Revisado
25/05/2026

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Zarabanda	Valderrama	Laura Stefany

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1111123608	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 15 MES 05 AÑO 2006				
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS		DEPTO	
DEPTO	TOLIMA	MUNICIPIO			
MUNICIPIO	ORTEGA	TELÉFONO		EMAIL	laurazarabanda814@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	EDUCACION MEDIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2022

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA ESPECIALIZADA) **UN** (UNIVERSITARIA)

ES (ESPECIALIZACIÓN) **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER) **DOC** (DOCTORADO O PHD)

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	3	X		AUXILIAR DE ENFERMERIA	12	2025	000762

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 IDIOMAS

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

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

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			*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*						
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día		*Mes*		*Año*		*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN*					

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:*		*Día:*		*Mes:*		*Año:*	
AREA DE CONOCIMIENTO	*NIVEL EDUCATIVO*					*DIRECCIÓN*					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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	0	0
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 X NO __ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento Ortega - tolima

LAURA STEFANY ZARABANDA.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 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

Mis datos de usuario

Noticias SECOP

Mis registros

Accesos del usuario

Términos y condiciones de uso

Datos del usuario guardados

Editar

Información del usuario



Cargo TECNICO AUXILIAR POR COMPETENCIAS EN ERFEMERIA

Título Sra.

Nombre LAURA STEFANY

Apellidos ZARABANDA VALDERRAMA

Fecha de Nacimiento 15/05/2006 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*

Usted pertenece a un grupo joven

Nivel Educativo CompleteTechnicalOrTechnological

Género Female

¿Tiene alguna discapacidad? Sí No

Nombre y apellido LAURA STEFANY ZARABANDA VALDERRAMA

Tipo de documento Cédula de Ciudadanía

Número de documento 1111123608

Dirección CARRERA 13#10-194

Código postal

Estrato 1

Ubicación Ortega

País COLOMBIA

Correo electrónico laurazarabanda814@gmail.com

Teléfono

Celular 3102419831

Configuración

Zona horaria (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito

Idioma Español (Colombia)

Configuración regional Spanish (Colombia)

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad ¿Cuál es el nombre de su abuelo?

Respuesta TEO

SMS para recuperar la contraseña 3102419831

Editar

La República de Colombia
y en su nombre

Institución Educativa Técnica
"Nicolás Ramírez"

Ortega - Tolima

Resolución de Aprobación No. 4331 del 17 de Agosto de 2016

Confiere a:

Laura Stefany Zarabanda Valderrama

Tarjeta de Identidad 1.111.123.608

El Titulo de:

Bachiller Técnico
Especialidad en Agroindustria

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de educación media técnica según los planes y programas vigentes

Acta General de Graduación No. 01 *del 6 de Diciembre de 2022*

Libro de Registro No. 01 *Folio No.* 108 *al No.* 109

Dado en Ortega, Tolima a los 6 Días del mes de Diciembre de 2022

Heider Vega Montiel
C.C. 75.074.583 de Manizales
Rector

Magda Dignory Chala Quintero
C.C. 28.551.615 de Ibagué
Auxiliar Administrativa - Grado 10

Este diploma no requiere registro ante la Secretaria de Educación y Cultura del Departamento del Tolima (Decreto 921 de Mayo 6 de 1994)

Powered by CamScanner

Institución Educativa Técnica "Nicolás Ramírez"

Ortega - Tolima

Resolución de Aprobación No. 4331 del 17 de Agosto de 2016

Acta Individual de Graduación

En ortega (Tolima) a los 6 días del mes de Diciembre de 2022, se reunió El Rector y La Auxiliar Administrativa, para dar cumplimiento al articulo 88 de la ley 115 de 1994 que determina que el Título de Bachiller Técnico se otorga a quienes hayan recibido una formación por niveles y grados y acumulado los saberes definidos en el Proyecto educativo Institucional, dicho reconocimiento se hará constar en un Di ploma y su otorgamiento es de competencia de los Rectores de las Instituciones Educativas, para la continuación en la Educación Superior. En virtud a lo anteriormente expuesto se formalizo la graduación de los educandos del último grado de la Educación Media autorizada por la secretaria de Educación y Cultura del Tolima.

El Titulo de:

Bachiller Técnico
Especialidad en Agroindustria

Al graduado(a) cuyos nombre, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

Laura Stefany Zarabanda Valderrama

Tarjeta de Identidad 1.111.123.608

Acta General de Graduación No. 001 del 6 de Diciembre de 2022

Libro de Registro No. 01 Folio No. 108 al No. 109

Dado en Ortega, Tolima a los 6 Días del mes de Diciembre de 2022

Heider Vega Moniel
C.C. 75.074.583 de Manizales
Rector

Magda Dignory Chala Quintero
C.C. 28.551.615 de Ibagué
Auxiliar Administrativa - Grado 10

República de Colombia
Secretaría de Educación del Tolima

10 MAR 2026

El Instituto de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Corporación de Estudios Técnicos en Salud
« Corpetsalud Ltda. »

Con Autorización Oficial según Resolución No. 0872
del 12 de febrero de 2025, emanada de
la Secretaría de Educación y Cultura del Tolima.

Teniendo en cuenta que:

LAURA STEFANY ZARABANDA VALDERRAMA

C.C. 1.111.123.608 Expedida en Ortega - Tolima, culminó satisfactoriamente sus estudios de Capacitación por competencia con una intensidad de 1720 horas

Confiere el Certificado de Aptitud Ocupacional por Competencias:

Técnico Laboral por Competencias en Auxiliar en Enfermería

En constancia de lo anterior se expide el presente Certificado en la Ciudad de Chaparral
a los 11 días del mes de Diciembre de 2025

Directora del Instituto | Directora Administrativa | Coordinadora Académica

Secretaria Habilitada
del Instituto

SABER CIENCIA TRABAJO
CORPETSALUD LTDA.

Anotado en el Folio 105 del Libro de Registro 2

Powered by CamScanner

ACTA DE CERTIFICACIÓN No. 1363

En la ciudad de Chaparral, el día 11 de Diciembre de 2025 a las 10:00 a.m. se llevó a cabo la ceremonia de certificación del Programa de Formación ***TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR EN ENFERMERÍA****, acto precedido por las directivas: La Doctora* ***VALERIA GONZÁLEZ CALDERÓN****, Directora General;* ***SANDRA PATRICIA CALDERÓN MAYORQUÍN****, Directora Administrativa;* ***ERIKA ALEXANDRA NÚÑEZ ORTIZ****, Coordinadora Académica y* ***EDNA YULIETH RIOS OROZCO****, Secretaria General de la Corporación de Estudios Técnicos en Salud* ***"CORPETSALUD LTDA."****. Previa toma del juramento se confiere la certificación a la señorita y/o Joven:*

LAURA STEFANY ZARABANDA VALDERRAMA

C.C. 1.111.123.608 Expedida en Ortega - Tolima

Como ***APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS TÉCNICO AUXILIAR EN ENFERMERÍA*** *Establecidos por la Comisión Intersectorial Para el Talento Humano en Salud y el Instituto de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano,* ***CORPORACIÓN DE ESTUDIOS TÉCNICOS EN SALUD,*** *Institución aprobada con Resolución No.0872 del 12 de Febrero de 2025, emanado de la Secretaría de Educación y Cultura del Tolima.*

En testimonio de lo anterior, se firma la presente Certificación.

VALERIA GONZÁLEZ CALDERÓN
Directora General

SANDRA PATRICIA CALDERÓN MAYORQUÍN
Directora Administrativa

ERIKA ALEXANDRA NUÑEZ ORTIZ
Coordinadora Académica

EDNA YULIETH RIOS OROZCO
Secretaria General

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 3e25b8df-7aa0-439f-baad-6ef867ccf1a0

Nombres y apellidos / Full name

LAURA STEFANY ZARABANDA VALDERRAMA

Tipo de identificación / ID Type

CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number

1 1 1 1 1 2 3 6 0 8

Fecha de nacimiento / Date of birth

15/05/2006

País nacimiento / Country of birth

COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number

3102419831

Correo electrónico / e-mail

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
		Dia / Day	Mes / Month	Año / Year				
VPH	Primera	20	04	2018		N028792	ORTEGA HOSPITAL SAN JOSE	OLGA LUCIA LOPEZ SANCHEZ
VPH	Segunda	01	12	2018		R006642	ORTEGA HOSPITAL SAN JOSE	DIANA MAGALY CALDERON MONROY
COVID MODERNA	Primera	21	01	2022	MODERNA SWITZERLAND GMBH	015F21A	ORTEGA HOSPITAL SAN JOSE	MARÍA ELENA ROJAS SÁNCHEZ
TD Adulto	Primera	24	05	2024	Serum	2333L021C	ORTEGA HOSPITAL SAN JOSE	NELCY MANRIQUE MURCIA
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	27	07	2024	Green Cross	V50524003	CHAPARRAL ESE HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA	MONICA RODRIGUEZ
TD Adulto	Segunda	27	07	2024	Serum	2333L021C	CHAPARRAL ESE HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA	MONICA RODRIGUEZ
COVID MODERNA XBB1.5	Adicional 1	29	07	2024	Catalent Indiana	026J23A	CHAPARRAL ESE HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA	NORMA PORTELA
Fiebre Amarilla	Única	12	09	2024	Sanofi Pasteur	X3A871V	ORTEGA HOSPITAL SAN JOSE	NELCY MANRIQUE MURCIA
TD Adulto	Tercera	06	02	2025	Serum	2333L037C	ORTEGA HOSPITAL SAN JOSE	LAURA VALENTINA MONTAÑA LOZANO - CC1006093428 - ACTIVO
Hepatitis B Adultos Particular	Segunda	06	03	2025		220500424C/DELTA	vacunacion yvida	MONICA RAMIREZ
TD Adulto	Cuarta	07	03	2025	Serum	2333L037C	CHAPARRAL ESE HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA	BLANCA INES CESPEDES MOLANO - CC28613253 - ACTIVO
Hepatitis B Adultos Particular	Tercera	11	04	2025		UFX24502/RECOMVAX	vacunacion yvida	YENNY DIAZ
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	03	10	2025	GC BIOPHARMA CORP	V50525004	ORTEGA HOSPITAL SAN JOSE	DISNEY YATE ALBA - CC28870214 - ACTIVO

El Mnisterio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema deInformación **PAIWEB** del **Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.**

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Mnistery of Health and Social Protection certifies that the informatión in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.

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

Consérvelo

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

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Laura Stefany

Apellidos: Zarabanda Valderrama

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

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

Fecha de nacimiento: Día 1 5 Mes 0 5 Año 2 0 0 6.

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única	12-09-24	X4X021V	Jimmy Garcia
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1	24/05/24	2333L021C	Nelcy Henrique
	2	27/07/24	2333L021C	Karina Perez
	3	06/02/24	2333L021C	Laura M
	4	06/03/25	2333L037C	Blanca C.
	5	cita 06 Marzo 2025		
TdaP acelular	1			
	2			
Hepatitis B	1	06-03-25	2205004214	monica R.
	2	12-04-25	24505	Yeny Diaz
	3	21-05-25	24505	Yeny Diaz

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH	1	20/04/18	N028792	dgaluca lopez
	2	1/12/18	R006642	Diana Mcapla
Influenza estacional	Anual	27/07/24	V505240038	Karina Pérez
	Anual	03/10/25	V505240041	Disney
Covid 19	1ª	21/01/22	015F21A	N. Elena Rojas
	2ª	27/07/24	026J23A	Karina Perez
	1er Ref.			
	2do Ref.			
Otras				

GOV.CO | SISPRO - Aplicativos Misionales

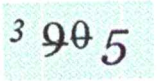
Menú | Salud

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 *	Número de Identificación *	Primer Nombre	Primer Apellido
Cedula de Ciudadania	1111123608	LAURA	ZARABANDA

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

5006

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2026-05-25--4:35:10 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	D
CC	1111123608	LAURA	STEFANY	ZARABANDA	VALDERRAMA	Vigente	V

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) LAURA STEFANY ZARABANDA VALDERRAMA identificado(a) con CC 1111123608 registra La siguiente información:

2026-05-25--4:35:10 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	TECNICO LABORAL EN AUXILIAR DE ENFEREMERIA	2026-03-10	762	GOBERNACION DEL TOLIMA

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).

GOBERNACION DEL TOLIMA
Secretaria De Salud Del Tolima

RESOLUCION N° 000762

"Por la cual se Registra un título y se concede autorización para ejercer como"
TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR EN ENFERMERIA

SECRETARIA DE SALUD DEL TOLIMA
En uso de la facultad concedida por los Decretos N° 1875 de Agosto 3 de 1994 y 1352 de 2000, del Ministerio de Salud y

CONSIDERANDO

Que LAURA STEFANY ZARABANDA VALDERRAMA, identificado (a) con Cedula de Ciudadania N° 1111123608, ha solicitado el registro del certificado de Aptitud Ocupacional como TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR EN ENFERMERIA, según diploma N° SN de fecha 2025-12-11 otorgado por CORPORACION DE ESTUDIOS TECNICOS EN SALUD CORPETSALUD LTDA y acta de grado N° 1363.

Que dicho Certificado de Aptitud Ocupacional, no requiere registro de la Secretaria de Educación, de conformidad con la directriz trazada en la circular N° 030 del 11 de mayo de 1984.

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO: Registrar el Certificado de Aptitud Ocupacional como TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR EN ENFERMERIA a LAURA STEFANY ZARABANDA VALDERRAMA identificado (a) con Cedula de Ciudadania N° 1111123608, titulo otorgado por CORPORACION DE ESTUDIOS TECNICOS EN SALUD CORPETSALUD LTDA, según acta de grado N° 1363 del 2025-12-11.

ARTICULO SEGUNDO: Este registro tiene validez en todo el territorio Nacional y tiene efectos de inscripción para laborar en el Departamento del Tolima.

ARTICULO TERCERO: NOTIFICAR a LAURA STEFANY ZARABANDA VALDERRAMA, el contenido de la presente resolución, en los términos del artículo 67 y s.s del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

ARTICULO CUARTO: Contra la presente resolución procede el recurso de reposición ante la Secretaria de Salud del Tolima y el de apelación ante la Gobernadora del Tolima dentro de los 10 días siguientes a la fecha de notificación.

10 MAR 2026
NOTIFIQUESE Y CUMPLASE

INGRID KATHERINE RENGIFO HERNANDEZ
Secretaria De Salud Del Tolima

Proyectó: Martha Dolly Montoya Téllez T.O. Dirección de Desarrollo De Servicios y Calidad de la Prestación. - Reviso:Alison Amaya reyes - Directora de Desarrollo de servicios y Calidad de la Prestación - Revisó: Erick Muñoz. Abogado contratista SST

Secretaria de Salud - despacho@saludtolima.gov.co

GOBERNACION DEL TOLIMA
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ES FIEL COPIA DE SU ORIGINAL
FIRMA

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP **1.111.123.608**



Apellidos
ZARABANDA VALDERRAMA

Nombres
LAURA STEFANY

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.61	F

Fecha de nacimiento
15 MAYO 2006

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
ESPINAL (TOLIMA)

Fecha y lugar de expedición
21 MAYO 2024, ORTEGA

Firma

Fecha de expiración
05 JUN 2034

.CO

047971936

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL047971936229085<<<<<<<<<<
0605151F3406050COL1111123608<0
ZARABANDA<VALDERRAMA<<LAURA<ST

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141254995411

(415)7707212489984(8020) 000014125499541 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 1 1 1 2 3 6 0 8	1	Impuestos y Aduanas de Ibagué 9	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 1 1 1 1 2 3 6 0 8	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Tolima 7 3	Ortega 5 0

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ZARABANDA	VALDERRAMA	LAURA	STEFANY

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Tolima 7 3	Ortega 5 0

41. Dirección principal: CR 13 10 194 BRR LA VEGA

42. Correo electrónico: laurazarabanda814@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 4 5 2 2 7 5 2 2	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	2 0 2 5 1 2 1 2						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

Usuarios aduaneros

54. Código: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

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 renovaci

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 1 61. Fecha 2026-06-01 / 02:57:17PM

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 MORALES COLLAZOS SANDRA PATRICIA

985. Cargo Gestor I

Fecha generación documento PDF: 01-06-2026 02:57:1

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

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

Código de validación: 8655282806550

CERTIFICADO MÉDICO De ingreso FECHA: 30/05/2026

NOMBRES Y APELLIDOS: Laura Stefany Zarabanda Valderrama
EDAD: 20
TIPO DE DOCUMENTO: Cédula de ciudadanía
Nº DOCUMENTO: 1111123608
FECHA DE NACIMIENTO: 2006-05-15
GÉNERO: Femenino
CARGO: Auxiliar de enfermería
EMPRESA: PARTICULAR
CORREO ELECTRÓNICO: laurazarabanda814@gmail.com
TELÉFONO: 573245227522
CIUDAD: Ortega tolima
DIRECCIÓN: Carrera 13 # 10 - 194
EPS: Pijao salud
RIESGOS LABORALES: Ninguno
FONDO DE PENSIÓN: Porvenir

SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA:
Desordenes musculoesqueléticos (DME), Riesgo psicosocial, Riesgo biológico, Salud Visual,

AYUDAS DIAGNÓSTICAS:
Ninguna

ÉNFASIS:
OSTEOMUSCULAR: Normal

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL:
De acuerdo con el examen ocupacional realizado a Laura Stefany Zarabanda Valderrama , con documento N° 1111123608 , en el día 30/05/2026. Se considera APTO/A, sin restricciones para la ocupación de Auxiliar de enfermería

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

CONDUCTAS OCUPACIONALES:
De acuerdo con los hallazgos clínicos y el examen médico realizado, paciente no presenta alteraciones médicas que interfieran en el adecuado desarrollo de su actividad laboral. Se recomienda implementar medidas de trabajo seguro, haciendo énfasis en los principales riesgos asociados a su cargo.
Higiene postural de acuerdo al cargo a desempeñar
Capacitar en higiene postural y cuidados de espalda
El empleador debe de manera periódica inspeccionar puesto de trabajo
Ejecutar un adecuado programa de pausas activas y pasivas de manera periódica durante la jornada laboral
Capacitación en la prevención de riesgos propios del trabajo, en notificar cualquier incidente o accidente laboral y acatar recomendaciones del programa de seguridad y salud en el trabajo de la empresa
Adoptar estilos de vida saludable, ejercicio, dieta balanceada en fibra, frutas, vegetales, baja en azucares, carbohidratos y grasas
Uso de elementos de protección personal de acuerdo al cargo a desempeñar
Uso de lentes de correccion visual
Control visual anual

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL TRABAJADOR:
De acuerdo con lo contemplado en las resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de junio 5 de 2009 del ministerio de protección social, las evaluaciones medicas ocupacionales tiene como objeto monitorear la exposición a factores de riesgo ocupacional e identificar las posibles alteraciones de la salud de los trabajadores; así fortalecer los sistemas de vigilancia epidemiológica mediante los programas de promoción y prevención de la salud. Autorizo al médico ocupacional, quien firma este certificado a realizar el presente examen médico ocupacional y pruebas complementarias a las que haya lugar. Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas, que no omito información relevante que pudieran influir sobre mi estado de salud y me comprometo a informar en forma veraz y oportuna a mi empleador cualquier cambio que pueda presentarse en las mismas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. Comprendo las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Dra. Ángela Camacho
Medicina Aeronáutica Ocupacional y del Viajero
R.M. 8554 / 2014

FIRMA DEL MÉDICO
NOMBRE: Ángela Lorena Camacho Suárez
REGISTRO MÉDICO: 8554/2014 - 52968061
LICENCIA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO: 7274 del 07/04/2021

Stefany

FIRMA DEL TRABAJADOR
NOMBRE: Laura Stefany Zarabanda Valderrama
DOCUMENTO: 1111123608

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

ORTEGA, **26/05/2026**
TOLIMA,
COLOMBIA,
A quien interese

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora LAURA ZARABANDA VALDERRAMA** con **Cédula de Ciudadanía** número **1111123608**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	**0570488473105556**
Fecha de apertura	**26/05/2026**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

Función Pública

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS
(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)

Tipo de declaración: INGRESO

Fecha de publicación: 2026-05-14 17:47

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
LAURA	STEFANY	ZARABANDA	VALDERRAMA

Documento de identificación

Tipo: CEDULA DE CIUDADANIA

Número: 1111123608

Lugar de nacimiento

País: COLOMBIA

Departamento: TOLIMA

Municipio: ESPINAL

Lugar de domicilio

País: COLOMBIA

Departamento: TOLIMA

Municipio: ORTEGA

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 SAN JOSE - ORTEGA

Lugar de sede

País: COLOMBIA

Departamento: TOLIMA

Municipio: ORTEGA

Dirección: ["CALLE 6 No. 3-25 ORTEGA TOLIMA"]

Cargo o función que cumple: CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$0,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$0,00
Otros ingresos y rentas	$0,00
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
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$0,00

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 [X]

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí [ ] No [X]

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [ ] No [X]

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

[ ]

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con Intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [X]

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

Sí [ ] No [X]

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí [ ] No [X]

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:
> Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
> Establecimientos que posee.
> Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
> Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

PIJAOS SALUD EPS INDÍGENA

RESOLUCIÓN 013 DE LA DIRECCIÓN GENERAL
DE ASUNTOS INDIGENAS DEL MINISTERIO DEL INTERIOR
NIT :809008362

UN GRUPO QUE VELA POR LA SALUD DE SU FAMILIA

El AREA DE ASEGURAMIENTO Y AFILIACIONES

CERTIFICA

Que, el Cabeza Familia ANA ALEYDA VALDERRAMA RADA, identificado(a) con CC-28866993, en el Plan de Beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud "SGSSS" del Régimen Subsidiado de nuestra entidad, tiene como beneficiario al siguiente (es) usuario (s):

Información Beneficiarios

Nombre	**LAURA STEFANY ZARABANDA VALDERRAMA**		
Tipo Identificación	CC	Número Identificación	1111123608
Tipo Afiliado	Beneficiario	Parentesco	Hijos con incapacidad
Fecha Nacimiento	2006/05/15	Genero	F
Departamento	Tolima	Municipio	Ortega
Grupo Poblacional	COMUNIDADES INDIGENAS	Nivel / Categoria	N
Discapacidad	DISCAPACIDAD VISUAL	Tipo Discapacidad	FISICA
Fecha Afiliacion EPSI	2006/05/15	Estado Actual	ACTIVO
Fecha Retiro		Causa Estado	

INFORMACIÓN NO VÁLIDA PARA TRASLADO ENTRE EPS, NI PARA ACLARAR MULTIAFILIACIÓN

Si encuentra inconsistencias en su información por favor acercarse a la oficina de la EPSI en su Municipio y/o a través de los canales de atención los cuales podrá consultar en el siguiente enlace: https://www.pijaossalud.com/contactenos/

En constancia se firma y expide en la ciudad de Ibagué (Tolima) a los 26 días del mes de Mayo de 2026, a solicitud del interesado

Atentamente

CARLOS ANDRES MORA CUELLAR
COORDINADOR DE ASEGURAMIENTO
PIJAOS SALUD EPS INDÍGENA

(Usuario:LYVASQUEZ - Ubicación:Ibague - Tolima)

PIJAOS SALUD E.P.S.I.

RESOLUCIÓN 013 DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE ASUNTOS INDÍGENAS DEL MINISTERIO DEL INTERIOR

NIT 809.008.362 - 2

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciado)

No. de Radicación	Fecha de Radicación
C- 8733	DD 08 MM 2026 AA

I. DATOS DEL TRAMITE

1. Tipo de Tramite	A. Afiliación [ ] B. Reporte Novedad [/]	**2. Tipo de Afiliación**	A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia [ ] Beneficiario o afiliado adicional [ ]	B. Colectiva: [ ]	C. Institucional [ ]	D. De Oficio [ ]	**3. Régimen**	C. Contributivo [X] S. Subsidiado [ ]		
4. Tipo de Afiliado	A. Cotizante [ ]	B. Cabeza de Familia [ ]	C. Beneficiario [ ]	**5. Tipo de Cotizante**	A. Dependiente [ ]	B.Independiente [ ]	C. Pensionado [ ]	Código (a registrar por la EPS)		

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y Nombres	Primer Apellido: ZAPATANDA	Segundo Apellido: VANDERRAMA	Primer Nombre: LAURA	Segundo Nombre: STEFANY.	
7. Tipo de Documento de Identidad	CC	**8. Número Documento de Identidad**	1111123608.	**9. Sexo**	Femenino [X] Masculino [ ]
10. Fecha de Nacimiento	D D M M A A A A: 15 [illegible] 2006				

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

11. Etnia		**12. Discapacidad**	Tipo F N M Condición T P	**13. Puntaje SISBEN**	
14. Grupo de Población Especial					
15. Administradora de Riesgos Laborales ARL	SURA	**16. Administradora de Pensiones**	PORVENIR.	**17. Ingreso Base de Cotización**	1'750.905.
18. Residencia	Dirección: CRA 13 #10-194 B. LA VEGA		Teléfono Fijo:	Celular: 3245227522	
	Correo Electrónico:		Municipio/Distrito: 504	Zona: Urbana [X] Rural [ ]	
	Localidad/Comuna:		Departamento: 73.		

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero (a) permanente cotizante.

19. Apellidos y Nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	
20. Tipo de Documento		**21. Número Documento**		**22. Sexo**	Femenino [ ] Masculino [ ]
23. Fecha de Nacimiento	D D M M A A A A				

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

24. Apellidos y Nombres Completos	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo Documento de Identidad	26. Número Documento de Identidad	27.Sexo Femenino	Masculino	28. Fecha de Nacimiento
B1					D D M M A A A A
B2					D D M M A A A A
B3					D D M M A A A A
B4					D D M M A A A A
B5					D D M M A A A A

Datos Complementarios.

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

	32. Datos de Residencia Municipio / Distrito	Zona Urbana	Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Selección de la IPS Primaria.

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	THE WALL	73
B		
B		
B		

INSTRUCTIVO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

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

ENCABEZADO

Logo de la EPS: Espacio destinado a la EPS.

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

Fecha de radicación: Este dato corresponde a la fecha en que la EPS recibe físicamente el formulario de afiliación o de reporte de novedades, registrado generalmente con un fechador mecánico o eléctrico. Quien realiza el trámite debe verificar que la fecha registrada corresponda efectivamente a la fecha en que éste se realiza ante la EPS.

CAPÍTULO I. DATOS DEL TRÁMITE

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

1. Tipo de trámite

A. Afiliación: Aplica cuando se ingresa por primera vez al Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS, en condición de cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional.

B. Reporte de novedades: Aplica cuando se reporta algún cambio en los datos de identificación, datos complementarios o en la condición de la afiliación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliado adicional, según el/los tipo (s) de novedades relacionadas en el campo 40.

2. Tipo de afiliación

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

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

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

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

D. De oficio: La opción de oficio aplica cuando la afiliación es realizada por la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social — UGPP, el empleador o la entidad territorial cuando la persona cumpla los requisitos para pertenecer al régimen subsidiado y se rehúse a ello, y los prestadores de servicios de salud en el caso del recién nacido de padres no afiliados. También aplica cuando la afiliación de los beneficiarios es realizada por las Comisarías de Familia, los defensores de familia, las Personerías Municipales.

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

4. Tipo de afiliado: Marque con una X la opción correspondiente a la condición de quien realiza la afiliación o reporta la novedad:

Cotizante: Aplica cuando la persona que se afilia o reporta la novedad está obligada a cotizar al Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS en el Régimen Contributivo.

Cabeza de familia: Aplica cuando la persona que se afilia o que reporta la novedad se registra o se ha registrado como cabeza de su núcleo familiar en el Régimen Subsidiado.

Beneficiario: Es la persona que integra el núcleo familiar y reúne las condiciones para ser inscrito como beneficiario de un cotizante en el Régimen Contributivo o de un cabeza de familia en el Régimen Subsidiado.

5. Tipo de cotizante: Marque con una X la opción que corresponda:

Dependiente: Si el cotizante tiene un empleador mediante una relación laboral y comparte con éste el pago de los aportes a salud y pensiones.

Independiente: Si el cotizante no está vinculado a un empleador mediante una relación laboral y por tanto, no comparte el pago de sus aportes sino que los asume en la totalidad.

Pensionado: Si el cotizante goza de una pensión y el pago del aporte a salud se encuentra a su cargo.

Código: Este espacio debe ser diligenciado por la EPS, y corresponde al código de cotizante establecido en la base de datos de afiliados vigente.

A. AFILIACIÓN

Si la afiliación es individual o colectiva, se debe:

- Diligenciar los espacios de los capítulos II y III, correspondientes a los datos básicos de identificación y complementarios del cotizante o del cabeza de familia.
- Diligenciar los datos del capítulo IV si el cotizante o cabeza de familia tiene beneficiarios, en el mismo trámite de afiliación.
- Diligenciar los datos del capítulo V, relativos al empleador si el afiliado es dependiente, y si es un trabajador independiente vinculado a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas, registrar los datos de la asociación, agremiación o congregación religiosa.
- Marcar con una X, en el capítulo VII, las declaraciones y autorizaciones que correspondan.
- Diligenciar en el capítulo VIII Firmas, los campos 54 y/o 55 según el caso.
- Marcar con una X, en el capítulo IX, los documentos de identidad de las personas que se afilian y los anexos que acreditan la condición de sus beneficiarios, según corresponda.

Si la afiliación es institucional o de oficio, la institución o entidad debe:

- Diligenciar los espacios de los capítulos II y III con los datos de la persona que se va a afiliar, en condición de cotizante o cabeza de familia. Los niños de padres no afiliados que afilia la IPS lo hacen en condición de cabeza de familia hasta tanto sus padres realicen la afiliación.
- Diligenciar los datos del capítulo IV si tiene información de los beneficiarios de la persona que se va a afiliar, o si la persona que se va a afiliar tiene la calidad de beneficiario de un cotizante en el caso de la afiliación de oficio en los términos del artículo 35 del Decreto 2353 de 2015.
- Diligenciar los datos del capítulo V relativos a la entidad responsable de la afiliación institucional o de oficio. En el caso de Entidades Territoriales estas deberán registrar los datos del capítulo X.
- Marcar con una X en el capítulo VII las declaraciones y autorizaciones que correspondan. En el caso de las afiliaciones de oficio solo podrán marcar los numerales 51, 52 y 53.
- Diligenciar el capítulo VIII Firmas, firmando en el campo 55 "Empleador, Aportante o Entidad responsable para la afiliación colectiva, institucional o de oficio".
- Marcar con una X, en el capítulo IX, el documento de identidad de la(s) persona(s) que se va(n) a afiliar y los anexos que correspondan.
- Diligenciar los datos del capítulo X cuando la Entidad Territorial es la que realiza la afiliación.

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

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

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

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

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

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE DOCUMENTO
CN	Certificado de Nacido Vivo, es el documento expedido por la Institución Prestadora de Servicios (IPS) donde nació el neonato. Solo tiene validez para realizar la afiliación y máximo hasta el tercer mes de vida. Debe ser reemplazado por el registro civil.
RC	Registro Civil de Nacimiento, es el documento expedido por una notaría pública con el que se identifican los menores de 7 años. Debe ser reemplazado por la tarjeta de identidad.
TI	Tarjeta de Identidad, es el documento expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil con el que se identifican los menores entre de edad entre 7 y 17 años. Debe ser reemplazada por la cédula de ciudadanía.
CC	Cédula de Ciudadanía. es el documento expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil con el que se identifican las personas al cumplir 18 años de edad.
CE	Cédula de Extranjería. es el documento de identificación expedido por Migración Colombiana, que se otorga a los extranjeros titulares de una visa superior a 3 meses y a sus beneficiarios; con base en el Registro de Extranjeros. La Vigencia de la Cédula de Extranjería será por un término de cinco (5) años.
PA	Pasaporte, es el documento que acredita la identidad de un extranjero que cuenta con una visa para trabajar en Colombia y no se encuentra obligado a tramitar una cédula de extranjería, y de los extranjeros menores de 7 años.
CD	Carné Diplomático, es el documento que identifica a extranjeros que cumplen funciones en las embajadas. legaciones, consulados y delegaciones en representación de gobiernos extranjeros.
SC	Salvoconducto de Permanencia, es un documento de carácter temporal expedido por la Unidad Administrativa Especial de Migración Colombia a los extranjeros que deban permanecer en el país mientras resuelven su situación de refugiados o asilados. Tiene una validez de tres meses y debe ser renovado o sustituido por la cédula de extranjería.

8. Número del documento de identidad: Es el número con el cual se identifica como persona única y debe registrarlo exactamente como figura en el documento de identidad.

Si se trata del registro civil escriba el número NUIP que aparece en la parte superior izquierda del documento, no el indicativo serial. Verifique que lo ha registrado completo.

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

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

CAPÍTULO III. DATOS COMPLEMENTARIOS

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

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

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

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

Tipo de discapacidad: Marque con una X la opción:

F: Física N: Neuro-sensorial M: Mental

Condición de discapacidad: Marque con una X la opción: T: Temporal P: Permanente.

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

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

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

Si la afiliación es individual o de oficio seleccione uno de los siguientes códigos: 08, 09, 11, 17, 18, 23, 24.

Si la afiliación es institucional seleccione uno de los siguientes códigos: 02,06, 10, 16, 22.

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

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

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

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

- Dirección de su residencia -Teléfono (fijo o celular, o ambos) - Correo electrónico
- Ciudad/Municipio o distrito - Localidad/comuna si existen en su ciudad, municipio o distrito
- Zona: urbana o rural donde se ubica su residencia -Departamento

En el caso de Bogotá, D.C., debe escribir en el campo departamento: Bogotá, D.C.

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

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

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

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

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

21. Número del documento de identidad: Registre el número exactamente como aparece en el documento de identidad. Verifique que lo ha registrado completo.

Si se trata del registro civil escriba el número NUIP que aparece en la parte superior izquierda del documento, no el indicativo serial. Verifique que lo ha registrado completo.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Datos complementarios

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

CÓDIGO	PARENTESCO	DESCRIPCIÓN PARENTESCO
CY	Cónyuge	Con relación formalizada mediante el vínculo matrimonial.
CP	Compañera (o) permanente incluyendo las parejas del mismo sexo.	Con unión de hecho.
HI	Hijos menores de veinticinco (25) años de edad.	Que dependan económicamente del cotizante.
HD	Los hijos de cualquier edad.	Si tienen incapacidad permanente y dependen económicamente del cotizante.
HC	Los hijos del cónyuge o compañera o compañero permanente del afiliado. incluyendo los de las parejas del mismo sexo.	Si son menores de 25 años y dependen económicamente del cotizante, o de cualquier edad si presentan incapacidad permanente y dependen económicamente del cotizante.
HB	Los hijos de los beneficiarios.	Son los nietos del cotizante cuyo padre o madre es beneficiario del cotizante.
MD	Los menores de veinticinco (25) años o de cualquier edad. con incapacidad permanente.	Que dependan económicamente del cotizante y se encuentren hasta el tercer grado de consanguinidad, como consecuencia del fallecimiento de los padres. la pérdida de la patria potestad o la ausencia de éstos.
PD	Padres del cotizante.	Que no estén pensionados y dependan económicamente del cotizante, cuando este no inscribe como beneficiarios al cónyuge o compañera(o) permanente o a los hijos.
MC	Menores de dieciocho (18) años en custodia.	Entregados en custodia legal al cotizante o cabeza de familia. por autoridad competente.
AA	Persona de cualquier edad como afiliada adicional.	Persona de cualquier edad que depende económicamente del cotizante y se encuentra en el 4° grado de consanguinidad o 2° de afinidad. respecto de este.

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

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

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

Condición de discapacidad: Marque con una X: T: Temporal P: Permanente.

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

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

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

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

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

- En la fila identificada con la letra C, la IPS seleccionada en el municipio de residencia del cotizante y los beneficiarios que convivan con él en el régimen contributivo, o del cabeza de familia y sus beneficiarios en el régimen subsidiado.
- En la(s) fila(s) identificada(s) con la letra B, sólo para el régimen contributivo, en la casilla vacía, registre el número del beneficiario del cotizante o afiliado adicional que resida en un municipio distinto al del cotizante y el nombre de la IPS en ese municipio.

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

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

35. Nombre o Razón Social	36. Tipo de Documento de Identificación		37. Número del Documento de Identificación
LAURA STEFANY ZARABANDA VALDERRAMA		CC	1111123608

38. Tipo de Aportante o Pagador Pensiones (a registrar por la EPS)	39. Ubicación		
	Dirección: CRR 13 # 10-194 Fda VEGA		Teléfono
Correo Electrónico	Municipio / Distrito		Departamento: 15.

B. REPORTE DE NOVEDADES.

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS NECESARIOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD.

41. Datos Básicos de Identificación					
ZARABANDA	VALDERRAMA	LAURA	STEFANY		
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre		
Tipo de Documento de Identidad	Número del Documento	Sexo: Femenino [X] Masculino [ ]	Fecha de Nacimiento	42. Fecha Novedad	
CC	1111123608.		15 05 2004	25 06 2022	
43. EPS Anterior		44. Motivo del Traslado Código: [ ]	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES.

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo. Especial o de Excepción.
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en la institución prestadora de Servicios de Salud.
- [ ] 50. Autorización para que la EPS soliciten y obtengan datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [ ] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones las requieran.
- [ ] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013.
- [ ] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS.

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario.	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio.

IX. ANEXOS.

- [ ] 56. Copia del documento de identidad:

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	Total
Cantidad	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que coste la perdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL.

66. Identificación de la entidad territorial.	67. Datos del SISBEN.	68. Fecha Radicación	69. Fecha de Validación
Código del Municipio: [ ] Código del Departamento: [ ]	Número de Ficha: ____ Puntaje: ____ Nivel: ____	[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

70. Datos del funcionario que realiza la validación.

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo documento de identidad [ ]	Número documento de identidad	71. Firma del Funcionario	

Observaciones:

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

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

Estos datos aplican a:

- El Empleador cuando el afiliado que hace el trámite es un trabajador dependiente y la afiliación o el reporte de la novedad lo exige.
- Las entidades autorizadas para realizar la afiliación colectiva de trabajadores independientes o miembros de comunidades o congregaciones religiosas, entidades administradoras o pagadoras de pensiones, Cooperativas y pre cooperativas de trabajo asociado, Cajas de Compensación Familiar cuando se trate de cotizantes que no tienen la calidad de dependientes y la afiliación o el reporte de la novedad lo exige.
- Las Instituciones o entidades responsables de hacer la afiliación y reportar las novedades de las personas que se encuentran bajo su protección, o los empleadores, entidades e instituciones que tienen la competencia para realizar la afiliación o el reporte de novedades.

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

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

- NIT (número de identificación tributaria), cuando se trate de personas jurídicas, públicas o privadas.
- CC (cédula de ciudadanía), TI (tarjeta de identidad), PA (pasaporte), CE (cédula de extranjería), CD (carné diplomático) cuando se trate de personas naturales.

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

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

39. Ubicación: -Dirección -Teléfono (fijo o celular) -Correo electrónico -Municipio/Distrito -Departamento En el caso de Bogotá, D.C., debe escribir como departamento Bogotá, D.C.

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

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

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

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

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

DESCRIPCIÓN Y DILIGENCIAMIENTO DE LAS NOVEDADES

NOVEDAD 1: Modificación de datos básicos de identificación/Esta novedad se reporta cuando el cotizante, el cabeza de familia o la institución modifican uno o varios de los datos básicos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales, para lo cual debe presentar el documento de identidad, en el que consten tales modificaciones. Para reportar esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe: * Marcar con una X la casilla de la novedad 1, del numeral 40 "Tipo de novedad". * Diligenciar en el capítulo II los datos básicos de identificación como figuran en el documento de identidad antes de la modificación, si la novedad aplica al cotizante o al cabeza de familia. * Registrar los datos del cotizante o del cabeza de familia en el capítulo II y los datos del beneficiario o del afiliado adicional, de los numerales 24, 25, 26, 27 y 28 capítulo IV, como están en el documento de identidad actual, es decir antes de modificación, si la novedad corresponde a un beneficiario o afiliado adicional. * Registrar en los espacios del numeral 41 del capítulo VI, los datos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional respecto del cual se está reportando la novedad, después de la modificación. * Diligenciar el capítulo VIII de Firmas. * Seleccionar en el numeral 56 del capítulo IX el tipo de documento de identidad donde consten las modificaciones realizadas y anexa copia.

NOVEDAD 2: Corrección de datos básicos de identificación/Esta novedad se reporta cuando los datos básicos de identificación del cotizante, el cabeza de familia, el beneficiario o el afiliado adicional quedaron mal registrados en la base de datos de afiliados vigente y no coinciden con los del documento de identidad, para lo cual se deberá presentar el documento de identidad. Para reportar esta novedad el cotizante o el cabeza de familia debe: * Marcar con una X la casilla de la novedad 2, del numeral 40 "Tipo de novedad". * Diligenciar en el capítulo II los datos básicos de identificación como figuran en la base de datos de afiliados vigente, es decir, los datos errados si la novedad aplica al cotizante o al cabeza de familia. * Registrar los datos del cotizante o de cabeza de familia en el capítulo II y los datos de los numerales 24, 25, 26, 27 y 28 del capítulo IV como figuran en la base de datos de afiliados vigente, es decir, los datos errados y que van a ser corregidos si la novedad corresponde a un beneficiario. * Registrar en los espacios del numeral 41 del capítulo VI, los datos básicos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional respecto del cual se está reportando la novedad, tal como debe ser corregidos. * Diligenciar el capítulo VIII de Firmas. * Seleccionar en el numeral 56 del capítulo IX el tipo de documento de identidad que corresponda, con los datos correctos y anexe copia.

Novedad 3: Actualización del documento de identidad/Esta novedad se reporta cuando el cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional actualiza el documento de identidad por el que corresponda a su edad, es decir, el RC por la TI, o la TI por la CC, o en el caso de los extranjeros por pérdida de vigencia de los documentos de identificación, según las normas de migración. Para reportar esta novedad el cotizante o el cabeza de familia debe: * Marcar con una X la casilla de la novedad 3, numeral 40 "Tipo de novedad". * Diligenciar en el capítulo II los datos básicos de identificación del documento que se encuentra en la base de datos de afiliados vigente si la novedad aplica al cotizante o al cabeza de familia. * Registrar los datos del cotizante o de cabeza de familia en el capítulo II y los datos del beneficiario de los numerales 24, 25, 26, 27 y 28 del capítulo IV del documento que se encuentra en la base de datos de afiliados vigente. * Registrar, en los espacios del numeral 41 del capítulo VI, los datos de identificación del cotizante, cabeza de familia o beneficiario o afiliado adicional del cual se esté reportando la novedad del nuevo documento. *Diligenciar el capítulo VIII de Firmas. * Seleccionar en el numeral 56 del capítulo IX el tipo de documento de identidad que se actualiza y anexa copia.

Novedad 4: Actualización y corrección de datos complementarios/Esta novedad se reporta cuando los datos complementarios del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional se actualizan o modifican. Para reportar esta novedad el cotizante o el cabeza de familia debe: * Marcar con una X la casilla de la novedad 4, del numeral 40 "Tipo de novedad". * Registrar los datos básicos de identificación del capítulo II del cotizante o del cabeza de familia. * Registrar los datos complementarios del capítulo III, en los numerales a actualizar o corregir si la novedad corresponde al cotizante o cabeza de familia. * Registrar en los numerales 24 al 32del capítulo IV, los datos básicos de identificación y complementarios del beneficiario o afiliado adicional si la novedad corresponde a los beneficiarios o afiliados adicionales. * Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.

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

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

Para reportar esta novedad en el caso de las condiciones 01, 02 y 03 el cotizante debe: * Marcar con una X la casilla de la novedad 5, del numeral 40 "Tipo de novedad". * Registrar en la casilla código de la tabla anterior que corresponde a la condición por la cual termina la inscripción en la EPS. *Registrar los datos básicos de identificación del capítulo II. * Registrar la fecha a partir de la cual termina la inscripción en la EPS, en el numeral 42 del capítulo VI. * Diligenciar el capítulo VIII de Firmas. * Si se trata de las condiciones 01 y 03, además se reportará la novedad 10, deben registrar los datos del capítulo V y estar suscrita por el empleador. La novedad por la condición del código 04 no exige el diligenciamiento del formulario, pero será informada por el INPEC a la base de datos de afiliados vigente.

NOVEDAD 6: Reinscripción en la EPS/Esta novedad aplica cuando el cotizante que ha reportado o ha sido objeto de reporte de la novedad de terminación de la inscripción en una EPS debe realizar una nueva inscripción en la misma EPS, por modificación de la condición que originó la terminación de la inscripción. Para reportar esta novedad el cotizante debe: * Marcar con una X la casilla de la novedad 6, del numeral 40 "Tipo de novedad". * Registrar los datos básicos de identificación del numeral II. * Registrar los numerales 24, 25, 26, 27 y 28 del capítulo IV, si tiene beneficiarios que reinscribir. * Diligenciar el capítulo VIII de Firmas. Esta novedad se puede reportar simultáneamente con la novedad 4 si desea modificar datos complementarios y registrar los datos correspondientes a dicha novedad. Si se trata de una persona que inicia una relación laboral además reportará la novedad 9 registrar los datos de esta novedad. Si se trata de un trabajador dependiente, también debe diligenciar los datos del capítulo V y suscribirse por el empleador en el campo 56 del Capítulo VIII.

Novedad 7: **Inclusión de beneficiarios o de Afiliados Adicionales**/Esta novedad se reporta para incluir un miembro del núcleo familiar que cumple las condiciones para ser beneficiario. También aplica para la inscripción de otros familiares como afiliados adicionales cuando cumplan las condiciones para ello, en el régimen contributivo. Para esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe: *Marcar con una X la casilla de la novedad 7, del numeral 40 "Tipo de novedad". * Registrar los datos básicos de identificación del capítulo II. * Registrar los datos básicos de identificación y complementarios de los numerales 24 al 32 del capítulo IV del beneficiario o afiliado adicional que va a incluir. * Registrar en el numeral 34 del capítulo IV, el nombre de la IPS primaria seleccionada para el beneficiario o afiliado adicional del cotizante que resida en un municipio distinto al de éste. *Marcar con una X la casilla 46 del capítulo VII cuando corresponda. * Diligenciar el capítulo VIII de Firmas. * Marcar con una X en las casillas del capítulo IX los documentos que va a anexar. * Anexar copia de los soportes que acreditan la condición de beneficiario o afiliado adicional: copia del documento de identidad correspondiente, copia del registro civil de matrimonio o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital, copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor, copia de la orden judicial o acto administrativo de custodia, según corresponda al tipo de beneficiario o afiliado adicional que esté incluyendo.

Novedad 8: Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales/Esta novedad se reporta para excluir del núcleo familiar a un beneficiario que ha perdido las condiciones para serlo, tales como superar la edad exigida, inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar, pérdida de la condición de cónyuge o compañera (o) permanente, o cuando el beneficiario va a integrar otro núcleo familiar. También aplica para la exclusión de un afiliado adicional. Para esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe: * Marcar con una X la casilla de la novedad 8, del numeral 40 "Tipo de novedad". * Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II. * Registrar en los numerales 24 al 28 del capítulo IV, los datos básicos de identificación del beneficiario o afiliado adicional que se va a excluir. * Diligenciar el capítulo VIII de Firmas. * Marcar con una X en las casillas del capítulo IX los documentos que anexa. *Anexar: copia del documento de identidad correspondiente, copia de escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos, y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital, según corresponda al tipo de beneficiario que está excluyendo.

Novedad 9: Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar/Esta novedad se reporta cuando el afiliado cotizante o el cabeza de familia inicia una relación laboral o adquiere condiciones para cotizar. Si se trata del cabeza de familia deberá marcar la novedad 11: Movilidad. También se reporta cuando el beneficiario o el afiliado adicional inicia una relación laboral o adquiere condiciones para cotizar. Si se trata de un beneficiario en el Régimen Subsidiado además deberá marcar la novedad 11: Movilidad. Si se trata de un beneficiario o un afiliado adicional en el Régimen Contributivo también podrá marcar la novedad 12: Traslado si cumple las condiciones para ello. El cotizante o cabeza de familia del beneficiario o afiliado adicional que inicia una relación laboral o adquiere condiciones para cotizar, deberá reportar la novedad 8: exclusión de beneficiarios de dicho beneficiario o afiliado adicional, en otro formulario. Para esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe: * Marcar con una X la casilla de la novedad 9, del numeral 40 "Tipo de novedad". * Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II. * Diligenciar los datos complementarios del capítulo III. * Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios correspondientes a los numerales 24 al 32 del capítulo IV de sus beneficiarios, si los tuviere. *Diligenciar el capítulo V correspondiente a los datos de identificación del empleador o de la entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. * Registrar en el numeral 42 del capítulo VI, fecha en la cual inicia la relación laboral o adquiere las condiciones para cotizar. * Marcar con una X la casilla 46 del capítulo VII cuando corresponda. * Diligenciar el capítulo VIII de Firmas. * Marcar con una X en las casillas del capítulo IX los documentos que va a anexar. * Anexar copia de los soportes que acreditan la condición de beneficiarios o afiliado adicional: copia del documento de identidad correspondiente, copia del registro civil de matrimonio o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital, copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor, copia de la orden judicial o acto administrativo de custodia, según corresponda al tipo de beneficiario o afiliado adicional que inicia una relación o adquiere condiciones para cotizar, además de diligenciar lo anterior deberá: * Diligenciar el cotizante o cabeza de familia debe: * Marcar con una X en las casillas del capítulo IX los documentos que va a anexar. Si obedece a la autorización de la Superintendencia Nacional de Salud, deberá marcar el documento del numeral 63 y anexarlo. * Anexar copia de los soportes que acreditan la condición de beneficiarios o afiliado adicional: copia del documento de identidad correspondiente, copia del registro de matrimonio o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial declare la unión marital, copia del certificado de adopción o acta de entrega menor, copia de la orden judicial o acto administrativo de custodia, corresponda al tipo de beneficiario que este incluyendo. Si el motivo para el traslado corresponde a alguno de los códigos 2, 3, 4, 5 o 6, no se aplicara el período de permanencia. Esta novedad no requiere que el cotizante o cabeza de familia diligencie una solicitud ante la EPS de la cual se traslada.

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

Novedad 16: Reporte del trámite de protección al cesante/Esta novedad se reporta cuando el cotizante termina la relación laboral o pierde las condiciones para seguir cotizando y solicita cobertura de protección al cesante a la Caja de Compensación Familiar en la que se encuentra afiliado. Para esta novedad debe: * Marcar con una X la casilla de la novedad 16, del numeral 40 "Tipo de novedad". * Diligenciar el capítulo II, datos básicos de identificación del cotizante. *Diligenciar en la casilla 45 del capítulo VI, nombre de la Caja de Compensación Familiar en la cual radicó la solicitud de otorgamiento del beneficio. * Diligenciar el capítulo VIII de Firmas, el numeral 54.

Novedad 17: Reporte de la calidad de pre-pensionado/Esta novedad se reporta cuando el cotizante ha radicado la solicitud para el reconocimiento de pensión, no se encuentra obligado a cotizar y hace el esfuerzo financiero para seguir cotizando sobre un (1) salario mínimo mensual legal vigente. Para esta novedad debe: * Marcar con una X la casilla de la novedad 17, del numeral 40 "Tipo de novedad". * Diligenciar el capítulo II datos básicos de identificación del cotizante. * Registrar en el numeral 17 del capítulo III "datos complementarios" el IBC con el cual cotizará como prepensionado. *Diligenciar el capítulo VIII de Firmas, el numeral 54.

Novedad 18: Reporte de la calidad de pensionado/Esta novedad se reporta por el cotizante a quien le ha sido reconocida una pensión y se encuentra obligado a cotizar como pensionado. Para esta novedad debe: *Marcar con una X la casilla de la novedad 18, del numeral 40 "Tipo de novedad". *Diligenciar el capítulo II, datos básicos de identificación del cotizante. * Registrar en los numerales 16, 17 y 18 del capítulo III, los datos complementarios relativos a la administradora de pensiones, IBC con el cual cotizará y residencia. * Diligenciar los datos de los numerales 19 al 23 del capítulo IV, correspondientes al cónyuge o compañero(a) permanente si lo(a) tuviere. *Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios de los numerales 24 a 32 del capítulo IV correspondientes a los beneficiarios si los tuviere. *Diligenciar los datos del capítulo V, para la Administradora del Fondo de Pensiones que pagará sus aportes a la seguridad social. *Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.

Novedad 10: Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando/Esta novedad se reporta cuando un afiliado cotizante dependiente termina su relación laboral o cuando el cotizante independiente pierde las condiciones para continuar como cotizante. Para esta novedad el cotizante debe: * Marcar con una X la casilla de la novedad 10, del numeral 40 "Tipo de novedad". * Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II. * Diligenciar el capítulo V correspondiente a los datos de identificación del empleador. * Registrar en el numeral 42 del capítulo VI, la fecha en la cual termina la relación laboral o pierde las condiciones para cotizar. *Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.

Novedad 11: Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas/Esta novedad se reporta cuando un trabajador independiente o un miembro de una congregación religiosa efectúa la vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. Para esto debe: * Marcar con una X la casilla de la novedad 11, del numeral 40 "Tipo de novedad". *Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II. * Diligenciar el capítulo V correspondiente a los datos de identificación de la entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. * Diligenciar el capítulo VIII de Firmas, numerales 54 y 55. * Marcar con una X la casilla del numeral 64 del capítulo IX y anexarla. * Marcar con una X en las casillas del capítulo IX los documentos de identidad y demás documentos que va a anexar y anexarlos.

Novedad 12: Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas/Esta novedad se reporta cuando un trabajador independiente o un miembro de una congregación religiosa se desvincula de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. Para esto debe: *Marcar con una X la casilla de la novedad 12, del numeral 40 "Tipo de novedad". *Diligenciar los datos básicos de afiliaciones colectivas. *Diligenciar el capítulo VIII de Firmas, numerales 54 y 55.

Novedad 13: Movilidad/Esta novedad se reporta:

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

B. Al Régimen Subsidiado: cuando el cotizante termina la relación laboral o pierde las condiciones para seguir cotizando o cuando alguno de sus beneficiarios pierde tal condición y cumplen requisitos para pertenecer al Régimen Subsidiado en la misma EPS. Para esta novedad el cabeza de familia o el cotizante debe: * Marcar con una X la casilla de la novedad 13, del numeral 40 "Tipo de novedad". * Marcar con una X en la casilla respectiva, A o B, según al régimen que corresponda la movilidad. *Diligenciar los datos básicos de identificación del capítulo II. * Diligenciar los datos complementarios del capítulo III que correspondan. * Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios correspondientes a los numerales 24 al 32 del capítulo IV de los beneficiarios, si los tuviere. * Diligenciar los datos del capítulo V correspondiente a los datos de identificación del empleador o de la entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas, cuando se trata de la movilidad al Régimen Contributivo. * Registrar en el numeral 42 del capítulo VI, fecha en la cual inicia la relación laboral o adquiere las condiciones para cotizar, cuando se trata de la movilidad al Régimen Subsidiado. * Marcar con una X la casilla 46 del capítulo VII cuando corresponda. * Diligenciar el capítulo VIII de Firmas en los numerales 54 y 55, según corresponda. * Marcar con una X en las casillas del capítulo IX los documentos que va a anexar. * Anexar copia de los soportes que acreditan la condición de beneficiarios o afiliado adicional: copia del documento de identidad correspondiente, copia del registro civil de matrimonio o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital, copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor, copia de la orden judicial o acto administrativo de custodia, según corresponda al tipo de beneficiario que este incluyendo. * Cuando esta novedad es reportada por el Diligenciar en el numeral 41 del Capítulo VI, los datos básicos de identificación del cotizante o cabeza de familia del núcleo familiar del cual hacía parte. * Cuando se reporte esta novedad también debe reportarse las novedades 9: "Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar" o la 10: "Terminación de relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando" según corresponda. * La Entidad Territorial deberá diligenciar los datos del capítulo X cuando se trate de la movilidad al Régimen Subsidiado.

Novedad 14: Traslado/Esta novedad se reporta cuando el cotizante o el cabeza de familia, en ejercicio del derecho a la libre elección, manifiesta su decisión de cambiarse a otra EPS del mismo o de distinto régimen. La solicitud de traslado a la EPS en la cual desea inscribirse debe cumplir los siguientes requisitos: * Que esté inscrito en la misma EPS por un periodo mínimo de trescientos sesenta (360) días calendario continuos o discontinuos, contados a partir del momento de la inscripción. * Que no esté el afiliado cotizante o cualquier miembro de su núcleo familiar internado en una institución prestadora de servicios de salud. * Que esté el cotizante independiente a paz y salvo en el pago de las cotizaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud. * Que Inscriba en la solicitud de traslado a todo el núcleo familiar.Para esta novedad el cotizante o cabeza de familia debe: * Marcar con una X la casilla de la novedad 14, del numeral 40 "Tipo de novedad". * Marcar con una X en las casillas A o B si es traslado en el mismo régimen o de diferente régimen, según corresponda. * Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios de los capítulos II y III. * Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios correspondientes a los numerales 24 al 32 del capítulo IV de los beneficiarios, si los tuviere. * Registrar en el numeral 34 del capítulo IV el nombre de la IPS primaria seleccionada por el cotizante o cabeza de familia. *Diligenciar los datos del capítulo V correspondiente a los "Datos de identificación del empleador y otros aportantes o de las entidades responsables de la afiliación colectiva, institucional o de oficio", si hubiere lugar a ello. * Registrar en el numeral 43 del capítulo VI la EPS anterior, es decir, la EPS cual se traslada. * Registrar en la casilla 44, el código correspondiente al motivo por el cual traslada de EPS según la tabla siguiente:

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

* Marcar con una X la casilla 46 del capítulo VII, cuando corresponda. * Diligenciar el capítulo VIII de Firmas los numerales 54 y 55, según corresponda. * Marcar con una X en las casillas del capítulo IX los documentos que va a anexar. Si obedece a la autorización de la Superintendencia Nacional de Salud, deberá marcar el documento del numeral 63 y anexarlo. * Anexar copia de los soportes que acreditan la condición de beneficiarios o afiliado adicional: copia del documento de identidad correspondiente, copia del registro de matrimonio o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial declare la unión marital, copia del certificado de adopción o acta de entrega menor, copia de la orden judicial o acto administrativo de custodia, corresponda al tipo de beneficiario que este incluyendo. Si el motivo para el traslado corresponde a alguno de los códigos 2, 3, 4, 5 o 6, no se aplicara el período de permanencia. Esta novedad no requiere que el cotizante o cabeza de familia diligencie una solicitud ante la EPS de la cual se traslada.

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

Novedad 16: Reporte del trámite de protección al cesante/Esta novedad se reporta cuando el cotizante termina la relación laboral o pierde las condiciones para seguir cotizando y solicita cobertura de protección al cesante a la Caja de Compensación Familiar en la que se encuentra afiliado. Para esta novedad debe: * Marcar con una X la casilla de la novedad 16, del numeral 40 "Tipo de novedad". * Diligenciar el capítulo II, datos básicos de identificación del cotizante. *Diligenciar en la casilla 45 del capítulo VI, nombre de la Caja de Compensación Familiar en la cual radicó la solicitud de otorgamiento del beneficio. * Diligenciar el capítulo VIII de Firmas, el numeral 54.

Novedad 17: Reporte de la calidad de pre-pensionado/Esta novedad se reporta cuando el cotizante ha radicado la solicitud para el reconocimiento de pensión, no se encuentra obligado a cotizar y hace el esfuerzo financiero para seguir cotizando sobre un (1) salario mínimo mensual legal vigente. Para esta novedad debe: * Marcar con una X la casilla de la novedad 17, del numeral 40 "Tipo de novedad". * Diligenciar el capítulo II datos básicos de identificación del cotizante. * Registrar en el numeral 17 del capítulo III "datos complementarios" el IBC con el cual cotizará como prepensionado. *Diligenciar el capítulo VIII de Firmas, el numeral 54.

Novedad 18: Reporte de la calidad de pensionado/Esta novedad se reporta por el cotizante a quien le ha sido reconocida una pensión y se encuentra obligado a cotizar como pensionado. Para esta novedad debe: *Marcar con una X la casilla de la novedad 18, del numeral 40 "Tipo de novedad". *Diligenciar el capítulo II, datos básicos de identificación del cotizante. * Registrar en los numerales 16, 17 y 18 del capítulo III, los datos complementarios relativos a la administradora de pensiones, IBC con el cual cotizará y residencia. * Diligenciar los datos de los numerales 19 al 23 del capítulo IV, correspondientes al cónyuge o compañero(a) permanente si lo(a) tuviere. *Diligenciar los datos básicos de identificación y complementarios de los numerales 24 a 32 del capítulo IV correspondientes a los beneficiarios si los tuviere. *Diligenciar los datos del capítulo V, para la Administradora del Fondo de Pensiones que pagará sus aportes a la seguridad social. *Diligenciar el capítulo VIII de Firmas.

CAPÍTULO VI, DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación: Registre en el numeral 41 del capítulo VI, los datos básicos (Primer apellido, Segundo apellido, Primer nombre, Segundo nombre, Tipo de documento de Identidad, Número del documento de identidad, Sexo y Fecha de nacimiento) del afiliado, únicamente para las siguientes novedades: Novedad 1: Los datos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional respecto del cual se esté reportando la novedad, después de la modificación; Novedad 2: Los datos básicos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional respecto del cual se esté reportando la novedad, tal como deben ser corregidos; Novedad 3: Los datos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional del cual se esté reportando la novedad, como figuran en el nuevo documento; y Novedad 13: Los datos de identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional fallecido.

42. Fecha: Registre en el numeral 42 del capítulo VI, la fecha únicamente para las siguientes novedades: Novedad 9: Inicio de la relación laboral o de adquisición de condiciones para cotizar; Novedad 10: Terminación de la relación laboral; Novedad 11: Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas; Novedad 12: Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas; Novedad 15: Reporte de fallecimiento, la que figura en el certificado de defunción.

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

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

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

CAPÍTULO VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales. **47.** Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. **48.** Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. **49.** Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. **50.** Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. **51.** Autorización para que la EPS reporte la información de sus genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. **52.** Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. **53.** Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

CAPÍTULO VIII. FIRMAS

Este formulario debe suscribirse por el cotizante, cabeza de familia, empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio, en los casos establecidos en este instructivo y que, conforme a la normativa vigente, tenga a su cargo la afiliación y el reporte de novedades. También será suscrito por el beneficiario sólo en el evento del reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de familia. En el espacio correspondiente debe ir la firma de: **54.** El cotizante, cabeza de familia o beneficiario **55.** El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio. Con la firma contenida en el numeral 54. el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

CAPÍTULO IX. ANEXOS

Marque con una X la casilla correspondiente al/los documento(s) que se anexe(n), según lo requiera el trámite que realiza. **56.** Documento de identidad: CN, RC, TI, CC, PA, CE, CD, SC. **57.** Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. **58.** Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. **59.** Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. **60.** Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. **61.** Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. **62.** Copia del documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres. **63.** Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. **64.** Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. **65.** Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

CAPÍTULO X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

porvenir
sólo hay uno

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:

LAURA STEFANY ZARABANDA VALDERRAMA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.111.123.608**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 30 de Mayo del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 298379308

PIB
11:38:06

Bogotá DC, 24 de junio del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) LAURA STEFANY ZARABANDA VALDERRAMA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1111123608:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Política y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

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 miércoles 24 de junio de 2026, a las 11:39:22, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1111123608
Código de Verificación	1111123608260624113922

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 02:30:06 PM horas del 24/06/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1111123608**

Apellidos y Nombres: **ZARABANDA VALDERRAMA LAURA STEFANY**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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

DIJIN

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

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
GOV.CO
Todos los derechos reservados.

Policía Nacional de Colombia (https://www.policia.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, 24/06/2026 02:31:17 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1111123608 .**

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. **142717996** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 14:33:11 horas del 24/06/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1111123608,** Apellidos y Nombres **ZARABANDA VALDERRAMA LAURA STEFANY**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **HOSPITAL SAN JOSE DE ORTEGA ESE**, con NIT **890700967-1** 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

TIC

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 1111123608 **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 24/06/2026 05:02 PM

Código Verificación: **MHX6PFQCSR**

Válida hasta: **22/09/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

397

CORPORACION DE ESTUDIOS TECNICOS EN SALUD "CORPETSALUD LTDA."

Aprobado Según Resolución Nº 0872 del
12 de febrero de 2025 emanado de la Secretaria de Educación del Tolima. Celular 3178937511

CERTIFICA

QUE: LAURA STEFANY ZARABANDA VALDERRAMA

Identificada con **C.C** 1.111.123.608 **De** Ortega - Tolima

Realizó el Curso de Atención a Victimas de Violencia Sexual,
en el municipio de Chaparral - Tolima, con una intensidad de
20 horas teóricas durante los días 19 y 20 de Enero del 2026.

Dado en el municipio de Chaparral - Tolima a los 04 días del mes de Febrero de 2026

Sandra P Calderón M

SANDRA PATRICIA CALDERON MAYORQUIN
Directora Administrativa

CORPORACION DE ESTUDIOS TECNICOS EN SALUD
"CORPETSALUD LTDA."

Aprobado Según Resolución Nº.0872 DEL 12 DE FEBRERO DEL 2025, EMANADA DE LA SECRETARIA DE EDUCACION Y CULTURA DEL DEPARTAMENTO DEL TOLIMA

C E R T I F I C A Q U E :

LAURA STEFANY ZARABANDA VALDERRAMA

Identificada con **C.C.** 1.111.123.608 **De** **Ortega - Tolima**

Realizo el Curso Humanización de Servicios,
en el municipio de Chaparral - Tolima, con una intensidad de
20 horas teórico- Practicas durante los días 19 y 20 de Enero del 2026.

Dado en el municipio de Chaparral - Tolima, a los 04 días del mes de Febrero del 2026.

Sandra P Calderón M

SANDRA PATRICIA CALDERON MAYORQUIN
Directora Administrativa

Comprometidos con sus necesidades

15997

LIFECARE
SERVICE

HACE CONSTAR QUE:

LAURA STEFANY ZARABANDA VALDERRAMA

C.C 1111123608 de ORTEGA (TOLIMA)

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES EN EL

SOPORTE VITAL BASICO (BLS)

Realizado los dias 25 al 26 MAYO de 2026, con una intensidad de 20 horas.
CERTIFICACIÓN VIGENTE HASTA EL DÍA 26 DE MAYO DE 2028.

DADO EN ORTEGA (TOLIMA) A LOS 26 DÍAS DEL MES DE MAYO DE 2026

CESAR GERMÁN CASTAÑEDA
GERENTE

Esta certificación se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 Educación Informal.
VIGILADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN

Sede Neiva, Cll. 18a No. 8a – 29 Segundo Piso, Campo Nuñez
Cel. 318 505 4810 - Ofic. 608 867 6342

Sede CHAPARRAL.
Cel. 3124763736

lifecareservice.ac@gmail.com
certificadoslife.2023@gmail.com

819

CORPORACION DE ESTUDIOS TECNICOS EN SALUD "CORPETSALUD LTDA."

Aprobado Según Resolución Nº 0872 del
12 de febrero de 2025 de la Secretaria de Educación del Tolima. Celular 3178937511

C E R T I F I C A

QUE: LAURA STEFANY ZARABANDA VALDERRAMA

Identificada con **C.C** 1.111.123.608 **De** **Ortega - Tolima**

Asistió al Curso de Toma de Muestras de Laboratorio Clínico
Realizado en el municipio de Chaparral- Tolima, con una intensidad de 20 horas teórico- Practicas durante los días 19 Y 20 de Enero de 2026.

Dado en el municipio de Chaparral- Tolima, a los 04 días del mes de febrero de 2026.

Sandra P Calderón M
SANDRA PATRICIA CALDERON MAYORQUIN
Directora Administrativa

891

CORPORACION DE ESTUDIOS TECNICOS EN SALUD "CORPETSALUD LTDA."

Aprobado Según Resolución Nº 0872 del 12 de febrero de 2025 de la Secretaria de Educación del Tolima . Celular 3178937511

C E R T I F I C A

QUE: LAURA STEFANY ZARABANDA VALDERRAMA

Identificada con C.C 1.111.123.608 DE Ortega - Tolima

Realizó el Curso de atención del paciente Victima de ataque por sustancias químicas en el municipio de Chaparral - Tolima, con una intensidad de treinta (30) horas.

Dado en el municipio de Chaparral-Tolima a los 04 días de Febrero de 2026.

Sandra P Calderón M.

SANDRA PATRICIA CALDERON MAYORQUIN
Directora Administrativa

Comprometidos con sus necesidades

15998

LIFECARE
SERVICE

HACE CONSTAR QUE:

LAURA STEFANY ZARABANDA VALDERRAMA

C.C 1111123608 de ORTEGA (TOLIMA)

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES EN EL

MANEJO Y GESTION DEL DUELO

Realizado los dias 23 al 24 MAYO de 2026, con una intensidad de 20 horas.
CERTIFICACIÓN VIGENTE HASTA EL DÍA 24 DE MAYO DE 2028.

DADO EN ORTEGA (TOLIMA) A LOS 24 DÍAS DEL MES DE MAYO DE 2026

CESAR GERMÁN CASTAÑEDA
GERENTE

Esta certificación se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 Educación Informal.
VIGILADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN

Sede Neiva, Cll. 18a No. 8a – 29 Segundo Piso, Campo Nuñez
Cel. 318 505 4810 - Ofic. 608 867 6342

Sede CHAPARRAL.
Cel. 3124763736

lifecareservice.ac@gmail.com
certificadoslife.2023@gmail.com

Comprometidos con sus necesidades

15999

LIFECARE
SERVICE

HACE CONSTAR QUE:

LAURA STEFANY ZARABANDA VALDERRAMA

C.C 1111123608 de ORTEGA (TOLIMA)

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES EN EL

PROMOCION Y PREVENCION

Realizado los dias 21 al 22 MAYO de 2026, con una intensidad de 20 horas.
CERTIFICACIÓN VIGENTE HASTA EL DÍA 22 DE MAYO DE 2028.

DADO EN ORTEGA (TOLIMA) A LOS 22 DÍAS DEL MES DE MAYO DE 2026

CESAR GERMÁN CASTAÑEDA
GERENTE

Esta certificación se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 Educación Informal.
VIGILADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN

Sede Neiva, Cll. 18a No. 8a – 29 Segundo Piso, Campo Nuñez
Cel. 318 505 4810 - Ofic. 608 867 6342

Sede CHAPARRAL.
Cel. 3124763736

lifecareservice.ac@gmail.com
certificadoslife.2023@gmail.com

Comprometidos con sus necesidades

16000

LIFECARE
SERVICE

HACE CONSTAR QUE:

LAURA STEFANY ZARABANDA VALDERRAMA

C.C 1111123608 de ORTEGA (TOLIMA)

ASISTIÓ Y ADQUIRIÓ CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES EN EL

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION (PAI)

Realizado los dias 19 al 20 MAYO de 2026, con una intensidad de 20 horas.
CERTIFICACIÓN VIGENTE HASTA EL DÍA 20 DE MAYO DE 2028.

DADO EN ORTEGA (TOLIMA) A LOS 20 DÍAS DEL MES DE MAYO DE 2026

CESAR GERMÁN CASTAÑEDA
GERENTE

Esta certificación se expide amparada en el Decreto 1075 de 2015 Art. 2.6.6.8 Educación Informal.
VIGILADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN

Sede Neiva, Cll. 18a No. 8a – 29 Segundo Piso, Campo Nuñez
Cel. 318 505 4810 - Ofic. 608 867 6342

Sede CHAPARRAL.
Cel. 3124763736

lifecareservice.ac@gmail.com
certificadoslife.2023@gmail.com

c93372c7-4a3f-4494-96ac-0c3dc8380603

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Laura Stefany Zarabanda Valderrama

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: 85,00 %

27 de mayo de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Américas

OPS
CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

FIU Robert Stempel College of Public Health & Social Work
Florida International University

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=c93372c7-4a3f-4494-96ac-0c3dc8380603

bd0e2a5e-cf29-4561-b76a-5b46ad6b3991

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud certifica que:

Laura Stefany Zarabanda Valderrama

ha participado en el:

Curso Virtual de Eliminación de Malaria

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 25

27 de mayo de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Región de las Américas

OPS

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=bd0e2a5e-cf29-4561-b76a-5b46ad6b3991

MISION MEDICA

Cruz Roja Colombiana

La Cruz Roja Colombiana hace constar que

Laura Stefany Zarabanda Valderrama

CC No. 1111123608

Participó en el Taller de Sensibilización sobre

MISIÓN MÉDICA

Realizado en Ibagué – Tolima el día 8 de mayo de 2026 en las instalaciones de la Gobernación del Tolima con una intensidad de siete (7) horas

Esta constancia fue generada en la ciudad de Bogotá DC – Colombia, el

Carlos Andrés Marulanda Lenis. RN; MG.
Coordinador Nacional Programa Misión Médica
Cruz Roja Colombiana

EGIS
EQUIPO DE GESTIÓN INTEGRAL EN SALUD