



## FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA  
Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

## DATOS PERSONALES

|                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                        |                                                                                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PRIMER APELLIDO<br>NUÑEZ                                                                                                                 | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)<br>MENDOZA                                                                                                                              | NOMBRES<br>MARIA CECILIA                                                                                |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1067816595 | GENERO<br>F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> NB <input type="radio"/>                                                                          | NACIONALIDAD<br>COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/> PAÍS<br>COLOMBIA |
| LIBRETA MILITAR<br>PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/>                                               | NÚMERO                                                                                                                                                                 | D.M.                                                                                                    |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO<br>FECHA DIA 03 MES 11 AÑO 1994<br>PAÍS COLOMBIA<br>DEPTO CESAR<br>MUNICIPIO LA PAZ                          | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA<br>CALLE 2 9B 40 barrio 7 de julio<br>PAÍS COLOMBIA DEPTO CESAR<br>MUNICIPIO LA PAZ<br>TELÉFONO 348826150 EMAIL cecilianunes051@gmail.com |                                                                                                         |

2

## FORMACIÓN ACADÉMICA

## EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO ( LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA )

| EDUCACIÓN BÁSICA |    |    |    |    |            |    |    |    |       |     | TÍTULO OBTENIDO |    | BÁSICA SECUNDARIA |      |
|------------------|----|----|----|----|------------|----|----|----|-------|-----|-----------------|----|-------------------|------|
| PRIMARIA         |    |    |    |    | SECUNDARIA |    |    |    | MEDIA |     | FECHA DE GRADO  |    |                   |      |
| 1°               | 2° | 3° | 4° | 5° | 6°         | 7° | 8° | 9° | 10°   | 11° | MES             | 05 | AÑO               | 2013 |

## EDUCACIÓN 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).

3

## EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

## EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

INF (EDUCACIÓN INFORMAL) TR\_DES (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

| INSTITUCIÓN | MODALIDAD                                     | No. TOTAL HORAS | GRADUADO |    | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS | TERMINACIÓN |      |
|-------------|-----------------------------------------------|-----------------|----------|----|--------------------------------------------|-------------|------|
|             |                                               |                 | SI       | NO |                                            | MES         | AÑO  |
| ESESCO      | EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | 1850            | X        |    | ESESCO                                     | 07          | 2015 |

# FORMATO ÚNICO

## HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4

### 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 |
| ESPAÑOL |          |   | X  |        |   | X  |            |   | X  |

5

### EXPERIENCIA LABORAL

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

| EMPLEO O CONTRATO VIGENTE                                    |  |                                                           |    |              |    |                            |      |                                    |    |     |    |     |      |
|--------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------|----|--------------|----|----------------------------|------|------------------------------------|----|-----|----|-----|------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL MARINO ZULETA RAMIREZ - LA PAZ |  |                                                           |    | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA                    |      | PAÍS<br>COLOMBIA                   |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>CESAR                                        |  | MUNICIPIO<br>LA PAZ                                       |    |              |    | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |      |                                    |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>5771075                                         |  | FECHA DE INGRESO                                          |    |              |    |                            |      | FECHA DE RETIRO                    |    |     |    |     |      |
|                                                              |  | Día                                                       | 04 | Mes          | 08 | Año                        | 2024 | Día                                |    | Mes |    | Año |      |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>AUX PYP                           |  | DEPENDENCIA<br>AREA ATENCION AL USUARIO - AUX. AREA DE LA |    |              |    |                            |      | DIRECCIÓN<br>CARRERA 6 6 15 centro |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                   |  |                                                           |    |              |    |                            |      |                                    |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL MARINO ZULETA RAMIREZ - LA PAZ |  |                                                           |    | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA                    |      | PAÍS<br>COLOMBIA                   |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>CESAR                                        |  | MUNICIPIO<br>LA PAZ                                       |    |              |    | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |      |                                    |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>5770016                                         |  | FECHA DE INGRESO                                          |    |              |    |                            |      | FECHA DE RETIRO                    |    |     |    |     |      |
|                                                              |  | Día                                                       | 23 | Mes          | 02 | Año                        | 2024 | Día                                | 22 | Mes | 07 | Año | 2024 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>AAUXILIAR DE ENFERMERIA           |  | DEPENDENCIA<br>AREA DE ENFERMERIA                         |    |              |    |                            |      | DIRECCIÓN<br>CALLE 6 6 15          |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                   |  |                                                           |    |              |    |                            |      |                                    |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL MARINO ZULETA RAMIREZ - LA PAZ |  |                                                           |    | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA                    |      | PAÍS<br>COLOMBIA                   |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>CESAR                                        |  | MUNICIPIO<br>LA PAZ                                       |    |              |    | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |      |                                    |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>5770016                                         |  | FECHA DE INGRESO                                          |    |              |    |                            |      | FECHA DE RETIRO                    |    |     |    |     |      |
|                                                              |  | Día                                                       | 17 | Mes          | 11 | Año                        | 2015 | Día                                | 05 | Mes | 11 | Año | 2019 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>AUXILIAR DE ENFERMERIA            |  | DEPENDENCIA<br>"CONSULTA EXTERNA"                         |    |              |    |                            |      | DIRECCIÓN<br>CALLE 6 6 15          |    |     |    |     |      |

# FORMATO ÚNICO

## HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6

### EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

7

### TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

| OCUPACIÓN                   | TIEMPO DE EXPERIENCIA |       |
|-----------------------------|-----------------------|-------|
|                             | AÑOS                  | MESES |
| SERVIDOR PÚBLICO            | 6                     | 3     |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 0                     | 0     |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE    | 0                     | 0     |
| EXPERIENCIA DOCENTE         | 0                     | 0     |

8

### FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ☐ NO ☐ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E 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

Manizales, CA.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

Tipo de declaración  Fecha de publicación

Nombres y apellidos completos

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---------------|----------------|-----------------|------------------|
| MARIA         | CECILIA        | NUÑEZ           | MENDOZA          |

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

HOSPITAL MARINO ZULETA RAMIREZ - LA PAZ

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 ACRENCIAS

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

| CONCEPTO                            | VALOR           |
|-------------------------------------|-----------------|
| Salarios y demás ingresos laborales | \$20.000.000,00 |
| Cesantías e intereses de cesantías  | \$0,00          |
| Gastos de representación            | \$0,00          |
| Arriendos                           | \$600.000,00    |
| Honorarios                          | \$0,00          |
| Otros ingresos y rentas             | \$0,00          |
| TOTAL                               | \$20.600.000,00 |

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

| Tipo de cuenta    | Sede de la cuenta (País) | Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior |
|-------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| CUENTA DE AHORROS | COLOMBIA                 | \$0,00                                                                  |

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| Tipo de bien | País     | Departamento | Municipio | Valor  |
|--------------|----------|--------------|-----------|--------|
| NA           | COLOMBIA | CESAR        | LA PAZ    | \$0,00 |

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

| Concepto | Saldo  |
|----------|--------|
| NA       | \$0,00 |

## 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     |
|-------------------|--------|----------|
| NA                | \$0,00 | COLOMBIA |

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:

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NÚMERO 1.067.816.595

NUÑEZ MENDOZA

APELLIDOS

MARIA CECILIA

NOMBRES

Maria Cecilia NM.

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 03-NOV-1994

LA PAZ  
(CESAR)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55

B+

F

ESTATURA

G.S. RH

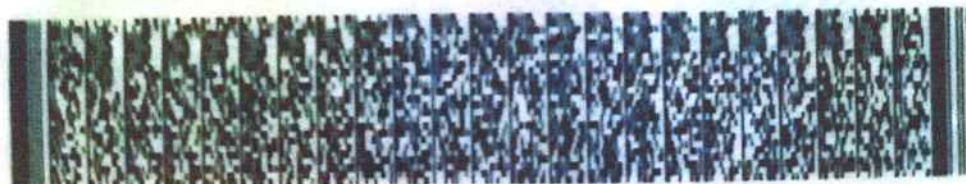
SEXO

22-ENE-2013 LA PAZ

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carlos Ariel Sánchez Torres*

REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-1282500-00445110-F-1067816595-20130630

0033785823A 2

39026222

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 \*

1067816595

Primer Nombre

maría

Primer Apellido

nuñez

Confirme los números de la Imagen \*



Cambiar

8146

Buscar en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2026-06-19--8:40:42 AM

| Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Estado Identificación: | De |
|---------------------|---------------------|---------------|----------------|-----------------|------------------|------------------------|----|
| CC                  | 1067816595          | MARIA         | CECILIA        | NUÑEZ           | MENDOZA          | Vigente                | Ve |

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) MARIA CECILIA NUÑEZ MENDOZA identificado(a) con CC 1067816595 registra La siguiente información:

2026-06-19--8:40:42 AM

Información Académica

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación  | Fecha inicio ejercer Acto Administrativo | Acto Administrativo | Entidad Reportadora                             |
|---------------|-------------------------|------------------------|------------------------------------------|---------------------|-------------------------------------------------|
| AUX           | Local                   | AUXILIAR EN ENFERMERIA | 2015-10-05                               | 20001475            | DTS SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL CESAR |

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).

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario

14507138561



(415)7707212489984(8020) 000001450713856 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 6 7 8 1 6 5 9 5

6. DV

8

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Valledupar

14. Buzón electrónico

2 4

## IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de identificación

1 0 6 7 8 1 6 5 9 5

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Cesar

2 0

30. Ciudad/Municipio

La Paz

6 2 1

31. Primer apellido

NUÑEZ

32. Segundo apellido

MENDOZA

33. Primer nombre

MATIA

34. Otros nombres

CECILIA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

## UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Cesar

2 0

40. Ciudad/Municipio

La Paz

6 2 1

41. Dirección principal

CL 2 9 B 40 BRR SIETE DE JULIO

42. Correo electrónico

cecilianunes051@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 0 1 5 5 2 3 1 8 6

45. Teléfono 2

## CLASIFICACIÓN

## Actividad económica

## Actividad principal

46. Código

8 6 9 2

47. Fecha inicio actividad

2 0 1 9 0 4 1 8

## Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

## Otras actividades

50. Código

1

2

## Ocupación

51. Código

5 1 3 2

52. Número establecimientos

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

|            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 1          | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
| 53. Código | 2 | 0 |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

20- Obtención NIT

## Usuarios aduaneros

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

## Exportadores

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

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

## Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

X

60. No. de folios:

0

61. Fecha

20190417

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre NUÑEZ MENDOZA MATIA CECILIA

985. Cargo CONTRIBUYENTE



POLICÍA NACIONAL  
DE COLOMBIA

## Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

### La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 08:30:44 AM horas del 19/06/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1067816595**

Apellidos y Nombres: **NUÑEZ MENDOZA MARIA CECILIA**

### **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



## 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, 19/06/2026 08:38:29 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1067816595** y Nombre: **MARIA CECILIA NUÑEZ MENDOZA.**

## 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. **142364246** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando <https://www.policia.gov.co>, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Búsqueda

Imprimir

515 9000



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





MinEducación



MinSalud  
Ministerio de Salud  
y Protección Social

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

*Hace Constar que:*  
***María Cecilia Nuñez Mendoza***

***CC 1067816595 de La Paz - Cesar***

y aprobó el Curso de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual - Código Fucsia - Resolución 3100 / 2019 y Sentencia C - 55 -2022  
con un total de 80 Horas.

Verificación:



Fecha de emisión: 2026-05-15  
Fecha de vencimiento: 2028-05-15



FUNDACIÓN NUESTRA  
SEÑORA DE LA ESPERANZA

verifique la autenticidad  
de su certificado en la página  
[www.fundacionnuestraseñoradelaesperanza.com.co](http://www.fundacionnuestraseñoradelaesperanza.com.co)

FREDDY ARBEY HERNANDEZ  
CAMPUZANO  
Representante Legal  
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO  
Jefe de Enfermería  
TP 3208  
Docente.

ROSA GUZMAN  
ESP. Orientación Educativa y  
Desarrollo Humano  
Docente Especialista



Ministerio de Educación



MinSalud  
Ministerio de Salud  
y Protección Social

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

*Hace Constar que:*  
***María Cecilia Nuñez Mendoza***

***CC 1067816595 de La Paz - Cesar***

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

Verificación:



Fecha de emisión: 2026-05-19  
Fecha de vencimiento: 2028-05-19



FUNDACIÓN NUESTRA  
SEÑORA DE LA ESPERANZA

verifique la autenticidad  
de su certificado en la página  
[www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.com.co](http://www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.com.co)

FREDDY ARBEY HERNANDEZ  
CAMPUZANO  
Representante Legal  
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO  
Jefe de Enfermería  
TP 3208  
Docente.

ROSA GUZMAN  
ESP. Orientación Educativa y  
Desarrollo Humano  
Docente Especialista



Ministerio de Educación



MinSalud  
Ministerio de Salud  
y Protección Social

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

*Hace Constar que:*  
***María Cecilia Nuñez Mendoza***

***CC 1067816595 de La Paz - Cesar***

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

Verificación:



Fecha de emisión: 2026-05-17

Fecha de vencimiento: 2028-05-17



FUNDACIÓN NUESTRA  
SEÑORA DE LA ESPERANZA

verifique la autenticidad  
de su certificado en la página  
[www.fundacionnuestraseñoradelaesperanza.com.co](http://www.fundacionnuestraseñoradelaesperanza.com.co)

FREDDY ARBEY HERNANDEZ  
CAMPUZANO  
Representante Legal  
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO  
Jefe de Enfermería  
TP 3208  
Docente.

ROSA GUZMAN  
ESP. Orientación Educativa y  
Desarrollo Humano  
Docente Especialista



La Organización Panamericana de la Salud  
certifica que:

**María Cecilia Núñez Mendoza**

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: 87,00 %

01 de agosto de 2025

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.  
Director



**FIU** Robert Stempel College  
of Public Health  
& Social Work

[illegible]

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA



EN LA PAZ DEPARTAMENTO DEL CESAR Y EN SU NOMBRE LA  
CORPORACION EDUCATIVA DEL CARIBE  
**CEDELCA**

Personería Jurídica No 257 del 29 de Abril de 1994 Autorizada Según Resolución 000541 del 11 de Febrero de 2011  
Registro 000506 del 17 de febrero 2011 por la secretaria de educación.

ACTA DE GRADO No. 03

En el municipio de La Paz, Cesar a los 28 días del mes de Junio de 2013, se Reunieron con el fin de Formalizar la Certificación de los Alumnos que Finalizaron la Preparación para la Validación del Bachillerato Académico. El suscrito Director ELEZER TORRES JARABA y el coordinador JUAN CARLOS OSPINO JARABA de la Corporación Educativa del Caribe CEDELCA

Institución Amparada en la ley 1064 de 2006 y el decreto 4904 de 2009 con Autorización Oficial según Resolución 000541 de 11 de febrero de 2011 y Registro 000506 del 17 de febrero 2011 por la Secretaría de Educación del Departamento del Cesar y Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de Preparación para la validación del Bachillerato Académico, de los alumnos cuyo nombres y apellido y numero de identificación se relacionan a continuación.

**MARIA CECILIA NUÑEZ MENDOZA**

IDENTIFICADO (A) CON: C.C. 1007810595 LA PAZ (CESAR)

Es fiel copia tomada del acta original No 03 de fecha 28 de Junio de 2013 que consta de (80) alumnos certificado, comienzan con el nombre de ADELAIDA ANTONIA VASQUEZ ROMERO Y se cierra con el nombre de YOMAIRA MATTOS ZAPATA

Firmado y sellado por ELEZER TORRES JARABA (Director), JUAN CARLOS OSPINO JARABA (Coordinador)

Dado en La Paz, Cesar a los 28 días del mes de Junio de 2013.

En constancia se firma la presente por quienes intervinieron, en cumplimiento de lo ordenado en la Ley 1064 de 2006 y el decreto 4904 de 2011.

El Director

Libro 03

El Coordinador

Acta 03-13

Folio 06



GOBERNACION DEL CESAR  
REPUBLICA DE COLOMBIA  
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL  
NIT. 892399999-1

RESOLUCION No. 25-1475 DE 11 DE JULIO DE 2015

Por la cual se concede una autorización para el ejercicio de la Profesión"

EL SECRETARIO DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DEL CESAR, en uso de sus atribuciones legales y en especial las conferidas por la Resolución No. 008211 de 1989,

**CONSIDERANDO**

Que MARIA CECILIA NUÑEZ MENDOZA, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1.067.816.595 expedida en La Paz (Cesar), solicitó ante esta Secretaría la refrendación de su certificado de AUXILIAR EN ENFERMERIA que le otorgó LA ESCUELA DE EDUCACION DE COLOMBIA "ESESCO" de Valledupar Cesar, el día 11 de Julio de 2015.

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**

**ARTÍCULO PRIMERO.-** Autoriza a MARIA CECILIA NUÑEZ MENDOZA, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1.067.816.595 expedida en La Paz (Cesar), para desempeñarse como AUXILIAR EN ENFERMERIA en todo el territorio Nacional.

**ARTÍCULO SEGUNDO:** Notifíquese a MARIA CECILIA NUÑEZ MENDOZA, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1.067.816.595 expedida en La Paz (Cesar), de la Presente Resolución.

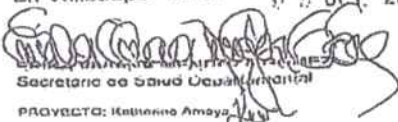
**ARTÍCULO TERCERO.-** Para poder ejercer la profesión en la zona Geográfica diferente a donde refrendó el título o certificado la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud del Departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

**ARTÍCULO CUARTO:** La presente Resolución rige a partir de la fecha de su expedición.

**COMUNIQUESE Y CUMPLASE**

En Valledupar a los

11 DE JULIO DE 2015

  
Secretario de Salud Departamental  
PROYECTO: Katherine Amaya

  
OSF ALBERTO AYOCA URRUTIA  
Lider Programa Vigilancia y Control

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social                | Clase Aportante | Sucursal Principal | Dirección                | Ciudad-Departamento | Teléfono   | Exonerado SENA e ICBF |
|----------------|----|-----------------------------|-----------------|--------------------|--------------------------|---------------------|------------|-----------------------|
| CC 1067816595  |    | NUÑEZ MENDOZA MARIA CECILIA | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | CLL 2 NO 9-40 7 DE JULIO | LA PAZ-CESAR        | 3332526052 | No                    |

## DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo |         | Clave      |            | Tipo     | Fecha      |            | Pago            |           |
|---------|---------|------------|------------|----------|------------|------------|-----------------|-----------|
| Pensión | Salud   | Pago       | Planilla   | Planilla | Limite     | Pago       | Banco           | Valor     |
| 2026-06 | 2026-06 | 1000000435 | 9506134851 | I        | 2026/07/23 | 2026/06/09 | BANCO DE BOGOTA | \$541,800 |

## LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

| EMPLEADO                                    |                |             | PENSION |      |             |           | SALUD  |      |             |           | CCF    |      |     |        | RIESGOS |      |             |          | Dias | IBC | Aporte |
|---------------------------------------------|----------------|-------------|---------|------|-------------|-----------|--------|------|-------------|-----------|--------|------|-----|--------|---------|------|-------------|----------|------|-----|--------|
| No.                                         | Identificación | Nombres     | Codigo  | Días | IBC         | Aporte    | Codigo | Días | IBC         | Aporte    | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo  | Días | IBC         | Aporte   | Dias | IBC | Aporte |
| Sucursal: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)          |                |             |         |      | \$1,750,905 | \$280,200 |        |      | \$1,750,905 | \$218,900 |        |      | \$0 | \$0    |         |      | \$1,750,905 | \$42,700 |      | \$0 | \$0    |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados) |                |             |         |      | \$1,750,905 | \$280,200 |        |      | \$1,750,905 | \$218,900 |        |      | \$0 | \$0    |         |      | \$1,750,905 | \$42,700 |      | \$0 | \$0    |
| Ciudad: LA PAZ Depto: CESAR ( 1 Afiliados)  |                |             |         |      | \$1,750,905 | \$280,200 |        |      | \$1,750,905 | \$218,900 |        |      | \$0 | \$0    |         |      | \$1,750,905 | \$42,700 |      | \$0 | \$0    |
| 1                                           | CC 1067816595  | NUÑEZ MARIA | 230301  | 30   | \$1,750,905 | \$280,200 | EPS041 | 30   | \$1,750,905 | \$218,900 |        | 0    | \$0 | \$0    | 14-23   | 30   | \$1,750,905 | \$42,700 | 0    | \$0 | \$0    |
| Total Afiliados( 1)                         |                |             |         |      | \$1,750,905 | \$280,200 |        |      | \$1,750,905 | \$218,900 |        |      | \$0 | \$0    |         |      | \$1,750,905 | \$42,700 |      | \$0 | \$0    |

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE     |         |                             |                 |                    |                          |                     |                 |                       |
|-----------------------------------|---------|-----------------------------|-----------------|--------------------|--------------------------|---------------------|-----------------|-----------------------|
| Identificación                    | dv      | Razon Social                | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion                | Ciudad-Departamento | Teléfono        | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 1067816595                     |         | NUÑEZ MENDOZA MARIA CECILIA | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | CLL 2 NO 9-40 7 DE JULIO | LA PAZ-CESAR        | 3332526052      | No                    |
| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |                             |                 |                    |                          |                     |                 |                       |
| Periodo                           |         | Clave                       |                 | Tipo               | Fecha                    |                     | Pago            |                       |
| Pensión                           | Salud   | Pago                        | Planilla        | Planilla           | Limite                   | Pago                | Banco           | Valor                 |
| 2026-06                           | 2026-06 | 1000000435                  | 9506134851      | I                  | 2026/07/23               | 2026/06/09          | BANCO DE BOGOTA | \$541,800             |

| RESUMEN DE PAGO              |        |             |    |           |                  |                |                        |                  |
|------------------------------|--------|-------------|----|-----------|------------------|----------------|------------------------|------------------|
| RIESGO                       | CODIGO | NIT         | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO  | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR    |
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1)     |        |             |    | 1         | \$280,200        | \$0            | \$0                    | \$280,200        |
| PORVENIR                     | 230301 | 800,224,808 | 8  | 1         | \$280,200        | \$0            | \$0                    | \$280,200        |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1)     |        |             |    | 1         | \$42,700         | \$0            | \$0                    | \$42,700         |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23  | 860,011,153 | 6  | 1         | \$42,700         | \$0            | \$0                    | \$42,700         |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1)     |        |             |    | 1         | \$218,900        | \$0            | \$0                    | \$218,900        |
| NUEVA EPS MOVILIDAD          | EPS041 | 900,156,264 | 2  | 1         | \$218,900        | \$0            | \$0                    | \$218,900        |
| <b>TOTAL</b>                 |        |             |    | <b>1</b>  | <b>\$541,800</b> | <b>\$0</b>     | <b>\$0</b>             | <b>\$541,800</b> |