de la Secretaría de Educación. Comprobada la situación Legal y Académica de cada una uno de los alumnos (as) que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Programa, se procedió a otorgar la Certificación de **TECNICO LABORAL EN AUXILIAR DE ENFERMERIA**, cuyo nombre, apellidos y número del documento de identidad se relaciona a continuación:

#### **LUZ MERY SALAMANCA RIVERA**

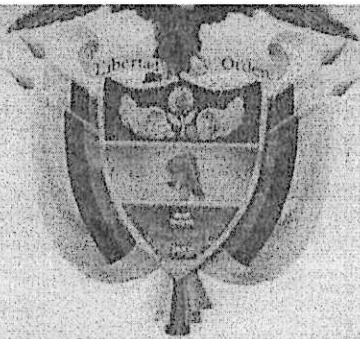
C.C. N°. **1.014.180.166** de Bogotá

Es fiel copia del Acta Original General N°. 1 de fecha 28 de Noviembre de 2.006, que consta de 45 alumnos que comienzan con el nombre de **DIANA MARCELA ALDANA DIAZ** y se cierra con el nombre de **MARTHA CATALINA VELANDIA** firmado por:

**ELENORA ROJAS MORALES**  
DIRECTORA  
C.C. No. 65-738-207 de Ibagué

**MARIA GERTRUDIS AVELLANEDA**  
SECRETARIA GENERAL  
C.C. No. 41.656.404 de Bogotá

Dada en Bogotá D.C. a los 06 días del mes de Diciembre del año 2.006



*La República de Colombia*

*El Ministerio de Educación Nacional  
y en su nombre la*

*Institución Educativa Distrital  
Colsubsidio Torquigua*

*Autorizada por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C., según Resolución No. 5825 del 12 de Septiembre de 2001 y Resolución No. 819 del 19 de Marzo de 2004.*

*Confiere a :*


*Luz Mery Salamanca Rivera*

*T.I. 860912-50677*

*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*

  
*Pedro Forero Rojas  
Rector (E)*

  
*María Araceli Bojacá Foreiro  
Secretaria Académica*

# ACTA INDIVIDUAL DE GRADUACIÓN

INSTITUCIÓN EDUCATIVA DISTRITAL COLSUBSIDIO  
TORQUIGUA

CALLE 62 No. 127-70  
BARRIO TORQUIGUA  
TELÉFONOS 4312386 4313941  
BOGOTÁ, D.C.

INSCRIPCIÓN SEC. DE EDUC. No. 11100198934  
INSCRIPCIÓN DANE No. 101001098931  
RADICACIÓN ICFES No.098814

En la ciudad de Bogotá, D.C., a los seis (6) días del mes de Diciembre de 2004, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de último grado, los suscritos Rector y Secretaria Académica de la INSTITUCION EDUCATIVA DISTRITAL COLSUBSIDIO TORQUIGUA, aprobada hasta nueva determinación en los niveles de Educación Básica Secundaria y Media y autorizada por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C., para otorgar el Título de Bachiller Académico, según Resolución No. 5825 del 12 de Septiembre de 2001 y Resolución No. 819 del 19 de Marzo de 2004.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media, se procedió a otorgar el Título de **BACHILLER ACADÉMICO**, al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:


**Luz Mery Salamanca Rivera**

T.I. 860912-50677

Es fiel copia tomada del Acta Original General No. 4 del 6 de Diciembre de 2004, consta de 70 alumnos; comienza con el nombre de ACENCIO JOSE ARMANDO y termina con el nombre de ZAMUDIO ACUÑA MARTHA LILIANA. Firmada por PEDRO FORERO ROJAS (Rector (E)) y MARÍA ARACELI BOJACÁ FORERO (Secretaria Académica).

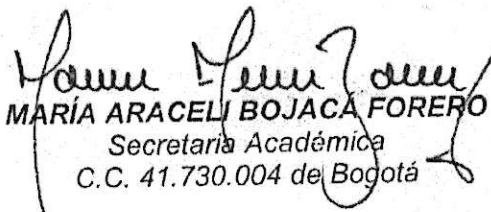
Dada en Bogotá, D.C., a los seis (6) días del mes de Diciembre de 2004.

No requiere Registro de la Secretaría 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.

  
PEDRO FORERO ROJAS

Rector (E)

C.C. 79.353.789 de Bogotá.

  
MARÍA ARACELI BOJACÁ FORERO

Secretaria Académica

C.C. 41.730.004 de Bogotá

Identificación	No. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación
CC	1014180166	LUZ	MERY	SALAMANCA	RIVERA	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) LUZ MERY SALAMANCA RIVERA identificado(a) con CC 1014180166 registra la siguiente información:

2026-04-10--3:46:29 PM

Información Académica

AUX	Local	Auxiliar de enfermería	2008-04-15	4004	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
-----	-------	------------------------	------------	------	-----------------------------------

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).



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.

Secretaría  
Salud

### Resolución No 4004 de 15/04/2008

### Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

Por la cual se autoriza el ejercicio de la profesión en el Territorio Nacional.

#### EL DIRECTOR DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el decreto 1875 de 1994 y resoluciones 02085 de Febrero 7 de 1989 y 449 de Febrero 8 de 1993 suscritas por el Ministerio de Salud y, Resolución No. 001390 del 10 de Marzo de 1997 y

#### CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) SALAMANCA RIVERA LUZ MERY Identificado(a) con CC número 1014180166 expedida en BOGOTÁ D.C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según CERTIFICADO de AUXILIAR DE ENFERMERIA otorgado por EL INSTITUTO INGABO el día 06/12/2006 y registrado en el libro 1. Folio 37 año 2006.

Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes;

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

#### RESUELVE:

**ARTICULO PRIMERO:** autorizar a SALAMANCA RIVERA LUZ MERY identificado(a) con CC número 1014180166 expedida en BOGOTÁ D.C para desempeñarse como AUXILIAR DE ENFERMERIA en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D.C.

**ARTICULO SEGUNDO:** Para poder ejercer la profesión en zona geográfica diferente a donde se autorizo el título o certificado la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud del departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

**ARTICULO TERCERO:** Contra la presente resolución procede el recurso de reposición ante la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud en los términos establecidos en el código contencioso administrativo.

#### NOTIFIQUESE, Y CUMPLASE

Dada en Bogotá, D.C. a los 15/04/2008

ORIGINAL FIRMADO POR EL

**HERMAN REDONDO GOMEZ**

Director de Desarrollo de Servicios de Salud

Elabora: Víctor Sánchez  
Revisa: Yudy Rodríguez

Bogotá, D.C. 29 de abril 2008  
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) LUZ MERY SALAMANCA  
CC. # 1014180166 Bogotá  
Firma





Salud

**FUNSE**

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

**INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO**

NIT. 901.366232-1

Aprobado Mediante Resolución No 1700-0549 del 06 de Febrero del 2025, Secretaría de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

# *Certifica* **Luz Mery Salamanca Rivera** **CC 1014180166 de Bogotá DC**

Realizó y aprobó el Curso en Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual con enfoque diferencial - Código Fucsia (AIVVS) con un total de 80 Horas.

Verificación:



Fecha de emisión: 2026-04-09  
Fecha de vencimiento: 2028-04-09

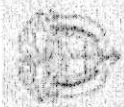


*Sol Cevallos*  
ING. SOLANLY COVALEDA  
Representante Legal

*[Signature]*  
DEIBNE STEVENS BRAVO OBANDO  
Jefe de Enfermería  
ID 32046  
Docente

*Rosa Gómez*  
ROSA GUZMAN  
ESP. Orientación Educativa y  
Desarrollo Humano  
Docente Especialista

www.funse.org.co



Salud

**FUNSE**

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

**INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO**

NIT. 901366232-1

Aprobado Mediante Resolución No 1700-0549 del 06 de Febrero del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

# *Certifica* **Luz Mery Salamanca Rivera** **CC 1014180166 de Bogotá DC**

Realizó y aprobó el Curso en Proceso manejo del Duelo Resolución 3100 / 2019 con un total de 48 Horas.

Verificación:



Fecha de emisión: 2026-04-09  
Fecha de vencimiento: 2028-04-09



VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD de su certificado en la página [www.funse.org.co](http://www.funse.org.co)

*Ed. Covalda*

ING. SOLANILY COVALEDA  
Representante Legal

DEIBE STEVENS BRAVO OBANDO  
Jefe de Enfermería

Docente

*Rosa Guzman*

ROSA GUZMAN  
ESP. Orientación Educativa y  
Desarrollo Humano  
Docente Especialista



Salud

**FUNSE**

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

**INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO**

NIT. 901366232-1

Aprobado Mediante Resolución No 1700-0549 del 06 de Febrero del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

# *Certifica* **Luz Mery Salamanca Rivera** **CC 1014180166 de Bogotá DC**

Realizó y aprobó el Curso en Atención Integral a Víctimas de Ataques con Agentes Químicos con un total de 80 Horas.



Verificación:

Fecha de emisión: 2026-04-09

Fecha de vencimiento: 2028-04-09



FUNSE  
INSTITUCIÓN EDUCATIVA

Verifique la autenticidad de su certificado en la página [www.fundacionnuestra.org/verificar](http://www.fundacionnuestra.org/verificar)

*Ed. Covalada*  
ING. SOLANLY COVALEDA  
Representante Legal

*Deibe Stevens Bravo Obando*  
DEIBE STEVENS BRAVO OBANDO  
Jefe de Enfermería  
Docente

*Rosa Guzman*  
ROSA GUZMAN  
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano  
Docente, Especialista



Salud



INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901366232-1

Aprobado Mediante Resolución No 1700-0549 del 06 de Febrero del 2025, Secretaría de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

# Certifica Luz Mery Salamanca Rivera CC 1014180166 de Bogotá DC

Realizó y aprobó el Curso en Humanización en la Prestación de Servicios de Salud con un total de 48 Horas.

Fecha de emisión: 2026-04-09  
Fecha de vencimiento: 2028-04-09

Verificación:



www.funse.org.co

*Eol Cambada*  
ING. SOLANILLY COVALEDA  
Representante Legal

*Deibe Stevens*  
DEIBE STEVENS BRAVO OBANDO  
Jefe de Enfermería  
Docente

*Rosa Guzman*  
ROSA GUZMAN  
ESP. Orientación Educativa y  
Desarrollo Humano  
Docente Especialista

### Consulta de antecedentes

Permite consultar los antecedentes disciplinarios, penales, contractuales, fiscales y de pérdida de investidura con solo digitar el número de identificación de la persona natural o jurídica.

Tipo de identificación:

Número identificación:

¿Cuanto es 6 - 2 ?

Consultar

#### Datos del ciudadano

Señor(a) **LUZ MERY SALAMANCA RIVERA** identificado(a) con Cédula de ciudadanía Número 1014180166.

**El ciudadano no presenta antecedentes**

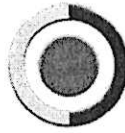
Señor(a) ciudadano(a): la expedición del certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación es gratuita en todo el país.

Fecha de consulta: viernes, abril 10, 2025 - Hora de consulta: 14:48:23

El certificado de antecedentes ordinario, contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. (Inciso 3, artículo 238 de la ley 1952 de 2019, modificada por la Ley 2094 de 2021)

El certificado de antecedente especial, refleja todas las anotaciones que figuren en la base de datos, y se expide para acreditar requisitos de cuya elección, designación o nombramiento y posesión exige ausencia total o parcial de antecedentes.

Para ver este documento necesita Acrobat Reader. Si no lo tiene, haga clic aquí para descargarlo gratis.



CONTRALORÍA  
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

### CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 07 de abril de 2026, a las 17:37:02, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1014180166
Código de Verificación	1014180166260407173702

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, 10/04/2026 02:50:29 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía No. **1014180166** y Nombre: **LUZ MERY SALAMANCA RIVERA**.

### 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. **138000595** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando <https://www.policia.gov.co>, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

 Nueva Búsqueda

 Imprimir

Información

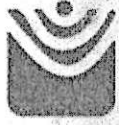
515 9000



**Dios y**  
*Patría*

**Policia Nacional de Colombia**

Dirección General - Cra. 59 Nº 26 - 21  
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.  
Línea de atención: 018000-910112



**COLOMBIA**  
POTENCIA DE LA  
**VIDA**

 GOV.CO



POLICÍA NACIONAL  
DE COLOMBIA



## Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

### La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 05:35:12 PM horas del  
07/04/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1014180166**

Apellidos y Nombres: **SALAMANCA RIVERA  
LUZ MERY**

### **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.

## CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 14:55:38 horas del 10/04/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1014180166**, Apellidos y Nombres **SALAMANCA RIVERA LUZ MERY**

**NO REGISTRA INHABILIDAD**

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES**, con NIT **900750333-1** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 "*por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones*" y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 "*por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018*", con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

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



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

**CERTIFICA QUE**

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos REDAM, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1014180166 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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

Se expide en Bogotá el 10/04/2026 05:00 PM



Código Verificación: **9V1GTPN7RD**

Válida hasta: **09/07/2026**

---

**Dirección de Gobierno Digital**

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

# CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



**ESTRATEGO IPS SAS**  
NIT: 900981496-2

**OSTEOMUSCULAR**  
Certificado de aptitud: 1014180166-272321

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

<p><b>Fecha y Lugar:</b> 10 abr. 2026 - FUNZA - CUNDINAMARCA</p> <p><b>Paciente:</b> LUZ MERY SALAMANCA RIVERA</p> <p><b>Género:</b> FEMENINO <b>Edad:</b> 39</p> <p><b>Fecha Nacimiento:</b> 12/09/1986</p> <p><b>Estado Civil:</b> CASADO(A)</p> <p><b>Dirección:</b> CIUDAD LOS PUERTOS</p> <p><b>Escolaridad:</b> TECNOLÓGICO</p> <p><b>Empresa:</b> LUZ MERY SALAMANCA RIVERA</p> <p><b>Misión/Contrato/ Centro de Costo:</b> LUZ MERY SALAMANCA RIVERA</p>	<p><b>Tipo de Examen:</b> PRE INGRESO</p> <p><b>Identificación:</b> 1014180166</p> <p><b>Teléfono:</b> N/A <b>Móvil:</b> 3195655952</p> <p><b>Cargo:</b> AUXILIAR DE ENFERMERIA</p> <p><b>EPS:</b> SALUD TOTAL S.A. EPS ARS</p> <p><b>ARL:</b> SURA</p> <p><b>AFP:</b> PROTECCION S.A.</p> <p><b>Área:</b> No Reporta</p>
--	---

## CONCEPTO LABORAL

### CON RESTRICCIONES Y RECOMENDACIONES

Observaciones:

## RECOMENDACIONES EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

**MEDICINA OCUPACIONAL** HABITOS DE VIDA SALUDABLES - SEGUIMIENTO POR OFTALMOLOGÍA - VALORACIÓN POR OPTOMETRÍA EN EPS

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
PUEDE LABORAR EVITANDO ACTIVIDADES QUE REQUIERAN PRECISIÓN VISUAL		S
PUEDE LABORAR EVITANDO USO DE OBJETOS CORTOPUNZANTES, DE UTILIZARLO COLOCARSE MEDIOS DE PROTECCIÓN		S

## Ingresar al Programa de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

OSTEOMUSCULAR	ACONDICIONAMIENTO FISICO SEGUN REQUERIMIENTOS DEL CARGO. ADECUACION ERGONOMICA DE PUESTO DE TRABAJO SEGUN DISPOSICION DE LA EMPRESA. CAPACITACION PARA MANEJO DE CARGAS SEGUN CRITERIO DEL CARGO- PAUSAS ACTIVAS - USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL.	PPyP
---------------	---	------

## Información de Remisiones

OPTOMETRÍA	- CORRECCIÓN VISUAL
OFTALMOLOGIA	- SEGUIMIENTO

Yo en calidad de paciente previamente informado (a) de forma libre y voluntaria acepto y doy MI CONSENTIMIENTO para que el personal médico de ESTRATEGO IPS S.A.S., me realice el examen médico ocupacional y para que mis datos sean empleados para fines estrictamente citados en materia de salud ocupacional mediante la recolección, recaudo, almacenamiento, uso, circulación, procesamiento, actualización y disposición de los datos suministrados e incorporados en las bases de datos de ESTRATEGO IPS S.A.S.. Además, certifico que he sido Informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de los mismos 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. 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 y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

SARAY MOLINA  
ESPECIALISTA SALUD OCUPACIONAL  
RES. 4806 DEL 29/08/2019



*(Handwritten signature of Luz Mery Salamanca Rivera)*



Firma y cédula del Paciente  
LUZ MERY SALAMANCA RIVERA  
1014180166

SARAY MOLINA  
CÉDULA DE CIUDADANÍA: 1065631886  
-- RES.4806 29/08/2019



		FECHA	VACUNANTE	LOTE	IFJ vacunadora	NOMBRE vacunador	LEGUA del vacunador
COVID-19	1	14-Marzo	Pfizer	EVU05	Uff 1204	Diana Zca U. Asesora de Enfermería Resolución de Minsa 2020	45209905
	2	01-09/21	Pfizer	29128A	Colsubsidio	Yesly Rivera A. Enfermería 52663282	



	La salud es de todos	Minsalud	<b>MiVacuna</b> Covid-19
<b>Certificado de vacunación</b>			
Nombres:	LUZ MERY		
Apellidos:	SALAMCA RIVERA		
Documento de identidad:	C.C. <input checked="" type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> Pasaporte: <input type="checkbox"/> PEP <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/> cudi: <input type="checkbox"/>	No. 1.019.180.66	
Fecha de nacimiento:	Día 12	Mes 09	Año 1986

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	15 APR 2016	D127303/18 univisa	JORDA
	2	15 mayo - 2016		
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	15 APR 2016	1A3401101 01/18 univisa	
	2	15 mayo - 2016		
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Virus de Papiloma Humano				

INTERNACIONAL DE LA VACUNACION O DE LA PROFILAXIS  
 INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION OR PROPHYLAXIS

Certifica que:

Woz Mery Sabmarco  
 This is to certify that (name) / Nous certifions que (nom)

Fecha de Nacimiento 12-9-86 Sexo F Nacionalidad C  
 Date of birth / né(e) / le 12-9-86 Sex of sexe F nationalité / et de nationalité C

Documento nacional de Identificación 1014180166  
 national identification document / document d'identification national

Cuya firma aparece a continuación:  
 Whose signature follows / dont la signature suit

En la fecha indicada ha sido vacunado o recibido profilaxis contra:  
 Has on the date indicated been vaccinated or received prophylaxis against:  
 a été vacciné(e) ou reçu des agents prophylactiques a la date indiquée contre:

F. A

de acuerdo con el Reglamento Sanitario Internacional  
 in accordance with the International Health Regulations  
 Conformément au Règlement sanitaire international

Vacuna o Profilaxis	Fecha	Fabricante	Numero de lote de la vacuna o profilaxis	Institución vacunadora	Nombre del Profesional que certifica la aplicación	Firma del Profesional que certifica la aplicación
Vaccine or prophylaxis	Date	Manufacturer	Batch no. Of vaccine or prophylaxis	Vaccination institution	Title of the Professional that certifies the application	Signature of the professional certifying the application
Vaccin ou agent prophylactique	Date	Fabricant	Direction ou de l'agent prophylactique et numéro du lot	Établissement de vaccination	Titre du clinicien responsable	Signature du clinicien responsable
<u>HPV</u>	<u>08 OCT. 2024</u>	<u>Biomanguino</u>	<u>2320FC062</u>	<u>Centropo Salva</u>	<u>Orlando</u>	<u>[Signature]</u>
<u>HPV</u>	<u>08 OCT. 2024</u>	<u>Biomanguino</u>	<u>2320FC062</u>	<u>Centropo Salva</u>	<u>Orlando</u>	<u>[Signature]</u>
<u>HPV</u>	<u>08 OCT. 2024</u>	<u>Biomanguino</u>	<u>2320FC062</u>	<u>Centropo Salva</u>	<u>Orlando</u>	<u>[Signature]</u>

BOGOTA, Abril 7 de 2026

Señora:

SALAMANCA RIVERA LUZ MERY

CC. 1014180166CR 7 B 10 A 38 - 0

Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Junio 27 de 2018. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem_c ot	Sem_A nt	Parentesco	Estado_Afiliación	Fecha_de_desafiliación_EPS	Estado_Actual	Discapacidad
SALAMANCA RIVERA LUZ MERY	1014180166	C	Jun-27-2018	307	18	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
SILVA SALAMANCA MARIA CAMILA	1028727639	T	Jul-5-2018	307	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
CIPAGAUTA SALAMANCA SARA NICOLE	1141718285	T	Jul-5-2018	307	18	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón_social_del_aportante	Usuario_en_contrato	Tipo_de_contrato	Estado_de_contrato
INVERSIONES INT COLOMBIA SOCIEDAD POR AC	1014180166	Dependiente	CERRADO
ATENCION PREHOSPITALARIA Y SEGURIDAD INDUSTRIAL AP	1014180166	Dependiente	CERRADO
ATENCION PREHOSPITALARIA Y SEGURIDAD INDUSTRIAL AP	1014180166	Dependiente	CERRADO
ATENCION PREHOSPITALARIA Y SEGURIDAD INDUSTRIAL AP	1014180166	Dependiente	CERRADO
ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S A	1014180166	Dependiente	CERRADO
NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S A	1014180166	Dependiente	VIGENTE
PERMODA LTDA	1014180166	Dependiente	CERRADO
REDES HUMANAS	1014180166	Dependiente	CERRADO
REN CONSULTORES SAS	1014180166	Dependiente	CERRADO

**CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO**

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Gerencia de Operaciones Comercial

SALUD TOTAL EPS S.A.

Elaboró: Servicios en Línea

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.



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

En su condición de administradora del

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

**CERTIFICA QUE:**

**LUZ MERY SALAMANCA RIVERA**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.014.180.166**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 7 de Abril del 2026.

Cordialmente,

\_\_\_\_\_  
Gerencia de Clientes



**Tenga en cuenta:**

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

	<b>E.S.E DEL ORDEN DEPARTAMENTAL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA</b>				
	<b>Tipo de Documento</b>	<b>Área o Proceso que lo Genera:</b>		<b>AREA O PROCESO QUE LO GENERA</b>	
	<b>FORMATO</b>	<b>CERTIFICADO DE IDONEIDAD</b>		<b>GESTION DEL TALENTO HUMANO</b>	
	<b>CODIGO</b>	<b>VERSION</b>	<b>FECHA DE ELABORACION</b>	<b>PAGINA</b>	
A – TH – F - 015	2	12/0/2025	1 DE 1		

**LA PROFESIONAL DE TALENTO HUMANO DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO "HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES"  
 NIT. 900.750.333-1**

**CERTIFICA:**

Que una vez verificada la Hoja de Vida del contratista **LUZ MERY SALAMANCA RIVERA** identificado (a) con cedula de ciudadanía No. 1.014.180.166, se ha podido constatar que cumple con todos los documentos requeridos para el objeto y actividades a ejecutar.

Que la persona en mención demuestra la idoneidad y experiencia relacionada.

Para constancia de lo anterior se firma el diez (10) del mes de Abril del Año dos mil veintiséis (2026).

  
**MARICEL MUÑOZ CÁRDENAS**  
 Profesional de Talento Humano

**Elaboró y Proyectó:** Maricel Muñoz Cárdenas / Profesional de Talento Humano

**Revisó y Aprobó:** Mario Enrique Góngora Contreras / Subgerente Administrativo y Financiero

Quienes proyectamos, revisamos aprobamos, declaramos que le presente documento lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes y por lo tanto bajo nuestra responsabilidad lo recomendamos para la firma de Gerencia de la E.S.E

Documento controlado. Una vez impreso o descargado este se considera