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
MONCAYO	CHACA	CARMENZA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 52865998	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 02 MES 10 AÑO 1981	VEREDA LAS TOLDAS VEREDA LAS TOLDAS			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	HUILA
DEPTO	HUILA	MUNICIPIO	LA ARGENTINA		
MUNICIPIO	LA ARGENTINA	TELÉFONO	3135687607	EMAIL	moncayochacacarmenza@gmail.

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°	1X°	MES	11	AÑO	2000

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	4	X		TECNICA PROFESIONAL EN SALUD OCUPACIONAL Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	12	2011	52865998
PREGRADO	4	X		TECNICA PROFESIONAL EN SALUD OCUPACIONAL Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	06	2003	52865998

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 JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS DE LA ARGENTINA			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO HUILA	MUNICIPIO LA ARGENTINA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 3133974353	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO					
	Día	04	Mes	07	Año 2025	Día	31	Mes	10	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1347 AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA AREA DE PROMOCION Y PREVENCION DE LA					DIRECCIÓN CALLE 7 4 90					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS DE LA ARGENTINA			PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO HUILA	MUNICIPIO LA ARGENTINA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 3133970996	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO					
	Día	01	Mes	03	Año 2025	Día	30	Mes	05	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1347 AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA APOYO A AUXILIAR DE ENFERMERIA					DIRECCIÓN CALLE 10 10 30					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD Cargando...			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* LA ARGENTINA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8350341	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	10	*Mes*	04	*Año* 2023	*Día*	31	*Mes*	08	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* 4505 Y AUXILIAR DE ENFERMERIA					*DIRECCIÓN* CALLE 14A 1 74 PITALITO HUILA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GREADSA GREMIO ASISTENCIAL ADMINISTRATIVO DE LA SALUD			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* LA ARGENTINA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3133540695	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	22	*Mes*	10	*Año* 2022	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2022	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 003678 AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AUXILIAR DE ENFERMERIA					*DIRECCIÓN* CALLE 8 4 81 LA PLATA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* LA ARGENTINA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3133970996	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	01	*Año* 2021	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* CALLE 10N 10 30 Barrio Corinto						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* LA ARGENTINA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3133970996	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	11	*Año* 2020	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* CALLE #-10-30						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ESE JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* LA ARGENTINA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3133970996	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	08	*Año* 2020	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*					*DIRECCIÓN* CALLE #-10-30						

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 JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3133970996	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	02	*Año* 2020	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2020	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* PROMOCION Y PREVENCION					*DIRECCIÓN* CALLE 7N 4 90						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3133970996	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	15	*Mes*	01	*Año* 2015	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2015	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SALUD					*DIRECCIÓN* CALLE 7 4 90						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3106668465	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	08	*Mes*	02	*Año* 2006	*Día*	26	*Mes*	12	*Año*	2014	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SALUD					*DIRECCIÓN* Sin dirección						

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	6
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	7
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	11	1
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO __ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E 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

Carmenza Moncayo Chacc

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

52865998
NUMERO

MONCAYO CHACA
APELLIDOS

CARMENZA
NOMBRES

Carmenza Moncayo Ch
FIRMA





INDICE DERECHO

02-OCT-1981
FECHA DE NACIMIENTO

LA ARGENTINA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

17-ABR-2000 SANTAFE DE BOGOTA DC
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

P-1500101-42082802-F-0052865998-20000907 10000 00200A 02 089941423

La República de Colombia

El Ministerio de Educación

y en su nombre

El Colegio Centro Cultural

Aprobado por la Secretaría de Educación de Bogotá D.C.
Según Resolución No. 7451 del 28 de Noviembre de 1998,
para educación básica y media formal de adultos.

Confiere a:

Moncayo Chara Carmenza

Con documento de identidad No 52.865.998 de Santafé de Bogotá

El Título de

Bachiller Académico

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

Rector

Secretario

Dado en Santafé de Bogotá a los 24 días del mes de Noviembre del 2000

Anotado al folio 60 del Libro de Registro número 88

No requiere registro de la secretaría de educación, según
decreto 921 del 16 de mayo de 1994 del M.E.N.

FORMATES

Educación no formal Acuerdo Ejecutivo Nº 43 de Marzo 30 del 2001. Expedido por el Ministerio de Salud y Licencia de funcionamiento Nº 820 del 14 de Marzo del 2003, emanada de la Secretaría de educación de Santafé de Bogotá D.C.

ACTA GENERAL No. 001

En Bogotá D.C. El día 18 de Julio del año Dos mil tres (2003). Se Reunieron en el Aula Múltiple de la Escuela de Salud FORMATES, El presidente, Directora Académica, Secretaria General y el cuerpo de docentes, previo juramento de rigor se le hizo entrega a

ACTA INDIVIDUAL No. 0015

Carmenza Moncayo Chaca

Identificado (a) con C.C. No. 52.865.998 de Bogotá.

El certificado que lo (a) Acredita como.

APTITUD OCUPACIONAL TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA

Por haber cumplido todos los requisitos académicos y las prácticas hospitalarias, conforme a disposiciones de ley.

Para constancia se firma la presente en Bogotá D.C. A los Dieciocho (18) días del mes de Julio del año Dos mil tres (2003).

Fabian A. Posada F.
Rector

Sara Adriana Pinilla E.
Directora Académica

Gloria Rincón Tuta
Secretaria General

Nº 17203

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

Y EN SU NOMBRE

FORMATES

Educación no formal Acuerdo Ejecutivo No. 43 de Marzo 30 de 2001
Expedido por el Ministerio de Salud y Licencia de Funcionamiento No. 820 del 14 de Marzo de 2003
Emanada de la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá D. C.

QUE:

Carmenza Moncayo Chaca

IDENTIFICADO (A) CON C.C. No. 52.865.998 DE BOGOTA.

Cursó y Aprobó los estudios programados
por la Institución y cumplió los requisitos exigidos por la ley
Con una intensidad de 1800 horas.

LE CONFIERE EL CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL - TECNICO EN:

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Fabian A. Posada P.
RECTOR

Sara Adriana Pinilla F.
DIRECTORA ACADEMICA

Gloria Rincon Leal
SECRETARIA GENERAL

DADO EN BOGOTA D. C., A LOS 18 DIAS DEL MES DE JULIO DE 2003

ANOTADO EN EL FOLIO 0001 DEL LIBRO 01 DEL REGISTRO DE FORMATES

Nº 679514

Fundación Santa Paula

Escuela de Formación Técnica

Neiva - Huila

Autorizada mediante Acuerdo No. 0027 del 21 de Enero de 2011, del Ministerio de la Protección Social, Resoluciones No. 1182 del 10 de Septiembre de 2009 y 791 del 13 de Septiembre de 2011 de la Secretaría de Educación de Neiva

Acta de Certificación

De acuerdo a la autorización de funcionamiento, al programa de educación para el trabajo y el desarrollo humano en el área de formación de recurso humano en salud, dado por la Secretaría de Educación de Neiva:

Teniendo en cuenta que:

Moncayo Chaca Carmenza

C.C. 52865998 de Santafé de Bogotá D.C.

Por haber cumplido con todos los requisitos establecidos para el programa, con una intensidad de 1.650 horas, se otorga el CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL COMO TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN:

Auxiliar en Salud Pública

Dr. Carlos Rubiano Cortés
Representante Legal

Sandra Patricia Marín Castaño
Directora

Anotado al folio 31 y 32 del libro de Registro de diplomas No. 1
Dado en Neiva – Huila a los 16 días del mes de Diciembre del año 2011

Libertad y Orden

República de Colombia

La Fundación Santa Paula

Escuela de Formación Técnica E.F.T.

Autorizada mediante Acuerdo No. 0027 del 21 de Enero de 2011 del Ministerio de la Protección Social, Resoluciones No. 1182 del 10 de Septiembre de 2009 y 791 del 13 de Septiembre de 2011 de la Secretaría de Educación de Neiva

Otorga a:

Moncayo Chaca Carmenza

C.C. 52865998 de Santafé de Bogotá D.C.

Certificado de Aptitud Ocupacional como Técnico Laboral por Competencia en:

Auxiliar en Salud Pública

Por haber cursado y aprobado el programa Auxiliar en Salud Pública, con una intensidad de 1.650 horas. Dado en Neiva (Huila), a los 16 dias del mes de Diciembre de 2011.

Dr. Carlos Rabiano Cortés
Representante Legal

Sandra Patricia Marín Castaño
Directora

Anotado a los folio 31 y 32 del libro para control interno de diplomas No. 1
Dado en Neiva – Huila a los 16 días del mes de Diciembre del año 2011. No. 122

MEDICENTER EDUCACIÓN VIRTUAL S.A.S
NIT 901.704.533-4

CERTIFICA QUE

CARMENZA MONCAYO CHACA

IDENTIFICADO CON CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 52865998

Asistió al curso Básico:

HIGIENE DE MANOS

Con una intensidad horaria de 45 horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE NEIVA A LOS 25 DÍAS DEL MES DE AGOSTO DEL 2026, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE EL MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

Luisa Fernanda Cerquera Ortiz
Gerente

ESTADO DE VIGENCIA: VENCE EN UN (1) AÑO DESDE SU FECHA DE EXPEDICIÓN

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

MEDICENTER EDUCACIÓN VIRTUAL S.A.S
NIT 901.704.533-4

CERTIFICA QUE

CARMENZA MONCAYO CHACA

IDENTIFICADO CON CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 52865998

Asistió al curso Básico:

DIAGNOSTICO Y MANEJO CLINICO DEL DENGUE (DMCD)

Con una intensidad horaria de 45 horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE NEIVA A LOS 25 DÍAS DEL MES DE AGOSTO DEL 2026, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE EL MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

Luisa Fernanda Cerquera Ortiz
Gerente

ESTADO DE VIGENCIA: VENCE EN UN (1) AÑO DESDE SU FECHA DE EXPEDICIÓN

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

MEDICENTER EDUCACIÓN VIRTUAL S.A.S
NIT 901.704.533-4

CERTIFICA QUE

CARMENZA MONCAYO CHACA

IDENTIFICADO CON CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 52865998

Asistió al curso Básico:

DETECCION TEMPRANA CANCER DE PROSTATA

Con una intensidad horaria de 45 horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE NEIVA A LOS 25 DÍAS DEL MES DE AGOSTO DEL 2026, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE EL MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

Luisa Fernanda Cerquera Ortiz
Gerente

ESTADO DE VIGENCIA: VENCE EN UN (1) AÑO DESDE SU FECHA DE EXPEDICIÓN

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

MEDICENTER EDUCACIÓN VIRTUAL S.A.S
NIT 901.704.533-4

CERTIFICA QUE

CARMENZA MONCAYO CHACA

IDENTIFICADO CON CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 52865998

Asistió al curso Básico:

CANCER DE COLON Y RECTO

Con una intensidad horaria de 45 horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE NEIVA A LOS 25 DÍAS DEL MES DE AGOSTO DEL 2026, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE EL MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

Luisa Fernanda Cerquera Ortiz
Gerente

ESTADO DE VIGENCIA: VENCE EN UN (1) AÑO DESDE SU FECHA DE EXPEDICIÓN

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

MEDICENTER EDUCACIÓN VIRTUAL S.A.S
NIT 901.704.533-4

CERTIFICA QUE

CARMENZA MONCAYO CHACA

IDENTIFICADO CON CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 52865998

Asistió al curso Básico:

VIRUS DE PAPILOMA HUMANO (VPH)

Con una intensidad horaria de 45 horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE NEIVA A LOS 25 DÍAS DEL MES DE AGOSTO DEL 2026, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE EL MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

Luisa Fernanda Cerquera Ortiz
Gerente

ESTADO DE VIGENCIA: VENCE EN UN (1) AÑO DESDE SU FECHA DE EXPEDICIÓN

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

MEDICENTER EDUCACIÓN VIRTUAL S.A.S
NIT 901.704.533-4

CERTIFICA QUE

CARMENZA MONCAYO CHACA

IDENTIFICADO CON CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 52865998

Asistió al curso Básico:

DETECCION TEMPRANA CANCER DE MAMA

Con una intensidad horaria de 45 horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE NEIVA A LOS 25 DÍAS DEL MES DE AGOSTO DEL 2026, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE EL MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

Luisa Fernanda Cerquera Ortiz
Gerente

ESTADO DE VIGENCIA: VENCE EN UN (1) AÑO DESDE SU FECHA DE EXPEDICIÓN

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

MEDICENTER EDUCACIÓN VIRTUAL S.A.S
NIT 901.704.533-4

CERTIFICA QUE

CARMENZA MONCAYO CHACA

IDENTIFICADO CON CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 52865998

Asistió al curso Básico:

CANCER DE ESTOMAGO

Con una intensidad horaria de 45 horas

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE NEIVA A LOS 25 DÍAS DEL MES DE AGOSTO DEL 2026, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE EL MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.

Luisa Fernanda Cerquera Ortiz
Gerente

ESTADO DE VIGENCIA: VENCE EN UN (1) AÑO DESDE SU FECHA DE EXPEDICIÓN

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

Secretaría
SALUD

Resolución No 3849 de 17/09/2003

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D,C

Por la cual se autoriza el ejercicio de la profesión en el Territorio Nacional.

EL DIRECTOR DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el decreto 1875 de 1994 y resoluciones 02085 de Febrero 7 de 1989 y 449 de Febrero 8 de 1993 suscritas por el Ministerio de Salud y, Resolución No. 001390 del 10 de Marzo de 1997 y

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) MONCAYO CHACA CARMENZA Identificado(a) con CC número 52865998 expedida en SANTAFE DE BTA solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según CERTIFICADO de AUXILIAR DE ENFERMERIA otorgado por LA ESCUELA DE SALUD FORMATES el día 18/07/2003 y registrado en el libro 1 Folio 1 año 2003

Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes:

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: autorizar a MONCAYO CHACA CARMENZA identificado(a) con CC número 52865998 expedida en SANTAFE DE BTA para desempeñarse como AUXILIAR DE ENFERMERIA en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D,C.

ARTICULO SEGUNDO: Para poder ejercer la profesión en zona geográfica diferente a donde se autorizo el título o certificado la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud del departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

ARTICULO TERCERO: Contra la presente resolución procede el recurso de reposición ante la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud en los términos establecidos en el código contencioso administrativo.

NOTIFIQUESE, Y CUMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los 17/09/2003

ORIGINAL FIRMADO POR
LIBARDO CHAVEZ GUERRERO

LIBARDO CHAVEZ GUERRERO
Director de Desarrollo de Servicios .

Bogotá, D.C 9 de octubre 2003
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) Carmenza Moncayo
CC. # 52865998 Bogotá

Firma Carmenza Moncayo

VIS
BOGOTÁ PARA VIVIR

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General: 2026-08-25 - 3:05:01 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación	Detalles
CC	52865998	CARMENZA		MONCAYO	CHACA	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 1106 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) CARMENZA MONCAYO CHACA identificado(a) con CC 52865998 registra la siguiente información:

2026-08-25 - 3:05:01 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha Inicio Ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	2003-09-17	8849	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

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).

CENTRO DE FORMACIÓN
E.R EMERGENCY SERVICE S.A.S

NIT: 900697564-8

República de Colombia-Educación informal

Decreto 4904/2009. Cap. V Decreto 1075/2015 (art. 2.6.6.8)
Ley 2150/95 art. 46-45

HACE CONSTAR QUE :

CARMENZA MONCAYO CHACA

C.C 52.865.998

Aprobó el Curso

ATENCION A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL (CODIGO BLANCO)

Curso realizado los días 24 y 25 de mayo 2026 con una intensidad de 20 horas

En constancia a lo anterior se firma en Neiva (H) a los dieciocho (25) días del mes de mayo de dos mil veintiséis (2026). F.V 05-2028

ENOC NOSCUE MONTEALEGRE
Coordinador operativo
e-mail eremergencyservices@gmail.com
Calle 15 N°4-46 Neiva - Huila
3208646743-3162110303

FUNDACIÓN CUIDARTE
CINEDSA
INVESTIGACIÓN Y EDUCACIÓN EN SALUD

Nit. 901733082-8

Certificado otorgado a:
CARMENZA MONCAYO CHACA

Identificado con cédula
No. **52865998**

Por su aprobación del curso en:
HUMANIZACION AL SERVICIO DE SALUD

Bogotá, 24 de mayo de 2026
Con una intensidad horaria de 20 horas
Fecha de vencimiento: mayo 2028

Dra. Diana Catalina Rincón López
Presidente Fundación CINEDSA

Dr. Miguel Antonio Sánchez-Cárdenas
Director del Curso

MEDICENTER EDUCACIÓN VIRTUAL S.A.S
NIT 901.7045.33-4

CERTIFICA QUE

CARMENZA MONCAYO CHACA

IDENTIFICADO CON CÉDULA DE CIUDADANÍA No 52865998

Asistió al Curso Avanzado

RESOLUCION 3280 DE 2018 - MAITE-RIAS- RUTAS INTEGRALES DE ATENCIÓN EN SALUD

Con una intensidad horaria de 70 horas.

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE NEIVA A LOS 18 DÍAS DEL MES DE FEBRERO DEL 2025, LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE EL MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITU OCUPACIONAL.

Luisa Fernanda Cerquera Ortiz
Gerente

VERIFICA

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA DE 2 AÑOS A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE LA MISMA

DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL/ RESOLUCIÓN 3100 DE 2019 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

RESCATE FÉNIX E.U
NIT: 900211314 - 8
REGISTRO MERCANTIL N° 00184757

CERTIFICA QUE:

En cumplimiento al Decreto 77 del 13 de Enero de 1997 *Decreto N° 2323 de 2006* y Resolución N° *3100 de 2019.*

CARMENZA MONCAYO CHACA

C.C. N° 52.865.998

Asistió a la Capacitación dictada de 40 horas de intensidad teóricas-practicas en:

TOMA Y TRANSPORTE DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO

RESCATE FENIX E.U.
NIT. 900.211.314 - 8

DAVID RAMOS MORENO M.D.
Representante Legal

En testimonio a ello se firma en la ciudad de Neiva, Huila; a los 24 días del mes de mayo de 2026.

EMAIL: rescatefenixeu@gmail.com

EC-LCTM 2026 : N° 041 VENCE: 24-05-2028.

CENTRO DE FORMACIÓN
E.R EMERGENCY SERVICE S.A.S

NIT: 900697564-8

República de Colombia-Educación informal

Decreto 4904/2009. Cap. V Decreto 1075/2015 (art. 2.6.6.8)

Ley 2150/95 art. 46-45

HACE CONSTAR QUE :

CARMENZA MONCAYO CHACA

C.C 52.865.998

Aprobó el Curso

ADMINISTRACION DE IMUNOBIOLOGICOS

Curso realizado los días 24 y 25 de mayo 2026 con una intensidad de 20 horas

En constancia a lo anterior se firma en Neiva (H) a los dieciocho (25) días del mes de mayo de dos mil veintiséis (2026). F.V 05-2028

ENOC NOSCUE MONTEALEGRE
Coordinador operativo
e-mail eremergencyservices@gmail.com
Calle 15 N°4-46 Neiva - Huila
3208646743-3162110303

E.R 202502-10[illegible]8

f0cc78eb-1001-4091-aca8-48a67e25f822

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Carmenza Moncayo Chaca

ha participado y aprobado el Curso Virtual:

Diagnóstico y manejo clínico del dengue

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 20 - Porcentaje de aprobación: 85,00 %

27 de agosto de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Américas

OPS
CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

FIU Robert Stempel College of Public Health & Social Work
FLORIDA INTERNATIONAL UNIVERSITY

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=f0cc78eb-1001-4091-aca8-48a67e25f822

25671062-f71a-4220-a093-32ecd8cffec0

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Carmenza Moncayo Chaca

ha participado y aprobado el Curso Virtual

Precauciones básicas: higiene de manos (COVID-19)

(versión en español revisada y adaptada para la región de las Américas del material disponible en OpenWHO)

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 1 - Porcentaje de aprobación: 71,33 %

27 de agosto de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

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

OPS

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=25671062-f71a-4220-a093-32ecd8cffec0

Carné Digital de Vacunación **Colombia**

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 392405aa-f443-4d1b-b2fc-90f658aed08e

Nombres y apellidos / Full name: CARMENZA MONCAYO CHACA

Tipo de identificación / ID Type: CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number: 5 2 8 6 5 9 9 8

Fecha de nacimiento / Date of birth: 02/10/1981

País nacimiento / Country of birth: COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number: 3135687607

Correo electrónico / e-mail: notiene@notiene.com

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna	Dosis	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio	Número de Lote	IPS Vacunadora	Nombres y apellidos del vacunador
Vaccine	Doses	Dia / Day	Mes / Month	Año / Year	Laboratory	Vaccine Batch	Administering Center	Full name Vaccinator
TD Adulto	Segunda	10	04	2012		024L9008D	LA PLATA COORPORACION IPS SALUDCOOP	
TdaP Acelular Gestante	Anual	22	07	2017		AC37B213AA	LA ARGENTINA E.S.E JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS	ISABEL HERNANDEZ QUEBRADA
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	25	08	2020		V50220014	LA ARGENTINA E.S.E JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS	LEIDY JIMENA ROBAYO BETANCOURT
COVID SINOVAC	Primera	03	08	2021	Sinovac	202106059O	LA ARGENTINA E.S.E JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS	CRISTIAN VARGAS
COVID SINOVAC	Segunda	31	08	2021	Sinovac	202106059O	LA ARGENTINA E.S.E JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS	NULVIS BRAVO
COVID PFIZER	Primer Refuerzo	26	08	2022	PFIZER	PCA0075	LA ARGENTINA E.S.E JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS	LEYDI MORA
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	16	11	2022	Green Cross	V50222013	LA ARGENTINA E.S.E JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS	LEIDY JIMENA ROBAYO BETANCOURT
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	14	07	2023	BUTANTAN	230049	LA ARGENTINA E.S.E JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS	LEIDY JIMENA ROBAYO BETANCOURT
Fiebre Amarilla	Única	24	04	2025	Fabricante	23K0929	LA ARGENTINA E.S.E JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS	LEIDY ROBAYO
Sarampión Rubéola	Adicional	20	05	2025	Serum	0122W108	LA ARGENTINA E.S.E JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS	CAREN JOHANA CAICEDO PALMA - CC34324427 - ACTIVO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CONSERVELO Jaime Fernandez

3133571724 Mirella

En caso de requerir el Certificado Internacional de Vacunación ó Profilaxis, solicite la transcripción en los sitios autorizados

Por mí y por Colombia, yo me vacuno.

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:	CARMENZA
Apellidos:	MONCAYO
Documento de identidad:	No.
Fecha de Nacimiento:	

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única	18 SEPTIE 2005	CT280-1	Hospital Rabbi
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	07-01-10	EU40808-1	Argenis A
	2	12/02/10		Isabel H
	3	13/04/12	02429005	2019
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	09/03/2002	ICO110	
	2	30/04/2002	ICO110	
	3	29/07/2002	ICO710	

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla	25-08-05	7100702	10 Años	Argenis A
Contra Influenza	13/04/12	H0346		2019
Otras				

LA SUSCRITA LILIAN OROZCO LOSADA EN FUNCIÓN DE COORDINADORA ADMINISTRATIVA DE LA E.S.E JUAN RAMÓN NÚÑEZ PALACIOS DEL MUNICIPIO DE LA ARGENTINA HUILA

CERTIFICA QUE:

La Señora **CARMENZA MONCAYO CHACA** identificada con cédula de ciudadanía número **52.865.998** expedida en La Argentina Huila, quien obra en su propio nombre y representación, ha celebrado los siguientes contratos con la **E.S.E JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS** en el programa de **EQUIPOS BASICOS DE SALUD** de La Argentina Huila.

Número de contrato: 346 del 04 de julio-31 de octubre del 2025

Objeto: **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LOS EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD TERRITORIO RURAL, EN LA EJECUCIÓN DE LOS RECURSOS DE LA RESOLUCIÓN No 00000709 DE 2025 EXPEDIDA POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, EN LA ESE JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS DE LA ARGENTINA HUILA".**

Obligaciones Específicas:

- Apoyar el proceso de mapeo y cartografía social de los territorios de abordaje asignados, y de primer contacto con las comunidades de cada microterritorio.
- Caracterización socio- ambiental, individual y familiar en el microterritorio, con el uso de la aplicación dispuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social SI-APS.
- Valoración de primer contacto de acuerdo con los siguientes instrumentos: a) familiograma, b) APGAR familiar, c) Ecomapa dispuestos en el aplicativo SI-APS.
- Apoyar la verificación de del estado de afiliación de los usuarios, en la base de datos de EPS, el sistema SIIGHOS y Adress.
- Realizar intervención en la familia sobre la promoción y el mantenimiento de la salud, con seguimiento efectivo de acuerdo al plan de cuidado primario indicado por el médico y la enfermera jefe del EBS.
- Brindar educación e información permanente sobre promoción de la salud, prevención de la enfermedad, identificación de signos de alarma y adopción de prácticas de cuidado de sí mismo, de los

demás y de su entorno.

- Promover y facilitar respuestas integrales a las necesidades de las personas, familias y comunidades, por medio de la articulación de la oferta de los servicios sociales, conforme al contexto poblacional y acorde con el curso de vida.
- Gestionar el traslado a instituciones de salud de personas que requieren remisión urgente a partir de lo identificado en la atención en salud.
- Informar a las familias sobre el portafolio de servicios de salud de la ESE Juan Ramón Núñez Palacios y de otros sectores de acuerdo con sus necesidades.
- Realizar seguimiento al acceso efectivo a los servicios de salud y servicios brindados por los otros sectores, definidos en el Plan de Cuidado Primario por el EBS.
- Digitalizar todos los instrumentos que sean necesarios diligenciar en la atención extramural de forma manual derivados de la atención en salud; en los sistemas de información e historia clínica, cumpliendo con las normas definidas de calidad del dato, acorde a las RIAS, guías, manuales, protocolos y procedimientos definidos por la institución.
- Las demás que se requieran para el cabal cumplimiento del objeto contractual y que sean designadas por el contratante a través del supervisor del contrato.

Plazo total: Cuatro (04) meses a partir de la suscripción del acta de inicio, sin que exceda la presente vigencia fiscal.

Fecha de inicio: 04 de julio del 2025
Fecha de terminación: 31 de octubre del 2025

La anterior certificación se expide a solicitud del interesado.

Dada en el Municipio de La Argentina Huila, a los veintisiete (27) días del mes de mayo del 2026.

LILIAN OROZCO LOSADA
Coordinadora Administrativa

LA SUSCRITA LILIAN OROZCO LOSADA EN FUNCIÓN DE COORDINADORA ADMINISTRATIVA DE LA E.S.E JUAN RAMÓN NÚÑEZ PALACIOS DEL MUNICIPIO DE LA ARGENTINA HUILA

CERTIFICA QUE:

La Señora **CARMENZA MONCAYO CHACA** identificada con cédula de ciudadanía número **52.865.998** expedida en La Argentina Huila, quien obra en su propio nombre y representación, ha celebrado los siguientes contratos con la **E.S.E JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS** en el programa de **EQUIPOS BASICOS DE SALUD** de La Argentina Huila.

Número de contrato: 117 del 01 de marzo-30 de mayo del 2025

Objeto: **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LOS EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD, EN LA EJECUCIÓN DE LOS RECURSOS DE LA RESOLUCIÓN No 00001220 DE 2024 EXPEDIDA POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, EN LA ESE JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS DE LA ARGENTITA HUILA".**

Obligaciones Específicas:

- Apoyar el proceso de mapeo y cartografía social de los territorios de abordaje asignados, y de primer contacto con las comunidades de cada microterritorio.
- Caracterización socio- ambiental, individual y familiar en el microterritorio, con el uso de la aplicación dispuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social SI-APS.
- Valoración de primer contacto de acuerdo con los siguientes instrumentos: a) familiograma, b) APGAR familiar, c) Ecomapa dispuestos en el aplicativo SI-APS.
- Apoyar la verificación de del estado de afiliación de los usuarios, en la base de datos de EPS, el sistema SIIGHOS y Adress.
- Realizar intervención en la familia sobre la promoción y el mantenimiento de la salud, con seguimiento efectivo de acuerdo al plan de cuidado primario indicado por el médico y la enfermera jefe del EBS.
- Brindar educación e información permanente sobre promoción de la salud, prevención de la enfermedad, identificación de signos de

alarma y adopción de prácticas de cuidado de sí mismo, de los demás y de su entorno.

- Promover y facilitar respuestas integrales a las necesidades de las personas, familias y comunidades, por medio de la articulación de la oferta de los servicios sociales, conforme al contexto poblacional y acorde con el curso de vida.
- Gestionar el traslado a instituciones de salud de personas que requieren remisión urgente a partir de lo identificado en la atención en salud.
- Informar a las familias sobre el portafolio de servicios de salud de la ESE Juan Ramón Núñez Palacios y de otros sectores de acuerdo con sus necesidades.
- Realizar seguimiento al acceso efectivo a los servicios de salud y servicios brindados por los otros sectores, definidos en el Plan de Cuidado Primario por el EBS.
- Digitalizar todos los instrumentos que sean necesarios diligenciar en la atención extramural de forma manual derivados de la atención en salud; en los sistemas de información e historia clínica, cumpliendo con las normas definidas de calidad del dato, acorde a las RIAS, guías, manuales, protocolos y procedimientos definidos por la institución.
- Las demás que se requieran para el cabal cumplimiento del objeto contractual y que sean designadas por el contratante a través del supervisor del contrato.

Plazo total: Tres (03) meses a partir de la suscripción del acta de inicio, sin que exceda la presente vigencia fiscal.

Fecha de inicio: 01 de marzo del 2025
Fecha de terminación: 30 de mayo del 2025

La anterior certificación se expide a solicitud del interesado.

Dada en el Municipio de La Argentina Huila, a los veintisiete (27) días del mes de mayo del 2026.

LILIAN OROZCO LOSADA
Coordinadora Administrativa

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL HUILA
MUNICIPIO DE LA ARGENTINA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO JUAN RAMÓN NÚÑEZ PALACIOS
Nit. 813.010.966-1

EL SUSCRITO COORDINADOR ADMINISTRATIVO DE LA E.S.E HOSPITAL JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS DE LA ARGENTINA

C E R T I F I C A:

Que la señora **CARMENZA MONCAYO CHACHA,** identificada con la cedula de ciudadanía No. 52865.998 expedida en Bogotá, quien obra en su propio nombre y representación, ha celebrado los siguientes contratos de servicios técnicos con la ESE JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS de la Argentina Huila.

Numero de contrato: 219 del 1 de noviembre de 2014

Objeto: PRESTAR LOS SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR EN SALUD PUBLICA PARA EJECUTAR ACTIVIDADES DE DETECCION TEMPRANA Y PROTECCION ESPECIFICA APOYADA DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE ATENCION BASICA .

Plazo Total: Dos (2) mes contados a partir de la suscripción del acta de inicio del 1 de noviembre de 2014

Valor Total: UN MILLON NOVECIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL PESOS ($1.956.000.oo) M/CTE.

Fecha de Inicio: 1 de noviembre de 2014
Fecha de Terminación: 31 de diciembre de 2014

Numero de contrato: 054 del 15 de enero de 2015

Objeto: PRESTAR LOS SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR EN SALUD PUBLICA PARA EJECUTAR ACTIVIDADES DE DETECCION TEMPRANA Y PROTECCION ESPECIFICA APOYADA DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE ATENCION BASICA .

Plazo Total: Tres (3) meses contados a partir de la suscripción del acta de inicio del 15 de enero de 2015

Valor Total: DOS MILLONES CUTROSCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL PESOS ($2.445.000.oo) M/CTE.

Fecha de Inicio: 15 de enero de 2015
Fecha de Terminación: 31 de marzo de 2015

Numero de contrato: 125 del 1 de abril de 2015

Objeto: PRESTAR LOS SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR EN SALUD PUBLICA PARA EJECUTAR ACTIVIDADES DE DETECCION TEMPRANA Y PROTECCION ESPECIFICA APOYADA DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE ATENCION BASICA .

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL HUILA
MUNICIPIO DE LA ARGENTINA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO JUAN RAMÓN NÚÑEZ PALACIOS
Nit. 813.010.966-1

Plazo Total: Tres (3) meses contados a partir de la suscripción del acta de inicio del 1 de abril de 2015.

Valor Total: DOS MILLONES NOVECIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL PESOS ($2.934.000.oo) M/CTE.

Fecha de Inicio: 1 de abril de 2015
Fecha de Terminación: 30 de junio de 2015

Numero de contrato: 179 del 1 de julio de 2015

Objeto: .PRESTAR LOS SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR EN SALUD PUBLICA PARA EJECUTAR ACTIVIDADES DE DETECCION TEMPRANA Y PROTECCION ESPECIFICA APOYADA DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE ATENCION BASICA

Plazo Total: Tres (3) meses contados a partir de la suscripción del acta de inicio del 1 de julio de 2015.

Valor Total: DOS MILLONES NOVECIENTOS TREINTA Y CUTARO MIL PESOS ($2.934.000.oo) M/CTE.

Fecha de Inicio: 1 de julio de 2015
Fecha de Terminación: 30 de septiembre de 2015

Numero de contrato: 219 del 1 de octubre de 2015

Objeto: PRESTAR LOS SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR EN SALUD PUBLICA PARA EJECUTAR ACTIVIDADES DE DETECCION TEMPRANA Y PROTECCION ESPECIFICA APOYADA DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE ATENCION BASICA

Plazo Total: Un (1) mes contados a partir de la suscripción del acta de inicio del 1 de octubre de 2015.

Valor Total: NOVECIENTOS SETENTA Y OCHO MIL PESOS ($978.000.oo) M/CTE.

Fecha de Inicio: 1 de octubre de 2015
Fecha de Terminación: 31 de octubre de 2015

La anterior certificación se expide a solicitud de la interesada.

Dado en la Argentina Huila, a los veintisiete (27) días del mes de abril de 2019.

WILSON GOMEZ ESCOBAR
Coordinador Administrativo

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL HUILA
MUNICIPIO DE LA ARGENTINA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO JUAN RAMÓN NÚÑEZ PALACIOS
Nit. 813.010.966-1

EL SUSCRITO OSCAR FERNANDO CARLOSAMA DELGADO COORDINADOR ADMINISTRATIVO DE LA E.S.E JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS DEL MUNICIPIO DE LA ARGENTINA HUILA

C E R T I F I C A:

Que la señora **CARMENZA CHACA MONCAYO**, identificada con la cedula de ciudadanía No. 52.865.998 de La Argentina Huila, quien obra en su propio nombre y representación, ha celebrado los siguientes contratos de Prestación de servicios Y Apoyo a la Gestión con la **ESE JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS** de la Argentina Huila.

Numero de contrato: 190 del 01 de Agosto de 2020

Objeto: **PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL PROGRAMA DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS DEL MUNICIPIO DE LA ARGENTINA – HUILA..**

Plazo Total: Tres (3) meses contados a partir de la suscripción del acta de inicio del 01 de Agosto de 2020.

Valor Total: **TRES MILLONES SETECIENTOS VEINTE MIL PESOS MCTE ($3.720.000,00)** M/CTE.

Fecha de Inicio: 01 de Agosto de 2020
Fecha de Terminación: 31 de Octubre de 2020

Numero de contrato: 279 del 01 de Noviembre de 2020

Objeto: **PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL PROGRAMA DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS DEL MUNICIPIO DE LA ARGENTINA – HUILA..**

Plazo Total: Dos (2) meses contados a partir de la suscripción del acta de inicio del 01 de Noviembre de 2020.

Valor Total: DOS MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA MIL PESOS MCTE **($2.480.000,00)** M/CTE.

Fecha de Inicio: 01 de Noviembre de 2020
Fecha de Terminación: 31 de Diciembre de 2020

La anterior certificación se expide a solicitud del interesado.

Dado en la Argentina Huila, a los treinta (30) días del mes de Diciembre de 2020.

OSCAR FERNANDO CARLOSAMA DELGADO
Coordinador Administrativo

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL HUILA
MUNICIPIO DE LA ARGENTINA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO JUAN RAMÓN NÚÑEZ PALACIOS
Nit. 813.010.966-1

EL SUSCRITO OSCAR FERNANDO CARLOSAMA DELGADO EN FUNCION DE COORDINADOR ADMINISTRATIVO DE LA E.S.E JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS DEL MUNICIPIO DE LA ARGENTINA HUILA

C E R T I F I C A: .

Que la señora CARMENZA MONCAYO CHACA, identificada con la cedula de ciudadanía No. 52.865.998 de Bogotá D.C, quien obra en su propio nombre y representación, ha celebrado los siguientes contratos de Prestación de servicios y de apoyo a la gestión con la ESE JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS de la Argentina Huila.

Numero de contrato: 034 del 01 de Enero de 2021

Objeto: CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL PROGRAMA DE PROMOCION Y PREVENCION EN SALUD DE LA E.S.E JUAN RAMON NUÑEZ DEL MUNICIPIO DE LA ARGENTINA – HUILA.

Plazo Total: tres (3) meses contados a partir de la suscripción del acta de inicio del 01 de Enero de 2021.

Valor Total: TRES MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS M/CTE ($3.900.000=) M/CTE.

Fecha de Inicio:	01 de enero de 2021
Suspensión del contrato:	23 de Enero de 2021
Reinicio:	24 de Abril del 2021
Fecha de Terminación:	30 de junio de 2021

La anterior certificación se expide a solicitud del interesado.

Dado en la Argentina Huila, a los treinta (30) días del mes de Junio de 2021.

OSCAR FERNANDO CARLOSAMA DELGADO
Coordinador Administrativo

GREMIO ASISTENCIAL  ADMINISTRATIVO DE LA SALUD "GREADSA"

NIT:900.465.544-5

A QUIEN PUEDA INTERESAR

Por medio de la presente se certifica que **CARMENZA MONCAYO CHACA,** identificado(a) con cedula de ciudadanía número **52.865.998** fue Afiliado(a) Partícipe del GREMIO ASISTENCIAL Y ADMINISTRATIVO DE LA SALUD "GREADSA".

Del 22 de octubre del 2022 hasta el 31 Diciembre del 2022, COMO **AUXILIAR DE ENFERMERIA;** el (la) Afiliado(a) tuvo un convenio de ejecución permanente que se asimila al contrato a término fijo, realizó sus actividades en el área PIC Departamental para la E.S.E Santa Rosa de Lima del municipio de Paicol Huila.

Certificado expedido a solicitud verbal del (la) interesado(a) a los 02 días del mes de febrero de 2023.

Atentamente,

LUBIN ARLEY HERNANDEZ
Representante Legal
C.C 79.795.689 De Bogotá D.C

Función Pública

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

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2026-05-26 17:11

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
CARMENZA		MONCAYO	CHACA

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	52865998

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	HUILA	Municipio	LA ARGENTINA

Lugar de domicilio					
País	COLOMBIA	Departamento	HUILA	Municipio	LA ARGENTINA

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	JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS DE LA ARGENTINA

Lugar de sede					
País	COLOMBIA	Departamento	HUILA	Municipio	LA ARGENTINA
Dirección	[" CALLE 10 - 10 30 Barrio Corinto "]				
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA				

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

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

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

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

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 03:29:38 PM horas del 25/08/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **52865998**

Apellidos y Nombres: **MONCAYO CHACA CARMENZA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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

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

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, 25/08/2026 03:31:37 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **52865998** y Nombre: **CARMENZA MONCAYO CHACA.**

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. **146367685** . 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

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 martes 25 de agosto de 2026, a las 15:30:13, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	52865998
Código de Verificación	52865998260825153013

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

PROCURADURÍA
GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 301819971

PIB
16:27:46

Bogotá DC, 25 de agosto del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) CARMENZA MONCAYO CHACA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52865998:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

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 15:37:46 horas del 25/08/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **52865998,** Apellidos y Nombres **MONCAYO CHACA CARMENZA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **E.S.E. Municipal David Molina Muñoz**, con NIT **813012946-3** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

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

NIT. 900604369-1
Cel. 312 724 8808 - 310 273 1168
Carrera 9 N°2A-33 - La Plata
serviciosintegralesdesaludips@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 36,533

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
23 DÍA	08 MES	2024 AÑO	LA PLATA (HUILA, COLOMBIA) Ciudad	CONSULTA MEDICA OCUPACIONAL INGRESO (MEDICO)

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

ESE JUAN RAMON NUÑEZ PALACIOS

Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

MONCAYO CHACA CARMENZA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	43 AÑOS 7 MESES 14 DÍAS	CC	52865998
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
AUXILIAR DE ENFERMERÍA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
EL EXAMEN MÉDICO PRESENTA CONDICIONES DE SALUD QUE NO DISMINUYEN SU CAPACIDAD LABORAL

Observaciones: *NO APLICA*

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

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

CONSULTA DE MEDICINA OCUPACIONAL	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
MEDICION DE AGUDEZA VISUAL (VISIOMETRIA)	✓	TRIGLICERIDOS	✓
GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	✓	.....	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
	SVE OSTEOMUSCULAR	DIETA BALANCEADA
	NO ALZAR PESO MAYOR DE : 10 KG	
	CAPACITACIÓN : ERGONOMIA	
	OTROS : SVE RIESGO BIOLOGICO	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

Médico		Aspirante o Trabajador
Firma:	Código de Seguridad R631X1D35533	Firma:
Nombre: HERNANDEZ VERGEL GLORIA JIMENA		Nombre: MONCAYO CHACA CARMENZA
R. M.: 1384/2006 L.S.O.: 1376/2021		CC: 52865998

30452216

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

No.Radicación: 590704

FECHA DE RADICACION: 01 09 2026

I. DATOS DEL TRAMITE — Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

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: N0372

A. AFILIACION

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO: MONCAYO | SEGUNDO APELLIDO: CHACA | PRIMER NOMBRE: CARMENZA | SEGUNDO NOMBRE:

9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC | 10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 52865998 | 11. SEXO BIOLÓGICO: X | 12. SEXO IDENTIFICACIÓN: X | Cual?

13. NACIONALIDAD: COLOMBIA | 14. LUGAR DE NACIMIENTO: COLOMBIA / HUILA / LA ARGENTINA | 15. FECHA NACIMIENTO: 10 02 1981

C. 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: NINGUNA

23. AFP: PROTECCIÓN | 24. IBC: $1,750,905.00 | 25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: $0.00 | 26. RESIDENCIA | DIRECCIÓN: VDA LAS TOLDAS

TELÉFONO FIJO | TELÉFONO CELULAR: 3135687607 | CORREO ELECTRÓNICO: moncayochacacarmenza@gmail.com | DEPARTAMENTO: HUILA

MUNICIPIO/ DISTRITO: LA ARGENTINA | LOCALIDAD/COMUNA | ZONA: CABECERA MUNICIPAL [X] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ] | IPS: 2090

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO 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 | 31. SEXO IDENTIFICACIÓN | Cual?

32. NACIONALIDAD | 33. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS / DEPARTAMENTO / MUNICIPIO | 34. FECHA NACIMIENTO: DÍA 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	40. SEXO IDENTIFICACIÓN	41. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS	DEPART.	MUNICIPIO	42. FECHA DE NACIMIENTO: DIA	MES	AÑO
81												
82												
83												
84												
85												

Datos complementarios del Beneficiario

	43. TABLERO SISB	44. ETNIA	45. COMUNIDAD	46. TIPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	47. TIENE ENCUESTA SISBEN? SI	NO	48. CLASIFICACIÓN SISBEN: NIVEL	GRUPO	49. DISCAPACIDAD SI	NO	50. RESIDENTE PERMANENTE SI	NO	51. Datos de residencia: DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/ DISTRITO	ZONA: CENTRO POBLADO	RURAL DISPERSO	RESTO RURAL
81							I. II.										
82							I. II.										
83							I. II.										
84							I. II.										
85							I. II.										

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. VALOR DE LA UPC DEL AFILIADO ADICIONAL	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. MOTIVO DE LA IPS (A REGISTRAR POR LA EPS)
81							
82							
83							
84							
85							

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 | 57. Número del documento de identificación | 58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)

59. Ubicación: DIRECCIÓN | DEPARTAMENTO | CIUDAD | CORREO ELECTRÓNICO | TELÉFONO | CÓDIGO POSTAL (ZIP)

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 PASO A TRAVÉS DE UN TERRITORIO. Código
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O APORTACIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR [X]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO
11. INSCRIPCIÓN EPS REGIMEN AL PAIS, I. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA.
12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES SOLECTIVAS
13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS
14. MOVILIDAD
a) AL REGIMEN CONTRIBUTIVO
b) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO
15. TRASLADO
a) MISMO REGIMEN
b) DIFERENTE RÉGIMEN
16. REPORTE DE FALLECIMIENTO
17. REPORTE DEL TRAMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO
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 IDENTIFICACION
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 62. SEXO BIOLÓGICO | 63. SEXO IDENTIFICACIÓN | Cual?

64. FECHA NACIMIENTO: DIA MES AÑO | 65. EPS ANTERIOR | 66. FECHA DE NOVEDAD: 01 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 ellos(as) Beneficiario(s) reconocido(s) dependen económicamente de mí. [X]
70. Declaración de 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 información del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliados adicionales en una institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga copia o 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 manejo 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. [ ]
76. a) Autorizo mi consentimiento expreso para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Tarificadores Aire, Llamadas Telefónicas, Whatsapp y demás canales, para recibir mensajes informativos. [X]
b) Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de la Nueva Nevera, 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 Sisben vigente. [ ]

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de autonomía o independencia 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

Carmenza Moncayo ch
80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional — FIRMA

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 [X] CE [ ] SC [ ] PA [ ] CD [ ] AS [ ] PT [ ] Cantidad: Total:

83. Copia del registro de nacimiento debidamente emitido por la autoridad competente. [ ]
84. Copia del (escritura o acta de matrimonio o de la declaración de unión marital de hecho con 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 decisión de la autoridad competente de defunción de los padres o de declaración ausencia por el desaparecimiento de los padres. [ ]
89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud (numeral 4 y 5 del artículo 2.1.1.3 del Decreto 780 de 2016). [ ]
90. Certificación de convivencia o una unidad automática para acreditar situaciones colectivas. [ ]
91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en las que conste la custodia de beneficiarios o se ordene la afiliación de estos. [ ]

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 INSTITUCION Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN.

94. APELLIDOS Y NOMBRES

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 95. FIRMA DEL FUNCIONARIO | 96. FECHA DE RADICACIÓN: DIA MES AÑO | 97. FECHA DE VALIDACIÓN: DIA MES AÑO

OBSERVACIONES:

EMO-DUCTO-S.A.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, CARMENZA MONCAYO CHACA identificado (a) con R.C. T.I. C.C. C.E. C.D. P.E. P.T. CC
número 52865998 de LA ARGENTINA 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 afiliacion, 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. 3135687607
y/o correo electrónico. moncayochacacarmenza@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, Carmenza Moncayo ch
Firma: _____
Tipo ID: CC No. ID: 52865998
Fecha de Solicitud: 01/09/2026
Dirección: VDA LAS TOLDAS
Tel: 3135687607 Municipio: LA ARGENTINA
Departamento: HUILA
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 hará 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 1999, 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 demas 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 relacion 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 autorizacion 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 demas 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
Regimen Contributivo:
Línea Gratuita: **01 8000 954400**
Línea de atencion en Bogotá: **(601) 307 7022**
Regimen Subsidiado:
Línea Gratuita: **01 8000 95 2000**
Línea de atencion 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 unicamente para los fines especificos 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 si 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 ECONÓMICA	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	POSEE VIVIENDA PROPIA	SI		PRODUCTOR AGROPECUARIO	SI	
INDEPENDIENTE	NINGUNA	PROTECCIÓN	1750905		NO	X		NO	X

Nivel de Escolaridad									
	Ninguno ☐	Secundaria ☐	Normalista ☐	Profesional X	Doctorado ☐	Posición Ocupacional	Patrón/Empleador ☐	Contratista X	Trabaja por su Cuenta ☐
	Preescolar ☐	Media academica o clasica (bachillerato clasico) ☐	Técnico Profesional ☐	Especialización ☐	Ultimo Grado				
	Basico Primaria ☐	Media tecnica (bachillerato tecnico) ☐	Tecnologico ☐	Maestria ☐	Aprobado _____	Inicio Contrato	01/09/2026	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 TENDRA VIGENCIA HASTA EL MOMENTO EN EL QUE REPORTE SU RETIRO AL SISTEMA. (DECRETO 806 ART. 67 DE 1998 Y ART. 50 DECRETO 1406 DE 1999)

SÓLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE INDEPENDIENTE PAGO POR TERCERO	Nombre del Tercero	Tipo de Identificacion	NIT	C.C.	C.E.	Identificación 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	
Marisol Rivera Rios	N0372		CIUDAD Y FECHA

Protección

Una empresa sura

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **MONCAYO CHACA CARMENZA** identificado(a) con **CC** número **52.865.998** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de mayo de 2021 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 80% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO
2. El 20% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 25 de agosto de 2026.

Cordialmente,

Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 482 33 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80** -
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a **https://customer0001.wolkvox.com/proteccion/index.php**

POSITIVA

GRUPO BICENTENARIO

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

Carmenza Moncayo Chaca identificado con CC. 52865998 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

Nombres y/o Razón	ESE MUNICIPAL DAVID MOLINA MUÑOZ
Tipo y Numero de Documento	NI - 813012946

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL

Fecha de inicio de cobertura	2026/09/03	**Fecha inicio contrato**	2026/09/01
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	**Fecha de fin contrato**	2026/12/31
Riesgo	3	**Código actividad económica**	3861001 - Actividades de hospitales y clinicas, con internacion, comprende las actividades que consisten principalmente en
Estado afiliación	Activa		
Fecha retiro	2026/12/31	**Estado del contrato**	Activa

Esta certificación se expide a los 2 días del mes de septiembre del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC02092026N52865998A22008398.** Este código es válido por un mes.

CER_AFI_2026031407
294

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52865998		MONCAYO CHACA CARMENZA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	vereda las toldas	LA ARGENTINA-HUILA	8311609	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-09	2026-09	652930518	9511103480	I	2026/10/23	2026/09/14	NEQUI	0	$541,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Ciudad: LA ARGENTINA Depto: HUILA (1 Afiliados)						$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
1	CC	52865998	MONCAYO CARMENZA	230201	30	$1,750,905	$280,200	EPS037	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-23	30	$1,750,905	$42,700	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52865998		MONCAYO CHACA CARMENZA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	vereda las toldas	LA ARGENTINA-HUILA	8311609	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-09	2026-09	652930518	9511103480	I	2026/10/23	2026/09/14	NEQUI	0	$541,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	Fondo Solidaridad Pensional	Intereses de Mora Fondo Solidaridad	Fondo Subsistencia	Intereses de Mora Fondo Subsistencia	SALDOS E INCAPACIDADES	VAL
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$0					$0	
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$280,200	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$0					$0	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$42,700	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0					$0	
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$218,900	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
TOTAL				1	$541,800	$0	$0	$0	$0	$0	$0	

en línea

LOR A PAGAR
$280,200
$280,200
$42,700
$42,700
$218,900
$218,900
$541,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$0	$0	$280,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$280,200	$0	$0	$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$0	$0	$42,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$42,700	$0	$0	$42,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0	$0	$218,900
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$218,900	$0	$0	$218,900
TOTAL				1	$541,800	$0	$0	$541,800

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1080266935		SALAS RODRIGUEZ AYCHEL CAMILA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cll 12 2 80	LA ARGENTINA-HUILA	3174596866	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-09	2026-09	634193134	9510880733	I	2026/10/08	2026/09/07	NEQUI	0	$541,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
1	CC	1080266935	SALAS RODRIGUEZ AYCHEL CAMILA	230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS037	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-23	30	$1,750,905	$42,700	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0

coofisam
Construimos historias de progreso
Nit. 891 100 079 - 3

LA COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO SAM MIGUEL

"COOFISAM"

Certifica que:

CARMENZA MONCAYO CHACA identificado(a) con Cedula de Ciudadania Numero 52865998 de SANTAFE DE BOGOTA DC es asociado de la Cooperativa de Ahorro y Credito "COOFISAM" y actualmente posee los siguientes productos de ahorro y/o crédito:

Tipo de Producto	línea de Producto	Número de Cuenta o Pagare	Código Interbancario "Banco Coopcentral"	Fecha de Apertura	Estado	Saldo
Ahorro	Diariomás	1771085	0	0	ACTIVA	$ Saldo

La presente se expide a solicitud del interesado, en la ciudad de LA ARGENTINA el día martes, 25 de agosto de 2026

Loresledy Lugo
JEFE DE OPERACIONES

Elaborado por: LORESLEDY LUGO

FOCC-118 | V:2 | 12/06/2023

VIGILADO FOGACOOP

FOAD-32 / V:03 /01-01-2023

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14767754630

(415)7707212489984(8020) 000001476775463 0

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	52865998	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MONCAYO	CHACA	CARMENZA	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Huila 4 1	La Argentina 3 7 8

41. Dirección principal
VDA LAS TOLDAS

42. Correo electrónico moncayochacacarmenza@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 3 5 6 8 7 6 0 7	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	2 0 0 6 0 7 1 8						3 2 2 3	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 4 9

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

54. Código

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2026-08-25 / 03:48:11PM

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 MONCAYO CHACA CARMENZA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 25-08-2026 03:48:11PM

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 52865998 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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

Se expide en Bogotá el 25/08/2026 03:59 PM

Código Verificación: **TUDV7BAX98**

Válida hasta: **23/11/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

LA TESORERA DEL MUNICIPIO DE OPORAPA HUILA

CARMENZA MONCAYO CHACA identificado(a) con CC Nro **52.865.998** se encuentra a paz y salvo por todo concepto de impuestos Municipales Vigencia (Industria y Comercio 2025 – Predial 2026.)

El presente certificado tiene validez hasta el día 31 de diciembre de 2026, lo anterior se expide a solicitud del interesado.

Dado en Oporapa, a los dos (02) días del mes de septiembre del 2026.

ALCALDÍA OPORAPA TESORERÍA MUNICIPAL

CAROLINA MAZABEL SCARPETTA
Tesorera Municipal

Proyectó: Elizabeth Grillo Valenzuela Apoyo a Tesorería	Revisó: Carolina Mazabel Scarpetta Tesorera Municipal	Aprobó: Carolina Mazabel Scarpetta Tesorera Municipal

MUNICIPIO DE OPORAPA Esperanza, Paz y Progreso	ALCALDÍA MUNICIPAL DE OPORAPA HUILA NIT: 891.180.179-3	mipg
	DEPENDENCIA: TESORERIA MUNICIPAL	Código: M5-FO-006
	PROCESO: ADMINISTRACIÓN Y GESTION DE INGRESOS	Versión N° 1.0
	CERTIFICADO DE PAZ Y SALVO	Página 1 de 1

LA TESORERA DEL MUNICIPIO DE OPORAPA HUILA

CARMENZA MONCAYO CHACA identificado(a) con CC Nro **52.865.998** se encuentra a paz y salvo por todo concepto de impuestos Municipales Vigencia (Industria y Comercio 2025 – Predial 2026.)

El presente certificado tiene validez hasta el día 31 de diciembre de 2026, lo anterior se expide a solicitud del interesado.

Dado en Oporapa, a los dos (02) días del mes de septiembre del 2026.

ALCALDÍA OPORAPA
TESORERÍA MUNICIPAL

CAROLINA MAZABEL SCARPETTA
Tesorera Municipal

Proyectó: Elizabeth Grillo Valenzuela Apoyo a Tesorería	Revisó: Carolina Mazabel Scarpetta Tesorera Municipal	Aprobó: Carolina Mazabel Scarpetta Tesorera Municipal

PAZ Y SALVO MUNICIPAL

La Argentina - Huila
Administración Municipal
2024-2027
NIT 891.180.265-7

No 369

NOMBRE Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	PREDIAL	IND Y COM
CARMENZA MONCAYO CHACA	52,865,998	SI	SI

VÁLIDO HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2026

La Argentina Huila, 26 DE MAYO DE 2026

JEFERSSON GAVIRIA RIOS
TESORERO GENERAL