FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Vargas	Mendoza	Sandra Patricia

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 63533197	F ⊗ M ○ NB ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 04 MES 11 AÑO 1982

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: CESAR

MUNICIPIO: SAN ALBERTO

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 5 6B 40 BARRIO OASIS

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: CESAR

MUNICIPIO: SAN ALBERTO

TELÉFONO: 3157392997 EMAIL: sandravargasmendoza@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											TITULO OBTENIDO		EDUCACION MEDIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11° ⊗	MES	08	AÑO	2017

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 IDIOMAS

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

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

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL LAZARO ALFONSO HERNANDEZ LARA - SAN ALBERTO		PÚBLICA: X		PRIVADA:		PAÍ: COLOMBIA						
DEPARTAMENTO: CESAR	MUNICIPIO: SAN ALBERTO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:						
TELÉFONOS: 3157392997	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	13	Mes	11	Año	2025	Día	31	Mes	12	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL: 050 AUXILIAR ADMINISTRATIVO	DEPENDENCIA: AUXLIAR ADMINISTRATIVA						DIRECCIÓN: CALLE 2 6B 40					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL LAZARO ALFONSO HERNANDEZ LARA - SAN ALBERTO		PÚBLICA: X		PRIVADA:		PAÍ: COLOMBIA						
DEPARTAMENTO: CESAR	MUNICIPIO: SAN ALBERTO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:						
TELÉFONOS: 3157392997	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	08	Mes	07	Año	2021	Día	30	Mes	09	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL: 050 AUXILIAR ADMINISTRATIVO	DEPENDENCIA: ADMINISTRATIVO- FACTURACION						DIRECCIÓN: CALLE 2 6B 40 Barrio Villafane					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: INDUPALMA			PÚBLICA:	PRIVADA: X	PAÍ: COLOMBIA							
DEPARTAMENTO: CESAR	MUNICIPIO: SAN ALBERTO						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:					
TELÉFONOS: 5656969	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día:	16	Mes:	09	Año:	2017	Día:	19	Mes:	11	Año:	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL: AUXILIAR DE FACTURACION	DEPENDENCIA: CENTRO DE INFORMACION Y ESTADI						DIRECCIÓN: km 10 via al mar					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: SERVITEMPORE			PÚBLICA:	PRIVADA: X	PAÍ: COLOMBIA							
DEPARTAMENTO: CESAR	MUNICIPIO: SAN ALBERTO						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:					
TELÉFONOS: 3178026	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día:	28	Mes:	05	Año:	2012	Día:	17	Mes:	01	Año:	2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL: CONTRATISTA	DEPENDENCIA: ADMINISTRATIVO						DIRECCIÓN: CARRERA 12A 77A 52 oficina 601					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: GESTIONARBIENESTAR			PÚBLICA:	PRIVADA: X	PAÍ: COLOMBIA							
DEPARTAMENTO: CESAR	MUNICIPIO: SAN ALBERTO						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:					
TELÉFONOS: 3167094726	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día:	02	Mes:	10	Año:	2006	Día:	31	Mes:	10	Año:	2011
CARGO O CONTRATO ACTUAL: CONTRATISTA	DEPENDENCIA: ADMINISTRATIVO						DIRECCIÓN: CARRERA 3 5 1					

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	1	4
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	2	2
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	6	8
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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 30/Junio/2026

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 63533197

VARGAS MENDOZA
APELLIDOS

SANDRA PATRICIA
NOMBRES

Sandra Vargas
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 04-NOV-1982
SAN ALBERTO
(CESAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

16-NOV-2000 BUCARAMANGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

P-2700100-59089735-F-0063533197-20010524 01508 01142A 01 100282431

EAFYS
(Escuela de Artes, Administracion, Finanzas y Salud)
TARJETA PROFESIONAL INSTITUCIONAL

T P I

Nombres y Apellidos
VARGAS MENDOZA SANDRA P.

Programa
TEC. EN ING. DE SISTEMAS

CC
63.533.197 B/ANGA



Fecha	Libro	Folio	No Registro
06-12-03	01	15	LIF19-25

LA PRESENTE T.P.I. LO REPRESENTA EN EL PROGRAMA QUE HA REALIZADO Y LO ACREDITA COMO EGRESADO DE EAFYS, OTORGANDOLE TODOS LOS BENEFICIOS INSTITUCIONALES.

ESTA T.P.I. ES PERSONAL E INTRASFERIBLE EN CASO DE PERDIDA COLOCAR EL DENUNCIO PARA SOLICITAR SU DUPLICADO.

Director Academico

Direccion Comercial

La República de Colombia

y en su nombre el

Colegio Nacionalizado de San Alberto

San Alberto - Cesar

Reconocido oficialmente por la Secretaría de Educación y Cultura Departamental según Resolución No. 1438 del 3 de diciembre de 1993,

Confiere a

Sandra Patricia Vargas Mendoza

Identificando(a) con CC No. 63'533.197 Expedida en Bucaramanga.

El Título de

Bachiller Académico

Especialidad Ciencias

Por haber alcanzado y aprobado los logros de formación integral correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, de acuerdo al Proyecto Educativo Institucional - P.E.I. - del Colegio.

Rector,

Secretario,

Este Diploma no requiere de registro en Secretaría de Educación
(Decreto Nacional No. 92[illegible] de 1994)

Anotado en el control interno del plantel en el

Libro No. 1 Folio No. 031 Diploma No. 11035.

Dado en San Alberto, a 20 de DICIEMBRE de 2000

SANDRA PATRICIA VARGAS MENDOZA [redacted]

Acta Individual de Grado

INSCRIPCION 1453

DANE 120710000018

JORNADA MAÑANA

COLEGIO NACIONALIZADO DE SAN ALBERTO

En la ciudad de SAN ALBERTO a los 20 días del mes de DICIEMBRE del año 2000 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretario en la rectoria del COLEGIO NACIONALIZADO DE SAN ALBERTO Institución APROBADA HASTA UNDECIMO GRADO en el nivel de Educación Media ACADEMICA y RECONOCIDA OFICIALMENTE POR LA SECRETARIA DE EDUCACION Y CULTURA DEL DEPARTAMENTO DE CESAR para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad ACADEMICA, SEGUN RESOLUCION N° 1488 DEL 3 DE DICIEMBRE DE 1998

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media ACADEMICA, se procedió a otorgar el TITULO DE

BACHILLER ACADEMICO ESPECIALIDAD CIENCIAS

al graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación:

SANDRA PATRICIA VARGAS MENDOZA
C.C. 63.533.197 DE BUCARAMANGA

Es fiel copia tomada del Acta original general No. 023 de fecha DICIEMBRE 20 DE 2000 que consta de 39 alumnos que comienza con el nombre de EYLEEN MARCELA AGUILAR IMITOLA y cierra con el nombre de SANDRA PATRICIA VARGAS MENDOZA

Firmada y sellada por JOSE NELSON ROLON GUEPSA (Rector) y FRANKIS CRUZ NAVARRO (Secretario).

Dada en SAN ALBERTO a los 20 días del mes de DICIEMBRE del año 2000.

Firmado y Sellado

El Rector o Director
C.C. No. 6.760.200 DE TUNJA

Secretario (a)
C.C. No. 12.501.034 DE PELAYA

DIPLOMA No.

SANDRA PATRICIA VARGAS MENDOZA

EAFYS

La República de Colombia

y en su nombre

La Escuela de Artes, Administración, Finanzas y Salud

Con autorización oficial de la Secretaría de Educación Departamental de Santander
Según Resolución N° 14682 de [illegible] 8/2000

Confiere el certificado de:

Técnico en Ingeniería de Sistemas

A:

Sandra Patricia Vargas Mendoza

Por haber cursado y aprobado los requisitos académicos exigidos con una intensidad total de 1800 horas

En la ciudad de Bucaramanga a Diciembre 20 de 2003

Dirección General

Dirección Académica

Registrado al folio No. 011 Del Libro 01 de certificados de grado

SANDRA PATRICIA VARGAS MENDOZA [redacted]

ACTA INDIVIDUAL DE GRADUACION

LOS SUSCRITOS, DIRECTOR GENERAL, DIRECTOR ACADÉMICO Y SECRETARIA GENERAL DE LA ESCUELA DE ARTES, ADMINISTRACIÓN FINANZAS Y SALUD EAFYS.

CERTIFICAN:

Que en el libro de **actas de certificado N° 1 de la institucion, en el folio N° 015** se halla inscrita la siguiente acta de grado N° 009 En la ciudad de Bucaramanga Departamento de Santander Republica de Colombia a los 20 dias del mes de diciembre de dos mil tres (2003) se reunieron el Director General Directora Academica y Secretaria General de la Escuela de Artes Administracion Finanzas y Salud en nombre de la Republica de Colombia y con autorizacion del Ministerio de Educacion Nacional por intermedio de la Secretaria de Educacion Departamental según resolución 16662 de 6 noviembre de 2003 presidido por el Dr RAFAEL DIAZ CHACON Director General y actuando como secretaria General CLAUDIA LORENA ROMERO VEGA, Celebro sesion solemne y pública con el objeto de otorgar el certificado a los alumnos aspirantes a grado y Considerando que **VARGAS MENDOZA SANDRA PATRICIA** identificada con cedula de ciudadania número 63.533.197 expedida en Bucaramanga (Santander) ha cumplido con las disposiciones legales y reglamentarias aprobando una intensidad de 1800 horas y ha obtenido como promedio ponderado en el programa la calificacion de cuatro coma (4.2) sobre cinco (5.0) se le otorga el certificado de

TÉCNICO EN INGENIERÍA DE SISTEMAS

Bajo la gravedad de juramento graduando promete cumplir con los deberes propios de ejercicio de su profesión en conformidad con la constitucion nacional y las leyes de la republica de Colombia

Para constancia se expide y firma la presente acta valida para todos los efectos correspondientes

El Director General (Fdo) DR RAFAEL DIAZ CHACON
El Director Academico (Fdo) DORIS ROMERO VEGA
La Secretaria General (Fdo) CLAUDIA LORENA ROMERO VEGA

Es fiel copia del original tomado a los 20 dias del mes de diciembre de dos mil tres (2003)

DR. RAFAEL DIAZ CHACON
Director General

DORIS ROMERO VEGA
Director Academico

CLAUDIA LORENA ROMERO VEGA
Secretaria General

REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994 y en atención a que

SANDRA PATRICIA VARGAS MENDOZA

Con Cédula de Ciudadanía No. 63.535.297

Curso y aprobó el programa de Formación Profesional Integral y cumplió con las condiciones requeridas por la entidad, se confiere el

Título de

TÉCNICO EN

ASISTENCIA ADMINISTRATIVA

En testimonio de lo anterior, se firma el presente Título en San Alberto a los nueve (9) días del mes de agosto de dos mil dieciséis (20[illegible]

Firmado Digitalmente por
IVAN ARTURO BOLAÑO BAUTE
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia
IVAN ARTURO BOLAÑO BAUTE
Subdirector CENTRO AGROEMPRESARIAL
REGIONAL CESAR

37387388 - 09/08/2017
No. FECHA REGISTRO

ACTA DE GRADO

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

CONSIDERANDO

Que: SANDRA PATRICIA VARGAS MENDOZA. Con Cedula de Ciudadania No. 63.533.197

TÉCNICO EN ASISTENCIA ADMINISTRATIVA

Firmado Digitalmente por
IVAN ARTURO BOLAÑO BAUTE
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia
IVAN ARTURO BOLAÑO BAUTE
Subdirector CENTRO AGROEMPRESARIAL
REGIONAL CESAR

SANDRA PATRICIA VARGAS MENDOZA

REPUBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

SANDRA PATRICIA VARGAS MENDOZA

Con Cédula de Ciudadanía No. 63533197

Cursó y aprobó la acción de Formación

SERVICIO AL CLIENTE

con una duración de 20 horas

En testimonio de lo anterior se firma el presente en San Alberto a los veinte (20) días del mes de noviembre de dos mil dieciocho (2018)

Firmado Digitalmente por:
ALVARO ENRIQUE RESTREPO DOMINGUEZ
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

ALVARO ENRIQUE RESTREPO DOMINGUEZ
[illegible]
CENTRO AGROEMPRESARIAL
REGIONAL CESAR

57212760 - 20/11/2018
FECHA REGISTRO

[illegible]

COMPUNET

FORTALEZA

INDUPALMA

El proyecto Fortaleza otorga el presente diploma a:

SANDRA VARGAS

En reconocimiento por haber participado como Multiplicador de Movilidad en las sesiones del sistema SAP en los procesos de:

Gestión de Calidad

Del 21 de Agosto del 2013 al 30 de Agosto del 2013, con una intensidad de 21 horas

IVAN ROSAS	JAIRO GRANADOS	DANIEL SERRANO	MARIO ZULUAGA
Director Unidad Agronómica	Gerente de Proyecto	Gerente de Proyecto	Consultor
Indupalma	Compunet	Indupalma	Compunet

SAP

Bogotá, D.C., Agosto de 2.013

myAgri

Aprende Púrpura

Bajo el NIT 1069727714-3 certifica que

Sandra Patricia Vargas Mendoza

Con **Cédula de Ciudadanía (CC)** N. **63533197**

Culminó satisfactoriamente el curso de

Rutas Integrales en la Promoción y Mantenimiento de los Servicios de la Salud (RPMS/RIAS)

Siendo este de categoría Básica con 45 horas de intensidad
y **un año de vigencia** desde el día **31** de **octubre** de **2025**

Jesús D. Pinilla
Representante Legal
NIT: 1069727714-3

Profesional en Salud
RM: 1010012384

Este certificado se otorga conforme a los lineamientos del Ministerio de Educación, en el marco de la Educación Informal - No formal, y no conduce a título alguno o certificado de aptitud ocupacional. Todos los detalles legales se encuentran en www.aprendepurpura.com/legalidad/

Nuestros medios de contacto: 321 219 95 93 - somos@aprendepurpura.com - www.aprendepurpura.com

Función Pública

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

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2026-01-28 21:59

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
SANDRA	PATRICIA	VARGAS	MENDOZA

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	63533197

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	CESAR	Municipio	SAN ALBERTO

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	CESAR	Municipio	SAN ALBERTO

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 LAZARO ALFONSO HERNANDEZ LARA - SAN ALBERTO

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	CESAR	Municipio	SAN ALBERTO

Dirección	["Cra. 2 No. 6-08 BARRIO VILLAFANY"]

Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$3.200.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$0,00
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$3.200.000,00

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

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

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
CARLOS	ALBERTO	ORTIZ	MACHADO

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 19680439

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

Sí [ ] No [X]

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

Sí [ ] No [X]

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

NUMERO DE CONTRATO	PSAG – 222 – 2025
CONTRATANTE	HOSPITA LAZARO ALFONSO HERNANDEZ LARA
NIT	824.000.586-3
CONTRATISTA	SANDRA PATRICIA VARGAS MENDOZA
IDENTIFICACION	63.533.197 de Bucaramanga-Sder
OBJETO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO ADMINISTRATIVO RELACIONADO CON LOS EQUIPOS BÁSICOS EN SALUD (EBS) PARA LA EJECUCIÓN Y PUESTA EN MARCHA DE LOS EQUIPOS BASICOS EN SALUD (EBS)ASIGNADOS AL HOSPITAL LAZARO ALFONSO HERNANDEZ LARA CONFORME LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL A TRAVES DE LA RESOLUCIÓN 0698 DEL 21 DE ABRIL DE 2025.
FECHA DE SUSCRIPCION	13 DE NOVIEMBRE 2025
FECHA DE INICIO	13 DE NOVIEMBRE 2025
FECHA DE FINALIZACION	31 DE DICIEMBRE 2025
PRORROGA	NO APLICA
FECHA DE FINALIZACION PRORROGA	NO APLICA
VALOR CONTRATADO	$3.200.000
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%
OBSERVACIONES	NINGUNA

La presente se expide a solicitud del interesado a los veintidós (22) días del mes de Enero de 2026

BIANA FARLEY SARABIA MANOSALVA
Profesional Universitario Administrativo

Lázaro

INDUSTRIAL AGRARIA LA PALMA LIMITADA
INDUPALMA LIMITADA EN LIQUIDACIÓN
NIT 860.006.780 4

GESTION DE TALENTO HUMANO

CERTIFICA QUE:

La señora **VARGAS MENDOZA SANDRA PATRICIA** identificada con la cédula de ciudadanía N° [illegible] presto sus servicios a la Empresa con contrato a término indefinido desde el 16 de SEPTIEMBRE de 2017 hasta el 30 de Noviembre de 2019 con pago de prestaciones sociales y demas derechos convencionales y laborales y de seguridad social al 1 de diciembre de 2019 desempeñando el cargo de **AUXILIAR DE FACTURACION**

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado a los 21 días del mes de Noviembre de 2019

Atentamente

ANTONIO HERNAN LORA HERNANDEZ
JEFE DE RELACIONES LABORALES

BOGOTÁ DC
PBX
PLANTACIÓN
PBX
www.indupalma.com

SERVITEMPORE S.A.S.
TALENTO HUMANO A SU SERVICIO

CERTIFICA QUE

El señor(a) **SANDRA PATRICIA VARGAS MENDOZA** identificado(a) con cédula de ciudadanía No 63.533.197 tuvo suscrito con **SERVITEMPORE S.A.S** contrato de trabajo temporal (Por el Término de Duración de Una Obra o Labor Determinada) desde el dia Veintiocho (28) de Mayo de 2012 hasta el dia Primero (01) de Marzo de 2013 desde el dia Once (11) de marzo de 2013 hasta el sia Diecisiete (17) de enero de 2014 desempeñando el cargo de **AUXILIAR En misión en la empresa INDUPALMA.**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado el día Quince (15) de Septiembre de 2017

Cordialmente

MARIA NOREY LONDOÑO MONTOYA
COORD. ADMON Y FINANCIERA

JAHSALUD

LA COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO JAHSALUD

CERTIFICA

Que la Sra. **SANDRA PATRICIA VARGAS MENDOZA** con documento de identidad No. **63.533.197**, estuvo vinculada a la Cooperativa mediante acuerdo cooperativo desde Enero de 2010 hasta 30 de agosto con convenio de trabajo autogestionario vigente en el desarrollo de subprocesos de **SECRETARIA** y actividades conexas para la empresa **GESTIONAR BIENESTAR.**

Se expide el presente certificado a los 14 días del mes de Enero de 2012.

Atentamente,

MARY GUTIERREZ
COORDINADORA DE RECURSOS HUMANOS Y CALIDAD

LA COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO JAHSALUD

CERTIFICA

Que la Asociada **SANDRA PATRICIA VARGAS MENDOZA** [illegible] identidad No. 63.533.19[illegible] De Bucaramanga, se encuentra [illegible] mediante el convenio suscrito con **GESTIONARBIENESTAR SAN ALBERTO** [illegible] prestación de servicios en los procesos y Subprocesos Asistenciales [illegible] cargo de Auxiliar de Recepción desde el 01 de Febrero del 2009 a término indefinido, demostrando un alto grado en el desarrollo de los procesos y subprocesos.

[illegible] el presente certificado a solicitud de la interesada [illegible] 2010.

Atentamente,

[illegible]

ANA VIRGINIA OLAYA FLOREZ
Gerente (E)

SANDRA PATRICIA VARGAS MENDOZA [redacted]

G & D
GESTION Y DESARROLLO
COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO
NIT 804017086-4

CONSTANCIA DE TRABAJO

Hace constar que la señora ***SANDRA PATRICIA VARGAS MENDOZA***, identificada con cedula de Ciudadania No. 63.533.197 de Bucaramanga es Asociada a La Cooperativa de Trabajo Asociado Para la Gestion y Desarrollo Humano **"G&D" GESTION Y DESARROLLO** desde el mes de Octubre de 2.006 hasta la fecha desempeñándose en el cargo de ***SECRETARIA*** devengando una Compensación Seiscientos Cincuenta y Siete mil Pesos ($657.000) mensuales.

La presente se expide a Solicitud del interesado a los Veintiseis 26 dias del mes de Marzo de 2008

"G&D" Gestion y Desarrollo

MARIA SOLEDAD CABALLERO
CC. 63.517.593 de Bucaramanga
GERENTE

COOSALUD

CERTIFICA QUE

El (La) Señor(a) **SANDRA PATRICIA VARGAS MENDOZA** identificado con **Cédula de ciudadania** número **63533197** registra en nuestra Base de Datos en condición de: **COTIZANTE**.

Estado Afiliado:	**Activo**
IPS de atención:	**ESE HOSPITAL LOCAL LAZARO ALFONSO HERNANDEZ LARA**
Categoría:	**A**
Fecha afiliación:	**02/01/2026**
Régimen:	**Contributivo**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) a **QUIEN INTERESE** , el 02 de febrero del 2026. Esta es el Reflejo de la información registrada en nuestro sistema de información hoy.

Observaciones:

- NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS
- No válido para prestación de servicios que se realiza entre IPS y EPS
- Puede consultar más detalle en nuestra página web: www.coosalud.com
- Línea permanente 24 Horas 018000515611

Cordialmente,

CARLOS ALBERTO TORRES SALAZAR
Director de Operaciones - Contributivo
afiliacionescontributivo@coosalud.com
COOSALUD EPS

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	63533197
NOMBRES	SANDRA PATRICIA
APELLIDOS	VARGAS MENDOZA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CESAR
MUNICIPIO	SAN ALBERTO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	COOSALUD EPS S.A.	CONTRIBUTIVO	01/12/2022	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	01/28/2026 22:02:13	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado

se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

COOSALUD

COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A
NIT 900.226.715 - 3

CERTIFICA:

El suscrito afiliado relacionado a continuación se encuentra o ha estado registrado en la EPS, con los siguientes datos.

Tipo y No. de documento	CC 63533197
Nombres	SANDRA PATRICIA VARGAS MENDOZA
Tipo de afiliado	Beneficiario
Fecha de afiliacion	2022-12-01
Estado de afiliacion	Activo
Regimen	Contributivo
Nivel de contribucion	A
Departamento - Municipio	CESAR SAN ALBERTO
Tipo de Servicio	IPS
IPS Atención	ESE HOSPITAL LOCAL LAZARO ALFONSO HERNANDEZ LARA

OBSERVACIONES:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS NO VALIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS

La anterior certifcación se expide y firma el 2026-01-28 a solicitud del interesado y es válida hasta el 2026-02-27

CARLOS TORRES SALAZAR
DIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL

VIGILADO SUPERSALUD

porvenir

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-6

CERTIFICA QUE:

SANDRA PATRICIA VARGAS MENDOZA, identificado(a) con cedula de ciudadania **63.533.197**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 24 de Enero del 2020.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario: 14573034501

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 6 3 5 3 3 1 9 7 | 6. DV: 9

12. Dirección seccional: Impuestos y Aduanas de Valledupar 2 1

14. Buzón electrónico:

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida 2

25. Tipo de documento: Cédula de Ciudadanía 1 3

26. Número de identificación: 63533197

Lugar de expedición: 25. País: COLOMBIA 1 6 9

29. Departamento: Santander 6 8

30. Ciudad/Municipio: Bucaramanga 0 0

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
VARGAS	MENDOZA	SANDRA	PATRICIA

35. Razón social:

36. Nombre comercial: | 37. Digito:

UBICACIÓN

38. País: COLOMBIA 1 6 9

39. Departamento: Cesar 2 0

40. Ciudad/Municipio: San Alberto 7 1

41. Dirección principal: CL 5 6B 40 BRR OASIS

42. Correo electrónico: sandravargasmendoza@gmail.com

43. Código postal:

44. Teléfono 1: 3 1 5 7 1 9 2 8 9 7

45. Teléfono 2:

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

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

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X]

60. No. de Folios: 0

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 AUTOMATICA

985. Cargo:

Fecha generación documento PDF: 04-11-2025 10:06:27

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 301143388

PIB
15:19:43

Bogotá DC, 13 de agosto 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) SANDRA PATRICIA VARGAS MENDOZA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 63533197:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 13 de agosto de 2026, a las 15:12:35, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	63533197
Código de Verificación	635331972608131512 35

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 09:54:08 AM horas del 13/08/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **63533197**

Apellidos y Nombres: **VARGAS MENDOZA SANDRA PATRICIA**

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.

Tu texto aquí 1

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

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

DIJIN

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

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

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, 13/08/2026 09:51:10 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **63533197** y Nombre: **SANDRA PATRICIA VARGAS MENDOZA.**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **145716937** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

TIC

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 63533197 **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 13/08/2026 03:44 PM

Código Verificación: **9YZTF2U147**

Válida hasta: **11/11/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

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 12:39:27 horas del 07/07/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **63533197**, Apellidos y Nombres **VARGAS MENDOZA SANDRA PATRICIA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **HOSPITAL LAZARO ALFONSO HERNANDEZ LARA** con NIT **824000586-3** 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.

Servimedisst



N° 14.671

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN				TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL
04 (Día)	11 (Mes)	2025 (Año)	SAN ALBERTO (CESAR, COLOMBIA) (Ciudad)	EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL DE PRE-INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE	
Nombre de la empresa	Empresa en misión
INDEPENDIENTE	PARTICULARES
CIIU (Actividad Económica) del empleador	
SIN REGISTRAR	

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cédula de Ciudadanía, CE, Cédula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad o PT, Pasaporte)				
Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
VARGAS MENDOZA SANDRA PATRICIA	FEMENINO	43 AÑOS 0 MESES 3 DÍAS	CC (Tipo)	63533197 (Número)

Cargo		
AUXILIAR ADMINISTRATIVA		
EPS	AFP	ARL
COOSALUD	PORVENIR	NO REFIERE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL: SIN RESTRICCIONES PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *NO APLICA*

N/A — NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR ✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HABITOS SALUDABLES FORTALECIMIENTO MUSCULAR DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CONDUCTAS OCUPACIONALES PREVENTIVAS: USO DE EPP, PAUSAS ACTIVAS EN EL TRABAJO A DIARIO, ADECUADA POSTURA Y HÁBITOS POSTURALES TANTO EN POSICIÓN DE PIE COMO SENTADO RECOMENDACIONES GENERALES EXTRALABORALES: REALIZAR EJERCICIO DIARIO 30-40MIN COMO: TROTE, CAMINATA ENÉRGICA, NATACIÓN, CICLISMO U OTRA ACTIVIDAD DEPORTIVA, ACORDE CON SU ESTADO FISICO Y CONDICIÓN DE SALUD, HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE CON DIETA BAJA EN GRASA, HARINAS Y DULCES; CONTROL DE PESO

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico		Aspirante o Trabajador
Firma:		Firma: Sandra V
Nombre: CC: 1143431805 - ALBA ROSA MORALES		Nombre: VARGAS MENDOZA SANDRA PATRICIA
R. M.: 1143431805 L.S.O.: 009727	Código de Seguridad: U1432A1G14671	CC: 63533197

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna

Certificado de vacunación

Nombres: SANDRA PATRICIA

Apellidos: VARGAS MENDOZA

Documento de identidad: C.C. T.I. Pasaporte PEP otro cual

No. 63533197

Fecha de nacimiento: Día 04 Mes 11 Año 1982

Este carné es valido 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

Nombres: sandra patricia

Apellidos: vargas mendoza.

Documento de identidad: C.C. T.I. Pasaporte No 63533197

Fecha de nacimiento: Día 04 Mes 11 Año 1982

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna

Certificado de vacunación

Nombres: Sandra Patricia

Apellidos: Vargas Mendoza

Documento de identidad: C.C. T.I. Pasaporte PEP otro cual

No. 63'533.192

Fecha de nacimiento: Día 04 Mes 11 Año 1982

COOSALUD

EN INTERVENCIÓN

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Esta afiliación se encuentra radicada en el sistema de Información de COOSALUD EPS S.A.
Formulario No. 16325009355418
Fecha de radicación 13/08/2026

EPS042

I. DATOS TRÁMITE

Tipo de Trámite	Tipo de afiliación	Régimen	Contribución Solidaria
A.Afiliación [ ] B.Reporte de Novedades [X]	A.Individual -Cotizante o Cabeza de familia [X] -Beneficiario o afiliado adicional [ ] B.Colectiva [ ] C.Institucional [ ] D.De oficio [ ]	A.Contributivo [X] B.Subsidiado [ ]	SI [ ] NO [X]

Tipo de afiliado	Tipo de Cotizante	Código
A.Cotizante [X] B.Cabeza de familia [ ] C.Beneficiario [ ]	A.Dependiente [ ] B.Independiente [X] C.Pensionado [ ]	registrar por la EPS: 3

A. AFILIACIÓN

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
VARGAS	MENDOZA	SANDRA	PATRICIA

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo biológico	Sexo Identificación
CC	63533197	Femenino [X] Masculino [ ]	F [X] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál:

Nacionalidad	País de nacimiento	Departamento de nacimiento	Municipio de nacimiento	Fecha de nacimiento
COL	COLOMBIA	CESAR	SAN ALBERTO	04/11/1982

III. DATOS COMPLEMENTARIOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

Datos personales

Etnia	Comunidad	Discapacidad	Categoría de discapacidad
06 - Otros		SI [ ] NO [X]	Ninguna

Tiene encuesta SISBEN	Nivel SISBEN	Grupo SISBEN	Grupo de población especial
SI [X] NO [ ]	Nivel II	C11	05 - Población Sisbenizada

Administradora de Riesgos Laborales	Administradora de Pensiones	Ingreso base de cotización IBC	Tarifa contribución solidaria
14-23: Positiva Compania De Seguros S.A.	Fondo de Pensiones y Cesantias Porvenir	$ 1.750.905	$ 0

Dirección Residencia	Teléfono fijo	Celular	Correo electrónico cotizante
CL 5 # 6 B - 40 OASIS		3157392997	sandravargasmendoza@gmail.com

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad/Comuna	Zona
CESAR	SAN ALBERTO	151 - SAN ALBERTO Urbano Localidad	Cab Municipal [ ] Centro poblado [ ] Rural disperso [X] Resto rural [ ]

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

NO HAY BENEFICIARIOS EN EL GRUPO FAMILIAR

Selección de la IPS Primaria

No	Nombre de la IPS primaria	Código de la IPS
0	ESE HOSPITAL LOCAL LAZARO ALFONSO HERNANDEZ LARA - CL 2 6B-40	Sede: 01

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

Nombre o Razón social	Identificación	Tipo de aportante o pagador de pensiones
INGRESO SAT INGRESO SAT	CC63533197	

Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
CL 5 # 6 B - 40 OASIS		sandravargasmendoza@gmail.com	SAN ALBERTO	CESAR

B. REPORTE DE NOVEDADES

Tipo Novedad

COOSALUD

EN INTERVENCIÓN

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Esta afiliación se encuentra radicada en el sistema de Información de COOSALUD EPS S.A.
Formulario No. 16325009355418
Fecha de radicación 13/08/2026

EPS042

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	
[X] 56. Anexo copia de documento de identidad									
Cantidad:	[ ]	[ ]	[ ]	[1]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	Total [1]

- [ ] Certificacion de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- [ ] 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 date unión marital
- [ ] Copia de la orden judicial o decreto administrativo de custodia
- [ ] Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliacion de oficio
- [ ] Copia del dictamen de discapacidad emitido por la autoridad competente
- [ ] Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
- [ ] 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

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

Municipio Entidad Territorial	Departamento Entidad Territorial	No ficha SISBEN	Puntaje SISBEN	Nivel SISBEN	Fecha radicación	Fecha validación

Primer apellido Funcionario	Segundo apellido Funcionario	Primer nombre Funcionario	Segundo nombre Funcionario	Firma del Funcionario

Tipo de documento de identificacion	Número de identificación

Observaciones:
Observaciones:
Empresa:INGRESO SAT INGRESO SAT, Asesor:javila, Sucursal:, Teléfono:3162939020, Correo Electrónico:javila@coosalud.com
Puede verificar la autenticidad de este formulario en la página web de COOSALUD EPS S.A. e ingresando el código: 808756EA-EFD1-4DD2-B
Url: https://sinergia.coosalud.com/Publico/BoxaludPublico/Pages/CQR.aspx

COVID-19	4	4-5-22	PFIZER	AC05853	VACUNACIÓN Lázaro		Jaley María Castro Ruiz Auxiliar de Enfermería Resol. 23-0327
	2						

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubeola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Tdaf acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual	05/08-22	US0222013	tilbetyl
Otras				

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19		15-07-21	Sinovac	2021050600	H L A H L	Mayerly Parada	1065233891
		14-08-21	Sinovac	2021050600	H.L.A.H.L	Yeimi Blanco	1102367842
		17-03-202	PFIZER	PCA COSS	H/Alti	tilbetyl M	Lilibeth Martínez Castro Auxiliar de Enfermería Resol. 14069

Banco de Bogotá

EL BANCO DE BOGOTA

INFORMA:

Que la persona VARGAS MENDOZA,SANDRA PATRICIA identificado(a) con CC 63533197 está vinculado(a) al BANCO DE BOGOTA a través de la CTA AHORROS AH Cuentas Privadas No. 539147298 desde el 10 de noviembre de 2006, este producto se encuentra Vigente.

Esta información es confidencial, no es una recomendación de negocio y se suministra sin responsabilidad del banco, se expide el 04 de noviembre de 2025, a solicitud del interesado, con destino a quien interese.

Atentamente,

Olga Yanira Otálora Guerrero

Gerencia de Soluciones para el Cliente

Banco de Bogota

Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

Función Pública certifica que:

Sandra Patricia Vargas Mendoza

C.C 63.533.197

Participó y completó el curso virtual

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 28 de enero 2026

Francisco Camargo Salas
Director de Empleo Público

Código: 769453516000

Autorización para el tratamiento de datos personales
Contratacion de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestion.

NOMBRES Y APELLIDOS	Sandra Patricia Vargas Mendoza
TIPO DE DOCUMENTO	CC
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	63'533.197
EMAIL:	sandravargasmendoza@gmail.com
TELÉFONO:	3157392997

Por medio del presente y de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e inequivocamente al Hospital Lázaro Alfonso Hernández Lara de San Alberto Cesar, para que realice la recolección y tratamiento de mis datos personales que suministro de manera veraz y completa, los cuales serán utilizados para los diferentes aspectos relacionados con la contratación de prestación de servicios de la Entidad.

Igualmente, manifiesto que de conformidad con el artículo 56 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo - Ley 1437 de 2011 modificado por el artículo 10 de la Ley 2080 de 2021, autorizo expresamente al Hospital Lázaro Alfonso Hernández Lara a remitir notificaciones electrónicas al correo electrónico institucional que se me llegare asignar una vez inicié la ejecución contractual o al registrado por el suscrito(a) en la herramienta SECOP II.

Así mismo , manifiesto que el Hospital Lázaro Alfonso Hernández Lara , ha informado de forma clara y suficiente de los fines del tratamiento de la información, así como también, que no estoy obligado(a) a otorgar la presente autorización cuando se trate de información considera sensible, de acuerdo a lo prescrito en el artículo 6 de la Ley 1581 de 2012.

Por lo anterior, autorizo y acepto recibir notificaciones a través de medios electrónicos. De igual manera manifiesto que la presente autorización me fue solicitada y puesta de presente antes de entregar mis datos y que la suscribo de forma libre y voluntaria una vez leída en su totalidad.

Firma: Sandra V. M.
Nombre: Sandra Patricia Vargas Mendoza
Identificación: 63'533.197 de Bmanga
Fecha: 24 de Enero de 2026

	PROCESO DE APOYO	PA-GJU-FT-023	Versión: 01
	GESTIÓN JURÍDICA	Fecha de emisión: 01/01/2025	
	FORMULARIO UNICO DE CONOCIMIENTO PERSONAS NATURALES Y JURÍDICAS SARLAFT	página 1 de 6	

Fecha de Diligenciamiento: 24 | 01 | 2026 — Ciudad: San Alberto Cesar — Tipo de solicitud: Nuevo [x] Renovación [ ] Actualización [ ]

Clase de vinculación: Trabajador [ ] Proveedor servicios de salud [ ] Proveedor de Suministros [ ] Otros [x]

1. PERSONA NATURAL

Apellidos: Vargas | Mendoza — Nombres: Sandra | Patricia

CC [x] CE [ ] TI [ ] RC [ ] Otro [ ] No. 63533197 — Fecha de Nacimiento: 04 | 11 | 1982

Lugar de Nacimiento: San Alberto | Cesar — Nacionalidad: Colombia

Ocupación/ Oficio: Auxiliar Administrativo — Profesión: Técnico Administrativo — Celular/ Teléfono: 3157392997

Dirección Residencia: Calle 5 # 6B – 40 Barrio Oasis — Municipio: San Alberto Cesar

Ingresos Mensuales: 2´000.000 0 — Egresos Mensuales: 2´000.000

Activos (pesos): 2´000.000 — Pasivos (pesos): 2´000.000

Patrimonio (pesos): 0 — Otros ingresos: 0

Concepto otros Ingresos:

2. PERSONA JURÍDICA

Nombre o Razón Social: — NIT:

Tiempo de Empresa: Pública [ ] Privada [ ] Mixta [ ] Sector de la Economía: — CIIU:

Tipo de contribuyente: Régimen simplifica [ ] Régimen Común [ ] Grandes Contribuyentes [ ] Otras entidades [ ]

Fecha de constitución en Cámara de Comercio: | | | — Correo empresarial:

Oficina principal Dirección: — Municipio:

Teléfono: — Celular:

Sucursal/Agencia Dirección | Municipio

Teléfono | Celular

Representante Legal

CC ☐ CE ☐ TI ☐ RC ☐ Otro ☐ No. | Fecha de Nacimiento

ID	Numero ID	NOMBRES Y APELLIDOS	¿Por su actividad o cargo administra recursos públicos?		¿Pro su actividad o cargo ejerce algun grado de poder público?		¿Por su actividad o cargo goza de reconocimiento público?		¿Esta obligado de declaración tributaria en otro país? ¿Cual?
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	

Ingresos Mensuales

Activos (pesos) | Egresos Mensuales: Pasivos (pesos)

Patrimonio (pesos) | Otros ingresos

Concepto otros Ingresos

3. PERSONAS PUBLICAMENTE EXPUESTAS - PEP

¿Por su cargo maneja recursos públicos?	SI ☐	NO [x]
¿Por su cargo o actividad algún grado de poder público?	SI ☐	NO [x]
¿Por su actividad u oficio, goza de usted de reconocimiento público general?	SI ☐	NO [x]
¿Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta?	SI ☐	NO [x]
¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en otro país o grupo de países?	SI ☐	NO [x]

4. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que:

1. Tanto mi actividad, profesión u oficio es licita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilicitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
2. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me comprometo a actualizar anualmente.
3. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinarán a financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas
4. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detallo ocupación, actividad o negocio):

Origen

5. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza operaciones en moneda extranjera?

SI ☐ NO ☐ Importaciones ☐ Exportaciones ☐ Inversiones ☐ Transferencias ☐ Otra ☐

Indique otras operaciones

¿Posee productos financieros en el Exterior? SI ☐ NO ☐ ¿Posee cuentas en moneda Extranjera? SI NO

Tipo de Producto	Identificación del Producto	Número del producto	Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda

6. DECLARACIÓN NO ENCONTRARSE EN LISTAS NACIONALES O INTERNACIONALES PARA EL CONTROL LA/FT

Con la suscripción de este formato declaro que no me encuentro en ninguna lista de las establecidas a nivel nacional o internacional para el control del lavado de activos o financiamiento del terrorismo; así mismo me responsabilizo ante le Hospital Lázaro Alfonso Hernández Lara por que mis empleados, accionistas, miembros de la junta directiva o junta de socios, representantes legales y revisor fiscal, tampoco se encuentren en dichas listas y me comprometo a actualizar actualmente la información en caso de que ocurran en la información suministrada al Hospital Lázaro Alfonso Hernández Lara de San Alberto – Cesar.

7. CLÁUSULA DE AUTORIZACIÓN

Con la suscripción de este documento autorizo al Hospital Lázaro Alfonso Hernández Lara de San Alberto – Cesar.

1. Revelar mi información personal y de mis negocios, en caso de ser requerida por una autoridad competente en Colombia como la UIAF o la fiscalia general de la Nación.
2. Ser consultado en las bases de datos que permitan prevenir el lavado de activos y financiación del terrorismo.

Declaro que los recursos utilizados para el cumplimiento de loas obligaciones mi cargo, objeto del presente contrato no proviene ni provendrá de actividades ilícitas tale como el narcotràfico, terrorismo y financiamiento del terrorismo, lavado de activos, testaferrato, trafico de estupefacientes o delitos contra el orden constitucional, o que de alguna manera contrarien las leyes de la repùblica, la moral o las buenas costumbres. Así mismo, se obliga con Hospital Lázaro Alfonso Hernández Lara de San Alberto – Cesar a implementar las medidas tendientes a evitar que sus operaciones puedan ser utilizadas sin su conocimiento y consentimiento como instrumento para el ocultamiento, manejo, inversión o aprovechamiento en cualquier forma de dinero u otros bienes provenientes de actividades delictivas o para dar apariencia de legalidad a estas actividades en virtud de esto, el cliente autoriza a ser consultado en base de datos.

El Hospital Lázaro Alfonso Hernández Lara de San Alberto – Cesar podrá terminar de manera unilateral e inmediata el presente contrato, cuando el cliente, sus socios o sus acciones y/o sus administradores llegaren a ser:

1.Vinculado por parte de las autoridades competentes a cualquier tipo de investigación por delitos de narcotráfico, terrorismo y financiación del terrorismo, lavado de activos, testaferrato, trafico de estupefacientes o delitos contra el origen constitucional.

2. Sea incluido en listas para el control de lavado de activos y financiación del terrorismo administradas por cualquier autoridad nacional o extranjera.

3. sea condenado por parte de las autoridades competentes en cualquier tipo de procesos judicial relacionado con la comisión de delitos de igual o similar naturaleza a los indicados en esta cláusula.

El suscriptor de este documento, indemnizará y mantendrá libre de cualquier daño al Hospital Lázaro Alfonso Hernández Lara de San Alberto – Cesar por cualquier multa o perjuicio que fueran probados y que sufra el Hospital Lázaro Alfonso Hernández Lara, por parte del suscriptor de las obligaciones que le apliquen en materia de prevención de riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo, así como cualquier reclamo judicial, extrajudicial y/o administrativo que autoridades competentes inicien en contra el Hospital Lázaro Alfonso Hernández Lara por ocasión de dicho incumplimiento. De igual manera el cliente se compromete a dar las explicaciones a que hubiere lugar originadas por el mencionado incumplimiento al Hospital Lázaro Alfonso Hernández Lara de San Alberto – Cesar y a los terceros que este le indique.

8. DOCUMENTOS REQUERIDOS

1.Fotocopia de documento de identidad de la persona natural o persona jurídica ☐
2. Fotocopia del documento de identidad del representante legal ☐
3. Certificado de existencia y representación legal con vigencia no superior a dos meses para Personas jurídicas ☐

9. 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 presente documento



Huella

Sandra Vos B M

FIRMA PERSONA NATURAL O REPRESENTANTE LEGAL

10. INFORMACIÓN RESERVADA PARA LA ENTIDAD

Recopilación y verificación de información
- ☐ La cédula coincide con el nombre suministrado
- ☐ Se confirma los datos registrados en el formato

Verificó en las siguientes listas
- ☐ Lista emitida por la ONU
- ☐ Lista SDN personas y empresas sancionadas por EEUU
- ☐ Lista de los más buscados por la Interpol
- ☐ Lista Antecedentes Judiciales Policía
- ☐ Lista FBI
- ☐ Otra

En caso de alguna inconsistencia o coincidencia positiva en las listas por favor informar al Oficial de Cumplimiento

ENCARGADO DE RECOPILAR LA INFORMACION

NOMBRE	
TD Y NUMERO	
CARGO	
EXTENCIÓN	
FECHA	HORA

ENCARGADO DE VERIFICAR LA INFORMACIÓN

NOMBRE	
TD Y NUMERO	
CARGO	
EXTENCIÓN	
FECHA	HORA