

		EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO			
		"HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES"			
		TIPO DE DOCUMENTO:	NOMBRE	AREA O PROCESO QUE LO GENERA:	
		FORMATO	LISTA DE CHEQUEO HOJA DE VIDA Y VINCULACION - PERSONAL ADMINISTRATIVO	GESTION DE TALENTO HUMANO	
CODIGO	VERSION	FECHA ELABORACION			
A-TH-F-002	2	02/01/2025			
DATOS DEL CONTRATISTA					
NOMBRE COMPLETO:		Jenny Carolina Ramirez Morales		D.I:	
CARPETA	NO.	DOCUMENTO	PERFIL O AREA:	RESPONSABLE	VERIFICACION
CONTRATACION	1	CERTIFICADO DE INEXISTENCIA DE PERSONAL	LIDER SST-	HOSPITAL	SI
	2	CDP		HOSPITAL	
	3	ESTUDIOS PREVIOS		HOSPITAL	
	4	INVITACION POSIBLE CONTRATISTA		HOSPITAL	
	5	PROPUESTA DE OFERTA DE SERVICIOS		CONTRATISTA	
	6	FORMATO DE ENTREVISTA DEL SUPERVISOR		HOSPITAL	
	7	CERTIFICADO DE APROBACION DE LA PROPUESTA		HOSPITAL	
HOJA DE VIDA	1	CONSENTIMIENTO INFORMADO HOJA DE VIDA	HOSPITAL		
	2	FORMATO UNICO HOJA DE VIDA - FUNCION PUBLICA	CONTRATISTA		
	3	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONTRATISTA		
	4	FORMULARIO DE BIENES Y RENTAS APLICATIVO POR LA INTEGRIDAD - CONFLICTO DE INTERES	CONTRATISTA		
	5	FORMULARIO SARLAFT	HOSPITAL Y CONTRATISTA		
	6	CERTIFICADO DE CAMARA DE COMERCIO (No mayor a un mes - persona juridica y natural con establecimiento)	CONTRATISTA		
FORMACION ACADEMICA	7	RUT (Actualizado)	CONTRATISTA		
	8	CERTIFICADO EXPERIENCIA (dos ultimos)	CONTRATISTA		
	1	TARJETA PROFESIONAL	CONTRATISTA		
	2	DIPLOMA POSGRADO, MAESTRIA, DOCTORADO	CONTRATISTA		
	3	ACTA DE GRADO POSGRADO, MAESTRIA, DOCTORADO	CONTRATISTA		
	4	DIPLOMA PREGRADO, TECNICO, TECNOLOGO O AUXILIAR	CONTRATISTA		
	5	ACTA DE GRADO PREGRADO, TECNICO, TECNOLOGO O AUXILIAR	CONTRATISTA		
	6	DIPLOMA DE BACHILLER	CONTRATISTA		
	7	ACTA DE GRADO DE BACHILLER	CONTRATISTA		
	8	FORMATO AUTORIZACION DE VERIFICACION DE TITULOS	HOSPITAL		
OTROS TITULOS (Res. 3100)	9	VALIDACION DE TITULOS (Respuesta de la Institucion)	HOSPITAL		
	10	CONVALIDACION DE TITULOS EN EL EXTERIOR	HOSPITAL		
ANTECEDENTES (Actuales)	1	CER. ANTECEDENTES PROCURADURIA	CONTRATISTA		
	2	CER. ANTECEDENTES CONTRALORIA	CONTRATISTA		
	3	CER. MEDIDAS CORRECTIVAS (Policia)	CONTRATISTA		
	4	CER. ANTECEDENTES JUDICIALES (Policia)	CONTRATISTA		
	5	CER. ANTECEDENTES DELITOS DE VIOLENCIA SEXUAL	CONTRATISTA		
	6	CER. ANTECEDENTES REDAM (Registro de Deudores Alimentarios Morosos)	CONTRATISTAS		
	7	COPNIA (Ingenieros)	CONTRATISTAS		
VACUNAS, POLIZAS, AFILIACIONES, ENTRE OTROS	1	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO	CONTRATISTAS		
	2	EXAMEN MEDICO PERIODICO (Tercerizados cada 6 meses / personal OPS cada 2 años)	CONTRATISTA O EMPLEADOR		
	3	CARNE DE VACUNA SARS-COV-2	CONTRATISTA		
	4	CARNET DE VACUNACION (Hepatitis b, Toxoide tetanico, Influenza)	CONTRATISTA		
	5	CERTIFICADO AFILIACION A SALUD	CONTRATISTA		
	6	CERTIFICADO AFILIACION A PENSION	CONTRATISTA		
	7	CERTIFICADO AFILIACION ARL	HOSPITAL		
	8	CERTIFICADO BANCARIO (No mayor a 30 dias)	CONTRATISTA		
CONTRATACION	9	VERIFICACION INDUCCION - REINDUCCION	HOSPITAL		
	1	CERTIFICADO DE IDONEIDAD - GERENTE	CONTRATISTA		
	2	MINUTA DE CONTRATO	HOSPITAL		
	3	REGISTRO PRESUPUESTAL	HOSPITAL		
	4	POLIZAS (Si aplica)	HOSPITAL		
	5	ACEPTACION DE LAS POLIZAS (si aplica)	HOSPITAL		
	6	ACTA DE INICIO	HOSPITAL		
	7	SOPORTE PAGOS	CONTRATISTA Y HOSPITAL		
8	ACTA DE LIQUIDACION	HOSPITAL			
VERIFICACION Y REGISTRO DE LA INFORMACION					
Vb. Recibido Talento Humano:			1ras Correcciones en documentos:		
2das Correcciones en documentos:			3ras Correcciones en documentos:		
Vb. Afiliacion ARL:			Vb. Recibido Contratacion:		

Secop 11

1891-1892

Funza Cundinamarca, Julio de 2.026

Doctora

JULIA ISABEL MUELLE PLAZAS

Gerente

ESE. Hospital Nuestra Señora de las Mercedes

Funza Cundinamarca

Ref. Presentación propuesta de servicios de Apoyo de la E.S.E.

Yo, **YENNY CAROLINA PEDRAZA MORENO**, identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.019.047.932 expedida en Bogotá, me permito presentar propuesta para prestar mis servicios, cuyos datos describo a continuación, manifestando que acepto las condiciones pactadas en el contrato a suscribir entre las dos partes como Contratista Independiente; así mismo manifiesto que las actividades a realizar las puedo ejecutar en el tiempo acordado con el Hospital.

OBJETO: Prestar servicios de Apoyo a la Gestión administrativa En El Sistema De Gestión En Salud Y Seguridad En El Trabajo con destino a la E.S.E. Hospital Nuestra Señora de las Mercedes del Municipio de Funza y sus Puestos de Salud Hato y Siete Trojes.

ACTIVIDADES A REALIZAR: DETALLE DE LAS ACTIVIDADES ESPECÍFICAS A REALIZAR.

- 1) La ejecución del objeto contractual incluye, asesorar y divulgar los procedimientos necesarios para el control de documentos y registros del sistema de gestión para la seguridad y salud en el trabajo (SG-SST), acorde a lo definido al decreto 1072 de 2015 y de acuerdo con la propuesta presentada por la contratista.
- 2) Realizar los informes que sean solicitados por el contratante sobre el desarrollo del objeto del contrato
- 3) Implementar estrategias de sensibilización orientadas a la prevención de los accidentes y enfermedades laborales
- 4) Realizar acompañamiento en las reuniones del comité paritario de seguridad y salud en el trabajo
- 5) Realizar socialización de autocuidado plan de acción de las investigaciones de accidentes laborales
- 6) Realizar capacitación tema funciones del comité paritario de seguridad y salud en el trabajo
- 7) Participar en reuniones en temas de seguridad y salud en el trabajo
- 8) Presentar informe mensual de seguridad y salud en el trabajo
- 9) Presentar informe de inspecciones locativas
- 10) Realizar base de ausentismo
- 11) Realizar base de accidentalidad
- 12) Atender los requerimientos y directrices que le sean impartidas de la entidad a través de su director o del supervisor del contrato

- 13) Mantener la reserva profesional sobre los documentos e información que le sean suministradas para el desarrollo del objeto del contrato.
- 14) Asistir a las reuniones del comité local de salud ocupacional
- 15) Enviar el reporte de SIVISALA
- 16) Afiliaciones a la ARL Sura.
- 17) Cumplir con el Plan de Trabajo Anual
- 18) Realizar de manera oportuna la publicación del informe de actividades con soportes en la plataforma secop II.

VALOR MENSUAL: El valor de la propuesta por la prestación de los servicios será lo pactado con la entidad.

TÉRMINO INICIAL DE EJECUCIÓN: Lo pactado con la entidad.

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

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

INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD: Declaró que no me hallo incurso en ninguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidad establecidas en la Ley y que tampoco me encuentro incurso en ninguno de los eventos previstos como prohibiciones especiales para contratar solicitados para la suscripción del contrato, así como las pólizas y demás documentos a que haya lugar para la legalización y ejecución del contrato.

DIRECCIÓN: Manifiesto que mi dirección de residencia es Calle 17 # 12 -68 barrio Centro del municipio de Funza, correo electrónico carito01.pedraza@gmail.com, número de celular es 3125150175.

Cordialmente,

YENNY CAROLINA PEDRAZA MORENO
C.C. No. 1.019.047.932 de Bogotá



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

Hospital Nuestra señora de las Mercedes

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Pedraza	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Moreno	NOMBRES Yenny Carolina
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1019047932	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐ PAÍS Colombia
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 01 MES 07 AÑO 1990 PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca MUNICIPIO Bogotá		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA Calle 17 # 12 - 68 PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca MUNICIPIO Funza TELÉFONO 3125150175 EMAIL carito01.pedraza@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: Bachiller	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	
FECHA DE GRADO										MES 12 AÑO 2008	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN					No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO				
UN	10	X		Ingeniera ambiental	10	2	0	1	7	25238-411176 CND
ES	2	X		Especialista en gerencia de seguridad y salud en el trabajo	06	2	0	1	9	7179

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
inglés	X			X			X		

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.			
EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD Pacto Planeta S.A.S.	PÚBLICA	PRIVADA ☒	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Cundinamarca	MUNICIPIO Bogotá	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD proyectos@pactoplaneta.com	
TELÉFONOS 3177375735	FECHA DE INGRESO DÍA 30 MES 04 AÑO 2021	FECHA DE RETIRO DÍA 15 MES 12 AÑO 2025	
CARGO O CONTRATO ACTUAL Profesional de sistemas de gestión	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN Kra 2A 45A - 47 Soacha	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Thomas Express	PÚBLICA	PRIVADA ☒	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Cundinamarca	MUNICIPIO Bogotá	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD monika.mendieta@thomasmeg.com	
TELÉFONOS 3578310	FECHA DE INGRESO DÍA 02 MES 03 AÑO 2020	FECHA DE RETIRO DÍA 01 MES 03 AÑO 2021	
CARGO O CONTRATO Coor de Salud y seguridad en el trabajo	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN Calle 46A # 62 - 54	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	

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

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

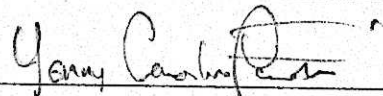
OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	5	6
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	5	6

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

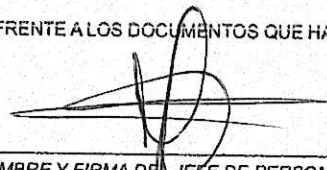
Ciudad y fecha de diligenciamiento Funza, 23/07/2026


FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Funza, julio 2026
Ciudad y fecha


NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.019.047.932
PEDRAZA MORENO

APELLIDOS
YENNY CAROLINA

NOMBRES

Carolina Pedraza M
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 01-JUL-1990
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 ESTATURA O+ G.S. RH F SEXO

09-JUL-2008 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INCOE DERECHO

Carlos Arnel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARNEL SÁNCHEZ TORRES



P-1500150-00072041-F-1019047932-20080917 0003406696A 1 28649463

Tipo de declaración **•INGRESO** Fecha de publicación **2026-07-22 19:12**

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
YENNY	CAROLINA	PEDRAZA	MORENO

Documento de identificación	
Tipo CEDULA DE CIUDADANIA	Número 1019047932

Lugar de nacimiento			
País COLOMBIA	Departamento BOGOTÁ. D.C.	Municipio BOGOTÁ. D.C.	

Lugar de domicilio			
País COLOMBIA	Departamento CUNDINAMARCA	Municipio FUNZA	

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 NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES	
Lugar de sede		
País COLOMBIA	Departamento CUNDINAMARCA	Municipio FUNZA
Dirección	["Calle 11 # 9 - 99"]	
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 ACRENCIAS

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

1941

1942

1943

1944

1945

1946

1947

1948

1949

1950

1951

1952

1953

1954

1955

1956

1957

1958

1959

1960

1961

1962

1963

1964

1965

1966

1967

1968

1969

1970

1971

1972

1973

1974

1975

1976

1977

1978

1979

1980

1981

1982

1983

1984

1985

1986

1987

1988

1989

1990

1991

1992

1993

1994

1995

1996

1997

1998

1999

2000

2001

2002

2003

2004

2005

2006

2007

2008

2009

2010

2011

2012

2013

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	\$33.600,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	\$33.600,00

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	\$7.863.658,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
PAGO ARRIENDO	\$1.000.000,00

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

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí ☐ No ☒

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí ☐ No ☒

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

Page 1 of 1

Page 1 of 1

Page 1 of 1

Page 1 of 1	Page 1 of 1	Page 1 of 1	Page 1 of 1
-------------	-------------	-------------	-------------

Page 1 of 1	Page 1 of 1	Page 1 of 1	Page 1 of 1
-------------	-------------	-------------	-------------

Page 1 of 1	Page 1 of 1	Page 1 of 1	Page 1 of 1
-------------	-------------	-------------	-------------

Page 1 of 1

Page 1 of 1	Page 1 of 1	Page 1 of 1	Page 1 of 1
-------------	-------------	-------------	-------------

Page 1 of 1

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí ☐ No ☒

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí ☐ No ☒

Los intereses personales de mi cónyuge o compañero o compañera permanente son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño:

Sí ☐ No ☐

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento

Número

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

Sí ☐ No ☒

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual: Sí ☐ No ☒

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí ☐ No ☒

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí ☐ No ☒

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí ☐ No ☒

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

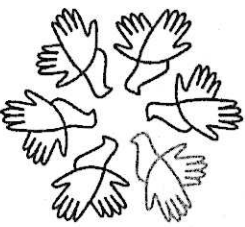
Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí ☐ No ☒

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

--

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

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	TIPO DE CLIENTE O CONTRAPARTE			TIPO DE SOLICITUD
	Contratista ☒	Proveedor ____	Personal Planta ____	Vinculación ☒
	Prestador IPS ____	Junta Directiva ____	Otro ____	Actualización ____

Departamento: Cundinamarca Ciudad: Fúnez

1. INFORMACIÓN GENERAL

PERSONA NATURAL

Primer Apellido: <u>Padrón</u>	Segundo Apellido: <u>Moreno</u>	Nombres: <u>Yenny Carolina</u>
Tipo De Documento: <u>Cédula de Ciudadanía</u>	No. De Identificación: <u>1019047932</u>	Fecha De Nacimiento: <u>01-07-1990</u>
Lugar De Nacimiento: <u>Bogotá</u>	Fecha De Expedición: <u>09-07-2008</u>	Lugar De Expedición: <u>Bogotá</u>
Dirección: <u>Calle 17 #12-68</u>	Ciudad: <u>Fúnez</u>	Departamento: <u>Cundinamarca</u>
Teléfono: <u>3125150175</u>	Celular: <u>3125150175</u>	Profesión/Ocupación: <u>Líder ambiental esp. SST</u>

RESPONDA SI O NO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

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

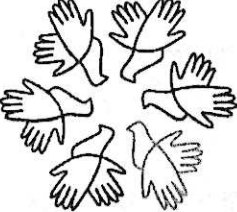
PERSONA JURÍDICA

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

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

"Tu Salud, Nuestro Compromiso"

Documento controlado. Una vez impreso o descargado este documento se considera copia.

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

ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL

Salud ____ Farmacéutico ____ Industrial ____ Servicios ____ Comercial ____ Otro ____ ¿Cuál?

Descripción de la actividad económica:

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

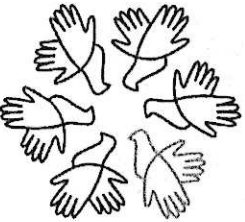
REPRESENTANTE LEGAL

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

RESPONDA SI O NO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

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

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

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

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

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

RESPONDA SI O NO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

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

JUNTA DIRECTIVA (Adjuntar relación si los campos son insuficientes)

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

RESPONDA SI O NO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

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

PERSONAS PÚBLICAMENTE EXPUESTAS PEP

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

RESPONDA SI O NO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

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

2. INFORMACIÓN FINANCIERA

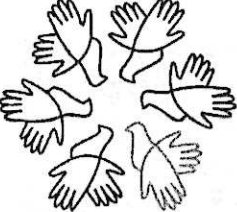
Total Activos \$ 10.000.000	Total Pasivos \$ 2.000.000	Total Patrimonio \$ 8.000.000
Ingresos Mensuales \$ 2.500.000	Egresos Mensuales \$ 1.000.000	Otros Ingresos \$ —

Corte De Información Financiera

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

"Tu Salud, Nuestro Compromiso"

Documento controlado. Una vez impreso o descargado este documento se considera copia.

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

3. OPERACIONES INTERNACIONALES		
Realiza negocios en moneda extranjera	No	Tipo de transacciones
		¿Cuál?

PRODUCTOS FINANCIEROS EN MONEDA EXTRANJERA						
Tipo De Producto	No. De Producto	Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda

4. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

DECLARO EXPRESAMENTE QUE:

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

5. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

6. FIRMA Y HUELLA

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

Yenny Carolina Pedraza
FIRMA



DIAN		Formulario del Registro Único Tributario		001	
2. Concepto 1 3 Actualización de oficio		4. Número de formulario 14551622906			
		 (415)7707212489984(8020) 000001455162290 6			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 7 0 0 0 2 6 9 8 2 1		6. DV 1		12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá	
				14. Buzón electrónico 3 2	
IDENTIFICACIÓN					
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida 2		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3		26. Número de identificación 1 0 1 9 0 4 7 9 3 2	
Lugar de expedición 28. País COLOMBIA 1 6 9		29. Departamento Bogotá D.C. 1 1		30. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C. 0 0 1	
31. Primer apellido PEDRAZA		32. Segundo apellido MORENO		33. Primer nombre YENNY	
				34. Otros nombres CAROLINA	
35. Razón social					
36. Nombre comercial					
37. Sigla					
UBICACIÓN					
38. País COLOMBIA 1 6 9		39. Departamento Bogotá D.C. 1 1		40. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C. 0 0 1	
41. Dirección principal CL 143 128 02 IN 17 AP 205 MZ 3					
42. Correo electrónico carito01.pedraza@gmail.com					
43. Código postal		44. Teléfono 4 6 8 6 6 5 1		45. Teléfono 2 3 2 1 3 1 5 2 4 2 0	
CLASIFICACIÓN					
Actividad económica					
Actividad principal 46. Código 8 2 9 9		Actividad secundaria 47. Fecha inicio actividad 2 0 0 6 0 7 1 2		Otras actividades 48. Código 1 2	
Responsabilidades, Calidades y Atributos					
53. Código 4 9					
49 - No responsable de IVA					
Usuarios aduaneros					
Exportadores					
54. Código					
55. Forma					
56. Tipo					
Servicio					
57. Modo					
58. CPC					
59. Anexos SI NO X					
60. No. de Folios: 0					
61. Fecha 20190529					
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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA					
985. Cargo					



CERTIFICACIÓN LABORAL

El Director de **PACTO PLANETA S.A.S** certifica que **YENNY CAROLINA PEDRAZA MORENO**, identificada con **C.C 1.019.047.932**, laboró en la empresa desde **Abril 30 de 2021** hasta **Diciembre 15 de 2025**, desempeñando el cargo de **Profesional de Sistemas de Gestión**. Su contrato, inicialmente a término fijo, fue actualizado a término indefinido en junio de 2024, y devengaba un salario mensual de \$2.850.000 COP.

Para constancia de lo anterior se firma en Soacha a los dieciocho (18) días del mes de diciembre del dos mil veinticinco (2025).

Cordialmente,

Cristhian Verdugo
Director
proyectos@pactoplaneta.com



NIT: 800215592

THOMAS GREG EXPRESS S.A

CERTIFICA

Que la señora, YENNY CAROLINA PEDRAZA MORENO, identificada con Documento nacional identidad N° 1019047932, laboró en esta compañía así:

Fecha de Ingreso : 02.03.2020

Fecha de Retiro: 01.03.2021

Ultimo Cargo: Coor de Salud y Seguridad en el Trabajo

Ciudad : Bogotá TG. Express.

La presente certificación se expide a solicitud de la interesada, en Bogotá, el 16 de Marzo de 2021 para presentar A QUIEN INTERESE.

Cordialmente,

BIBIANA CADENA MALDONADO
DIRECTOR NOMINA Y SEG. SOCIAL

La presente certificación se expide por solicitud del titular de la información o de la persona autorizada para tal efecto. Con la presentación de esta certificación a un tercero, el titular autoriza en forma inequívoca a la compañía a confirmar los datos que se registran en su contenido. Para efectos de verificación, esta certificación tendrá una vigencia de 60 días.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

DIRECCIÓN DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
SUBDIRECCIÓN INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE SERVICIOS DE SALUD

RESOLUCION No 7179 de 21/08/2019

"Por la cual se Concede Licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo"

LA DIRECTORA DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

En uso de sus facultades legales conferidas en los artículos 23 de la ley 1562 de 2012 y 1o. de la Resolución 4502 del 28 de diciembre de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social y en especial por las que le confiere el Decreto 507 del 6 de noviembre de 2013 de la Alcaldía Mayor de Bogotá y

CONSIDERANDO

Que el (la) señor(a) YENNY CAROLINA PEDRAZA MORENO, Identificado(a) con CC 1019047932 de BOGOTÁ D.C., ha solicitado Licencia para prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo como persona natural;

Que el peticionario ha presentado la documentación necesaria, exigida por el literal A del Artículo Segundo de la Resolución 4502 del 28 de diciembre de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social.

Que revisada la solicitud presentada con su documentación anexa y verificado el cumplimiento de los requisitos exigidos por la Resolución No. 4502 de 2012 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social para el otorgamiento de la licencia de salud ocupacional, se considera procedente la expedición de licencia solicitada.

En mérito de lo expuesto, la Directora de Calidad de Servicios de Salud de la Secretaría Distrital de Salud

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO: Conceder Licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo a YENNY CAROLINA PEDRAZA MORENO, Identificado(a) con CC 1019047932 de BOGOTÁ D.C., como INGENIERA AMBIENTAL ESPECIALISTA EN GERENCIA DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

ARTICULO SEGUNDO: La licencia otorgada comprende la prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo en las siguientes áreas o campos de acción:

- INGENIERIA AMBIENTAL EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
- HIGIENE INDUSTRIAL
- SEGURIDAD INDUSTRIAL
- EDUCACION Y CAPACITACION
- INVESTIGACION EN AREA TECNICA
- INVESTIGACION EN ACCIDENTES DE TRABAJO DE ACUERDO CON SU COMPETENCIA

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: 364 9666



BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS

Fecha Reporte: 21/08/2019
Página: 1 de 2



Continuación de la Resolución No 7179 del 21/08/2019 por la cual se concede Licencia de Prestación de Servicios de Seguridad y Salud en el Trabajo

- DISEÑO, ADMINISTRACION Y EJECUCION DEL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

ARTÍCULO TERCERO: La presente Licencia se concede por término de diez (10) años, es de carácter personal e intransferible, tendrá validez en todo el territorio nacional y puede solicitarse su renovación, por un término igual, en cualquier Secretaría Seccional o Distrital del país.

ARTICULO CUARTO: Cuando el titular de la licencia modifique alguna de las condiciones acreditadas en el momento de su obtención, deberá informar tal hecho a la Dirección de Calidad de Servicios de Salud - Subdirección Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud de esta Secretaría de Salud, a fin de que se proceda a modificar la resolución por la cual se otorgó la licencia. En caso contrario incurrirá en las sanciones previstas en las normas legales vigentes.

ARTICULO QUINTO: El titular de la licencia deberá dar estricto cumplimiento a las normas que regulan la materia, en especial a la Ley 1562 de 2012, Resolución 4502 del 28 de diciembre de 2012 y demás normas que la modifiquen o adicionen.

ARTICULO SEXTO: Notificar personalmente esta Resolución a YENNY CAROLINA PEDRAZA MORENO informándole que de conformidad con el artículo 74 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (Ley 1437 de 2011) contra la misma proceden los recursos de reposición y en subsidio apelación, los cuales podrá interponer ante esta Secretaría, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la notificación de este acto administrativo.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE
Dada en Bogotá D.C. a los 21/08/2019

MARTHA J. FONSECA S

MARTHA JUDITH FONSECA SUAREZ

Directora de Calidad de Servicios de Salud (E)

Elaboró: **ELIZABETH LLOSA**

Revisó: Clara Helena Villanueva Herrera

Aprobó: Martha Judith Fonseca Suarez

Bogotá D.C.	Feb. 27 / 2020
A la fecha notifiqué personalmente a señor (a)	Fonseca Suarez, Yenny
C.C. #.	1069176062
Teléfono:	3209888571
Correo:	ycruz14@centrul.edu.co
Firma:	P.I.P. [Firma]

Cra. 32 No. 12-81

Tel.: 364 9090

www.saludcapital.gov.co

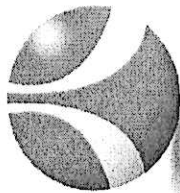
Info: 364 9666



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

Fecha Reporte: 21/08/2019

Página: 2 de 2



equidad
riesgos laborales

**LA REPÚBLICA DE COLOMBIA Y EN SU NOMBRE
LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C.**
NIT 830.008.686-1

Debidamente autorizada y habilitada por el Ministerio del Trabajo bajo el número de registro **RCO 0018**, otorga la certificación correspondiente a la capacitación virtual en el **Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST)** a:

YENNY CAROLINA PEDRAZA MORENO

C.C. No. **1019047932**

Número de horas cursadas: **50 horas**

De acuerdo a lo establecido en la Resolución Número **4927 del 2016**
El presente certificado se expide el **6 de noviembre de 2018**

Bogotá D.C.

Certificado

No. TRC/Col/IDP/2035

Otorgado a:

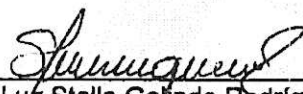
Yenny Carolina Pedraza Moreno
C.C. 1.019.047.932

Por su participación y aprobación del curso:

Auditor Interno Integral ISO 9001:2015 - ISO
14001:2015 - ISO 45001:2018
Fundamentado en la Norma ISO 19011:2018

Desarrollado del 18 al 21 de enero de 2021 con una duración de 16 horas.

Organizado en convenio con:
UNIVERSIDAD ECCI


Luz Stella Galindo-Rodríguez
TÜV Rheinland Colombia S.A.S
Local Field Manager A.02

Fecha de Emisión: 26 de Enero 2021

Lugar: Bogotá - Colombia



Universidad ECCI

República de Colombia

Ministerio de Educación Nacional y en su nombre la

Universidad ECCI

Resolución No. 1100 del 10 de Agosto de 2017 por la MRE y

Confiere a

Zenny Carolina Pedraza Moreno

C.C. 1019047022 de Bogotá DC

El título de

Especialista en:

encia de la Seguridad y Salud en el Trabajo

En testimonio de ello se expide, firma y sella el presente Diploma en la Ciudad de Bogotá DC

A los 28 días del mes de Junio de 2019



[Firma]

Rector

[Firma]
Rector de Pedraza

ACTA DE GRADO No. 094

REPÚBLICA DE COLOMBIA

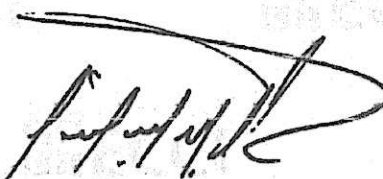
**UNIVERSIDAD ECCI
APROBADA POR RESOLUCIÓN No. 13370 DE AGOSTO 19 DE 2014
DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL.**

En Bogotá D.C., a los Veintiocho (28) días del mes de junio de 2019 en las instalaciones de la Universidad ECCI siendo las 05:00 p.m., se llevó a cabo la graduación del(a) estudiante **PEDRAZA MORENO YENNY CAROLINA**, identificado(a) con la C.C. No. 1019047932 expedida en Bogotá D.C., quien aprobó satisfactoriamente el plan de estudios correspondiente y cumplió con las condiciones académicas requeridas por la Institución. Como opción de grado realizó el **PROYECTO DE GRADO** titulado(a) **CORRELACIÓN ENTRE RIESGO PSICOSOCIAL Y CLIMA LABORAL EN OBRAS DE CONSTRUCCIÓN**, obteniendo una calificación de 4.5 (Cuatro Punto Cinco) con concepto **Aprobatorio(a)**. En virtud de lo anterior y en representación de la Universidad, el señor Rector previa toma de juramento le confirió el título de **ESPECIALISTA EN GERENCIA DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**.

Para constancia se firma la presente.



DR. FERNANDO A. SOLER LÓPEZ
RECTOR



ESP. LUISA MARÍA HINCAPIÉ ROZO
SECRETARIA GENERAL



MSC. JULIO ALBERTO PEREA SANDOVAL
DIRECTOR DE POSGRADO



Libertad y Orden

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

Universidad ECCI

Resolución No. 13370 del 10 de Agosto de 2014 por el M.E.N.

Confiere a
Yenny Carolina Pedraza Moreno

C.C. 1.019.047.932 de Bogotá D. C.

El título de:

Ingeniera Ambiental

En testimonio de ello se expide, firma y sella el presente Diploma en la Ciudad de Bogotá D.C.
A los 20 días del mes de Octubre de 2017



[Firma]
Secretaría General

[Firma]
Rector

[Firma]
Decano de Facultad

ACTA DE GRADO No. 260

REPÚBLICA DE COLOMBIA

UNIVERSIDAD ECCI

**APROBADA POR RESOLUCIÓN No. 13370 DE AGOSTO 19 DE 2014
DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL.**

En Bogotá D.C., a los 20 (Veinte) días del mes de Octubre de 2017 en las instalaciones del Teatro El Dorado ECCI, siendo la 1:00 pm, se llevó a cabo la graduación del(a) estudiante **PEDRAZA MORENO YENNY CAROLINA**, identificado(a) con la C.C. No. **1019047932** expedida en **Bogotá D.C.**, quien aprobó satisfactoriamente el plan de estudios correspondiente y cumplió con las condiciones académicas requeridas por la Institución. Como opción de grado realizó el **CICLO COTERMINAL** de la **ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**, obteniendo una calificación de 4.1 (Cuatro Punto Uno) con concepto **Aprobatorio(a)**. En virtud de lo anterior y en representación de la Universidad, el señor Rector previa toma de juramento le confirió el título de **INGENIERA AMBIENTAL**.

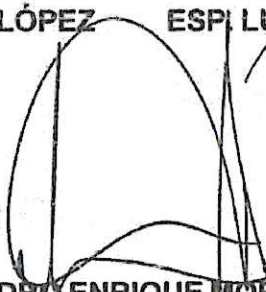
Para constancia se firma la presente.



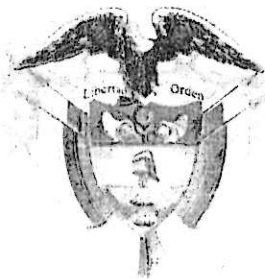
DR. FERNANDO A. SOLER LÓPEZ
RECTOR



ESPI. LUISA MARÍA HINCAPIÉ ROZO
SECRETARIA GENERAL



MSC. ALEJANDRO ENRIQUE MORENO ANDRADE
DECANO DE FACULTAD



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

Colegio José Asunción Silva - J.F.A.

Jornada Tarde

Aprobada por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C. según
Resolución No. 1903 del 28 de Junio de 2002

Confiere a :

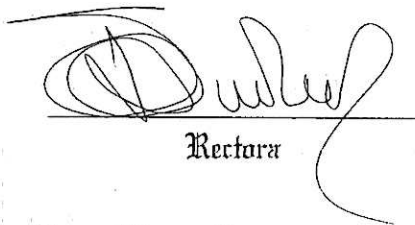
Yenny Carolina Pedraza Moreno

C.C. 1.019.047.932 de Bogotá D.C.

el Título de

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de
Educación Media Académica, (Artículo 88 y 89 Ley 115 de 1994) y el
Decreto 1860 de 1994, según los planes y programas vigentes


Rectora


Secretaria Académica



Registro Interna
Acta No. 039 Folio 09

Dada en Bogotá, D.C. a 3 de Diciembre de 2008

No requiere Registro de la Secretaría de Educación, según
Decreto 921 del 6 de Mayo de 1994 del Gobierno Nacional.

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 299879136



PIB

21:58:33

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 22 de julio 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) YENNY CAROLINA PEDRAZA MORENO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1019047932:

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.

División de Relacionamento con el Ciudadano.



www.procuraduria.gov.co



Carrera 5 No. 15 - 60 Piso 1; Pbx 5878750
ext. 13170; Bogotá D.C.



Línea gratuita 018000910315

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 22 de julio de 2026, a las 22:00:01, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1019047932
Código de Verificación	1019047932260722220001

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

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



HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado



Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 22/07/2026 10:01:38 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1019047932** y
Nombre: **YENNY CAROLINA PEDRAZA MORENO**.

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. **144351938** . 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



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





POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:03:19 PM horas del 22/07/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 1019047932

Apellidos y Nombres: **PEDRAZA MORENO YENNY CAROLINA**

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, correspondían 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.aralc-alc@policia.gov.co



Presidencia
de la República



Ministerio de
Defensa Nacional



Portal Único
de Contratación



GOV.CO

Todos los derechos reservados.

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 22:04:54 horas del 22/07/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1019047932**,

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **Yenny Pedraza**, con NIT **101904793-2** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 "por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones" y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 "por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018", con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

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



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

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos REDAM, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1019047932 **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 22/07/2026 10:18 PM



Código Verificación: L8BFNGAZMX

Válida hasta: 21/10/2026

Dirección de Gobierno Digital

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



REPÚBLICA DE COLOMBIA

COPNIA

Consejo Profesional Nacional de Ingeniería

Matrícula Profesional No.

25238-411176 CND

Fecha de Expedición: **18/01/2019**

Nombre:

**YENNY CAROLINA
PEDRAZA MORENO**

Identificación:

C.C. 1019047932

Profesión:

INGENIERA AMBIENTAL

Institución:

UNIVERSIDAD ECCI



1. INFORMACIÓN GENERAL

Empresa Usaria: INDEPENDIENTE
Nombre: YENNY CAROLINA PEDRAZA MORENO
Fecha de nacimiento: 1990-07-01
Edad: 36 años
Estado civil: Union_libre
Dirección actual: CALLE 17
Teléfono: 3125150175
Ocupación: LIDER DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO -
CONTRATISTA
AFP: PROTECCIÓN
RH: O+
Responsable**: FABIAN BUITRAGO (ESPOSO)
Acompañante: El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante.

Actividad económica: Servicios
Documento: CC 1019047932
Lugar de nacimiento: BOGOTA (CUNDINAMARCA)
Identidad de Género: Femenino
No. hijos vivos: 1
Municipio: FUNZA
Escolaridad: Universitario_completo
EPS: COMPENSAR EPS
ARL: NO SABE
Teléfono: 3143929912



** La información de responsable se encuentra actualizada de acuerdo a la última suministrada por el paciente en la historia para efectos de un contacto oportuno ante cualquier eventualidad.

INMUNIZACIONES Relación de biológicos aplicados:

No presenta carnet de vacunación para revisión.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Visiometría: NO APLICA.
Audiometría: NO APLICA.
Espirometría computarizada: NO APLICA.

CONCLUSIONES OCUPACIONALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a YENNY CAROLINA PEDRAZA MORENO con documento de identificación No. 1019047932 se considera No presenta restricciones para desempeñar la ocupación de LIDER DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO - CONTRATISTA del sector económico Servicios

RECOMENDACIONES MEDICAS Y TERAPEUTICAS (Para el manejo de enfermedades generales o comunes)

1. Solicitar en su entidad de salud valoración de su alteración del peso por Nutricionista..
2. Continuar con los controles anuales por optometría para revisión de la fórmula de lentes..

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

VO PRESENTA RESTRICCIONES

Clasificación PVE:

CLASIFICACIÓN EN EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA OSTEOMUSCULAR: De acuerdo con la información disponible y el examen realizado, se clasifica como NO CASO.

OBSERVACIONES FINALES

CONSIDERACIONES SOBRE LA CAPACIDAD VISUAL EVALUADA POR EL MÉDICO: En el examen Médico Ocupacional realizado se incluyó una valoración de la capacidad visual, en la que se encontró una agudeza visual adecuada para el desempeño de la ocupación actual.

ENFASIS EN EL EXAMEN DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR: En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

Yeni Lorena Babativa

YENI LORENA BABATIVA RODRIGUEZ
Doc: 52933034
Medico y Cirujano
U. Rosario
Res 251008 14/03/2007
E. G. en Salud Ocupacional
U. Mayor Cundinamarca
Res 25-1325 05/09/2017

Yenny Pedraza



Firma para identificación de usuario Índice der
YENNY CAROLINA PEDRAZA MORENO
Documento: 1019047932



Escanee el código si desea verificar datos

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES MÉDICOS: La Resolución 1843 de 2025 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección Social) reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales, con el objeto de determinar la existencia de restricciones para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo. También establece que la Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MÉDICO correspondiente del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clínica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, según lo establecido en la Resolución 1843 de 2025 el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hacen parte integral de su historial médico.

Carrera 12 No 25b - 84 Funza - Cundinamarca - Colombia PBX: (604) 5 100 500
www.colmedicos.com Info@colmedicos.com

Impreso por: maira.garcia
Fecha: 2026-07-24 Hora: 15:07

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
MSC COVID-19	3	ENE 2022	PFIZER	FM 2934	CompuSur Jubileo	Yenny Ariza Enyel	100120276
③	100822		PFIZER	PCN	community coops	Sandra Beltrán	52917528

Certificado de Vacunación

Institución: Seht

Nombre: Yenny Carolina Pedraza Herrera

Identificación: 1019047982 Tel: _____

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
TELNO 1	1	2024-01-23	20200128A	Yenny Ariza
TELNO 2	2	2024-03-08	22080021	Yenny Ariza
TELNO 3	3	2024-10-22	20220128A	Yenny Ariza

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única				
Fiebre Amarilla	Única				
Tosque letálica - Difteria (Tel)	1	24-09-2014	233-11060	CompuSur	Yenny Ariza
	2	19 FEB 2022	233-11060	CompuSur	Yenny Ariza
	3	13 JUN 2022	233-11060	CompuSur	Yenny Ariza
	4	15 JUN 23			
	5				
	6				
	7				
	8				
	9				
	10				
	11				
	12				
	13				
	14				
	15				
	16				
	17				
	18				
	19				
	20				
	21				
	22				
	23				
	24				
	25				
	26				
	27				
	28				
	29				
	30				
	31				
	32				
	33				
	34				
	35				
	36				
	37				
	38				
	39				
	40				
	41				
	42				
	43				
	44				
	45				
	46				
	47				
	48				
	49				
	50				
	51				
	52				
	53				
	54				
	55				
	56				
	57				
	58				
	59				
	60				
	61				
	62				
	63				
	64				
	65				
	66				
	67				
	68				
	69				
	70				
	71				
	72				
	73				
	74				
	75				
	76				
	77				
	78				
	79				
	80				
	81				
	82				
	83				
	84				
	85				
	86				
	87				
	88				
	89				
	90				
	91				
	92				
	93				
	94				
	95				
	96				
	97				
	98				
	99				
	100				

11 dosis

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co



La salud
es de todos

Minsalud

MiVacuna

Certificado de vacunación

Nombre: Yenny Carolina
Apellidos: Pedraza Moreno

Documento de identidad: C.C. XI Pasaporte: ESP No: 1019047932

Fecha de nacimiento: Día 01 Mes 07 Año 1990

**Certificado de
Vacunación**

Institución: Seint
Nombre: Yenny Carolina Pedraza Moreno
Identificación: 1019047932 Tel: _____

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
1 ^{era}	1	2024-01-22	20240013A	delia p
2 ^{da}	2	2024-03-08	20240013A	delia p
3 ^{ra}	3	2024-10-22	20240013A	delia p

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

Consérvelo

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

La salud es de todos



La salud
es de todos

Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombre: Yenny Carolina
Apellidos: Pedraza Moreno

Documento de identidad: C.C. XI Pasaporte: ESP No: 1019047932

Fecha de nacimiento: Día 01 Mes 07 Año 1990

11 dosis

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora
Sarampión - Rubéola	Unica	24/07/20	Sanofi	Liliana Paola Bardo Pérez AUX. DE ENFERMERIA C.C. 1.022.394.558
Fiebre Amarilla	Unica	24/07/20	Sanofi	
	1			
Tétanos - Difteria (TdP)	2			
	3			
Tdap atenuada	1			
Virus Sencillal Respiratorio	Unica			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora
VIH	1			Liliana Paola Bardo Pérez AUX. DE ENFERMERIA C.C. 1.022.394.558
Dos dosis por personas con VIH	2			
Influenza estacional	Anual			
	Anual			
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Covid 19				
Otras				

Este carné es válido en Colombia.
Podrá ser solicitado para entrar a zonas de riesgo.



Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, sobre su transcripción en los libros autorizados, los cuales podrá consultar en la página oficial de la Secretaría de Salud de su entidad territorial.

Salud

Certificado de vacunación del adulto

Nombre: **Yenny Carolina**

Apellidos: **Peláez Moreno**

Documento de identidad: **CE 4 CE PA CD SE PP HH TT**

Número de documento: **1 0 1 9 0 4 7 9 3 2**

Fecha de nacimiento: **Día 01 Mes 07 Año 1990**

No. de Radicación

Fecha de Radicación (Día - Mes - Año)

23-07-2026



I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de trámite	A. Individual	B. Colectiva	3. Régimen	4. Contribución solidaria	5. Tipo de afiliado:	6. Tipo de cotizante:
A. Afiliación	• Cotizante o cabeza de Familia	C. Institucional	A. Contributivo	Si	A. Cotizante	B. Independiente
B. Reporte de Novedades	• Beneficiario o afiliado adicional	D. De oficio	B. Subsidiado	No	C. Beneficiario	C. Pensionado
					B. Cabeza de familia	D. Afiliado adicional

A. AFILIACIÓN / II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
9. Tipo de documento de identidad	10. Número de documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	15. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento	16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

19. Tiene encuesta SISBEN	20. Clasificación SISBEN	21. Grupo de población especial	22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL
23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria	26. Residencia
27. Teléfono Fijo	28. Teléfono celular	29. Correo electrónico	30. Dirección
31. Municipio/ Distrito	32. Localidad/Comuna	33. Zona	34. Cabecera Municipal

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

27. Apellidos y nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
28. Tipo de documento de identidad	29. Número de documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	34. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento	35. País	36. Departamento	37. Municipio

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

35. Apellidos y nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

36. Tipo de documento de identidad	37. No. del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico	40. Sexo identificación	41. Lugar de nacimiento	42. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
			Femenino Masculino	F M T NB Otro Cuál?	País Departamento Municipio	
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Datos complementarios del Beneficiario

43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBEN	48. Clasificación SISBEN	49. Discapacidad	50. Incapacidad permanente
				SI NO	Nivel Grupo	SI NO Categoría de discapacidad	SI NO
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

51. Datos de residencia	Departamento	Municipio/ Distrito	Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural disperso	Resto Rural	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)

de cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional.

B. Reporte de novedades Aplica cuando se reporta algún cambio en los datos de identificación, éstos complementarios o en la condición de la afiliación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliado adicional, según el tipo de novedades relacionadas en el campo 60 "Tipo de novedad".

2. Tipo de afiliación

A. Individual La opción de afiliación individual aplica cuando el cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional realiza directamente la afiliación y el reporte de novedades.

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

B. Colectiva La opción aplica cuando un trabajador independiente o un miembro de una comunidad o congregación religiosa realiza afiliación, reporte de novedades y pago de aportes al SGSSS a través de asociaciones, agrupaciones o congregaciones 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 afiliación de oficio aplica cuando la entidad territorial o la Institución Prestadora de Servicios de Salud afilia al Sistema General de Regímenes de Salud a una persona, válidamente identificada, que no se encuentra afiliada a ninguna otra entidad de seguridad social.

Procede igualmente, como mecanismo excepcional, cuando la Unidad de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales -UGPP-, en ejercicio de las acciones de determinación y cobro, establece contacto en su afiliación al Sistema de la Protección Social.

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

4. Contribución Solidaria Marque con una X, el campo que corresponda, para ingresar a la Contribución Solidaria como mecanismo de afiliación al Régimen Subsidiado en Salud según el Decreto 616 de 2022, o la norma que lo modifique o sustituya.

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

A. 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.

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

C. 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. Este campo únicamente puede ser utilizado por el beneficiario para reportar las novedades "9 - Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar" o "16 - Reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de familia" relacionadas en el campo 60 "Tipo de novedad".

Adicionalmente, el cotizante o cabeza de familia debe reportar la novedad "8 - Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales" en el campo 60 "Tipo de novedad".

D. Afiliado adicional: Aplica cuando la persona no cumple con los requisitos para ser cotizante o beneficiario en el Régimen Contributivo y se inscribe en el núcleo familiar de un afiliado cotizando mediante el pago de una Unidad de Pago por Capitalización adicional. Este campo únicamente puede ser utilizado por el beneficiario para reportar las novedades "9 - Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar" o "16 - Reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de familia" relacionadas en el campo 60 "Tipo de novedad".

Adicionalmente, el cotizante debe reportar la novedad "8 - Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales" en el campo 60 "Tipo de novedad".

6. Tipo de cotizante

Marque con una X la opción que corresponda:

A. Dependiente: Se diligencia cuando el cotizante tiene un empleador mediante una relación laboral y comparte con este, el pago de las aportes y pensiones.

B. Independiente: Se diligencia cuando el cotizante no tiene vínculo laboral o reglamentario con algún empleador, y es una persona que presta su contribución, que asume la totalidad del pago de las aportes al Sistema de Seguridad Social Integral.

C. Pensionado: Se diligencia cuando el cotizante goza de una pensión y el pago de la aportes a salud se encuentra a su cargo, a través del pagador de la pensión.

7. Código Este campo debe ser diligenciado por la EPS, para lo cual debe registrar el código del tipo de cotizante que corresponda como dependiente, independiente o pensionado según la tabla de cotizantes y/o pensionados establecida para la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes PILA.

8. AFILIACIÓN. Si la afiliación es individual o colectiva, se debe:

1. Diligenciar los espacios de los Capítulos II "DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN" del cotizante, cabeza de familia y beneficiario cuando aplique o afiliado adicional" y III "DATOS COMPLEMENTARIOS", correspondientes al cotizante o cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional cuando aplique.

2. Diligenciar los datos del Capítulo IV "DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR" si el cotizante o cabeza de familia tiene beneficiarios, en el mismo ítem de afiliación.

3. Diligenciar los datos del Capítulo V "DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, DE RESPONSABLES DEL PAGO", relativos al empleador si el afiliado es dependiente, a la administración colectiva, asociación o congregación religiosa si es trabajador independiente vinculado a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas o a la entidad responsable del pago para el pago de cotizantes independientes.

Marcar con una X, en el Capítulo VI "DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES", las declaraciones y autorizaciones que correspondan.

Diligenciar en el Capítulo IX "Firmas", los campos 83 y 81 según el caso.

Marcar con una X, en el Capítulo X "ANEXOS", los documentos de identidad que se adjuntan de las personas que se afilian, los anexos que acreditan la condición de los beneficiarios, según corresponda y demás documentos que soporten el ítem de afiliación o reporte de la novedad.

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

1. Diligenciar los espacios de los Capítulos II "DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN" del cotizante, cabeza de familia y beneficiario cuando aplique y III "DATOS COMPLEMENTARIOS" con los datos de la persona que se va a afiliar, en condición de cabeza de familia.

Los datos de padres o abuelos que afilia la EPS tendrán la calidad de cabeza de familia hasta tanto sus padres realicen la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Diligenciar los datos del Capítulo IV "DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR" 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 y el cabeza de familia o cotizante se niega a la inscripción dentro del núcleo familiar de acuerdo con el establecido en el artículo 2.1.4.2 del Decreto 768 de 2016.

Diligenciar los datos del Capítulo XI "DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL", y III "DATOS COMPLEMENTARIOS" de la entidad responsable de la afiliación institucional o de oficio.

Marcar con una X en el Capítulo VI "DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES", las declaraciones y autorizaciones que correspondan. En el caso de las afiliaciones de oficio solo podrán marcar los numerales 73, 74 y 75.

Diligenciar el Capítulo IX "Firmas", firmando en el campo 81 "Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio".

Marcar con una X, en el Capítulo X "ANEXOS", el documento de identidad que se adjunta de [esta persona] que se va a afiliar y los anexos que acreditan la condición de beneficiarios, según corresponda.

Diligenciar los datos del Capítulo XI "DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES" cuando la Entidad Territorial o la Institución es la que realiza la afiliación.

CAPÍTULO II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

(del cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

Los datos básicos de identificación son aquellos que permiten la plena identificación del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional cuando aplica, y deben coincidir con la información contenida en el documento de identidad expedido por la entidad competente. Entre son:

8. Apellidos y nombres

Estos datos deben ser registrados en los campos definidos y deben corresponder a la información contenida en el documento de identidad. - Primer apellido - Segundo apellido - Primer nombre - Segundo nombre

9. Tipo de documento de identidad:

Debe registrar en el espacio el código que corresponde al documento de identidad, según la siguiente tabla:

Cód.	Descripción del Tipo de Documento
01	Certificado de Nacimiento vivo , es el documento expedido por la Institución Prestadora de Servicios EPS donde nació el neonato. Solo cuando se realiza la afiliación, y máximo hasta el tercer mes de vida. Debe ser reemplazado por el registro civil.
02	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.
03	Tarjeta de identidad , es el documento expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil con el que se identifican los menores entre 7 y 17 años. Debe ser reemplazado por la cédula de ciudadanía.
04	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.
05	Cédula de Extranjería , es el documento de identificación expedido por Migración Colombia, 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.
06	Pasaporte , es el documento que acredita la identidad de un extranjero menor de 7 años.

SC por la Unidad Administrativa Especial de Migración Colombia, al extranjero que deba permanecer en el país mientras se resuelve su situación de refugiado o asilado y la de su familia.

PT Permisso por Protección Temporal, es el documento de identificación para los migrantes venezolanos que cumplen con los requisitos contenidos en el artículo 15 de la Resolución 971 de 2021 expedida por Migración Colombia, o en la norma que la modifique o sustituya.

En los casos que no exista identificación de la población por parte de la Registraduría Nacional del Estado Civil o Migración Colombia o el documento de identidad no corresponde con la edad, se hará aplicación a lo dispuesto en la Resolución 436 de 2023 a la norma que la modifique o sustituya.

10. Número del documento de identidad Es el número contenido en el documento de identidad emitido por la autoridad competente.

Se trata del registro civil, escrito del RMP que aparece en la parte superior izquierda del documento.

Si se trata del Salvo Conducto de Permanencia -SC-, se debe tener en cuenta el número "Histórico Extranjero" el cual corresponde a las consecuciones temporales de identificación internacionales otorgadas por Migración Colombia.

11. Sexo Biológico o de nacimiento: Marque con una X, la opción: femenino o masculino según las características genéticas, endocrinas y morfológicas del cuerpo al nacer.

12. Sexo Identificación Marque con una X, la opción: F "Femenino" o M "Masculino" o T "Transsexual" o NB "No Binario", según corresponda a la información contenida en el documento de identidad, expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Cuando se marque con una X la opción "otro", se debe diligenciar en el espacio "otro" el sexo registrado en el documento de identidad expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil.

13. Nacionalidad Registre la nacionalidad que corresponda a la información contenida en el documento de identidad, y la EPS deberá reportar el código del listado de países que se encuentre relacionada en la página de Sispro en el sitio: <https://web.sispro.gov.co/web/psic/Consultas/ConsultasReferenciaCoberturaCodigoPaís>

14. Lugar de nacimiento Registre el nombre del país, departamento y municipio en el que nació.

15. Fecha de nacimiento Registre la fecha de nacimiento contenida en el documento de identidad, día, mes y año.

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

17. Apellidos y nombres: Estos datos deben ser registrados en los campos definidos y deben corresponder a la información contenida en el documento de identidad.

Si se trata del Salvo Conducto de Permanencia -SC-, se debe tener en cuenta el número "Histórico Extranjero" el cual corresponde a las consecuciones temporales de identificación internacionales otorgadas por Migración Colombia.

18. Lugar de nacimiento Registre el nombre del país, departamento y municipio en el que nació.

19. Sexo biológico o de nacimiento: Marque con una X, la opción: femenino o masculino según las características genéticas, endocrinas y morfológicas del cuerpo al nacer.

20. Sexo identificación: Marque con una X, la opción: F "Femenino" o M "Masculino" o T "Transsexual" o NB "No Binario", según corresponda a la información contenida en el documento de identidad, expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Cuando se marque con una X la opción "otro", se debe diligenciar en el espacio "otro" el sexo registrado en el documento de identidad expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil.

21. Lugar de nacimiento: Registre el nombre del país, departamento y municipio en el que nació.

22. Fecha de nacimiento: Registre la fecha de nacimiento contenida en el documento de identidad, día, mes y año.

23. Datos complementarios de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Parentesco: En este espacio debe reportar el parentesco que corresponda con el cotizante o cabeza de familia y que lo identifica como beneficiario o afiliado adicional, como aparece en la siguiente tabla:

Cód.	Etnia	Cód.	Etnia
01	Indígena	04	Palenquero (San Basilio de Palenque)
02	Rom (gitano)	05	Población Negra, Afrodescendientes
03	Racial (San Andrés y Providencia)		

17. Comunidad Este campo deberá ser diligenciado cuando en el campo "16 - Etnia" se reporte el código "01 - Indígena", caso en el cual indicará el nombre de la comunidad indígena registrada en el Ministerio del Interior o DANE. La EPS deberá reportar el código según la Resolución 762 de 2023 o la norma que lo modifique o sustituya.

18. Discapacidad Este campo deberá diligenciarse solo en el caso de que el cotizante o cabeza de familia tenga deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a mediano y largo plazo que, al interactuar con diversas barreras incluyendo las actitudinales, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás.

Categorías de discapacidad: En caso de conocer la categoría de discapacidad registre el código que corresponde de acuerdo con la tabla que se relaciona a continuación, en el campo denominado Categoría de Discapacidad.

Cód.	Categoría de Discapacidad	Cód.	Categoría de Discapacidad
1	Discapacidad física	5	Discapacidad intelectual
2	Discapacidad auditiva	6	Discapacidad psicossocial (psenit)
3	Discapacidad visual	7	Discapacidad múltiple
4	Sordociega		

La determinación de la categoría de discapacidad atenderá al resultado del procedimiento dispuesto en la Resolución 1197 de 2024 o la norma que la modifique o sustituya. De no haber sufrido ese procedimiento o no tener certeza sobre la categoría no diligencie este campo.

19. Tiene encuesta SISBEN: Marque con una X, el campo que corresponda, para informar si tiene aplicada la encuesta del SISBEN.

20. Clasificación SISBEN: Este campo deberá ser diligenciado cuando haya reportado que tiene la encuesta del SISBEN, caso en el cual deberá registrar el nivel y grupo que corresponda de acuerdo con la última metodología del Sisben vigente.

21. Grupo de población especial: Este campo deberá ser diligenciado si el usuario pertenece a un grupo de población, reportando el código correspondiente - según a la población especial según la Resolución 762 de 2023 o la norma que la modifique o sustituya.

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: Este dato aplica solo para la afiliación en el Régimen Contributivo cuando aplique. Registre el nombre de la Entidad Administradora de Riesgos Laborales donde se encuentra afiliado.

23. 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.

24. Ingreso base de cotización - IBC: Este dato aplica solo para la afiliación en el Régimen Contributivo. Registre el valor del salario o el valor correspondiente al 40% de los ingresos mensuales para el caso de los independientes, sobre el cual se va a pagar los aportes al SGSSS.

25. Tarifa Contribución Solidaria: En este campo debe reportar la suma de las tarifas por cada uno de los miembros mayores de edad del núcleo familiar, cuyo pago está a cargo del cabeza de familia, y debe ser diligenciado cuando haya reportado en "SI" el campo "4. Contribución Solidaria".

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

- Dirección. Este campo es obligatorio - Teléfono fijo. Este campo es opcional - Teléfono celular. Este campo es opcional - Correo electrónico. Este campo es opcional - Departamento. Este campo es obligatorio - Ciudad/Municipio o Distrito. Este campo es obligatorio - Localidad/Barrio o zona si existen en su ciudad, municipio o distrito. Este campo es opcional - Zona Chibcha municipal, centro poblado, rural disperso o resto rural donde se ubica su residencia, este campo es obligatorio

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

Las zonas se definen, de conformidad con el manual de conceptos básicos de Julio de 2019, expedido por el DANE, en los siguientes links: <https://www.dane.gov.co/files/temas/2019/Informacion%20tema/CPV%20Manual%20conceptos.pdf> y <https://www.dane.gov.co/files/temas/2019/Informacion%20tema/CPV%20Manual%20conceptos.pdf>

Cabeecera Municipal (CM): es el área geográfica que está definida por un perímetro urbano, cuyos límites se establecen por acuerdos del Concejo Municipal. Corresponde al lugar en donde se ubica la sede administrativa de un municipio.

Área rural o resto municipal: se caracteriza por la disposición dispersa de viviendas y explotaciones agropecuarias existentes en ella. No cuenta con un trazado o nomenclatura de calles, carreteras, avenidas, y frentes. Tampoco dispone, por la general, de servicios públicos y por lo tanto de facilidades propias de las áreas urbanas.

Centro poblado (CP): es un concepto creado por el DANE para fines estadísticos, el cual para la identificación de núcleos de población. Se define como una concentración de mínimo veinte (20) viviendas contiguas, vecinas o adyacentes entre sí, ubicada en el área rural de un municipio o de un Corregimiento Administrativo. Dicha concentración presenta características urbanas tales como la edificación de vías vehiculares y peatonales. En las tablas referidas a la edificación de la Divisora, se identifican en la columna "Categoría" con la expresión o etiqueta "CP", indicando que, si bien se trata de un centro poblado no se cuenta con la presencia de la urbanización municipal, que permita afirmar si se trata de un caso de una inspección de policía, o de un corregimiento municipal.

Rural disperso: Definición geográfica delimitada por el DANE para fines estadísticos, comprendida entre el perímetro rural de las cabeceras municipales y de los centros poblados, y el límite municipal. Se caracteriza por la disposición dispersa de viviendas y explotaciones agropecuarias existentes en ellas. No cuenta con un trazado o nomenclatura de calles, carreteras, avenidas, y frentes. Tampoco dispone, por la general, de servicios públicos y por lo tanto de facilidades propias de las áreas urbanas.

Control poblado (CP): es un concepto creado por el DANE para fines estadísticos, el cual para la identificación de núcleos de población. Se define como una concentración de mínimo veinte (20) viviendas contiguas, vecinas o adyacentes entre sí, ubicada en el área rural de un municipio o de un Corregimiento Administrativo. Dicha concentración presenta características urbanas tales como la edificación de vías vehiculares y peatonales. En las tablas referidas a la edificación de la Divisora, se identifican en la columna "Categoría" con la expresión o etiqueta "CP", indicando que, si bien se trata de un centro poblado no se cuenta con la presencia de la urbanización municipal, que permita afirmar si se trata de un caso de una inspección de policía, o de un corregimiento municipal.

CAPÍTULO IV. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS

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

Estos datos deben ser registrados solo cuando el cónyuge o compañero(a) permanente también cotiza al SGSSS.

Si este no está de registro como beneficiario en la fila de primer beneficiario B1 del Capítulo IV "Datos de identificación de los miembros del núcleo familiar".

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

27. Apellidos y nombres: Estos datos deben ser registrados en los campos definidos y deben corresponder a la información contenida en el documento de identidad.

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

28. 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 9 del Capítulo II "DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN" del cotizante, cabeza de familia y beneficiario cuando aplique o afiliado adicional" de este instructivo.

nicas americanas, endocrinas y morfológicas del cuerpo al nacer.

31. Sexo Identificación: Marque con una X, la opción: F "Femenino" o M "Masculino" o T "Transsexual" o NB "No Binario", según corresponda a la información contenida en el documento de identidad, expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Cuando se marque con una X la opción "otro", se debe diligenciar en el espacio "otro" el sexo registrado en el documento de identidad expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil.

32. Nacionalidad: Registre la nacionalidad que corresponda a la información contenida en el documento de identidad, y la EPS deberá reportar el código del listado de países que se encuentre relacionada en la página de Sispro en el sitio: <https://web.sispro.gov.co/web/psic/Consultas/ConsultasReferenciaCoberturaCodigoPaís>

33. Lugar de nacimiento: Registre el nombre del país, departamento y municipio en el que nació.

34. Fecha de nacimiento: Registre la fecha de nacimiento contenida en el documento de identidad, día, mes y año.

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

35. Apellidos y nombres: Estos datos deben ser registrados en los campos definidos y deben corresponder a la información contenida en el documento de identidad.

Si se trata del Salvo Conducto de Permanencia -SC-, se debe tener en cuenta el número "Histórico Extranjero" el cual corresponde a las consecuciones temporales de identificación internacionales otorgadas por Migración Colombia.

36. 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 9 del Capítulo II "DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN" del cotizante, cabeza de familia y beneficiario cuando aplique" de este instructivo.

37. Número del documento de identidad: Es el número contenido en el documento de identidad emitido por la autoridad competente.

Si se trata del registro civil, escrito del RMP que aparece en la parte superior izquierda del documento.

Si se trata del Salvo Conducto de Permanencia -SC-, se debe tener en cuenta el número "Histórico Extranjero" el cual corresponde a las consecuciones temporales de identificación internacionales otorgadas por Migración Colombia.

38. Nacionalidad: Registre la nacionalidad que corresponda a la información contenida en el documento de identidad, y la EPS deberá reportar el código del listado de países que se encuentre relacionada en la página de Sispro en el sitio: <https://web.sispro.gov.co/web/psic/Consultas/ConsultasReferenciaCoberturaCodigoPaís>

39. Sexo biológico o de nacimiento: Marque con una X, la opción: femenino o masculino según las características genéticas, endocrinas y morfológicas del cuerpo al nacer.

40. Sexo identificación: Marque con una X, la opción: F "Femenino" o M "Masculino" o T "Transsexual" o NB "No Binario", según corresponda a la información contenida en el documento de identidad, expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Cuando se marque con una X la opción "otro", se debe diligenciar en el espacio "otro" el sexo registrado en el documento de identidad expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil.

41. Lugar de nacimiento: Registre el nombre del país, departamento y municipio en el que nació.

42. Fecha de nacimiento: Registre la fecha de nacimiento contenida en el documento de identidad, día, mes y año.

Datos complementarios de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

43. Parentesco: En este espacio debe reportar el parentesco que corresponda con el cotizante o cabeza de familia y que lo identifica como beneficiario o afiliado adicional, como aparece en la siguiente tabla:

Conformación Grupo familiar	Parentesco	Descripción Parentesco
Cotizante/Cabeza de familia	Cónyuge	Esposos o viros de vínculo matrimonial.
Beneficiario	Compañero (a) permanente	Con unión marital de hecho.
Beneficiario	Hijos menores de 25 años	Que dependan económicamente.
Beneficiario	Hijos con incapacidad permanente mayores de 25 años	Si bien incapacidad permanente y dependen económicamente del cotizante.
Beneficiario	Hijos de cónyuge o compañero permanente incluyendo las parejas del mismo sexo	Si son menores de 25 años y dependen económicamente del cotizante, o de cualquier edad si presentan incapacidad permanente.
Beneficiario	Nieto (a) hijas de los beneficiarios	Padre o madre es beneficiario del cotizante.
Beneficiario	Sobrino (a), Tío (a), Bisnieto (a), Hermano (a)	Hijos menores de 25 años y 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, pérdida de la patria potestad o la ausencia de éstos.
Beneficiario	Padres del cotizante	Que no estén pensionados y dependan económicamente del cotizante, cuando este no tiene ingreso como beneficiario, al cónyuge o compañero permanente o a los hijos.
Beneficiario	Menores de 18 años en custodia	La inclusión como beneficiario está determinada por autoridad competente.
Afiliado adicional con cónyuge	Padre, abuelo (a), bisabuelo (a), hijo (a), nieto (a), bisnieto (a), tío (a), primo (a), hermano (a), sobrino (a), hijo del cónyuge, hijo (a), hermano	Persona de cualquier edad que dependa económicamente del cotizante y se encuentre hasta cuarto grado de consanguinidad respecto de este y no cumplan los requisitos para ser cotizantes o beneficiarios en el régimen contributivo.
Afiliado adicional sin cónyuge	Suegro (a), nuera, yerno, cuñado (a), abuelo (a) del cónyuge, hijo (a), nieto (a)	Persona de cualquier edad que dependa económicamente del cotizante y se encuentre hasta el segundo grado de afinidad, respecto de este, es decir con la familia del cónyuge o compañero permanente y no cumplan los requisitos para ser cotizantes o beneficiarios en el régimen contributivo.

44. Etnia: Registre el código que aparece en la tabla del numeral 16 del CAPÍTULO II "DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN" del cotizante, cabeza de familia y beneficiario cuando aplique o afiliado adicional" de este instructivo.

45. Comunidad: Este campo deberá ser diligenciado cuando en el campo "16 - Etnia" se reporte el código "01 - Indígena", caso en el cual, la EPS deberá reportar el código según la Resolución 762 de 2023 o la norma que lo modifique o sustituya.

46. Grupo de población especial: Este campo deberá ser diligenciado si el beneficiario o afiliado adicional pertenece a un grupo de población especial reportando el código correspondiente a la población especial según la Resolución 762 de 2023 o la norma que la modifique o sustituya.

47. Tiene encuesta SISBEN: Marque con una X, el campo que corresponda, para informar si tiene aplicada la encuesta del SISBEN.

48. Clasificación SISBEN: Este campo deberá ser diligenciado cuando haya reportado que tiene la encuesta del SISBEN, caso en el cual deberá registrar el nivel y grupo que corresponda de acuerdo con la última metodología del Sisben vigente.

49. Discapacidad: Este espacio debe diligenciarse solo en el caso de que el beneficiario o afiliado adicional tenga deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a mediano y largo plazo que, al interactuar con diversas barreras incluyendo las actitudinales, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás.

Categorías de discapacidad: En caso de tener alguna discapacidad, reporte el código que corresponde de acuerdo con la tabla del numeral 18 del CAPÍTULO II "DATOS COMPLEMENTARIOS", de este instructivo.

50. Incapacidad permanente: Marque con una X "si el beneficiario como consecuencia de un accidente de trabajo, enfermedad profesional o común presenta una disminución definitiva en su capacidad laboral.

51. Datos de residencia: Estos datos aplican solo para el Régimen Contributivo cuando los beneficiarios y afiliados adicionales residen en la misma ciudad diferente al del cotizante.

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B1		3109
B2		
B3		
B4		
B5		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

55. Nombre o razón social	Yenny Carolina Pedraza Moreno	
56. Tipo de documento de identificación	CC	57. Número del documento de identificación 1019047932
58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)		
59. Ubicación	Calle 17 N° 12-68	Dirección
3057 375005	Carib01.Pedraza@gmail.com	312515025
Concepción	Concepción	Municipio/Distrito

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad	☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación. ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación. ☐ 3. Actualización del documento de identificación. ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios. ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código ☐ 6. Reporte de pago a través de un tercero. Código ☐ 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. Inscripción EPS retorno al país. ☐ 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. ☐ 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. ☐ 14. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado	☐ 15. Traslado: ☐ A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen ☐ 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia. ☐ 17. Reporte del trámite de protección al cesante. ☐ 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado. ☐ 19. Reporte de la calidad de Pensionado. ☐ 20. Ingreso a Contribución Solidaria. ☐ 21. Retiro de Contribución Solidaria.
---------------------	---	---	--

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad	10. Número de documento de identidad	62. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☐	63. Sexo identificación F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro Cuál?	
64. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)	65. EPS anterior			
66. Fecha de novedad (Día - Mes - Año)	67. Motivo de traslado Cod.	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

☐ 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. ☐ 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. ☐ 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. ☐ 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. ☒ 73. 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. ☒ 74. 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 la requieran.	☒ 75. 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. ☒ 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. ☐ 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. ☐ 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisben vigente.
--	---

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria			
Apellidos y nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre
Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad		

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	Yenny Carolina Pedraza
81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio	Yenny Carolina Pedraza

X. ANEXOS

☐ 82. Anexo copia del documento de identidad CN RC TI CC PA CE CD SC PT Cantidad de documentos de identidad anexos: ☐ 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. ☐ 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. ☐ 85. 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. ☐ 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.	☐ 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. ☐ 88. 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 dos padres. ☐ 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016. ☐ 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. ☐ 91. 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.
--	---

Total Anexos

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial	Código del municipio	Código del departamento	93. Nombre de la Institución
--	---	--	------------------------------

Protección

Una empresa **SURA** 

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **PEDRAZA MORENO YENNY CAROLINA** identificado(a) con **CC** número **1.019.047.932** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a **PROTECCIÓN**, desde el día 10 de febrero de 2009 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 24 de julio de 2026.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:

Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:

Bogotá (601) 482 33 64 – Medellín (604) 510 90 99 – Cali (602) 386 00 80 -

Barranquilla (605) 319 79 99 – Cartagena (605) 642 49 99 – WhatsApp +57 310 220 5575

o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a <https://customer0001.wolkvox.com/proteccion/index.php>

Medellín, 23 de July de 2026

**LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.**

CERTIFICA:

Que YENNY CAROLINA PEDRAZA MORENO identificado(a) con cédula de ciudadanía 1019047932 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 24/07/2026

Fecha fin cobertura: 24/08/2026

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

E S E DEL ORDEN DEPARTAMENTAL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES N900750333

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDIOLOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

CLASE DE RIESGO: 3 PORCENTAJE DE COTIZACIÓN: 2.436%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - PRINCIPAL CUNDINAMARCA

CLASE: 3 PORCENTAJE: 2.436%

TIPO COTIZANTE: INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:

3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDIOLOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDIOLOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3861001

CLASE DE RIESGO: 3 PORCENTAJE DE COTIZACIÓN: 2.436%

Su pago lo debe realizar con riesgo null (null %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

- 1. La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.**
- 2. El propio de la actividad ejecutada por el contratista.**

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución, null

Certificación Bancaria

Miércoles, 22 de julio de 2026

ESE Hospital De Las Mercedes

Bancolombia S.A. se permite informar que YENNY CAROLINA PEDRAZA MORENO identificado(a) con CC 1019047932, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta de ahorros	19247820330	2009-02-06	Activo	*****

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

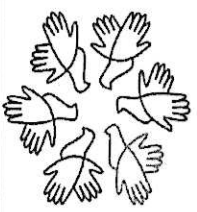
*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números:
Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05
Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

 **Bancolombia**

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospchoso@bancolombia.com.co

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

LA PROFESIONAL DE TALENTO HUMANO DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO "HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES"

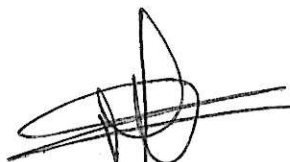
NIT. 900.750.333-1

CERTIFICA:

Que una vez verificada la Hoja de Vida del contratista **YENNY CAROLINA PEDRAZA MORENO** identificado (a) con cedula de ciudadanía No 1.019.047.932, se ha podido constatar que cumple con todos los documentos requeridos para el objeto y actividades a ejecutar.

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

Para constancia de lo anterior se firma a los veinticuatro (24) días del mes de Julio del Año dos mil veintiséis (2026).



MARICEL MUÑOZ CÁRDENAS
Profesional de Talento Humano

Elaboró y Proyectó: Maricel Muñoz Cárdenas / Profesional de Talento Humano
Revisó y Aprobó: Juan Sebastián Duarte Flores / Subgerente Administrativo y Financiero

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

Documento controlado. Una vez impreso o descargado este se considera

"Tu Salud, Nuestro Compromiso"

Sede Administrativa. Calle 11 N° 9-99, Piso 2 - Funza Cundinamarca - Correo: gerencia@hospitalfunza.gov.co