

REPUBLICA DE COLOMBIA DE  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.102.857.140**

**MENDOZA RUIZ**

APELLIDOS

**CARLOS MARIO**

NOMBRES

REPUBLICA DE  
COLOMBIA



*Carlos Mendoza Ruiz*  
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **22-OCT-1993**

**SINCELEJO**

(SUCRE)

LUGAR DE NACIMIENTO

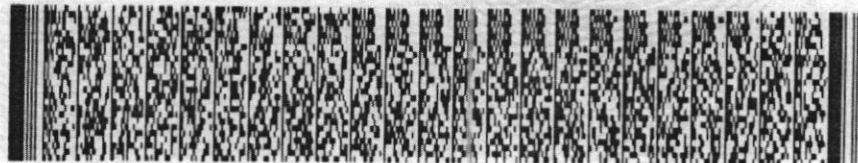
**1.80**  
ESTATURA

**A+**  
G.S. RH

**M**  
SEXO

**12-DIC-2011 SINCELEJO**  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Juan Carlos Galindo Vacha*  
REGISTRADOR NACIONAL  
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A-0300150-00806742-M-1102857140-2016033)

0049114930A 1

3333250001

2. Concepto  0  2 Actualización

4. Número de formulario

14638165954



(415)7707212489984(8020) 000001463816595 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 1 0 2 8 5 7 1 4 0

6. DV

2

12. Dirección seccional  
Impuestos de Medellín

14. Buzón electrónico

1

**IDENTIFICACIÓN**

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

1 1 0 2 8 5 7 1 4 0

27. Fecha expedición

2 0 1 1, 1 2, 1 2

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Sucre

7 0

30. Ciudad/Municipio

Sincelejo

0 0 1

31. Primer apellido

MENDOZA

32. Segundo apellido

RUIZ

33. Primer nombre

CARLOS

34. Otros nombres

MARIO

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

**UBICACIÓN**

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Antioquia

0 5

40. Ciudad/Municipio

Medellín

0 0 1

41. Dirección principal

BRR PILARICA CON LOMAS DEL PILAR

42. Correo electrónico

cmr\_j22@hotmail.com

43. Código postal

0 5 0 0 3 4

44. Teléfono 1

3 0 0 6 9 3 0 4 5 4

45. Teléfono 2

3 2 0 6 3 7 1 6 7 8

**CLASIFICACIÓN**

**Actividad económica**

**Actividad principal**

46. Código

8 6 1 0

47. Fecha inicio actividad

2 0 1 9 0 9 0 2

**Actividad secundaria**

48. Código

49. Fecha inicio actividad

**Otras actividades**

50. Código

1 2

**Ocupación**

51. Código

2 2 2 1

52. Número establecimientos

1

**Responsabilidades, Calidades y Atributos**

53. Código

4 9

49 - No responsable de IVA

**Obligados 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 renovación

**Para uso exclusivo de la DIAN**

59. Anexos

SI

NO

60. No. de Folios:

0

61. Fecha

2019 - 07 - 31

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 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre MENDOZA RUIZ CARLOS MARIO

985. Cargo CONTRIBUYENTE

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 jueves 25 de junio de 2026, a las 14:51:53, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

|                        |                        |
|------------------------|------------------------|
| Tipo Documento         | Cédula de Ciudadanía   |
| No. Identificación     | 1102857140             |
| Código de Verificación | 1102857140260625145153 |

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

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



HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ  
Contralor Delegado

**CERTIFICADO DE ANTECEDENTES**  
**CERTIFICADO ORDINARIO**  
**No. 298459380**



PIB

14:59:07

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 25 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) CARLOS MARIO MENDOZA RUIZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1102857140:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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



**POLICÍA NACIONAL  
DE COLOMBIA**

## Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

### La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 02:57:31 PM horas del 25/06/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1102857140**

Apellidos y Nombres: **MENDOZA RUIZ CARLOS MARIO**

### **NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**

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

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

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

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



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



### 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, 25/06/2026 03:22:02 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1102857140** .

## 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. **142810345** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando <https://www.policia.gov.co>, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

🔍 Nueva Búsqueda    🖨️ Imprimir

Información

515 9000



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





## CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES Y/O CONSULTAS

San Francisco Antioquia

Señores:  
**ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASÍS**  
**E. S. E.**

Yo Carlos Mario Mendoza Ruiz identificado con documento de identidad

No. 1.102.857.140 de Sincelejo manifiesto que:

Conozco las causales de inhabilidad e incompatibilidad para vincularme con las Entidades Estatales de conformidad con la Constitución Política de Colombia, la Ley 1474 de 2011, la Ley 2195 de 2022 y demás normas sobre la materia, así como las sanciones establecidas por transgresión a las mismas.

Declaro que se entiende prestado con la firma del presente documento, que no me encuentre incurso en ninguna de ellas, ni mis socios, ni tampoco la sociedad que represento, y que, consultados los antecedentes disciplinarios, judiciales y el boletín de responsables fiscales, a la fecha no se registra ningún antecedente respecto de las personas aquí señaladas.

Dado en San Francisco, Antioquia., a los 25 días del mes de junio de 2026.

Firma

Documento de identidad: 1102857140  
Dirección: cll 20 #23-13  
Teléfono :3232921827  
Correo electrónico : cmr\_j22@hotmail.com



E.S.E.  
**HOSPITAL  
SAN FRANCISCO DE ASÍS**  
SAN FRANCISCO - ANTIOQUIA  
*Servimos con calidad humana  
comprometidos con su salud*  
NIT 800133887-9

El suscrito Carlos Mario Mendoza Ruiz identificado con C.C. No. 1.102.857.140 expedida en Sincelejo , autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS DE SAN FRANCISCO ANTIOQUIA con NIT. 800.133.887-9, a consultar mis datos personales en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra personas menores edad que administra el Ministerio de Defensa-Policía Nacional de Colombia, de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012. Manifiesto que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en el municipio de San Francisco, el 25 de junio del 2026

Firma

Nombre: Carlos Mario Mendoza Ruiz

Cédula: 1.102.857.140

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 14:55:13 horas del 25/06/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1102857140**, Apellidos y Nombres **MENDOZA RUIZ CARLOS MARIO**

### NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ESE hospital san francisco de asis**, con NIT **800133887-9** 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.

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E INTERPOL



Área de Administración de Información Criminal

#### ENLACES DE INTERÉS

- > Portal web DIJIN
- > Consulta Antecedentes Judiciales
- > Protección de Datos

SÍGANOS EN LAS REDES SOCIALES



Consulta de Inhabilidades - Ley 1918 de 2018 | Ley 2375 de 2024

© 2026 Policía Nacional de Colombia - Grupo Tecnologías de la Información y las Comunicaciones DIJIN



## COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

San Francisco - Antioquia

Señores

**ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASÍS**  
E. S. E.

Carlos Mario Mendoza Ruiz , identificado con cedula de ciudadanía N° 1.102.857.140, manifiesto que:

1. Apoyamos la acción del Estado colombiano y de Colombia Compra Eficiente para fortalecer la transparencia y la rendición de cuentas de la administración pública.
2. No estamos en causal de inhabilidad alguna para celebrar el contrato objeto del Proceso de Contratación.
3. Nos comprometemos a no ofrecer y no dar dádivas, sobornos o cualquier forma de halago, retribuciones o prebenda a servidores públicos o asesores de la ESE Hospital San Francisco de Asís, directamente o a través de sus empleados, contratistas o tercero.
4. Nos comprometemos a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto o efecto la colusión en el Proceso de Contratación.
5. Nos comprometemos a revelar la información que sobre el Proceso de Contratación nos soliciten los organismos de control de la República de Colombia.
6. Nos comprometemos a comunicar a nuestros empleados y asesores el contenido del presente Compromiso Anticorrupción, explicar su importancia y las consecuencias de su incumplimiento por nuestra parte, y la de nuestros empleados o asesores.
7. Conocemos las consecuencias derivadas del incumplimiento del presente compromiso anticorrupción. En constancia de lo anterior firmo este documento a los 25 días del mes de junio del año 2026

Firma

Documento de identidad: 1.102.857.140

Dirección: cll 20 #23-13

Teléfono :3232921827

Correo electrónico cmr\_j22@hotmail.com



**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 1102857140 **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 25/06/2026 03:43 PM



Código Verificación: 4UPQCZ7RGY

Válida hasta: 23/09/2026

---

**Dirección de Gobierno Digital**

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



# FORMATO UNICO

## HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

### DATOS PERSONALES

|  |  |  |   |                         |  |
|--|--|--|---|-------------------------|--|
| PRIMER APELLIDO<br>MENDOZA   |  | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)<br>RUIZ |   | NOMBRES<br>CARLOS MARIO |  |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1102857140 |  |  | GENERO<br>F <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/> NB <input type="radio"/> |                         | NACIONALIDAD<br>COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/> |
| LIBRETA MILITAR<br>PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input checked="" type="radio"/>                                    |  |  | NÚMERO<br>1102857140  |                         | D.M. 11  |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO  |  |  | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA  |                         |  |
| FECHA<br>DIA 22 MES 10 AÑO 1993  |  |  | CALLE 21 23 13  |                         |  |
| PAÍS<br>COLOMBIA   |  |  | PAÍS<br>COLOMBIA  |                         |  |
| DEPTO<br>SUCRE   |  |  | DEPTO<br>ANTIOQUIA  |                         |  |
| MUNICIPIO<br>SINCELEJO   |  |  | MUNICIPIO<br>COCORNÁ  |                         |  |
|  |  |  | TELÉFONO<br>8343403   |                         | EMAIL<br>cmr_j22@hotmail.com   |

2

### FORMACIÓN ACADÉMICA

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

| EDUCACIÓN BÁSICA |    |    |    |    |            |    |    |    |     | TÍTULO OBTENIDO                     |     | BÁSICA SECUNDARIA |      |  |  |
|------------------|----|----|----|----|------------|----|----|----|-----|-------------------------------------|-----|-------------------|------|--|--|
| PRIMARIA         |    |    |    |    | SECUNDARIA |    |    |    |     | MEDIA                               |     | FECHA DE GRADO    |      |  |  |
| 1°               | 2° | 3° | 4° | 5° | 6°         | 7° | 8° | 9° | 10° | 11°                                 | MES | AÑO               | 2010 |  |  |
|                  |    |    |    |    |            |    |    |    |     | <input checked="" type="checkbox"/> |     |                   |      |  |  |

**EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)**  
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

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

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

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

| MODALIDAD ACADÉMICA | No. SEMESTRES APROBADOS | GRADUADO |    | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN |      | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---------------------|-------------------------|----------|----|--|-------------|------|----------------------------|
|                     |                         | SI       | NO |  | MES         | AÑO  |                            |
| PREGRADO            | 10                      | X        |    |  | 07          | 2019 |                            |

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**

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

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

**5 EXPERIENCIA LABORAL**

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

| EMPLEO O CONTRATO VIGENTE  |  |  |                                 |              |  |         |                                   |                  |  |
|--|--|--|---------------------------------|--------------|--|---------|-----------------------------------|------------------|--|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS -COCORNA            |  |  |                                 | PÚBLICA<br>X |  | PRIVADA |                                   | PAÍS<br>COLOMBIA |  |
| DEPARTAMENTO<br>ANTIOQUIA  |  |  | MUNICIPIO<br>COCORNÁ            |              |  |         | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD        |                  |  |
| TELÉFONOS<br>8343403   |  |  | FECHA DE INGRESO                |              |  |         | FECHA DE RETIRO                   |                  |  |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>MEDICO GENERAL EN EL HOSPITAL           |  |  | DEPENDENCIA<br>"URGENCIAS"      |              |  |         | DIRECCIÓN<br>CALLE 21 23 45       |                  |  |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR   |  |  |                                 |              |  |         |                                   |                  |  |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS -SAN FRANCISCO |  |  |                                 | PÚBLICA<br>X |  | PRIVADA |                                   | PAÍS<br>COLOMBIA |  |
| DEPARTAMENTO<br>ANTIOQUIA  |  |  | MUNICIPIO<br>SAN FRANCISCO      |              |  |         | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD        |                  |  |
| TELÉFONOS<br>3232921827  |  |  | FECHA DE INGRESO                |              |  |         | FECHA DE RETIRO                   |                  |  |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>85121600 - MEDICO                       |  |  | DEPENDENCIA<br>AREA ASISTENCIAL |              |  |         | DIRECCIÓN<br>CARRERA 10 9 null 09 |                  |  |

FORMATO ÚNICO  
**HOJA DE VIDA**  
Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR  |  |  |                                   |              |    |         |  |  |     |  |      |     |    |     |    |     |      |
|---|--|--|-----------------------------------|--------------|----|---------|--|--|-----|--|------|-----|----|-----|----|-----|------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>NUEVA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS |  |  |                                   | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA |  | PAÍS<br>COLOMBIA                                     |     |  |      |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>ANTIOQUIA   |  |  | MUNICIPIO<br>SAN FRANCISCO        |              |    |         |  | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                           |     |  |      |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3136273077   |  |  | FECHA DE INGRESO                  |              |    |         |  | FECHA DE RETIRO                                      |     |  |      |     |    |     |    |     |      |
|   |  |  | Día                               |              | 09 | Mes     |  | 01   | Año |  | 2025 | Día | 31 | Mes | 12 | Año | 2025 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>MEDICO GENERAL EN EL HOSPITAL                            |  |  | DEPENDENCIA<br>ASISTENCIAL MEDICO |              |    |         |  | DIRECCIÓN<br>CARRERA 10 9 null 09                    |     |  |      |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR  |  |  |                                   |              |    |         |  |  |     |  |      |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>NUEVA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS |  |  |                                   | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA |  | PAÍS<br>COLOMBIA                                     |     |  |      |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>ANTIOQUIA   |  |  | MUNICIPIO<br>SAN FRANCISCO        |              |    |         |  | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                           |     |  |      |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>3136273077   |  |  | FECHA DE INGRESO                  |              |    |         |  | FECHA DE RETIRO                                      |     |  |      |     |    |     |    |     |      |
|   |  |  | Día                               |              | 09 | Mes     |  | 01   | Año |  | 2024 | Día | 31 | Mes | 12 | Año | 2024 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>MEDICO GENERAL EN EL HOSPITAL                            |  |  | DEPENDENCIA<br>ASISTENCIAL MEDICO |              |    |         |  | DIRECCIÓN<br>CARRERA 10 9 null                       |     |  |      |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR  |  |  |                                   |              |    |         |  |  |     |  |      |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>NUEVA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS |  |  |                                   | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA |  | PAÍS<br>COLOMBIA                                     |     |  |      |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>ANTIOQUIA   |  |  | MUNICIPIO<br>SAN FRANCISCO        |              |    |         |  | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                           |     |  |      |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>8323136  |  |  | FECHA DE INGRESO                  |              |    |         |  | FECHA DE RETIRO                                      |     |  |      |     |    |     |    |     |      |
|   |  |  | Día                               |              | 09 | Mes     |  | 01   | Año |  | 2023 | Día | 31 | Mes | 12 | Año | 2023 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>MEDICO GENERAL   |  |  | DEPENDENCIA<br>APOYO MEDICO       |              |    |         |  | DIRECCIÓN<br>CARRERA 10 9 9                          |     |  |      |     |    |     |    |     |      |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR  |  |  |                                   |              |    |         |  |  |     |  |      |     |    |     |    |     |      |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>HOSPITAL PADRE CLEMENTE GIRALDO - GRANADA ANTIOQUIA            |  |  |                                   | PÚBLICA<br>X |    | PRIVADA |  | PAÍS<br>COLOMBIA                                     |     |  |      |     |    |     |    |     |      |
| DEPARTAMENTO<br>ANTIOQUIA   |  |  | MUNICIPIO<br>GRANADA              |              |    |         |  | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                           |     |  |      |     |    |     |    |     |      |
| TELÉFONOS<br>8310102  |  |  | FECHA DE INGRESO                  |              |    |         |  | FECHA DE RETIRO                                      |     |  |      |     |    |     |    |     |      |
|   |  |  | Día                               |              | 02 | Mes     |  | 09   | Año |  | 2019 | Día | 01 | Mes | 09 | Año | 2020 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL<br>MEDICO GENERAL   |  |  | DEPENDENCIA<br>AREA ASITENCIAL    |              |    |         |  | DIRECCIÓN<br>CALLE 21 BIS 25A 11 ESTE calle hospital |     |  |      |     |    |     |    |     |      |

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            | 5                     | 9     |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 0                     | 0     |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE    | 0                     | 0     |
| EXPERIENCIA DOCENTE         | 0                     | 0     |

**8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA**

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI    NO    ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

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

*Ciudad y fecha de diligenciamiento* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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



La salud es de todos

Minsalud



COLEGIO MÉDICO COLOMBIANO CMC

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

CARLOS MARIO MENDOZA RUIZ

C.C. 1102857140

MEDICO

Corporación Universitaria Remington

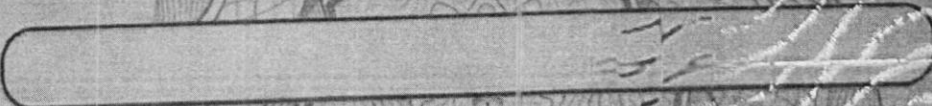
Medellín

Grado: 24/07/2019

Rethus: 10/12/2020



www.colegiomedico.com



Esta tarjeta es un documento público que se expide de conformidad con la ley 1161 de 2007 y el decreto 4192 de 2010. Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla al Colegio Médico Colombiano Av. Carrera 16 # 100-43 Oficina 501 - Edificio Avenida 16 BH. Info@colegiomedico.com colombiano.org

Firma Representante Colegio Médico Colombiano



Personería Jurídica Resolución 2661 del 21 de Junio de 1996  
del Ministerio de Educación Nacional - ICFES

## ACTA DE GRADUACIÓN

Programa: Registro Calificado Según Resolución MEN N° 26065 del 22 de Noviembre de 2017, Código SNIES 11437

Fecha: Julio 24 de 2019

Lugar: Teatro Auditorio La Enseñanza

En la fecha y lugar señalados, se reunieron el Rector y el Secretario General con el propósito de otorgar el Título de:

**MÉDICO**

Conferido a

**CARLOS MARIO MENDOZA RUIZ**

Cédula 1.102.857.140

El aspirante cumplió todos los requisitos exigidos por los Acuerdos y Reglamentos de la CORPORACIÓN UNIVERSITARIA REMINGTON, para obtener el grado en el programa de Medicina.

Prestó el juramento de rigor en los siguientes términos:

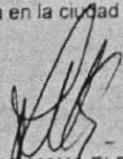
Jura a Dios y promete a la Patria, acatar y cumplir la Constitución y las leyes de la República, sostener su independencia y libertad; practicar su profesión de acuerdo con las normas de la moral y de la ética profesional, trabajando por la paz de Colombia, y el progreso de la CORPORACIÓN UNIVERSITARIA REMINGTON.

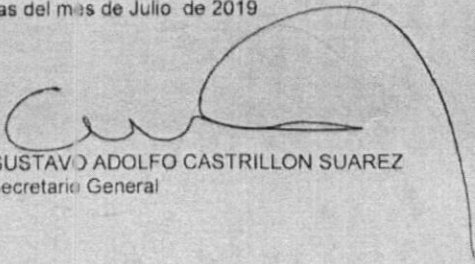
A lo cual contestó el graduando: **SÍ JURO.**

El Secretario General agregó, si así lo hiciera, Dios, la Patria y la Universidad se lo premien, si no Él y Ellas se lo demanden.

Seguidamente, se le hizo entrega del Diploma registrado en el Libro P002, Acta de Grado 170 - Folio 38715, por medio del cual la CORPORACIÓN UNIVERSITARIA REMINGTON y en nombre de la **República de Colombia**, lo declara idóneo para el ejercicio de la profesión de MÉDICO.

Se firma en la ciudad de Medellín a los 24 días del mes de Julio de 2019

  
ARCADIO MAYA-ELEJALDE  
Rector

  
GUSTAVO ADOLFO CASTRILLON SUAREZ  
Secretario General



CORPORACIÓN UNIVERSITARIA  
**REMINGTON**  
RES. 2661 MEN JUNIO 21 DE 1996

En nombre de

**LA REPÚBLICA DE COLOMBIA**  
y por autorización del Ministerio de Educación Nacional

En atención a que

**CARLOS MARIO  
MENDOZA RUIZ**

c.c. 1.102.857.140

Ha completado todos los estudios que los estatutos de la Corporación exigen para optar al grado en **Medicina**, le expide el presente diploma, al mismo tiempo testifica y garantiza bajo la fe pública de que se halla investida por el Ministerio de la Ley, que es idóneo para desempeñarse como:

**MÉDICO**

En testimonio de ello se firma el presente diploma en Medellín,  
a los 24 días del mes de Julio de 2019

Registrado en el Folio 38715, Libro P002- Acta de Grado No. 170



Libertad y Orden

RECTOR

SECRETARIO GENERAL

DECANO



Verificar Registro en ReTHUS

Limpia

Resultado General - 2026-06-25-3:48:59 PM

| Tipo Identificación | Dato Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Apellido | Segundo Apellido | Estado Identificación | Detalles            |
|---------------------|---------------------|---------------|----------------|----------|------------------|-----------------------|---------------------|
| CC                  | 1102857140          | CARLOS        | MARCO          | MENDOZA  | RUIZ             | Vigente               | <a href="#">Ver</a> |

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) CARLOS MARCO MENDOZA RUIZ identificado(a) con CC 1102857140 registra la siguiente información:

2026-06-25-3:48:59 PM

Información Académica

| Tipo Programa | Origen Queda de Título | Profesión y Especialidad | Fecha Inicio Ejec. Acto Administrativo | Acta Administrativo | Entidad Reportadora       |
|---------------|------------------------|--------------------------|--|---------------------|---------------------------|
| UNV           | Local                  | MEDICINA                 | 2020-12-10                             | 78663               | COLEGIO MEDICO COLOMBIANO |

Datos SSO

| Tipo Prestación | Tipo Lugar Prestación | Lugar Prestación           | Fecha Inicio | Fecha Fin  | Modalidad Prestación   | Programa Prestación | Entidad Reportadora       |
|-----------------|-----------------------|----------------------------|--------------|------------|--|---------------------|---------------------------|
| Presto SSO      | Local                 | COLOMBIA ANTIOQUIA GRANADA | 2019-09-02   | 2020-09-01 | Prestación de Servicios Profesionales de Salud en IPS Habilitada | Medicina            | COLEGIO MEDICO COLOMBIANO |

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).



**EL CENTRO DE ENTRENAMIENTO AVANZADO EN  
REANIMACIÓN Y TRAUMA -ENTRENARTE-**

*Otorga el presente certificado a:*

**CARLOS MARIO MENDOZA RUIZ**  
**C.C 1.102.857.140**

Por participar y aprobar en el mes de Junio de 2019 el curso:  
**ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL**  
**-CÓDIGO FUCSIA-**

Con una intensidad horaria de 12 horas conforme a los lineamientos de la  
Resolución 2003 de 2014

*Alfredo Caballero A.*

Alfredo Caballero Arenas  
Especialista en Medicina de Urgencias  
Director Académico

*Andrés*

Andrés Felipe Hernández J.  
Especialista en Medicina de Urgencias  
Coordinador de curso



**EL CENTRO DE ENTRENAMIENTO AVANZADO EN  
REANIMACIÓN Y TRAUMA -ENTRENARTE-**

*Otorga el presente certificado a:*

**CARLOS MARIO MENDOZA RUIZ**  
**CC 1.102.857.140**

Por participar y aprobar en el mes de Julio de 2019 el curso **SOPORTE VITAL  
BÁSICO Y AVANZADO** con una intensidad horaria de 48 horas conforme  
a los lineamientos de la Resolución 2003 de 2014

*Alfredo Caballero A.*

Alfredo Caballero Arenas  
Especialista en Medicina de Urgencias  
Director Académico

*Andrés*

Andrés Felipe Hernández J.  
Especialista en Medicina de Urgencias  
Coordinador de curso

EPS



**CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA**

EPS SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado EPS SURA

**CERTIFICA**

Que **CARLOS MARIO MENDOZA RUIZ** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **1102857140** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

|                                 |                                    |
|---------------------------------|------------------------------------|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 1102857140                      |
| NOMBRES Y APELLIDOS             | CARLOS MARIO MENDOZA RUIZ          |
| TIPO DE AFILIADO                | TITULAR                            |
| PARENTESCO                      | TITULAR                            |
| ESTADO DE AFILIACIÓN            | TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL |
| CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN   | COBERTURA INTEGRAL                 |
| FECHA DE INGRESO A EPS SURA     | 09/08/2019                         |
| FECHA RETIRO EPS SURA           | ACTIVO(A)                          |

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES

Fecha de generación: 25/06/2026

**ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN  
DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS**

**EPS SURAMERICANA S.A**

Medellín, Antioquia, Colombia. Líneas de atención: Barranquilla: 605 319 7901, Cali: 602 380 8941,

Medellín: 604 448 61 15, Bogotá: 601 448 7941

Línea Nacional: 01 8000 519 519

COLFONDOS ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS  
NIT 800.149.496-2

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) CARLOS MARIO MENDOZA RUIZ, identificado(a) con C.C 1.102.857.140, se encuentra afiliado(a) a Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6 y al Fondo Cesantias NIT 800.198.644-5.

Se expide la presente certificación a la fecha 25 de junio de 2026.

El presente certificado emitido contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional [www.colfondos.com.co](http://www.colfondos.com.co) opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.



Gerencia de cuentas y recaudo  
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

**FORMULARIO ÚNICO  
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES  
Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA  
PERSONA NATURAL  
(LEY 190 de 1995)**

ENTIDAD RECEPTORA

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS -COCORNA

Período 01/01/2025 - 31/12/2025

**1. DECLARACIÓN JURAMENTADA**

**1.1. DE BIENES Y RENTAS**

YO, CARLOS MARIO MENDOZA RUIZ  
IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. No. 1102857140 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:  
PAIS: COLOMBIA DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA MUNICIPIO: COCORNÁ  
DIRECCIÓN: CALLE 21 23 13 TELÉFONO: 3232921827

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS          | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|------------------------------|------------------------|------------|
| LEANDRO null MENDOZA AGUIRRE | 1035772547             | HIJO(A)    |
| ZOIRIS DEL CARMEN RUIZ PUCHE | 64553213               | MADRE      |
| RAFAEL EMIRO MENDOZA RUIZ    | 92506016               | PADRE      |

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESIÓN PARA RETIRARME PARA ACTUALIZACIÓN X PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE**, QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

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

| CONCEPTO                            | VALOR                |
|-------------------------------------|----------------------|
| SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES | \$111.950.582        |
| CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS  | \$8.218.565          |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS             | \$0                  |
| <b>TOTAL</b>                        | <b>\$120.169.147</b> |

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

| ENTIDAD FINANCIERA | TIPO DE CUENTA    | NÚMERO DE CUENTA | SEDE DE LA CUENTA | SALDO DE LA CUENTA |
|--------------------|-------------------|------------------|-------------------|--------------------|
| BANCOLOMBIA        | CUENTA DE AHORROS | 08270694404      | RIONEGRO          | 22.000.000         |

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| TIPO DE BIEN | IDENTIFICACIÓN DEL BIEN | VALOR      |
|--------------|-------------------------|------------|
| MUEBLES      | CARRO                   | 78.000.000 |

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

| ENTIDAD O PERSONA | CONCEPTO | VALOR      |
|-------------------|----------|------------|
| BANCOLOMBIA-SUFI  | PRESTAMO | 38.000.000 |

**1.2. DE PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES**

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

| ENTIDAD O INSTITUCIÓN | CALIDAD DE MIEMBRO |
|-----------------------|--------------------|
|                       |                    |

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

| CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN | CALIDAD DE SOCIO |
|------------------------------------|------------------|
|                                    |                  |

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE SANDRA MILENA AGUIRRE PARRA DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. X C.E. T.I. N° 1041204383

**2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA**

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 DE PARTICIPACIÓN |
|----------------------------|------------------------|
|----------------------------|------------------------|

**3. FIRMA**

|                                     |                         |
|-------------------------------------|-------------------------|
| _____<br>FIRMA DEL EMPLEADO PUBLICO | _____<br>CIUDAD Y FECHA |
|-------------------------------------|-------------------------|

DAFP-OAP

**DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PUBLICA  
LINEA GRATUITA DE ATENCION AL CLIENTE No. 018000-917770**

# Certificación Bancaria

Jueves, 25 de junio de 2026

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que CARLOS MARIO MENDOZA RUIZ identificado(a) con CC 1102857140, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

| Producto       | No. Producto | Fecha Apertura<br>aaaa-mm-dd | Estado | Saldo |
|----------------|--------------|------------------------------|--------|-------|
| CUENTA AHORROS | 08770694404  | 2017-01-12                   | Activo | ****  |

**\*Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.  
\*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números:  
Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 301 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05  
Resto del país: 01 800 09 12345. Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 800 379 97 14.

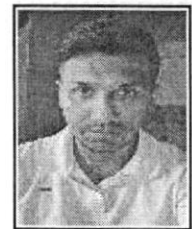
Catalina Cortés Uribe  
Gerente Servicios Contact Center & EPO.

**Bancolombia**

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vouchers de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a [contososechoso@bancolombia.com.co](mailto:contososechoso@bancolombia.com.co)



**IPS SUSALUD EMO**  
 NIT. 901934905-7  
 Dir: Carrera 19 #23-06  
 Cel: 314 658 4800  
 Correo: susalud.emo@gmail.com  
 Yarumal - Antioquia



N° 1.897

**CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL**

|  |     |                               |                               |  |                                     |                |  |
|--|-----|-------------------------------|-------------------------------|--|-------------------------------------|----------------|--|
| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN   |     |                               |                               | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL                              |                                     |                |  |
| 30   | 06  | 2026                          | YARUMAL (ANTIOQUIA, COLOMBIA) | EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR |                                     |                |  |
| DÍA  | MES | AÑO                           | Ciudad                        |  |                                     |                |  |
| DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE  |     |                               |                               |  |                                     |                |  |
| Nombre de la empresa   |     |                               |                               | Empresa en misión  |                                     |                |  |
| PARTICULARES CONTADO   |     |                               |                               | PARTICULARES   |                                     |                |  |
| CIIU (Actividad Económica) del empleador:  |     |                               |                               |  |                                     |                |  |
| <b>SIN REGISTRAR</b>   |     |                               |                               |  |                                     |                |  |
| DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)  |     |                               |                               |  |                                     |                |  |
| Apellidos y Nombres  |     |                               | Género                        | Edad   | Documento de Identificación         |                |  |
| MENDOZA RUIZ CARLOS MARIO  |     |                               | MASCULINO                     | 32 AÑOS 8 MESES 7 DÍAS   | CC                                  | 1102857140     |  |
|  |     |                               |                               |  | Tipo                                | Número         |  |
| Cargo  |     |                               |                               |  |                                     |                |  |
| <b>MEDICO</b>  |     |                               |                               |  |                                     |                |  |
| EPS  |     | AFP                           |                               | ARL  |                                     |                |  |
| NO REFIERE   |     | NO REFIERE                    |                               | NO REFIERE   |                                     |                |  |
| CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL  |     |                               |                               |  |                                     |                |  |
| <b>SATISFACTORIO</b>   |     |                               |                               |  |                                     |                |  |
| Observaciones: NO APLICA   |     |                               |                               |  |                                     |                |  |
| N/A NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)  |     |                               |                               |  |                                     |                |  |
| RESTRICCIONES LABORALES  |     |                               | TIPO                          | RECOMENDACIONES  |                                     |                |  |
| SIN RESTRICCIONES LABORALES  |     |                               | NO APLICA                     | NO APLICA  |                                     |                |  |
| El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:   |     |                               |                               |  |                                     |                |  |
| EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR   |     |                               | ✓                             |  |                                     |                |  |
| RECOMENDACIONES MÉDICAS  |     | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES |                               |  | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |                |  |
|  |     | USO DE EPP                    |                               |  | FORTALECIMIENTO MUSCULAR            |                |  |
|  |     |                               |                               |  | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA           |                |  |
|  |     |                               |                               |  | DIETA BALANCEADA                    |                |  |
| Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento. |     |                               |                               |  |                                     |                |  |
| <b>Médico</b>  |     |                               |                               | <b>Aspirante o Trabajador</b>                                  |                                     |                |  |
| Firma:   |     |                               |                               | Firma:   |                                     |                |  |
| Nombre: CC: 1044429899 - STEPHANIE VANESSA MERLANO   |     |                               |                               | Nombre: MENDOZA RUIZ CARLOS MARIO                              |                                     |                |  |
| R. M.: 1044429899  |     | L.S.O.: 2024060000790         |                               | Código de Seguridad  |                                     | CC: 1102857140 |  |
|  |     |                               |                               | 01718U1A1897   |                                     |                |  |