Formato No 1. Carta de presentación de la oferta-Compromiso de obligaciones contractuales

Málaga, 07 de septiembre de 2026

Señores:
ESE HOSPITAL REGIONAL DE GARCIA ROVIRA.

Referencia: INVITACION PRIVADA 114-2026

Yo Leidy Caterine Toloza Mendoza, identificada con la C.C. No 1.098.674.447, obrando en calidad de CONTRATISTA me permito presentar propuesta seria, formal e irrevocable para participar en el presente proceso, convocado por la ESE HOSPITAL REGIONAL DE GARCIA ROVIRA, para la celebración de un contrato de: prestación de servicios en los términos prescritos en el documento de selección de contratistas que rigen el proceso, en las Leyes de la República de Colombia y en particular los principios de la Ley 80 de 1993, los códigos civil y de comercio, la ley 100 de 1995 artículo 195, el estatuto contractual y manual de contratación de la ENTIDAD, y las demás normas que conforman el régimen legal del presente proceso de contratación, o que llegaren a regular algún aspecto concerniente a él, con el objeto de prestar los servicios profesionales *PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO JEFE DE ENFERMERÍA PARA PLANEAR, DESARROLLAR, EJECUTAR Y REALIZAR SEGUIMIENTO A LAS ACTIVIDADES 12, 15, 17, 18, 21 Y 22 DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO No CO1.PCCNTR.9585605, SUSCRITO ENTRE EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER - SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL Y LA E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE GARCÍA ROVIRA, RELACIONADAS CON SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, PREVENCIÓN DE LA TUBERCULOSIS, ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES Y CÁNCER, ASÍ COMO CON LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIAS DE VIVIENDA SALUDABLE Y MOVILIDAD SEGURA Y SOSTENIBLE, EN EL MARCO DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PIC- DEL MUNICIPIO DE MÁLAGA,* El alcance, las obligaciones, se encuentran detalladamente enunciados en los documentos previos (estudios, pliegos, invitación, adendas, según corresponda) y para todos los efectos legales, mi propuesta debe entenderse referida a los mismos, teniendo en cuenta su descripción, número y especificaciones técnicas y funcionales.

En relación con la propuesta que presento, manifiesto lo siguiente:

a) Que conozco y acepto el contenido de los documentos correspondientes a la etapa precontractual y de sus Anexos y Formatos, así como el de cada uno de las adendas (si hay lugar) hechas al mismo.
b) Que la oferta económica y la oferta técnica están adjuntas a la presente comunicación, han sido elaboradas de acuerdo con los Documentos del Proceso y hacen parte integral de la propuesta que presento; la cual, es irrevocable e incondicional.
c) Que no me encuentro incurso en ninguna de las causales de inhabilidad y/o incompatibilidad, o conflicto de intereses, determinadas por la Constitución Política y la ley aplicable.
d) Que Leidy Caterine Toloza Mendoza, Identificada con Cedula No 1.098.674.447 dirección y teléfono celular son los siguientes: Calle 7#8-31 Málaga, 3145377236.
e) Que mi propuesta básica cumple con todos y cada uno de los requerimientos y condiciones establecidos en los estudios previos, pliegos o invitación privada (según corresponda) y en la Ley.
f) Que me comprometo a proveer el servicio, de acuerdo a los términos establecidos por LA ESE HOSPITAL REGIONAL DE GARCIA ROVIRA, en caso de resultar adjudicatarios del presente proceso de selección, los servicios ofrecidos en la presente propuesta, que corresponden a aquellos solicitados en la etapa precontractual, los anexos y formatos y en la oferta presentada.
g) Reconozco la responsabilidad que me concierne en el sentido de conocer técnicamente las características, funcionalidades y especificaciones de los servicios que nos obligamos a prestar, y asumimos la responsabilidad que se deriva de la obligación de haber realizado todas las

evaluaciones e indagaciones necesarias para presentar la presente propuesta sobre la base de un examen cuidadoso de las características del negocio. En particular declaramos bajo nuestra responsabilidad, que los servicios que se prestaran a la ESE HOSPITAL REGIONAL DE GARCIA ROVIRA, en el caso de resultar adjudicataria mi propuesta, cumple con todas y cada una de las exigencias descritas en el documento de selección de contratistas, sus Anexos, sus Formatos y adendas (si hay lugar).

h) Manifiesto además que he realizado el examen completo y cuidadoso, e investigado plenamente, las condiciones del contrato que me comprometo a ejecutar, así como los riesgos que del mismo se derivan, y declaro que se encuentra bajo mi responsabilidad y es mi especialidad técnica el conocimiento detallado del sector en el cual aplicare mi trabajo, y en general, que conozco todos los factores determinantes de los costos y gastos de ejecución del contrato a suscribir, los cuales se encuentran incluidos en los términos de nuestra propuesta.

i) En todo caso, acepto y reconozco que cualquier omisión en la que haya podido incurrir en la investigación de la información que pueda influir para la determinación de mi propuesta, no nos eximirá de la obligación de asumir las responsabilidades que me lleguen a corresponder como contratistas, y renuncio a cualquier reclamación, reembolso o ajuste de cualquier naturaleza por cualquier situación que surja y no haya sido contemplada por mí en razón de falta de diligencia en la obtención de la información.

j) Manifiesto que ni LA ESE HOSPITAL REGIONAL DE GARCIA ROVIRA, ni el personal interno o externo del mismo que haya intervenido en la contratación que se promueve por medio del presente proceso de selección, ha adquirido compromisos para con migo en forma expresa o implícita en la absolución de consultas e informaciones que me han sido requeridos, y que nada de lo contenido en cualquiera de los documentos a los que he tenido acceso ha sido considerado como una promesa o declaración en cuanto al pasado o al futuro.

k) Reconozco que los documentos de la etapa precontractual, ni la información contenida en este documento o proporcionada en conjunto con el mismo o comunicada posteriormente a cualquier persona, ya sea en forma verbal o escrita con respecto a cualquiera de los aspectos del contrato ofrecido, se ha considerado como una asesoría en materia de inversiones, legal, tributaria, fiscal o de otra naturaleza, y declaro que para la preparación de mi propuesta he obtenido asesoría independiente en materia financiera, legal, fiscal, tributaria, y técnica, y que he informado plena y adecuadamente sobre los requisitos legales aplicables en la jurisdicción del presente proceso de selección y del contrato que se suscriba.

l) Acepto plena, incondicional e irrestrictamente los términos previstos en la etapa precontractual y me comprometo a suscribir el contrato con las modificaciones inherentes a la naturaleza del proceso, por la sola adjudicación que se me haga del mismo, e igualmente la incorporación de las variaciones que se deriven de las Adendas que se expidan dentro del proceso de selección (si las hubiere), las que de antemano aceptamos.

m) Manifiesto y declaro que la propuesta no contiene ningún tipo de información confidencial o privada de acuerdo con la ley colombiana, y, en consecuencia, considero que LA ESE HOSPITAL REGIONAL DE GARCIA ROVIRA, se encuentra facultado para revelar dicha información sin reserva alguna, a partir de la fecha de apertura de la propuesta, a sus agentes o asesores, a los demás proponentes ó participantes en el proceso de selección adelantado, y al público en general.

n) La suscrita LEIDY CATERINE TOLOZA MENDOZA Identificada con cedula de ciudadanía 1.098.674.447 de El Playón - Santander obrando como de proponente al presente proceso de selección, declaro y acepto, explícitamente, que asumo la responsabilidad plena por los resultados y obligaciones del contrato ofrecido, según los términos establecidos en el documento de selección de contratistas, y reconozco que me encuentro vinculada o comprometida de manera ilimitada, incondicional, insubordinada y solidaria respecto de todas y cada una de las obligaciones o responsabilidades derivadas de la presentación de la propuesta, de la correspondiente adjudicación, y de la suscripción del contrato respectivo, conforme a las condiciones de responsabilidad previstas en la Ley.

o) Declaro bajo juramento, el que se entiende prestado por la mera suscripción de la presente carta de presentación de la propuesta, que he declarado únicamente la verdad en la información y propuesta suministradas, y que en consecuencia no existe ninguna falsedad en la misma, siendo conscientes de las consecuencias penales que pueden derivarse de cualquier falsedad que se evidencie en la información aportada con la propuesta, o en las declaraciones contenidas en la presente carta de presentación de la propuesta.

p) Que me obliga a suministrar a solicitud de la ESE HOSPITAL REGIONAL DE GARCIA ROVIRA, cualquier información necesaria para la correcta evaluación de esta propuesta, dentro de los términos que al efecto determine la entidad.

q) Acepto la forma de pago indicada en los documentos precontractuales, y que su ingreso lo constituye únicamente los valores pactados en el contrato.

r) Que la presente propuesta consta de los siguientes: TOMO _____.

s) Que recibo notificaciones en las instalaciones de la ESE HOSPITAL REGIONAL DE GARCIA ROVIRA, o en la siguiente dirección electrónica leidykatherine1808@gmail.com y/o física a la Calle 7 No 8-31.

t) Que la suscripción de la presente carta de presentación no me exime de cumplir con cada uno de los requisitos técnicos, económicos y jurídicos, exigidos los documentos previos.

u) Que, en caso de resultar adjudicatario, me obligo a presentar la garantía de cumplimiento prevista en los Documentos del Proceso a más tardar dentro de los tres (03) días siguientes a la suscripción del contrato.

v) Manifiesto bajo la gravedad del juramento que se entiende surtida con la firma del presente documento con la presente, adjunto a los siguientes Anexos y Formatos.

Firma: _____
Nombre LEIDY CATERINE TOLOZA MENDOZA
Cédula: 1.098.674.447
Correo electrónico de contacto: leidykatherine1808@gmail.com

ANEXO 2 -
PROPUESTA TECNICA Y ECONOMICA

Numero de la invitacion privada: 114-2026

Objeto: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO JEFE DE ENFERMERÍA PARA PLANEAR, DESARROLLAR, EJECUTAR Y REALIZAR SEGUIMIENTO A LAS ACTIVIDADES 12, 15, 17, 18, 21 Y 22 DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO No CO1.PCCNTR.9585605, SUSCRITO ENTRE EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER - SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL Y LA E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE GARCÍA ROVIRA, RELACIONADAS CON SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, PREVENCIÓN DE LA TUBERCULOSIS, ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES Y CÁNCER, ASÍ COMO CON LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIAS DE VIVIENDA SALUDABLE Y MOVILIDAD SEGURA Y SOSTENIBLE, EN EL MARCO DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PIC- DEL MUNICIPIO DE MÁLAGA.

Entidad Contratante: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL REGIONAL DE GARCIA ROVIRA

LEIDY CATERINE TOLOZA MENDOZA, quien suscribe la propuesta, declaro que:

a) He examinado y no tengo reservas a los requisitos solicitados, incluyendo las adendas o modificaciones a la presente convocatoria.
b) Me comprometo a brindar servicios profesionales en el área salud respecto a mi perfil profesional
c) El precio de mi propuesta es de: **CUARENTA Y CINCO MILLONES DE PESOS M/CTE ($45.000.000)**

El Alcance del objeto es:

Prestación de servicios profesionales como jefe de enfermería para planear, desarrollar, ejecutar y realizar seguimiento a las actividades 12, 15, 17, 18, 21 y 22 del contrato interadministrativo no co1.pccntr.9585605, suscrito entre el departamento de Santander - secretaría de salud departamental y la E.S.E. hospital regional de García Rovira, relacionadas con salud sexual y reproductiva, prevención de la tuberculosis, enfermedades crónicas no transmisibles y cáncer, así como con la implementación de la estrategias de vivienda saludable y movilidad segura y sostenible, en el marco del plan de intervenciones colectivas -PIC- del municipio de málaga.

Brindar Información en salud sexual y reproductiva dirigido a los momentos de curso de vida de adolescencia, juventud, adultez y vejez, en entorno comunitario, ámbito urbano.

1. Elaboración del plan de trabajo y cronograma mensual de actividades. **Soportes:** Entrega del Plan de trabajo y cronograma y calendario mensual de actividades.
2. Realizar cinco (5) movilizaciones civiles, de dos (2) horas cada una, desarrollando estrategias lúdico-recreativas, con los actores sociales y comunidad en general, que se organizará con los diferentes actores comunitarios y se realizará por las calles principales del municipio seleccionado y priorizado por el referente de salud sexual, promocionando el tema de acuerdo a las fechas especiales en los meses de mayo, julio, septiembre , noviembre y diciembre: Día mundial de respuesta al VIH, Día de la prevención de las Hepatitis virales, Semana andina de prevención del embarazo en adolescentes, Día de la no violencia contra las mujeres, Día de la maternidad segura, entre otros, para esta actividad deberán elaborar materiales didácticos y pedagógicos como carteleras, juegos, pancartas y afiches, entre otros. **Soportes:** a) convocatoria a la movilización social (comparsa, perifoneo), b) informe de la movilización social (incluye caracterización de la población asistente), c) registro fotográfico

3. Promoción, difusión y divulgación de las conmemoraciones de fechas especiales, a través medios alternativos (perifoneo). Esta actividad deberá realizarse durante dos (2) horas, por cada conmemoración. **Soportes:** a) registro fotográfico b) registros de audios
4. Elaborar informe final con todas las evidencias y el análisis del desarrollo de la estrategia que contenga objetivo, población objeto, asistencia alcanzada, aspectos positivos, de mejora, oportunidades y observaciones; se debe incluir los siguientes indicadores: número y porcentaje de personas del territorio abordadas, número y porcentaje de personas por momento de curso de vida que participaron, número y porcentaje de canalizaciones a servicios de salud con atención oportuna. **Soporte**: Documento informe final consolidado con indicadores

Identificar, fortalecer y conformar redes comunitarias con enfoque ENGAGE TB, en el ámbito urbano, entorno comunitario, en todos los momentos de curso de vida

1. Capacitarse en la estrategia ENGAGE TB, realizada por el equipo del departamento de Santander
2. Informar al secretario de salud municipal, coordinador del PIC, funcionarios de la ESE y EAPB, personería, y demás actores de interés en el municipio la estrategia ENGAGE, concertación de cronogramas con las actividades a ejecutar y establecer alianzas institucionales, que permitan la articulación y el éxito en el desarrollo de las actividades del contrato. Estas actividades deberán estar articuladas con los equipos básicos de salud y red prestadora. **Soportes:** a). acta de reunión con concertación de actividades, b) registro de reunión, c) registro fotográfico.
3. Realice el mapeo (Identificar los posibles actores o miembros de la red (Instituciones, redes existentes, organizaciones, grupos, familias, incluir los integrantes de REVCOM, personas en razón de sus competencias y funciones, o por su afectación en relación con la situación, evento o riesgo que se abordará a través de la red (Tuberculosis). **Soportes:** a). Mapa de instituciones de actores sociales.
4. Caracterización de personas afectadas por Tuberculosis (Total de la población afectada, en tratamiento, en vigilancia) [Indagar sobre las personas afectadas que quieran hacer parte de esta red de manera voluntaria. **Soportes:** a). registro/ caracterización de personas afectadas por Tb. (entregar en el 1 mes posterior al inicio del contrato)
5. Realizar Reunión de conformación la RED COMUNITARIA ENGAGE: Definir la participación de los actores en la red con base en tres aspectos fundamentales: • Intereses comunes en relación con la TB • Posición de apoyo u oposición en relación con su abordaje o gestión. • Influencia o importancia (Capacidad de incidir en la situación, problema o riesgo) d) Identificar otras características de cada uno de los actores, tales como: • Programas y servicios que brindan en relación con la situación, evento o riesgo • Recursos financieros, físicos y talento humano con el que cuenta • Sector al que pertenece • Independencia en la toma de decisiones y distribución de los recursos. • Instituciones, redes, personas, instancias con las que interactúa para la ejecución de sus funciones o la solución de sus problemas y necesidades. • Otros de interés según el caso. El desarrollo de este análisis, en un proceso participativo de construcción conjunta, permitirá a los actores que decidan comprometerse con la red identificar claramente cuáles y cómo son sus verdaderas y actuales interacciones, • designar un OCO- órgano o líder de coordinación para dar sostenibilidad a la red. **Soportes:** a) Acta de conformación de la RED b) directorio de lideres de Red comunitaria ENGACE c) evidencias fotográficas.
6. Desarrollar con los integrantes de red ENGAGE el curso de capacitación ENGACE (según el manual de capacitación de ENGACE de la OMS) desarrollando los 10 módulos (desarrollar 1 modulo semanal), Certificar a los miembros de la red que cumplieron con el 80% del desarrollo de los módulos del manual de capacitación ENGAGE en el municipio, **Soportes:** a) Acta de capacitación ,lista de asistencia y evidencias fotográficas por modulo, acta y listado de las personas certificadas en la estrategia ENGACE , evidencias fotográficas de acto de certificación., Producto: a) Entregar mensualmente los soportes de ejecución de la capacitación ENGAGE por modulo finalizado b) lista de asistencia c) evidencias fotográficas.
7. Construir el plan de acción a desarrollar por los miembros de la red o mecanismo de operación para abordar la TB en el municipio Definir qué estrategias, programas, acciones, información, conocimientos, experiencias u otros recursos están dispuestos a aportar los miembros de la red con base en el propósito, visión, misión y objetivos, fechas, tiempos y responsables .identificar las necesidades de las personas afectadas por tuberculosis Estigma y -Discriminación, búsqueda de contactos o de sintomáticos respiratorios, canalización, adhesión y seguimiento al

tratamiento, fortalecimiento de capacidades, sensibilización sobre la enfermedad.. **Soportes:** a) pian de acción de la red ENGACE.

8. Ejecutar de manera coordinada las acciones o intervenciones programadas de acuerdo al plan de acción propuesto (realizar mínimo 1 actividad o estrategia semanal por los miembros de la red), el profesional de enfermería y el auxiliar deberán apoyar y orientar la planeación y ejecución de las estrategias, acciones, que pueden realizar los miembros de la red y se debe realizar retroalimentación permanente de los actores involucrados y garantizando la flexibilidad y confianza suficientes para retomar el rumbo cada vez que sea necesario y mantener a todos motivados. El liderazgo en el manejo de la red y la coordinación de las acciones debe ser democrático y rotativo, permitiendo relevos entre los miembros y manteniendo la horizontalidad de las relaciones, así como la independencia y autonomía de cada miembro dentro de la dinámica del colectivo. **Soportes:** a) acta de cada actividad o estrategia realizada por la red. b) evidencias fotografías c) listas de asistencia.
9. Realizar seguimiento al plan de acción y Evaluar el desempeño de la red y socializar los logros y se retroalimenta la red para que siga trabajando acorde al objetivo. **Soportes:** a) Acta de seguimiento b) Informe de evaluación
10. Realizar articulación con la dependencia de VSP municipal para gestionar participación activa en COVEM Y COVECOM y presentar en estos espacios la red ENGAGE TB conformada. **Soportes:** a) acta de articulación y/o participación en COVE, COVECOM, b) evidencias fotografías. C) listas de asistencia.
11. Impulsar tres (3) actividades de movilización social comunitaria y la identificación de Sintomáticos respiratorios en poblaciones de alta vulnerabilidad social **Soportes:** a) Informe de la actividad. evidencias fotográficas, c) convocatorias.
12. Identificación de Sintomáticos respiratorios en poblaciones de alta vulnerabilidad social, con barreras de acceso, Canalización a servicios de salud para atención en poblaciones vulnerables, Visita a pacientes y contactos (según lineamientos), búsquedas activas comunitarias. **Soportes:** a). Evidencias del desarrollo de cada actividad en los formatos del programa b) registro de asistencia en físico y digital por curso de vida con enfoque de género, diferencial, de contexto, cultural y otro este será entregado por el supervisor, seguimiento de canalización en plantilla de indicadores entregada por el supervisor.
13. Para la realización de las actividades se debe garantizar la logística e insumos (material educativo como rotafolios, material para carteleras, pinturas, pinceles, marcadores, impresiones y difusión de la movilización por perifoneo, redes sociales, cuñas radiales) entre otros que se requieran. **Soporte:** Diseño del material informativo entregado el cual debe ser aprobado por referente de TB y soportes de entrega del material informativo.
14. Elaborar informe final con todas las evidencias y el análisis del desarrollo de la estrategia que contenga objetivo, población objeto, asistencia alcanzada, aspectos positivos, de mejora, oportunidades y observaciones; se debe incluir los siguientes indicadores: número y porcentaje de personas del territorio abordadas, número y porcentaje de personas por momento de curso de vida que participaron, número y porcentaje de canalizaciones a servicios de salud con atención oportuna, número y porcentaje de canalizaciones a servicios sociales con atención oportuna. **Soporte:** Documento informe final consolidado con indicadores solicitados y demás soportes generados

Brindar Educación en salud en el entorno comunitario, ámbito urbano para promover estilos de vida saludable para la Gestión del Riesgo de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles dirigido a los momentos de curso de vida de Juventud y Adultez

1. Presentar el Plan de trabajo de las actividades a partir del cual se dará cumplimento a la estrategia designada, avances de manera mensual; el cual debe contener: Identificación de la actividad a ejecutar, fecha de ejecución, como se va a desarrollas la actividad, población a intervenir, metodología de la actividad, lugar de la actividad **Soportes:** Entrega del Plan de trabajo con las fichas técnicas de cada sesión educativa
2. Desarrollar dos ciclos educativos presenciales, cada uno compuesto por 9 sesiones que se realizarán máximo 1 semanal de dos horas, dirigidos a un grupo mínimo de 20 participantes que permanecerán durante todo el proceso, implementando en cada ciclo una estrategia metodológica diferente para promover estilos de vida saludables. Las actividades por desarrollar serán: a) Fortalecimiento de conocimientos en ECNT, b) Alimentación saludable. c) actividad Física sedentarismo, control de peso. d) contaminación ambiental y polución. e)

servicios de salud disponibles. f. Prevención y cesación de tabaquismo, Vapeadores y sustancias psicoactivas. g. reducción de bebidas alcohólicas h. manejo de emociones y reducción del stress, i) adherencias al tratamiento. J) salud Bucal, Para el desarrollo de esta actividad, el municipio replicará los conocimientos y lineamientos que se darán desde la secretaria de salud, las cuales tendrán pretest y post test y material educativo, Para el desarrollo de esta actividad se deberá utilizar Material lúdico recreativo para el desarrollo del aprendizaje: Cartulina, cintas, marcadores, pinturas, pinceles, Flyers. Se deberá diligenciar las fichas técnicas por sesión educativa. **Soportes:** a) Listado de asistencia a la capacitación b) Fichas metodológicas de los ciclos educativos, c) Citación a las convocatorias para las sesiones educativas (oficio-correo electrónico de notificación, entre otros d) registros fotográficos.

3. Elaborar informe final con todas las evidencias y el análisis del desarrollo de la estrategia que contenga objetivo, población objeto, asistencia alcanzada, aspectos positivos, de mejora, oportunidades y observaciones; se debe incluir los siguientes indicadores: número y porcentaje de personas del territorio abordadas, número y porcentaje de personas por momento de curso de vida que participaron, número y porcentaje de canalizaciones a servicios de salud con atención oportuna **Soporte**: Documento informe final consolidado con indicadores solicitados y demás soporte generados, Los RIPS y listado de asistencia

Desarrollar estrategias de información para la prevención de Cáncer en el entorno comunitario, ámbito urbano en todos los momentos de vida.

1. Presentar el Plan de trabajo de las actividades a partir del cual se dará cumplimento a la estrategia designada, avances de manera mensual; el cual debe contener: Identificación de la actividad a ejecutar, fecha de ejecución, como se va a desarrollas la actividad, población a intervenir, metodología de la actividad, lugar de la actividad **Soportes**: Entrega del Plan de trabajo con las fichas técnicas de cada sesión educativa,
2. Realizar 10 jornadas de divulgación de información, cada una presentando una estrategia diferente, orientadas a la prevención y detección temprana del cáncer y dirigidas a distintos grupos poblacionales; para el desarrollo de las actividades se emplearán estrategias lúdico recreativas con actores sociales y comunidad en general, así como piezas educativas generadas por OPS, Minsalud, INS y la Secretaría de Salud Departamental, como herramientas que faciliten el aprendizaje y la comprensión de los temas abordados. El enfoque para promover la prevención y detección temprana estará centrado en cáncer de mama, cuello uterino, próstata, gástrico y colon. Para cáncer infantil se tendrá en cuenta principalmente los cursos de vida de primera infancia, Infancia y adolescencia dentro de las estrategias se deberá incluirán información sobre signos y síntomas de alarma, sensibilización sobre la consulta temprana ante signos persistentes y la importancia del diagnóstico oportuno, fortalecimiento del autocuidado, orientación sobre el autoexamen de mama, aclaración de mitos y creencias sobre el examen prostático y socialización de los síntomas de alerta del cáncer infantil, entre otros temas relacionados. La divulgación preferiblemente será dentro de la conmoración de fechas especiales a través de medios alternativos que le lleguen a toda la comunidad, se deberá utilizar perifoneo por 2 horas Cartulina, cintas, marcadores, pinturas, pinceles, y otros elementos para el desarrollo de la actividad lúdico recreativo. **Soportes.** a) convocatoria a la movilización social (comparsa, perifoneo,), b) informe de la movilización social (incluye caracterización de la población asistente), c) registro fotográfico o videos donde se muestre la actividad.
3. Elaborar informe final con todas las evidencias y el análisis del desarrollo de la estrategia que contenga objetivo, población objeto, asistencia alcanzada, aspectos positivos, de mejora, oportunidades y observaciones; se debe incluir los siguientes indicadores: número y porcentaje de personas del territorio abordadas, número y porcentaje de personas por momento de curso de vida que participaron, número y porcentaje de canalizaciones a servicios de salud con atención oportuna **Soporte:** Documento informe final consolidado con indicadores solicitados y demás soporte generados, Los RIPS y listado de asistencia.

Fortalecer las acciones de Educación en salud, a través de la Estrategia de Vivienda Saludable en el ámbito rural, en el entorno hogar para todos los momentos de curso de vida

1. **Proceso de concertación:** Deberán generarse reuniones de presentación, concertación y articulación para la puesta en marcha de la Estrategia con Autoridades municipales, líderes comunitarios y familias de los Territorios y Microterritorios definidos en cada uno de los municipios de tal manera que puedan generarse: Actas de concertación para definir las familias participantes en la Estrategia, Directorio de participantes del ciclo educacional, cronograma y plan de trabajo. **Soportes:** Soportes de convocatoria a las reuniones de presentación, concertación y articulación, Acta de reunión de presentación de la Estrategia a autoridades municipales, líderes comunitarios y familias de los Territorios y Micro territorios establecidos de los 82 municipios del departamento, con su respectivo registro fotográfico y Formato de registro de asistencia, Acta de reunión de concertación con las familias participantes en la implementación de la estrategia, con su respectivo registro fotográfico y formato de registro de asistencia, Directorio con las familias participantes del ciclo educacional, Plan de trabajo, Cronograma mensual con visto bueno de la supervisión.
2. **Proceso de caracterización:** La Estrategia de Vivienda Saludable establece la realización de un proceso de caracterización poblacional y socioambiental orientado a la identificación de factores de riesgo, necesidades y problemáticas presentes en el entorno familiar y comunitario, con la participación activa de las familias intervenidas. Este proceso deberá desarrollarse en concordancia con los lineamientos nacionales establecidos para la implementación y ejecución de la estrategia de Entomos Saludables, en particular su componente Estrategia Entorno Hogar, así como con lo dispuesto en el documento "Caracterización Social y Ambiental – Documento de Análisis" Grupo de Entornos Saludables de la Subdirección de Salud Ambiental, garantizando su adecuada aplicación técnica y metodológica, además de calidad de la información y coherencia con los lineamientos nacionales. Adicionalmente requiere integrar herramientas complementarias de análisis, como son los familiogramas y ecomapas que permitan observar los riesgos en salud dentro de la familia y los riesgos en su entorno y contempla las siguientes actividades: a. Formato de autorizaciones para toma de fotografías y videos de la Gobernación de Santander. b. caracterización Poblacional: Deberá realizarse a partir del análisis de información secundaria (Planes Territoriales de salud, ASIS, Caracterización poblacional de las EAPB, Documentos de Planificación Territorial) y análisis de fuentes secundarias oficiales que permita conocer el contexto del territorio. C. Elaboración de Familiograma: como herramienta que permita analizar no solamente su estructura familiar y sus relaciones, sino también los factores de riesgo que puedan afectar la salud, especialmente los factores socioambientales facilitando con esto la planificación de intervenciones y seguimiento familiar. d. Elaboración de Ecomapa como herramienta complementaria que permita visualizar, las relaciones de las familias con su entorno social comunitario y ambiental facilitando con esto el mapeo de los riesgos en salud ambiental. e. Caracterización Socio ambiental del Entorno Hogar: Como complemento de la caracterización poblacional; esta deberá realizarse a partir de fuentes secundarias y la aplicación en campo de la ficha de caracterización social y ambiental definido para la estrategia .f. Socialización de resultados producto de la caracterización mediante espacios participativos con las familias, en los cuales se presenten los hallazgos de la caracterización y se identifiquen conjuntamente las posibles acciones o intervenciones a implementar, promoviendo la corresponsabilidad y el compromiso en la mejora de las condiciones higiénico-sanitarias del entorno doméstico. **Soportes:** Formato diligenciado por familia de autorizaciones para toma de fotografías y videos de la Gobernación de Santander, Documento Técnico de Caracterización Poblacional, Elaboración de 1 familiograma por cada una de las familias, sobre las cuales se implementará la Estrategia, Elaboración de 1 Ecomapa por cada una de las familias, sobre las cuales se implementará la Estrategia, Fichas de caracterización aplicadas en las viviendas priorizadas, Documento Técnico de Caracterización socio ambiental, que consolide y sistematice los hallazgos identificados, permitiendo reconocer los principales factores de riesgo socioambiental que afectan a las familias intervenidas y facilitando la definición de acciones de promoción y gestión del riesgo en el entorno hogar, Acta de reunión de Socialización de resultados, con su respectivo material fotográfico y planilla de registro de asistencia
3. **Proceso Educativo-Ciclo Educacional**
   Se deberá diseñar e implementar un ciclo educativo en educación para la salud dirigido a las áreas rurales priorizadas de los territorios y Microterritorios previamente definidos . Este proceso formativo estará conformado por nueve (9) sesiones presenciales, orientadas al abordaje secuencial y progresivo de las temáticas establecidas por la estrategia, centradas en la promoción de prácticas saludables y en la gestión del riesgo en salud ambiental. Las familias priorizadas en estos territorios participarán en una (1) sesión educativa presencial semanal por familia, con una duración de tres (3) horas y la asistencia mínima de dos (2) de sus integrantes, garantizando así

la apropiación gradual, continua y sistemática de los contenidos definidos. Como apoyo didáctico al ciclo educacional se incluirá la elaboración y entrega a cada una de las familias de un rotafolio educativo que abordará de manera clara y didáctica las siguientes temáticas: Tema 1. La Vivienda como espacio vital, Tema 2. Sorbos de vida- Agua para consumo en la vivienda, Tema 3. Las excretas y las aguas sucias andan por ahí, Tema 4. Los residuos sólidos en la vivienda, Tema 5. Ojo a las plagas, Tema 6. Higiene en la vivienda y sus moradores, Tema 7. Dinámica familiar y comunitaria; el rotafolio estará elaborado en tamaño oficio, con tapa principal, papel propalcote, doble cara, a color, laminado, argollado y con base de soporte, garantizando su durabilidad, fácil manejo y consulta permanente en el hogar como herramienta de aprendizaje y refuerzo de los mensajes educativos y demás materiales o elementos necesarios para la realización de la actividad. **Soportes:** Cronograma mensual de trabajo con el visto bueno del profesional de salud ambiental, Diseño del proceso de educación para la salud a desarrollar para intervenciones colectivas teniendo en cuenta los lineamientos para la estrategia, Modelo del Rotafolio el cual deberá contar con el visto bueno del profesional de salud ambiental, Informe que contenga la metodología de la temática expuesta, Planillas de asistencia diferenciadas por familia de cada una de las sesiones realizadas (mínimo 2 integrantes por familia), Registros fotográficos de cada sesión realizada.

4. **Elaboración de informe final de resultados derivados del proceso de ejecución de la estrategia.** Se deberá generar informe de cumplimiento de la implementación de la estrategia el cual contendrá una descripción cualitativa del proceso realizado y las recomendaciones de las posibles intervenciones en promoción de la salud y gestión del riesgo en el entorno hogar que puedan orientar la gestión para la afectación de los determinantes sociales y ambientales de la salud a corto, mediano y largo plazo. Socializar el informe final de resultados con autoridades municipales, líderes comunitarios y familias de los Territorios y Microterritorios definidos en cada municipio. Se debe incluir los siguientes indicadores: Número de hogares intervenidos, número y porcentaje de personas del territorio abordadas, número y porcentaje de personas por momento de curso de vida que participaron, número y porcentaje de canalizaciones a servicios de salud con atención oportuna. **Soportes:** Informe final del cumplimiento de la implementación de la estrategia con la descripción cualitativa del proceso de implementación y las recomendaciones de las posibles intervenciones promoción de la salud y gestión del riesgo en el entorno hogar que puedan orientar la gestión para la afectación de los determinantes sociales ambientales de la salud a corto, mediano y largo plazo, Acta de reunión de socialización del informe final de resultados con autoridades municipales, líderes comunitarios y familias intervenidas de los Territorios y Microterritorios de cada uno de los municipios

Desarrollar estrategias de Información en salud para Fortalecer los factores protectores en el entorno comunitario a través de la Estrategia de Movilidad Segura y Sostenible, ámbito urbano en todos los momentos de curso de vida

1. La actividad contempla la ejecución de dos (2) estrategias de información y educación para la salud, las cuales se desarrollarán durante la presenta anualidad, con una duración de cuatro horas cada una, dirigidas a la población del área urbana en los territorios y microterritorios urbanos definidos en las mesas de concertación comunitaria del PIC Santander donde haya mayor afluencia de vehículos o vías principales nacionales del municipio. Cada jornada deberá impactar como de mínimo cuarenta (40) personas, priorizando a los actores viales más vulnerables, y abordará las temáticas específicas definidas en el marco de la estrategia establecida, aplicada al entorno comunitario. Las jornadas estarán orientadas a la población priorizada para la intervención con el propósito de fortalecer conocimientos, promover comportamientos seguros y fomentar la participación comunitaria en torno a las temáticas abordadas. El tiempo de duración de cada actividad será de 4 horas. - Personas priorizadas para la intervención: Entorno Comunitario: Actores viales (peatones, ciclistas, motociclistas, conductores), Comunidad en general, líderes comunitarios, Organizaciones sociales, organizaciones de transporte, organizaciones comerciales que utilicen medios de transporte.
2. Como apoyo didáctico a las estrategias de información se incluirá la elaboración y entrega a cada uno de los participantes de material educativo que abordara de manera clara y didáctica las temáticas relacionadas(Factores de comportamiento asociadas al comportamiento humano:(Utilización de elementos de protección personal, velocidad excesiva e inapropiada, La pérdida de las facultades del conductor por ingesta de alcohol y drogas, Los usuarios vulnerables (peatones, bici usuarios y motociclistas), Generación de cansancio y fatiga, Factores de comportamiento asociados con la infraestructura: Utilización de zonas o infraestructura segura

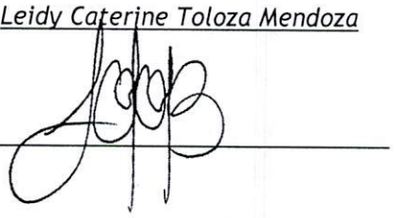
como puentes y pasos peatonales, Reconocimiento y apropiación de las señales de tránsito. Factores de comportamiento asociados al vehículo: Mantenimiento preventivo y correctivo de los vehículos, Realización de modificaciones a los vehículos sin tener en cuenta recomendaciones de fabricante, Causas y consecuencias (psicosociales, politraumatismos) de incidentes viales, Elementos que intervienen en un incidente vial, Comportamientos que pueden evitar un incidente vial. Para la realización de la jornada de IEC deberá realizarse la ficha de fortalecimiento de capacidades como instrumento técnico para la planificación del proceso formativo comunitario, la cual deberá contar con la validación del profesional de salud ambiental. para la actividad se requiere del Kit para Educación en movilidad: Rotafolio con tapa principal y con información de cada temática impresa por lado y lado, laminado, papel propalcote a color, argollado, tamaño oficio y base soporte, Perifoneo, cuñas radiales, alquiler de carpa, entre otros que se necesarios. **Soportes:** Ficha de fortalecimiento de capacidades que permita observar la planeación de proceso formativo, Modelo del material educativo, y demás soportes de las actividades realizadas, Planillas de registro de la participación de los diferentes actores viales priorizados, Evidencia fotográfica de la realización de cada una de las actividades.

3. Elaborar informe final con todas las evidencias y el análisis del desarrollo de la estrategia que contenga objetivo, población objeto, asistencia alcanzada, aspectos positivos, de mejora, oportunidades y observaciones; se debe incluir los siguientes indicadores: número y porcentaje de personas del territorio abordadas, número y porcentaje de personas por momento de curso de vida que participaron, número y porcentaje de canalizaciones a servicios de salud con atención oportuna **Soportes**: Documento informe final consolidado con indicadores solicitados y demás soporte generados

OTRAS OBLIGACIONES

1. Presentar Plan de trabajo del PIC, cronograma mensual de actividades del PIC (según los formatos establecidos por la secretaria de Salud Departamental).
2. Dar cumplimiento a la ejecución de las actividades conforme a lo establecido en el cronograma mensual dentro de los tiempos y las características de las actividades.
3. Para la toma de registros fotográficos y la utilización de derechos de imagen en fotografías y producciones audiovisuales (videos), será obligatorio diligenciar y firmar el formato ES-DC-RG-30 Formato de Autorización para la Toma de Fotografías y Videos de la Gobernación de Santander. Dicho formato deberá ser firmado de manera individual por cada una de las personas que aparezcan en el material. En caso de que en los registros participen menores de edad, la autorización deberá ser suscrita por sus respectivos padres de familia o acudientes legales, los cuales son de propiedad intelectual de la secretaria de salud Departamental
4. Consolidar y entregar mensualmente la información y soportes de ejecución correspondientes a las actividades desarrolladas en cumplimiento del objeto contractual. Esta documentación deberá presentarse en medio físico, magnético y en carpeta digital.
5. Garantizar la protección de los datos, información y bases recolectadas durante la ejecución del contrato, asegurando su uso exclusivo para los fines establecidos y conforme a lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y demás normas aplicables sobre protección de datos personales.

Nombre: *Leidy Caterine Toloza Mendoza*

Firma: 

07 de Septiembre de 2026

Anexo 3.

COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

Málaga, 07 de septiembre 2026

Señores
ESE HOSPITAL REGIONAL DE GARCIA ROVIRA
E.S.D.

Referencia: Invitación Privada Numero: 114-2026

Objeto:

PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO JEFE DE ENFERMERÍA PARA PLANEAR, DESARROLLAR, EJECUTAR Y REALIZAR SEGUIMIENTO A LAS ACTIVIDADES 12, 15, 17, 18, 21 Y 22 DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO No CO1.PCCNTR.9585605, SUSCRITO ENTRE EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER - SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL Y LA E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE GARCÍA ROVIRA, RELACIONADAS CON SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, PREVENCIÓN DE LA TUBERCULOSIS, ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES Y CÁNCER, ASÍ COMO CON LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIAS DE VIVIENDA SALUDABLE Y MOVILIDAD SEGURA Y SOSTENIBLE, EN EL MARCO DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PIC- DEL MUNICIPIO DE MÁLAGA.

identificado como aparece al pie de mi firma, manifiesto que:

1. Apoyo la acción del Estado colombiano y la ESE HOSPITAL REGIONAL DE GARCIA ROVIRA para fortalecer la transparencia y la rendición de cuentas de la administración pública.
2. No estoy en causal de inhabilidad alguna para celebrar el contrato, objeto del presente Proceso de Contratación.
3. Me comprometo a no ofrecer y no dar dádivas, sobornos o cualquier forma de halago, retribuciones o prebenda a servidores públicos o asesores de la Entidad Contratante, directamente o a través de sus empleados, contratistas o tercero.
4. Me comprometo a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto o efecto la colusión en el presente Proceso de Contratación.
5. Me comprometo a revelar la información que sobre el presente Proceso de Contratación nos soliciten los organismos de control de la República de Colombia.
6. Me comprometo a comunicar a nuestros empleados y asesores el contenido del presente Compromiso Anticorrupción, explicar su importancia y las consecuencias de su incumplimiento por nuestra parte, y la de nuestros empleados o asesores.
7. Conozco las consecuencias derivadas del incumplimiento del presente compromiso anticorrupción.

En constancia de lo anterior firmo este documento 07 días del mes de septiembre de 2026

Firma: _____

Nombre: LEIDY CATERINE TOLOZA MENDOZA

Cargo: ENFERMERA PROFESIONAL

Documento de Identidad: 1.098.674.447

Anexo 4.

DECLARACIÓN DE INHABILIDADES, INCOMPATIBILIDADES E INEXISTENCIAS DE CONFLICTOS DE INTERÉS.

Fecha: 07 septiembre 2026

Invitación privada No. 114-2026

Objeto:

PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO JEFE DE ENFERMERÍA PARA PLANEAR, DESARROLLAR, EJECUTAR Y REALIZAR SEGUIMIENTO A LAS ACTIVIDADES 12, 15, 17, 18, 21 Y 22 DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO No CO1.PCCNTR.9585605, SUSCRITO ENTRE EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER - SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL Y LA E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE GARCÍA ROVIRA, RELACIONADAS CON SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, PREVENCIÓN DE LA TUBERCULOSIS, ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES Y CÁNCER, ASÍ COMO CON LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIAS DE VIVIENDA SALUDABLE Y MOVILIDAD SEGURA Y SOSTENIBLE, EN EL MARCO DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PIC- DEL MUNICIPIO DE MÁLAGA.

Yo, LEIDY CATERINE TOLOZA MENDOZA, mayor, vecino (a) de Málaga-Santander, actuando en nombre propio, identificado (a) con la C.C.1.098.674.447 de El Playón-Santander declaro bajo la gravedad del juramento que no me encuentro incurso (a) en ninguna de las causales de inhabilidad, incompatibilidad o conflicto de interés, que se encuentran establecidas en la Constitución, en la Ley y demás normatividad vigente y aplicable, para la presentación de la presente propuesta y suscripción del contrato en caso de ser adjudicatario.

Así mismo declaro que es mi responsabilidad absoluta y exclusiva el conocimiento de las inhabilidades e incompatibilidades y conflicto de intereses, vigentes y aplicables a la presentación de la propuesta y ejecución del contrato que pretende; por lo anterior, eximo de cualquier responsabilidad al respecto a la ESE HOSPITAL REGIONAL DE GARCIA ROVIRA.

Atentamente,

Firma: _____

C.C. No. 1.098.674.447

Fecha: ____septiembre 2026

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO Hospital Regional García Rovira Málaga – Santander COD PRES: 6843200796-01 NIT. 900.067.169-9	FORMATO SARLAFT	
	CÓDIGO	PA-GJ-C-FTO-22
	VERSIÓN	02
	FECHA	30/07/2024
	PAG.	1 de 4

DISPOSICIONES CONTENIDAS EN LA CIRCULAR EXTERNA 20211700000005-5 DE 2021 DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Fecha de diligenciamiento / 09 / 2026	Ciudad: Málaga	Tipo de Solicitud ☐ Vinculación X Actualización

07 SEP 2026

1.INFORMACIÓN BÁSICA

Persona natural y persona jurídica (para persona jurídica serán los datos del representante legal)

Primer apellido: Toloza	Segundo apellido: Mendoza	Nombre(s): Leidy Caterine
Género F. X M. ☐	Tipo de Documento C.C. X NIT. ☐ C.E. ☐ Pasaporte. ☐ Carnet Diplomático ☐ Otro ¿Cuál? _____ Número: 1.098.674.447	
Fecha de expedición: 30/08/2007	Lugar de expedición: Bucaramanga	Fecha de nacimiento: 18 / 08 / 1989

Nombre o razón social:	NIT	DIV
Actividad económica (CIIU Código):		

Teléfono móvil: 3145377236	Teléfono fijo:	Dirección de residencia: Carrera 21ª n 154-30	Dirección of:

Ciudad: Floridablanca	Departamento: Santander	Empresa donde labora
Dirección oficina	Teléfono	Email leidykatherine1808@gmail.com
Ciudad de la empresa	Tipo de Empresa ☐ Pública ☐Privada ☐ Mixta Otro ¿Cuál?	
Ingresos mensuales pesos: 7.000.000		Activos (pesos):
Egresos mensuales pesos:5 .500.000		Pasivos (pesos):
Otros ingresos mensuales pesos:		Patrimonio (pesos):

Identificación de los accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente más de 10% del capital social, aporte o participación (en caso de requerir más espacio debe anexarse la relación:

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA

1. **Persona natural y / o Jurídica**

Actividad Económica: Asalariado ☐ Socio ☐ Independiente X Hogar ☐ Inversionista ☐ Pensionado ☐ Rentista ☐ Estudiante ☐ Comerciante

Régimen: Común ☐ Simplificado ☐ Gran contribuyente ☐ No responsable x☐ Beneficiario Ley 1429 de 2010 ☐ Autor retenedor ☐

(En caso afirmativo, señale el No. de Resolución:) OTRO _____

Declarante de renta: Si X No ☐

3. PERSONA POLÍTICAMENTE EXPUESTA (Persona Natural y/o Persona Jurídica)-Valores en Pesos

¿Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? ☐ Si X No	¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? ☐ Si X No	
¿Por su actividad u oficio goza usted de reconocimiento público general? ☐ Si X No	Indique:	¿Es servidor público?☐ Si XNo
¿Tiene usted la condición de personas expuesta políticamente? (D.1674/16? ☐ Si X No	Indique: Cargo	Fecha Inicio / Fecha Fin
¿Tiene algún vínculo con una persona considerada públicamente expuesta? ☐ Si X No	Indique: Nombre	Cargo

¿Es usted representante legal de una organización internacional? ☐ Si ☒ No Indique:

DISPOSICIONES CONTENIDAS EN LA CIRCULAR EXTERNA 20211700000005-5 DE 2021 DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

¿Está usted sujeto a obligaciones tributarias en otro país o países? ☐ Si X No Indique:

Tipo ID	Número ID	Razón Social o nombres completos	% Participación	¿Por su cargo o actividad maneja recursos públicos?	¿Por su actividad u oficio goza de reconocimiento público general?	¿Tiene algún vínculo con una persona considerada públicamente expuesta?	¿Está usted sujeto a obligaciones tributarias en otro país o países indique cual(es)?
				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 ☐.	

4. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE LOS BIENES Y/O FONDOS

Declaro expresamente que:

1. La actividad profesión u oficio del suscrito (persona o compañía) es lícita y se ejerce dentro del marco legal y los recursos de la misma no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
2. La información suministrada en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y la suscrita (persona o compañía) se compromete a actualizarla anualmente.
3. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinaran a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
4. Los recursos que posee la suscrita (persona o compañía) provienen de las actividades descritas anteriormente.
5. Los bienes y/o fondos relacionados o suministrados a la ESE en desarrollo de las operaciones comerciales tienen como ORIGEN la siguiente fuente: __y provienen del siguiente país:_____

5. ACTIVIDADES EN OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza operaciones en Moneda extranjera? ☐ Si
☒ No ¿Cuáles?

☐ Importaciones ☐ Exportaciones ☐ Inversiones ☐ Préstamos ☐ Pago de Servicios ☐ Transferencias ☐ Otras ¿Cuáles?

¿Posee productos financieros en el exterior? ☐ Si X No

¿Posee cuentas en moneda extranjera? ☐ Si ☒ No En caso positivo descríbalo a continuación

Tipo de producto	Identificación o número de producto	Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda

6. DOCUMENTOS REQUERIDOS

1. En Todos los casos es necesario adjuntar fotocopia de documento de identificación ampliado al 150% (Para personas jurídicas se debe adjuntar la del representante legal y original o fotocopia del RUT y certificado de existencia y representación legal con vigencia no superior a treinta (30) días.
2. En caso de ser apoderado, adjuntar el poder.

DISPOSICIONES CONTENIDAS EN LA CIRCULAR EXTERNA 20211700000005-5 DE 2021 DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

3. Declaración de renta del último año.
La entidad podrá requerir información adicional que considere relevante y necesaria para controlar el riesgo LA/FT.

7. DECLARACIONES

PROTECCIÓN DE DATOS FINANCIEROS Y PERSONALES: Con la suscripción de este documento, autorizo al E.S.E HOSPITAL REGIONAL DE GARCIA ROVIRA, para que soliciten, procesen, verifiquen, consulten, suministren, reporten o actualicen cualquier información relacionada con mi comportamiento financiero, crediticio o comercial conforme a lo dispuesto por la ley 1581 de 2012.

ORIGEN DE LOS RECURSOS: Declaro que mis recursos provienen de actividades lícitas y están ligados al desarrollo normal de mis actividades, y que, por lo tanto, los mismos no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo sustituya, adicionen o modifiquen. Por ende, declaro bajo la gravedad de juramento que no me encuentro incluido en la lista vinculante del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas y la lista restrictiva de la OFAC, que no he sido vinculado a investigación ante cualquier autoridad y que el Hospital se encuentra facultado para efectuar las verificaciones que considere pertinentes y para dar por terminada cualquier relación contractual o jurídica si verifica que me encuentro en dichas listas.

Con la firma del presente documento, declaro que todos los datos consignados son ciertos, que la información que adjunto es veraz y verificable, y que autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, pública o privada, sin limitación alguna, obligándome a actualizar la información y/o a confirmarla cada vez que así sea solicitado. (Si es persona jurídica, firma el representante legal

Firma
Nombre: Leidy Caterine Toloza Mendoza
P.P.☐ C.C. X☐ C.E. ☐ T.I. ☐ No.
Fecha de Firma: / 09 / 2026

VERIFICACIÓN		
Hora:	Hora:	Hora:
Nombre del funcionario Responsable:		
Tipo de Documento	P.P.☐ C.C.☐ C.E. ☐ T.I. ☐	
No. De Documento		
Firma:		
Cargo:		
Se certifica que se llevó a cabo la revisión de las listas vinculantes respecto de la(s) persona(s), naturales y jurídicas acá señaladas Si ☐ No ☐		

8. 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

Firma



Huella

. 9. OBSERVACIONES

DISPOSICIONES CONTENIDAS EN LA CIRCULAR EXTERNA 20211700000005-5 DE 2021 DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

INFORMACIÓN RESERVADA PARA LA E.S.E. HOSPITAL REGIONAL GARCIA ROVIRA MALAGA- SANTANDER

Verificación en Listas:

¿El Cliente potencial presenta coincidencia en listas? Si ☐ No ☐

En caso de ser positiva la respuesta indique en cual _____

En caso de alguna inconsistencia o coincidencia positiva en las listas favor informar por escrito al Superior Inmediato y al Oficial de Cumplimiento.

Nombre del Profesional o Auxiliar Administrativo que realiza la verificación _____

Área: _____

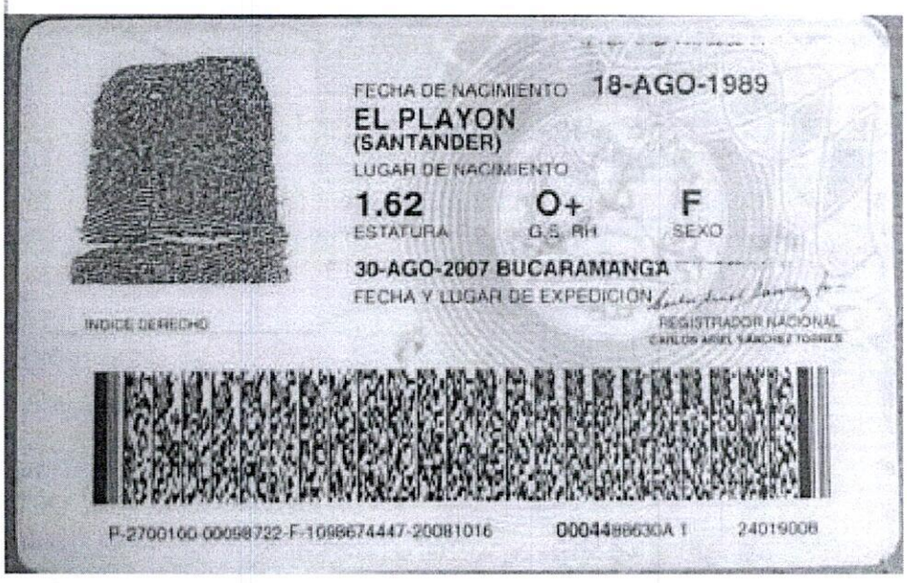
Fecha: DD / MM / AA Hora: _____



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.098.674.447
TOLOZA MENDOZA
APELLIDOS
LEIDY CATERINE
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 18-AGO-1989
EL PLAYON
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

30-AGO-2007 BUCARAMANGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

P-2700100-00058722-F-1098674447-20081016 0004488630A 1 24019008

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
Toloza	Mendoza	Leidy Caterine

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1098674447	F ⊗ M ○ NB ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 18 MES 08 AÑO 1989	CALLE 9N 5 12 CASA ROBERTO ORTEGA			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	SANTANDER
DEPTO	SANTANDER	MUNICIPIO	EL PLAYÓN		
MUNICIPIO	EL PLAYÓN	TELÉFONO	3145377236	EMAIL	leidykatherine1808@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	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2007
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	8	X		ENFERMERIA	11	2012	09816

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 IDIOMAS

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

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

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE GARCIA ROVIRA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* MÁLAGA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	24	*Mes*	02	*Año*	2026	*Día*	01	*Mes*	08	*Año*	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1680 2009 ENFERMERA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVO-SALUD PUBLICA						*DIRECCIÓN* CARRERA 7 15 80					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE SANTANDER			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	26	*Mes*	01	*Año*	2026	*Día*	25	*Mes*	07	*Año*	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL 459-2015- APOYO PROFESIONAL A	*DEPENDENCIA* PROGRAMA DE SALUD INTEGRAL						*DIRECCIÓN* CALLE 45 11 52					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE GARCIA ROVIRA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* MÁLAGA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3145377236	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	10	*Mes*	11	*Año*	2025	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1680 2009 ENFERMERA	*DEPENDENCIA* ACCIONES EN SALUD PUBLICA						*DIRECCIÓN* CARRERA 7 15 80					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ANTONIO - RIONEGRO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* RIONEGRO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	17	*Mes*	03	*Año*	2025	*Día*	16	*Mes*	04	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1680 2009 ENFERMERA	*DEPENDENCIA* ACCIONES COLECTIVAS- SALUD PUB						*DIRECCIÓN* CARRERA 15 13 14					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ANTONIO - RIONEGRO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* RIONEGRO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3145377236	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	28	*Mes*	02	*Año*	2024	*Día*	28	*Mes*	07	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1680 2009 ENFERMERA	*DEPENDENCIA* AREA DE LA SALUD - ENFERMERIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 15 13 14					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE EL PLAYON			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* EL PLAYÓN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3145377236	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	01	*Año*	2020	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL SECRETARIA DE SALUD	*DEPENDENCIA* 4145. SECRETARIA DE SALUD PUBLICA						*DIRECCIÓN* CARRERA 5 12 41 BARRIO EL CENTRO					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL SANTO DOMINGO SAVIO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* EL PLAYÓN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3183437328	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	06	*Año*	2013	*Día*	31	*Mes*	01	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* PROMOCION Y PREVENCION						*DIRECCIÓN* CARRERA 5N 13 34					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	MUNICIPIO EL PLAYÓN				CORREO ELECTRÓNICO						
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
	Día:	09	Mes:	02	Año:	2019	Día:	02	Mes:	11	Año: 2019
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA SALUD	NIVEL EDUCATIVO PREGRADO				DIRECCIÓN						

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	4	11
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	5	8
EXPERIENCIA DOCENTE	0	8

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento _____

_____

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

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	PERIÓDICO	Fecha de publicación	2026-07-16 11:08

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
LEIDY	CATERINE	TOLOZA	MENDOZA

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1098674447

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	SANTANDER	Municipio	EL PLAYÓN

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	SANTANDER	Municipio	FLORIDABLANCA

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	E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE GARCIA ROVIRA

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	SANTANDER	Municipio	MÁLAGA

Dirección	["Carrera 7 N° 15 - 80"]
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 2024 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$74.950.000,00
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	$74.950.000,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$14.000.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
MUEBLE	COLOMBIA	SANTANDER	EL PLAYÓN	$15.000.000,00
VEHICULO	COLOMBIA	SANTANDER	EL PLAYÓN	$120.000.000,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
PRESTAMOS COOPERATIVAS Y TARJETAS DE CREDITO	$9.000.000,00
PRESTAMOS PAGO DE VEHICULO	$76.000.000,00

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

[ ]

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

Sí [ ] No [X]

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 141129588266

(415)7707212489984(8020) 000014112958826 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 9 8 6 7 4 4 4 7	8	Impuestos y Aduanas de Bucaramanga 4	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 9 8 6 7 4 4 4 7	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Santander 6 8	Bucaramanga 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
TOLOZA	MENDOZA	LEIDY	CATERINE

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Floridablanca 2 7 6

41. Dirección principal
CR 21 A N 154 30 AP 101 BRR PALOMITAS

42. Correo electrónico leidykatherine1808@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 4 5 3 7 7 2 3 6	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 2 1	2 0 1 3 0 2 2 2						2 2 2 4	

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	5																									

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

Usuarios aduaneros

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

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [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 AUTOMÁTICA

985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 2-09-2026 03:14:40PM

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 289799992

PIB
16:28:23

Bogotá DC, 02 de Septiembre 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) LEIDY CATERINE TOLOZA MENDOZA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1098674447:

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 Politica 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

Carlos William Rodríguez Millán
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 02 de septiembre de 2026, a las 17:09:35, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1098674447
Código de Verificación	1098674447260902170935

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 04:35:44 PM horas del 02/09/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1098674447**

Apellidos y Nombres: **TOLOZA MENDOZA LEIDY CATERINE**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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

DIJIN

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

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

Policía Nacional de Colombia

(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, 02/09/2026 03:33:01 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1098674447** y Nombre: **LEIDY CATERINE TOLOZA 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. **146952051** . 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

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

GOV.CO

30459688

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

No.Radicación: 598163

FECHA DE RADICACIÓN: 03 09 2026

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRAMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI [ ] NO [X]
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]
7. CÓDIGO: A315

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO: TOLOZA | SEGUNDO APELLIDO: MENDOZA | PRIMER NOMBRE: LEIDY | SEGUNDO NOMBRE: CATERINE
9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC
10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1098674447
11. SEXO BIOLÓGICO: M [X]
12. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [X] M T NB Otro — Cual?
13. NACIONALIDAD: COLOMBIA
14. LUGAR DE NACIMIENTO: COLOMBIA / SANTANDER / EL PLAYON
15. FECHA NACIMIENTO: 18 08 1989

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA: 6
17. COMUNIDAD INDÍGENA:
18. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [X] — CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD:
19. TIENE ENCUESTA SISBEN? SI [ ] NO [X]
20. CLASIFICACIÓN SISBEN — NIVEL: — GRUPO:
21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL:
22. ARL: POSITIVA
23. AFP: COLFONDOS
24. IBC: $1,750,905.00
25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: $0.00
26. RESIDENCIA — DIRECCIÓN: CARRERA 5 N 9-18
TELÉFONO FIJO:
TELÉFONO CELULAR: 3145377236
CORREO ELECTRÓNICO: LEIDYTOLOZA@GMAIL.COM
DEPARTAMENTO: SANTANDER
MUNICIPIO/ DISTRITO: FLORIDABLANCA
LOCALIDAD/COMUNA:
ZONA — CABECERA MUNICIPAL [X] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]
IPS: 4289

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

27. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
30. SEXO BIOLÓGICO: F M
31. SEXO IDENTIFICACIÓN: F M T NB Otro — Cual?
32. NACIONALIDAD
33. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS / DEPARTAMENTO / MUNICIPIO
34. FECHA NACIMIENTO: DIA MES AÑO

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

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO F M	40. SEXO IDENTIFICACIÓN F M T NB Otro?	41. LUGAR DE NACIMIENTO PAÍS	DEPART.	MUNICIPIO	42. FECHA DE NACIMIENTO DÍA	MES	AÑO
B1												
B2												
B3												
B4												
B5												

Datos complementarios del Beneficiario

	42. PARENTESCO	43. ETNIA	44. COMUNIDAD	45. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	47. TIENE ENCUESTA SISBEN? SI	NO	48. CLASIFICACIÓN SISBEN NIVEL	GRUPO	49. DISCAPACIDAD SI	NO	CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD	50. IDENTIDAD PLENAMENTE SI	NO	51. Datos de residencia DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/ DISTRITO	ZONA CABECERA MUNICIPAL	CENTRO POBLADO	RURAL DISPERSO	RESTO RURAL
B1							I. II.												
B2							I. II.												
B3							I. II.												
B4							I. II.												
B5							I. II.												

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. VALOR DE LA UPC DEL AFILIADO ADICIONAL	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CÓDIGO DE LA IPS (A REGISTRAR POR LA EPS)
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

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

55. Nombre o razón social
56. Tipo documento de identificación: NI CC CE RC PA CD PT
57. Número del documento de identificación
58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
59. Ubicación: DIRECCIÓN / TELÉFONO FIJO O CELULAR / CORREO ELECTRÓNICO / DEPARTAMENTO / 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 IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y/O 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 [X]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PERDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. INSCRIPCION EPS RETORNO AL PAÍS.1. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]
12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
14. MOVILIDAD A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ] B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
15. TRASLADO A) MISMO RÉGIMEN [ ] B) DIFERENTE RÉGIMEN [ ]
16. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
17. REPORTE DEL TRAMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]
21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
62. SEXO BIOLÓGICO: F M
63. SEXO IDENTIFICACIÓN: F M T NB Otro — Cual?
64. FECHA NACIMIENTO: DIA MES AÑO
65. EPS ANTERIOR
66. FECHA DE NOVEDAD: 02 09 2026
67. MOTIVO DE TRASLADO Código
68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí. [X]
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. Anexo soporte de la Entidad [ ]
72. Declaración de no intermediación 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 vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [ ]
75. Autorizo para que la EPS realice el natalio de 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. [X]
76. a). Autorizo mi consentimiento explícito para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos [ ]
b). Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE) [ ]
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 Sisbén vigente. [ ]

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que hará cargo del pago de la Contribución Solidaria
APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional: Leidy Toloza M.
81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad: CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT — Cantidad: — Total:
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 las que conste la calidad de beneficiario o se ordena la afiliacion de oficio. [ ]
Total Anexos:

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES

92. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL — Código del Municipio: — Código del departamento:
93. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

XII. DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN.

94. APELLIDOS Y NOMBRES
Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC CE PT — Número documento de identidad
95. FIRMA DEL FUNCIONARIO
96. FECHA DE RADICACIÓN: DIA MES AÑO
97. FECHA DE VALIDACIÓN: DIA MES AÑO
OBSERVACIONES:

VOLANTE DE RADICACIÓN

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

- ORIGINAL: E.P.S. -

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

Autorización de mensajes de texto. (Circular externa 000016 mayo de 2013)

Yo, LEIDY CATERINE TOLOZA MENDOZA identificado (a) con CC
número 1098674447 de EL PLAYON, certifico que:

1	¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SÍ☐ No☐
2	¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	SÍ☐ No☐
3	¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SÍ☐ No☐
4	¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	SÍ☐ No☐
5	¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS?	SÍ☐ No☐

Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al teléfono celular No. 3145377236
y/o correo electrónico: LEIDYTOLOZA@GMAIL.COM
SÍ☐ No☐
Autorizo la entrega de la carta de Derechos y Deberes del Afiliado y carta de Desempeño, en formato electrónico. SÍ☐ No☐
Consulte la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño en el micrositio Web https://www.nuevaeps.com.co/carta-derechos-deberes
Evitando impresiones para ser amigable con el planeta SI☐ NO☐

Declaración juramentada de convivencia: Declarar que convivo con el(la) señor(a) _____ Identificado(a) con _____
No. _____ desde el día _____ del año _____

Cordialmente, Leidy Toloza M.
Firma: _____
Tipo ID: CC No. ID: 1098674447
Fecha de Solicitud: 03/09/2026
Dirección: CARRERA 5 N 9-18
Tel: 3145377236 Municipio: FLORIDABLANCA
Departamento: SANTANDER
Huella

Afiliado manifiesta que no sabe o no puede firmar, autoriza a:
Firma: _____
Tipo ID: _____ No. ID: _____
Fecha (dd/mm/aaaa): _____
Dirección: _____
Tel: _____ Municipio: _____
Departamento: _____
Huella

Manifiesto con mi firma la aceptación de todas las declaraciones y términos incorporados en este formato y el consentimiento expreso, previo e informado en relación con el tratamiento de mis datos personales que hara NUEVA EPS S.A., en sujeción a la política para el tratamiento de datos personales de la NUEVA EPS S.A.

Autorizaciones

En virtud de la anterior certificación, autorizo expresamente y conforme a lo dispuesto en los artículos 14 y 15 de la Ley 527 de 1995, a NUEVA EPS S.A. para que me remita información en forma de mensajes de datos, a través de mecanismos como sms -short message service - , correos electrónicos y redes sociales, relacionada con los servicios de NUEVA EPS S.A. y la carta de derecho de deberes.
Autorizo de manera expresa a NUEVA EPS S.A. y/o a la persona natural o jurídica a quien ésta encargue, para que recolecte, almacene, use, haga circular, actualice o suprima mis datos personales, para acceder a los servicios de la NUEVA EPS S.A. y para el cumplimiento de la carta de derechos y deberes.

Aviso de privacidad

Hago constar expresamente que NUEVA EPS S.A. me informó sobre los siguientes derechos que me asisten como titular de datos personales:

• Acceder los datos personales que hayan sido objeto de tratamiento conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
• Conocer, actualizar y rectificar los datos personales frente al responsable del tratamiento y al encargado del tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros datos, en relación con datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos datos cuyo tratamiento esté expresamente prohibido o no haya sido autorizado.
• Solicitar prueba de la autorización otorgada al responsable del tratamiento, salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el tratamiento, de conformidad con lo previsto en el artículo 10 de la Ley 1581 de 2012.
• Ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento, previa solicitud, con respecto del uso que le ha dado a los datos personales.
• Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
• Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. La revocatoria y/o supresión procederá cuando la Superintendencia de Industria y Comercio haya determinado que en el tratamiento el responsable o encargado han incurrido en conductas contrarias a esta ley y a la constitución.
En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o complementen, le informamos que usted puede conocer la política de tratamiento de los datos personales de NUEVA EPS S.A., a través de los siguientes mecanismos que ponemos a su disposición:

Sitio web: www.nuevaeps.co
Régimen Contributivo:
Línea Gratuita: 01 8000 954400
Línea de atención en Bogotá: (601) 307 7022
Régimen Subsidiado:
Línea Gratuita: 01 8000 95 2000
Línea de atención en Bogotá: (601) 307 7051
Oficinas de atención al afiliado de NUEVA EPS S.A.
Conmutador: (601) 419 3000
Dirección Administrativa: Carrera 85k No. 46A – 66 Piso 2

Sr.(a) afiliado(a), la información por usted suministrada en este formato, así como la relacionada en el formulario de afiliación y/o demás documentos anexos, serán utilizados por NUEVA EPS S.A. como responsable del tratamiento de la información únicamente para los fines específicos relacionados con la administración y prestación de servicios en salud de Plan Obligatorio de Salud, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 "Hábeas Data"; dicho tratamiento podrá implicar la trasferencia, trasmisión y/o recepción de los datos, y el cual se realizará a través de sí misma, terceros encargados de tratamiento de información o de sus aliados comerciales, para fines comerciales y para la correcta prestación del servicio, de la forma indicada en los Términos y Condiciones de cada uno de sus portales y de la Política de Confidencialidad y Protección de Datos.

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE CUYO INGRESO SEA IGUAL O SUPERIOR A 1 SMMLV

ACTIVIDAD ECONOMICA	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	POSEE VIVIENDA PROPIA		PRODUCTOR AGROPECUARIO	
INDEPENDIENTE	POSITIVA	COLFONDOS	1750905	SI		SI	
				NO	X	NO	X

Nivel de Escolaridad									
Ninguno	☐	Secundaria	☐	Normalista	☐	Profesional	☐	Doctorado	☐
Preescolar	☐	Media académica o clásica (bachillerato básico)	☐	Técnica Profesional	☐	Especialización	☐	Último Grado	
Básico Primaria	☐	Media técnica (bachillerato básico)	X	Tecnológica	☐	Maestría	☐	Aprobado	

Posición Ocupacional	Patrón/Empleador	☐	Contratista	☐	Trabaja por su Cuenta	X
Inicio Contrato	02/09/2026		Fin Contrato			

SEÑOR USUARIO: TRABAJADOR INDEPENDIENTE O CONTRATISTA, RECUERDE REPORTAR LA NOVEDAD DE RETIRO EN LA PLANILLA DE PAGO A PARTIR DEL MOMENTO QUE DECIDA NO CONTINUAR CON LOS SERVICIOS DE SALUD, EL NO HACERLO LE GENERA MORA. LA CUAL TENDRÁ VIGENCIA HASTA EL MOMENTO EN EL QUE REPORTE SU RETIRO AL SISTEMA. DECRETO 806 ART. 57 DE 1998 Y ART. 59 DECRETO 1406 DE 1999

SÓLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE INDEPENDIENTE PAGO POR TERCERO	Nombre del Tercero	Tipo de Identificación	NIT	C.C.	C.E.	Identificacion del Tercero que realiza el Aporte	DV
			P.A.	T.I.	C.D.		

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del ASESOR o PROMOTOR	CÓDIGO ASESOR o PROMOTOR	Nombre de OFICINA	CIUDAD Y FECHA
Luis Javier Galvis Ortiz	A315		

Colfondos
del grupo HABITAT

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) LEIDY CATERINE TOLOZA MENDOZA identificado(a) con C.C No. 1.098.674.447 se encuentra afiliado(a) al Fondo de Pensiones Obligatorias desde el día 01 de septiembre de 2022 y sus recursos están distribuidos como se detalla a continuación: El 100% en el FONDO MODERADO desde el día 30 de noviembre de 0002, y el 100% de sus aportes en el FONDO MAYOR RIESGO desde el día 26 de julio de 2022 .

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 03 de septiembre de 2026.

El presente certificado fue emitido como mensaje de datos y contiene una firma digital válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción Contáctanos, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 748 4888, Barranquilla 386 9888, Bucaramanga 698 5888, Cali 489 9888, Cartagena 694 9888, Medellín 604 2888 y en el resto del país 01 800 05 10000.

C&R

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

Scanned with CamScanner

Fecha
21/10/2025



NIT 900808079-5

CERTIFICADO MEDICO DE INGRESO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

INFORMACIÓN BÁSICA

Empresa:	INDEPENDIENTE	**Fecha de Nac.:**	18/08/1989	**Edad.:**	36
Nombre:	LEIDY CATERINE TOLOZA MENDOZA	**Documento:**	C.C. 1098674447	**Escolaridad:**	PREGRADO
Cargo:	JEFE DE ENFERMERIA	**Actividad Economica:**	VARIOS	**Genero:**	FEMENINO
Estado Civil:	CASADO	**Dirección:**	CARRERA 21A 154 30		
Municipio:	FLORIDABLANCA	**Teléfono:**	3145377236	**AFP:**	COLFONDOS
EPS:	NUEVA E.P.S.	**ARL:**	COLSANITAS	**IMC:**	25,71

EXAMENES REALIZADOS

Servicio	Fecha	Resultado	Restriccion
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	21/10/2025	Normal	

CONCEPTO MEDICO

SATISFACTORIO PARA INGRESO

RECOMENDACIONES

uso constante de Equipos de Protección Personal (EPP), cumplimiento de precauciones universales (higiene de manos, uso de guantes, lentes y batas), adecuada capacitación y formación continua, ergonomía y postura para prevenir lesiones osteomusculares, ventilación y limpieza del área de trabajo, gestión adecuada de residuos y productos químicos, y atención a la salud mental y el bienestar del personal.

OBSERVACIONES FINALES

El examen estático y dinámico de la columna es normal y sus curvaturas son normales. No se evidencian limitaciones de los arcos de movimiento significativos o de importancia ocupacional, ni dolor. A nivel de los diferentes segmentos corporales la exploración osteomuscular es normal y no se evidencian atrofias ni limitaciones de la movilidad significativa, o de importancia ocupacional, ni dolor. Se deben implementar las medidas de prevención y protección requeridas para el desempeño seguro de la ocupación, realizando capacitación continua y el entrenamiento necesario, para el adecuado manejo de cargas y de las posturas en el trabajo, para prevenir patologías osteomusculares y accidentes laborales.

RESTRICCIONES

Tipo de restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Tiempo
N/A		

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

N/A

VACUNA COVID-19

Refuerzo Pfizer

REMISIONES

N/A

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paraclínicos y las prueba complementarias que se van a realizar han sido diseñadas con el fin de evaluar su capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa. Esta pruebas le ayudaran a conocer su estado de salud físico y mental en el momento en el que se le sean realizadas. En la fecha, como mayor de edad identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que si he recibido toda la información acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expuesto, Autorizo a la IPS para realizarme los exámenes clínicos y paraclínico solicitados según el cargo a desempeñar y también autorizo a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que sera entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiologica o según correspondan, que si he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de los exámenes.
DECLARACIÓN DEL ASPIRANTE: Manifiesto con mi firma o huella que no omití datos relevantes en mis antecedentes que pudieran influir sobre la evaluación de estado de salud. Y así mismo AUTORIZO a SERSALUD S.A.S. a realizar la evaluación de salud.

LEIDY CATERINE TOLOZA MENDOZA
(1098674447)

IPS SerSalud
Dra. Olga Ramírez R.
Médico Esp. en Seguridad y Salud en el Trabajo
RM 06027 No. Licencia 07162

OLGA RAMIREZ
63396654
Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
RM 06027 LIC 07162

Scanned with CamScanner

IPS SerSalud
Salud Integral & Medicina Laboral

NIT 900808079-5

Fecha
21/10/2025

ANEXO OSTEOMUSCULAR



INFORMACIÓN BÁSICA

Empresa:	INDEPENDIENTE	**Fecha de Nac.:**	18/08/1989
Nombre:	LEIDY CATERINE TOLOZA MENDOZA	**Edad.:**	36
Documento:	C.C. 1098674447	**Actividad Economica:**	VARIOS
Estado Civil:	CASADO	**Genero:**	FEMENINO
Dirección:	CARRERA 21A 154 30	**Municipio:**	FLORIDABLANCA
Teléfono:	3145377236	**AFP:**	COLFONDOS
EPS:	NUEVA E.P.S.	**ARL:**	COLSANITAS

Antecedentes Patológicos Osteomusculares

No refiere ninguna sintomatologia de enfermedad.

Exámen Físico General

Paciente orientado en las 3 esferas, con signos vitales dentro de limites normales, adecuado desarrollo muscular, marcha normal y estado mental aparentemente sano

Exámen Físico Miembros Superiores

Examen de miembros superiores se encuentra sin alteración

Exámen Físico Miembros Inferiores

Examen de miembros inferiores se encuentra sin alteración

Arcos de Movimiento en grado de los miembros superiores e inferiores

Examen fisico del arco de movimiento de sus miembros superiores o inferiores se encuentra sin alteración

Exámen Físico de Columna

Examen fisico de la columna y de la pelvis se encuentra sin alteración

Recomendación

uso constante de Equipos de Protección Personal (EPP), cumplimiento de precauciones universales (higiene de manos, uso de guantes, lentes y batas), adecuada capacitación y formación continua, ergonomía y postura para prevenir lesiones osteomusculares, ventilación y limpieza del área de trabajo, gestión adecuada de residuos y productos químicos, y atención a la salud mental y el bienestar del personal.

Restricción

N/A

Conclusiones finales

Este examen se realiza en condiciones de reposo. No se encontraron patologías o secuelas de estas que pudieran constituir una limitación o un riesgo para que el trabajador movilice cargas o realice actividades que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos.

LEIDY CATERINE TOLOZA MENDOZA
(1098674447)

IPS SerSalud
Dra. Olga Ramírez R.
Medico Esp. en Seguridad y Salud en el Trabajo
RM 06027 No. Licencia 07162

OLGA RAMIREZ
63396654
Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
RM 06027 LIC 07162

Scanned with CamScanner

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

MALAGA, **02/09/2026**
SANTANDER,
COLOMBIA,
A quien interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor LEIDY CATERINE TOLOZA MENDOZA** con **Cédula de Ciudadanía** número **1098674447**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550488444086349**
Fecha de apertura	**07/03/2024**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO

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 1098674447 **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 02/09/2026 05:08 PM

Código Verificación: **23SD85XHLT**

Válida hasta: **01/12/2026**

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 17:06:57 horas del 02/09/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1098674447,** Apellidos y Nombres **TOLOZA MENDOZA LEIDY CATERINE**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ESE Hospital Regional Garcia Rovira**, con NIT **900067169-9** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería Jurídica, Resolución 24195 del 29 de Diciembre de 1983 del Ministerio de Educación Nacional.
Resolución No. 511 del 7 de Mayo de 1974 de la Superintendencia Nacional de Cooperativas
Resolución No. 1850 del 31 de Julio de 2002, emanada del Ministerio de Educación Nacional

En atención a que

LEIDY CATERINE TOLOZA MENDOZA

con cédula de ciudadanía No. 1.098.674.447 de Bucaramanga
Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos
por la Universidad, le confiere el título de

ENFERMERA

En testimonio de ello le expide el presente diploma
y se firma en Bucaramanga el día 22 de Febrero de 2013

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER
Res. No. 2916/13
Fecha 24/05/13
Inscripción No. 20 Folio No. 83
Libro II
Dirección, Acreditación y Vigilancia, y Control

Director(a) Sede

Rector

Gloria Patricia Rano J
Secretario(a) General

Folio No. 0006 Libro de Registros No. 009 Registro No. 0053 Refrendado en Bucaramanga el día 22 de Febrero de 2013

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UNIVERSIDAD
COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería Jurídica, Resolución 24195 del 20 de Diciembre de 1985 del Ministerio de Educación Nacional.
Resolución No. 501 del 7 de Mayo de 1974 de la Superintendencia Nacional de Cooperativas.
Resolución No. 1850 del 31 de Julio de 2002, emanada del Ministerio de Educación Nacional

Acta Individual de Graduación No. 15432

PROGRAMA: ENFERMERÍA

CÓDIGO SNIES: 5019

FECHA: 22 DE FEBRERO DE 2013

LUGAR: UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA, SEDE BUCARAMANGA

En atención a que LEIDY CATERINE TOLOZA MENDOZA
con cédula de ciudadanía No 1.098.674.447 de Bucaramanga
cumplió todos los requisitos exigidos por las normas legales y estatutarias, le expide
el título de ENFERMERA

Lo anterior, atendiendo la aprobación del Consejo Académico de la Sede BUCARAMANGA
mediante Acta No. 01 en sesión del día 25 de enero de 2013

Para constancia se autorizó este título por parte del Rector, Director Académico de la Sede, Decano de la facultad y la Secretaria General de la Universidad, así:

Rector: CÉSAR AUGUSTO PÉREZ GONZÁLEZ

Director(a) Académico de la Sede ALFONSO PRIETO GARCIA

Decano(a) Facultad NELLY JAIMES CARVAJAL

Secretaria General GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS

Se expide la presente Acta en la ciudad de BUCARAMANGA el día 22 DE FEBRERO DE 2013

Gloria Patricia Rave I
GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS
Secretaria General

THOMAS GREG & SONS

República de Colombia

Gobernación de Santander

RESOLUCION	Código: (AP-02-R102)	Tabla Retención Documental	Versión: 2	Pág: 1 de 1

RESOLUCION No 0916

Por la cual se concede una autorización para el ejercicio profesional

EL SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL

En uso de sus atribuciones legales y en especial las que confiere el Decreto 001875 de agosto de 1994 y el Artículo primero de la Resolución No. 1650 del 29 de junio de 2000 y

CONSIDERANDO:

Que LEIDY CATERINE TOLOZA MENDOZA , con cedula de ciudadanía No. 1.098.674.447 expedida en BUCARAMANGA ha solicitado autorización de ejercicio profesional como ENFERMERA , título que le otorgo UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA , el 22 DE FEBRERO DE 2013 Acta No. 15432, registrado al folio 0053 libro 009

Que conforme a los establecido en el Artículo 4.**Exoneración por insuficiencia de plazas.** El profesional que el proceso de asignación de plaza no haya sido seleccionado para ocupar una plaza en el sorteo al cual se inscribió, será exonerado por la respectiva Dirección Departamental de Salud Resolución 566 de 16 de marzo de 2012 por la cual se modifica parcialmente la Resolución 274 de 2011

Que según sorteo realizado el día 19 de abril de 2013 en la Secretaría de Salud de Santander y mediante Resolución No 07959 de 26 de abril de 2013, fueron exonerados los Profesionales en Enfermería y Bacteriología que se relacionan en esta Resolución

Que LEIDY CATERINE TOLOZA MENDOZA no salió favorecido (a) en el sorteo para prestar Servicio Social Obligatorio, que de acuerdo con lo dispuesto anteriormente, la Secretaría de Salud Departamental debe autorizar el ejercicio de la profesión

RESUELVE:

ARTICULO UNICO: Autorizar a LEIDY CATERINE TOLOZA MENDOZA , identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 1.098.674.447 de BUCARAMANGA , para ejercer la Profesión de ENFERMERA , en todo el Territorio Nacional.

Dada en Bucaramanga a los

27 MAY 2013

JUAN JOSE REY SERRANO
Secretario de Salud Departamental

Elaboró: VICTORIA MERCHAN CACERES
Revisó: YELITZA LAUBE HERNANDEZ GONZALES
V.B.: ALBERTO GUTIERREZ

No. 40681

REPUBLICA DE COLOMBIA
Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia
A N E C

RESOLUCION No 40371 de SEPTIEMBRE 17 DE 2014
Por la cual se expide el Registro Único Nacional Profesional de Enfermería

La Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia ANEC, en uso de las facultades que le confiere el Capítulo V, artículos 13, 14 y 15 de la Ley 266 de 1996, reglamentaria de la Profesión de Enfermería.

CONSIDERANDO

A) Que, LEIDY CATERINE TOLOZA MENDOZA Identificada(o) con la cédula de ciudadanía No 1.098.674.447, expedida en BUCARAMANGA , ha solicitado su Inscripción y Registro Único Nacional como Profesional de Enfermería, lo cual la (o) acredita para ejercer la Profesión de Enfermería en Colombia.

B) Que para este efecto presentó los siguientes documentos : Formulario de Solicitud; fotocopia del Diploma y Acta de Grado otorgado por una Institución de Educación Superior reconocida por el Gobierno; fotocopia de la cédula de ciudadanía; recibo de pago de los derechos de expedición; fotocopia de la Resolución expedida por la respectiva Secretaria de Salud donde conste el cumplimiento o Exoneración del Servicio Social Obligatorio; fotocopia de la Resolución de convalidación expedida por el Ministerio de Educación para los títulos expedidos en el exterior y 2 fotografías a color, tamaño 3 x 4 de fondo azul o verde.

C) La Unidad de Registro Único Nacional de Enfermería de la ANEC, una vez verificado el cumplimiento de los requisitos exigidos en el literal B, los cuales son registrados en la relación Número 586 del 17 de SEPTIEMBRE de 2014.

RESUELVE

Artículo Único. Reconocer la calidad de Profesional de Enfermería a LEIDY CATERINE TOLOZA MENDOZA, egresada(o) de la UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA de BUCARAMANGA , el 22 del mes FEBRERO de 2013, para lo cual se expide el Registro y Tarjeta Profesional No. 40371, y en constancia se inscribe en el libro correspondiente.

Parágrafo: En el caso de presentar documentación no compatible con los datos aportados por las Facultades de Enfermería del país, esta información será reportada a la Entidad Educativa y a las Entidades de Control, para que tomen las medidas pertinentes.

NOTIFÍQUESE Y CUMPLASE

Expedida en la ciudad de Bogotá D.C., a los 17 días del mes de SEPTIEMBRE de 2014.

CAROLINA PRADA MORENO
Registradora Nacional ANEC

REPUBLICA DE COLOMBIA

REGISTRO UNICO NACIONAL DE ENFERMERIA

Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia ANEC



NOMBRES LEIDY CATERINE

APELLIDOS TOLOZA MENDOZA

C.C. 1.098.674.447 BUCARAMANGA

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

RUN No. 40371

Fecha de Expedición 17/SEPTIEMBRE/2014

REGISTRADORA NACIONAL ANEC

Esta tarjeta es documento público, se expide de acuerdo con la Ley 266 de 1996 y es válida en todo el Territorio Nacional.

Si es encontrada por favor devolverla a ANEC Nacional
Carrera 27 No. 46 - 21 Piso 2°. Bogotá D.C.

TRIBUNAL NACIONAL ÉTICO DE ENFERMERÍA
NIT: 830040508-1 - Ley 266 de 1996 / Ley 911 de 2004
"Ley deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia"

Certificación

El TRIBUNAL NACIONAL ÉTICO DE ENFERMERÍA, en su calidad de autoridad competente para ejercer el control disciplinario de la profesión de enfermería, CERTIFICA que, una vez realizada la verificación correspondiente en la base de datos institucional, LEIDY CATERINE TOLOZA MENDOZA, con CC No. 1098674447, NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS por infracciones a la deontología consagrada en la Ley 911 de 2004, durante los cinco (5) años anteriores a la fecha de expedición de la presente constancia.

Esta certificación no acredita la calidad de profesional de enfermería ni la habilitación para el ejercicio de la profesión en Colombia, requisitos indispensables conforme a la normativa vigente.

Se expide a solicitud del interesado, en la ciudad de Bogotá, D.C., a 16 de julio de 2026.

Atentamente

EMPERATRIZ EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

Nota: Para verificar la autenticidad del certificado escanee el código QR:

Carrera 13A N° 106A - 28. Oficina 202, Edificio Rodal 4, Bogotá D. C.
Teléfono (57-601) 629 6659 - Celular 3103147663 y WhatsApp: 3208140060
www.tribunacionaleticoenfermeria.com / trienfer@gmail.com

INDICE CATEDRATICO ID EDUCACION EN SALUD

CENTRO DE INNOVACION Y CONOCIMIENTO

NIT 1143126817-2

Hace constatar que

LEIDY CATERINE TOLOZA MENDOZA

Identificado(a) con numero de documento: 1098674447

Curso y aprobó los estudios correspondiente al

ATENCIÓN CENTRADA EN EL USUARIO

Vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición

Con una intensidad horaria de **48 Horas**

Fecha de inicio: 2026-01-08 Fecha de terminación: 2026-01-22

Se expide en la ciudad de Bucaramanga el 2026-01-22

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art 2.6.6.8.
Educación Informal - Ministerio de Educación Nacional Resolución 3100
de 2019- Ministerio de Salud y Protección

2014 - 2024 10 Años FORMANDO PARA EL TRABAJO

JOSE MIGUEL PULIDO PEREZ

DIRECTOR

Centro de innovación y conocimiento índice catedrático ID

MAESTRANDO EN DOCENCIA

ID

La validez del diploma la puedes solicitar al **3213162248** o al correo ID@indicecatedratico.com.co

INDICE CATEDRATICO ID EDUCACION EN SALUD

CENTRO DE INNOVACION Y CONOCIMIENTO

NIT 1143126817-2

Hace constatar que

LEIDY CATERINE TOLOZA MENDOZA

Identificado(a) con numero de documento: 1098674447

Curso y aprobó los estudios correspondiente al

ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD PARA VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE GÉNERO

Vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición

Con una intensidad horaria de **48 Horas**

Fecha de inicio: 2026-01-10 Fecha de terminación: 2026-01-24

Se expide en la ciudad de Bucaramanga el 2026-01-24

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art 2.6.6.8. Educación Informal - Ministerio de Educación Nacional Resolución 3100 de 2019- Ministerio de Salud y Protección

2014 - 2024 10 Años FORMANDO PARA EL TRABAJO

JOSE MIGUEL PULIDO PEREZ

DIRECTOR

Centro de innovación y conocimiento índice catedrático ID

MAESTRANDO EN DOCENCIA

ID

La validez del diploma la puedes solicitar al **3213162248** o al correo ID@indicecatedratico.com.co

INDICE CATEDRATICO ID EDUCACION EN SALUD

CENTRO DE INNOVACION Y CONOCIMIENTO

NIT 1143126817-2

Hace constatar que

LEIDY CATERINE TOLOZA MENDOZA

Identificado(a) con numero de documento: 1098674447

Curso y aprobó los estudios correspondiente al

ATENCION INTEGRAL DE URGENCIAS A VICTIMAS DE ATAQUE CON AGENTES QUIMICOS

Vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición

Con una intensidad horaria de **48 Horas**

Fecha de inicio: 2026-01-11 Fecha de terminación: 2026-01-25

Se expide en la ciudad de Bucaramanga el 2026-01-25

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art 2.6.6.8. Educación Informal - Ministerio de Educación Nacional Resolución 3100 de 2019- Ministerio de Salud y Protección

2014 - 2024 10 Años FORMANDO PARA EL TRABAJO

JOSE MIGUEL PULIDO PEREZ

DIRECTOR

Centro de innovación y conocimiento índice catedrático ID

MAESTRANDO EN DOCENCIA

ID

La validez del diploma la puedes solicitar al **3213162248** o al correo ID@indicecatedratico.com.co

INDICE CATEDRATICO ID EDUCACION EN SALUD

CENTRO DE INNOVACION Y CONOCIMIENTO

NIT 1143126817-2

Hace constatar que

LEIDY CATERINE TOLOZA MENDOZA

Identificado(a) con numero de documento: 1098674447

Curso y aprobó los estudios correspondiente al

HUMANIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición

Con una intensidad horaria de **48 Horas**

Fecha de inicio: 2026-01-06 Fecha de terminación: 2026-01-20

Se expide en la ciudad de Bucaramanga el 2026-01-20

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art 2.6.6.8. Educación Informal - Ministerio de Educación Nacional Resolución 3100 de 2019- Ministerio de Salud y Protección

2014 - 2024 10 Años FORMANDO PARA EL TRABAJO

JOSE MIGUEL PULIDO PEREZ

DIRECTOR

Centro de innovación y conocimiento índice catedrático ID

MAESTRANDO EN DOCENCIA

ID

La validez del diploma la puedes solicitar al **3213162248** o al correo ID@indicecatedratico.com.co

INDICE CATEDRATICO ID EDUCACION EN SALUD

CENTRO DE INNOVACION Y CONOCIMIENTO

NIT 1143126817-2

Hace constatar que

LEIDY CATERINE TOLOZA MENDOZA

Identificado(a) con numero de documento: 1098674447

Curso y aprobó los estudios correspondiente al

FORMACION EN MANEJO Y GESTION DEL DUELO

Vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición

Con una intensidad horaria de **48 Horas**

Fecha de inicio: 2026-01-12 Fecha de terminación: 2026-01-26

Se expide en la ciudad de Bucaramanga el 2026-01-26

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art 2.6.6.8. Educación Informal - Ministerio de Educación Nacional Resolución 3100 de 2019- Ministerio de Salud y Protección

2014 - 2024 10 Años FORMANDO PARA EL TRABAJO

JOSE MIGUEL PULIDO PEREZ

DIRECTOR

Centro de innovación y conocimiento índice catedrático ID

MAESTRANDO EN DOCENCIA

ID

La validez del diploma la puedes solicitar al **3213162248** o al correo ID@indicecatedratico.com.co

INDICE CATEDRATICO ID EDUCACION EN SALUD

CENTRO DE INNOVACION Y CONOCIMIENTO

NIT 1143126817-2

Hace constatar que

LEIDY CATERINE TOLOZA MENDOZA

Identificado(a) con numero de documento: 1098674447

Curso y aprobó los estudios correspondiente al

SEGURIDAD DEL PACIENTE

Vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición

Con una intensidad horaria de **48 Horas**

Fecha de inicio: 2026-01-07 Fecha de terminación: 2026-01-21

Se expide en la ciudad de Bucaramanga el 2026-01-21

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art 2.6.6.8. Educación Informal - Ministerio de Educación Nacional Resolución 3100 de 2019- Ministerio de Salud y Protección

2014 - 2024 10 Años FORMANDO PARA EL TRABAJO

JOSE MIGUEL PULIDO PEREZ

DIRECTOR

Centro de innovación y conocimiento índice catedrático ID

MAESTRANDO EN DOCENCIA

ID

La validez del diploma la puedes solicitar al **3213162248** o al correo ID@indicecatedratico.com.co

INDICE CATEDRATICO ID EDUCACION EN SALUD

CENTRO DE INNOVACION Y CONOCIMIENTO

NIT 1143126817-2

Hace constatar que

LEIDY CATERINE TOLOZA MENDOZA

Identificado(a) con numero de documento: 1098674447

Curso y aprobó los estudios correspondiente al

SOPORTE VITAL AVANZADO

Vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición

Con una intensidad horaria de **48 Horas**

Fecha de inicio: 2026-01-09 Fecha de terminación: 2026-01-23

Se expide en la ciudad de Bucaramanga el 2026-01-23

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art 2.6.6.8. Educación Informal - Ministerio de Educación Nacional Resolución 3100 de 2019- Ministerio de Salud y Protección

2014 - 2024 10 Años FORMANDO PARA EL TRABAJO

JOSE MIGUEL PULIDO PEREZ

DIRECTOR

Centro de innovación y conocimiento índice catedrático ID

MAESTRANDO EN DOCENCIA

ID

La validez del diploma la puedes solicitar al **3213162248** o al correo ID@indicecatedratico.com.co

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *

Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *

1098674447

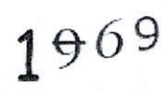
Primer Nombre

LEIDY

Primer Apellido

TOLOZA

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

1074

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2026-07-16→12:02:19 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:
CC	1098674447	LEIDY	CATERINE	TOLOZA	MENDOZA	Vigente

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) LEIDY CATERINE TOLOZA MENDOZA identificado(a) con CC 1098674447 registra La siguiente información:

2026-07-16→12:02:19 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	Enfermería	2013-05-27	9816	DTS DEPARTAMENTO DE SANTANDER
UNV	Local	Enfermería	2014-09-17		ASOCIACION NACIONAL DE ENFERMERAS DE COLOMBIA - ANEC

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

SISPRO - Aplicativos Misionales

Menú

CESAR BECERRA
ESE Hospital Regional de García Rovira

SISPRO

Direccion:
Carrera 13 # 32-76 (piso 1)
Cundinamarca, Bogotá D.C.
Código Postal: 110311

Horario de atención:
Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Contacto

Telefono
conmutador:
En Bogotá: 601 330 5043 Opción 2
Resto del país: 018000960020 Opción
Correo de notificaciones judiciales:
notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co

Términos y condiciones

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: fa21f527-9df8-4e7b-8ef7-97febcddcecd

Nombres y apellidos / Full name: **LEIDY CATERINE TOLOZA MENDOZA**

Tipo de identificación / ID Type: **CÉDULA DE CIUDADANÍA**

Número de identificación / ID Number: **1 0 9 8 6 7 4 4 4 7**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **18/08/1989**

País nacimiento / Country of birth: **COLOMBIA**

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3145377236**

Correo electrónico / e-mail: **Leidykatherine1808@gmail.com**

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination Dia / Day	Mes / Month	Año / Year	Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
TD Adulto	Primera	10	2	2016		D2256	EL PLAYON ESE CENTRO DE SALUD SANTO DOMINGO SABIO	JZ ESTHER RODRIGUEZ OJEDA
TD Adulto	Segunda	15	3	2016		D2256	EL PLAYON ESE CENTRO DE SALUD SANTO DOMINGO SABIO	LUZ ESTHER RODRIGUEZ OJEDA
TD Adulto	Tercera	21	6	2016		D2278	EL PLAYON ESE CENTRO DE SALUD SANTO DOMINGO SABIO	LUZ ESTHER RODRIGUEZ OJEDA
Fiebre Amarilla	Única	3	8	2017		AC37B209Db	EL PLAYON ESE CENTRO DE SALUD SANTO DOMINGO SABIO	LUZ ESTHER RODRIGUEZ OJEDA
TD Adulto	Cuarta	7	11	2017		D6577	EL PLAYON ESE CENTRO DE SALUD SANTO DOMINGO SABIO	LUZ ESTHER RODRIGUEZ OJEDA
TD Adulto	Quinta	13	3	2018		D9856	EL PLAYON ESE CENTRO DE SALUD	LUZ DARY PARADA
COVID SINOVAC	Primera	26	3	2021	Sinovac	C202102007	EL PLAYON ESE CENTRO DE SALUD SANTO DOMINGO SABIO	LUZ DARY PARADA
COVID SINOVAC	Segunda	26	4	2021	Sinovac	J202103009	EL PLAYON ESE CENTRO DE SALUD SANTO DOMINGO SABIO	LUZ RODRIGUEZ
COVID PFIZER	Primer Refuerzo	6	9	2022	PFIZER	FN3815	EL PLAYON ESE CENTRO DE SALUD SANTO DOMINGO SABIO	LUZ ESTHER RODRIGUEZ OJEDA
INFLUENZA TRIVALENTE	Primera	23	7	2024		V1E071B	EL PLAYON ESE CENTRO DE SALUD SANTO DOMINGO SABIO	LUZ ESTHER RODRIGUEZ OJEDA
INFLUENZA TRIVALENTE	Primera	13	11	2025		V1E071B	ESE OCAMONTE	JOHANNA CARVAJAL

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

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

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

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

The Ministery of Health and Social Protection certifies that the informatión in this document was extracted from **PAIWEB**, according t o the Wide **Program of Inmunization - PAI** (by i t s acronym i n spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

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

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

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

E.S.E. HOSPITAL SANTO DOMINGO SAVIO EL PLAYON	ESE HOSPITAL SANTO DOMINGO SAVIO	Código:
		Versión: 0.1
	OFICIO EXTERNO	Página: 1 de 1
		Aprobó: comité de calidad

LA SUSCRITA GERENTE DE LA ESE HOSPITAL SANTO DOMINGO SAVIO CERTIFICA QUE

Leidy Caterine Toloza Mendoza, identificada con cedula numero **1.09.674.447** de Bucaramanga Santander. Laboro en misión (labor contratada) en la empresa **E.S.E Hospital Santo Domingo Savio** en el cargo de **Enfermera Profesional** encargada de los programas de promoción y prevención, salud publica y plan de intervenciones colectivas (PIC), la cual se destaco por su compromiso responsabilidad y eficiencia, durante el periodo del 01 de junio de 2013 hasta el 31 de enero de 2019.

Esta solicitud se expide a solicitud del interesado a los treinta y uno (31) días del mes de enero de 2019

ATENTAMENTE

ROSA NATALIA CORREA GUEVARA
GERENTE

LA SECRETARIA DE GOBIERNO, SEGURIDAD Y MOVILIDAD DEL MUNICIPIO DE EL PLAYÓN – SANTANDER.

CERTIFICA:

Que la Enfermera Profesional **LEIDY CATERINE TOLOZA MENDOZA** identificada con cédula de ciudadanía No. 1.098.674.447 expedida en Bucaramanga, fue nombrada mediante Resolución No. 003 del 2 de enero y posesionada mediante acta No. 002 de la misma época como **SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL Y SALUD** Nivel Directivo Código 020, Grado 03, hasta la fecha sin interrupción alguna.

Desempeñando las siguientes funciones:

1. Formular de manera coordinada con las demás secretarias los planes, programas y proyectos de la administración municipal, así como dirigir y evaluar su ejecución con el fin de garantizar el cumplimiento de la misión, objetivos y funciones de la Secretaria.
2. Establecer los objetivos a cumplir para el correcto desarrollo de las funciones de la Secretaria antes del 31 de diciembre de cada año, así como que incluyan los recursos presupuestados necesarios, las estrategias y planes para tal fin.
3. Evaluar el desempeño de los servidores públicos teniendo en cuenta lineamientos de la Comisión Nacional del Servicio Civil y la normatividad vigente
4. Asumir la supervisión de los contratos o convenios, previa designación del ejecutivo municipal.
5. Dar cumplimiento a la Ley o normas, respecto a presentar oportunamente informe de gestión y acta de empalme, cuando se presente la novedad de separación del cargo.
6. Contribuir y garantizar la implementación y mejoramiento del Sistema de Control Interno, basado en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión.
7. Coordinar al interior de la administración, el desarrollo de las etapas Pre- contractual, Contractual y Post- contractual para la contratación de mínima cuantía, menor cuantía y mayor cuantía de acuerdo a la normatividad vigente, en los procesos relacionados con contratos de prestación de servicios y de apoyo a la gestión y de suministros y actividades logísticas y operativas que requieran las dependencias de la Administración Central, en coordinación con el Asesor Jurídico.
8. Velar y custodiar los equipos, muebles y enseres que se encuentren en su inventario.
9. Apoyar en el diseño y en el desarrollo de políticas para la juventud, la niñez, la tercera edad, la mujer y la familia, e inducir por la vía de la concertación, la incorporación de estos grupos en las distintas instancias de la gestión local.

del municipio y ejecutar la política del plan nacional de desarrollo de superación de la pobreza extrema.

11. Coordinar y realizar el seguimiento a la aplicación de los planes operativos de los programas sociales especialmente los dirigidos a los grupos de población vulnerable y en alto riesgo (población infantil, ancianos, jóvenes, desplazados o madres cabeza de familia).
12. Formular y dirigir la política educativa en el municipio de Playón, de acuerdo con la Constitución, la ley, las ordenanzas, los acuerdos y demás disposiciones sobre la materia, asistiendo al alcalde en todos los asuntos atenientes a la educación, la cultura y el deporte municipal.
13. Dirigir la elaboración del Plan educativo, de cultura, deportes y recreación en el municipio y de los anteproyectos de presupuesto de inversión que se contemplen en estos cuatro factores, con el fin de desarrollar los objetivos del plan de la dirección técnica de educación, cultura, deporte y recreación.
14. Hacer seguimiento a la cobertura del servicio público educativo en el municipio para que este sea de calidad y adecuación a las necesidades propias de la población y asegurar a los menores, las condiciones necesarias para su acceso y permanencia en el sistema educativo.
15. Ejecutar la inspección y vigilancia, de la prestación del servicio público de la educación formal en sus niveles, preescolar, básica (primaria y secundaria) y media, educación para el trabajo y el desarrollo humano con el fin de asegurar el mejoramiento de la calidad y pertinencia de la educación en el municipio.
16. Dirigir la elaboración de estudios tendientes a determinar las estadísticas básicas del sector educativo, cultural, deportivo y recreacional en el municipio para una acertada toma de decisiones.
17. Conocer, divulgar, cumplir y hacer cumplir las políticas, planes, programas, proyectos y disposiciones legales expedidas por el ministerio de educación, Coldeportes, Ministerio de la Cultura, Secretaria de Educación departamental y hacer concordantes con las mismas en las acciones municipales.
18. Formular y controlar las políticas, programas y proyectos, relacionados con el sistema municipal de salud y de seguridad social en salud, especialmente en las áreas de aseguramiento de la población y de salud pública, atendiendo las directrices del ministerio de salud y protección social.
19. Coordinar, programas y procesos que garanticen el acceso de la población al sistema de seguridad social en salud subsidiado y contributivo y al régimen de prestación de servicios complementarios, de acuerdo al plan de desarrollo y directrices del alcalde.
20. Recibir documentación y reportar novedades mensuales de los contratos vigentes del régimen subsidiado para su evaluación correspondiente y autorización de pagos.
21. Controlar, en coordinación con las entidades del sector o de otros sectores que inciden en la salud, los factores de riesgo referentes al estado de salud y enfermedades de la población.

21. Controlar, en coordinación con las entidades del sector o de otros sectores que inciden en la salud, los factores de riesgo referentes al estado de salud y enfermedades de la población.
22. Organizar el sistema de vigilancia y control a entidades y red de prestadores de servicio de salud a nivel municipal, atendiendo las metas establecidas en los programas del sector.
23. Orientar y supervisar el funcionamiento del hospital, puestos de salud y demás instituciones que presten servicios de salud en el municipio.
24. Cumplir y supervisar el cumplimiento de las normas técnicas dictadas por el ministerio de salud y protección social para la construcción de obras civiles, dotaciones básicas y mantenimiento integral de las instituciones de salud municipales y los centros de bienestar del anciano.
25. Garantizar la salud pública y la oferta de servicios de salud por instituciones públicas, por contratación o por el otorgamiento de subsidios a la demanda (ley 100/93).
26. Administrar el régimen de subsidios a la población (ley 100/93)
27. Evaluar el desempeño laboral de los funcionarios en carrera administrativa y en periodo de prueba a su cargo de acuerdo a las disposiciones legales, vigentes y las directrices de la comisión nacional del servicio civil
28. Acatar y fomentar el cumplimiento de las normas de autocontrol y responder a
29. las directrices del modelo de evaluación de control interno MECI y demás criterios adoptados por el sistema de calidad de la alcaldia.
30. Cumplir las demás funciones que le asignen las autoridades competentes, de acuerdo con el nivel, la naturaleza del cargo y el área de desempeño.

Se expide en el Municipio de El Playón- Santander, a solicitud de la interesada a los veintisiete (27) días del mes de enero de 2022.

DAIRY YURANI HERNÁNDEZ PARADA
Secretaria de Gobierno, Seguridad y Movilidad
Talento Humano

PROYECTÓ	DIANA MERCEDES FORERO PEDRAZA CPS -APOYO A LA SECRETARÍA DE GOBIERNO
REVISÓ	DAIRY YURANI HERNÁNDEZ PARADA SECRETARIA DE GOBIERNO, SEGURIDAD Y MOVILIDAD

ALCALDÍA MUNICIPAL	REPUBLICA DE COLOMBIA DEPARTAMENTO DE SANTANDER MUNICIPIO DE EL PLAYÓN	ALCALDÍA MUNICIPAL

CERTIFICACION	CODIGO: F-GD- 07	VERSION: 2	FECHA: 01/10/2019	Página 1 de 1

CERTIFICACION LABORAL

Wilmer Alexander Barrios Cote, alcalde municipal El Playón Santander

Certifico:

Que la Enfermera Profesional LEIDY CATERINE TOLOZA MENDOZA identificada con cedula de ciudadanía No.1.098.674.447 expedida en Bucaramanga, fue nombrada mediante Resolución No. 003 del 2 de enero del año 2020 y posesionada mediante acta No. 002 de la misma época como SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL Y SALUD Nivel Directivo Código 020, Grado 03, de libre nombramiento y remoción de la planta de personal de la alcaldía municipal donde laboro desde el 02 de Enero del año 2020 hasta el 31 de Diciembre del año 2023.

Donde desarrollo las actividades a su cargo de manera asertiva demostrando ser una excelente profesional, comprometida, responsable.

Se expide en el Municipio de El Playón- Santander, a solicitud de la interesada a los treinta y un (31) días del mes de diciembre de 2023.

ATENTAMENTE

WILMER ALEXANDER BARRIOS COTE
ALCALDE MUNICIPAL
EL PLAYON SANTANDER