HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER

Bucaramanga, 05 de octubre de 2026.

05 OCT 2026

GERENCIA

1:36 pm

Señores
E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
Bucaramanga.

REFERENCIA: PRESENTACIÓN PROPUESTA

El objeto del contrato es la **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES A LA OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO INSTITUCIONAL PARA APOYAR EL DESARROLLO DEL PROCESO DE PRENSA Y COMUNICACIONES DE ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER."** Acorde con la invitación formulada, presento la siguiente propuesta para la ejecución del objeto antes descrito, según características, alcance, condiciones técnicas y económicas por ustedes exigidas y, en caso de que sea aceptada por la ESE Hospital Universitario de Santander me comprometo a firmar el contrato correspondiente.

Así mismo, **DECLARO**:

- Conozco la información general y demás documentos que conforman el expediente contractual y acepto los requisitos allí contenidos, de igual forma se ha tomado nota cuidadosa de las especificaciones y condiciones de la invitación y se adelantado las indagaciones necesarias para formular una propuesta ajustada a esta.
- Que esta propuesta y el contrato que llegare a celebrarse compromete sólo al firmante de esta carta.
- Bajo la gravedad de juramento que no me hallo incurso en causal alguna de inhabilidades o incompatibilidades señaladas en la Ley, y que no me encuentro en ninguno de los eventos de prohibiciones especiales para contratar.
- Que en caso de sobrevenir una inhabilidad me hare responsable frente a la entidad contratante y ante terceros por los perjuicios que se ocasionen, y me comprometo a ceder el contrato, previa autorización escrita de la entidad contratante o si ello no fuera posible, renunciaré a la ejecución.
- Que no he sido sancionado mediante acto administrativo ejecutoriado por ninguna entidad oficial dentro de los últimos dos (2) años anteriores a la fecha límite para presentar oferta.
- Que, si me adjudican el contrato, me comprometo a firmarlo y a suministrar la información en las condiciones y términos señalados por la entidad.
- Que conozco las Leyes de la República de Colombia que rigen esta contratación.
- Que conozco todos los gravámenes legales y ordenanzas que rigen esta contratación.
- riesgos laborales).
- Que el precio de la propuesta se fija en suma de **QUINCE MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($15.800.000)** teniendo en cuenta que el valor de los honorarios mensuales será **SEIS MILLONES DE PESOS M/CTE ($6.000.000)** y se tiene como plazo estimado dos (02) meses y diecinueve (19) días
- El plazo de ejecución será de **A PARTIR DE LA SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO HASTA EL 25 DE DICIEMBRE DE 2026.** Previo cumplidos los requisitos de perfeccionamiento y ejecución.

1. **Las condiciones técnicas del ofrecimiento son las descritas a continuación:**

PERFIL REQUERIDO

- Declaro bajo la gravedad de juramento que cumplo con los requisitos del perfil requeridos en el anexo:

Formato especificaciones técnicas del servicio- GTH-PTH-FO-01. VERSION 4 GESTION TALENTO HUMANO.

2. LAS OBLIGACIONES Y DECLARACIONES SON LAS RELACIONADAS A CONTINUACIÓN:

Declaro bajo la gravedad de juramento y acepto las OBLIGACIONES GENERALES, OBLIGACIONES ESPECIFICAS y manifiesto que cumplo y cumpliré con las DECLARACIONES DEL CONTRATISTA relacionadas en los estudios previos, invitación y finalmente las que se acuerden en el contrato que resulte del presente proceso.

MIS DATOS GENERALES SON LOS SIGUIENTES:

Nombre y/o razón social	**LUNA MARCELA MANTILLA SUAREZ**
Dirección	Calle 1 A con Carrera 7 A, Piedecuesta
Cédula	1.099.735.886
TELEFONOS	3185690067
Correo electrónico	mantillaluna31@gmail.com

CON LA FIRMA DE ESTE DOCUMENTO MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE LA INFORMACION CONSIGNADA EN ESTE DOCUMENTO Y EN LA PROPUESTA EN GENERAL ES VERAZ Y AUTENTICA POR LO TANTO ASUMO TOTAL RESPONSABILIDAD POR EL ALCANCE Y EFECTOS DE LA INFORMACION SUMINISTRADA.

Atentamente,



LUNA MARCELA MANTILLA SUAREZ
CC. No. 1.099.735.886 de Piedecuesta.

La República de Colombia y en su nombre, la

Escuela Normal Superior de Piedecuesta

Reconocida oficialmente por la Secretaria de Educación Departamental mediante Resolución No. 17340 de noviembre 27 del año 2000 y conforme a lo dispuesto en la Ley 115 de 1994 y Decretos 1075 del 26 de mayo de 2015 y 1236 del 14 de septiembre de 2020 del Ministerio de Educación Nacional,

Confiere a:

Luna Marcela Mantilla Suárez

Documento de Identidad N° 1099735886 de Piedecuesta

El Título de

Bachiller

Con profundización en Pedagogía

Por haber alcanzado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media, según los planes y programas vigentes contemplados en el Proyecto Educativo Institucional - P.E.I. de la Escuela Normal Superior de Piedecuesta.

Rector

Mg. Jhon Alvaro Santamaria Sánchez
C.C. 91156042 de Floridablanca

Secretaria

Nubia Gonzáles Pabón
C.C. 28.293.370 de Piedecuesta

Este Diploma no requiere de registro en la Secretaría de Educación
(Decreto Nacional No. 921 de 1994)

Anotado en el control interno del Plantel, en el
Libro de Diplomas No.02, Folio No.151, Diploma No.098

Dado en Piedecuesta, a los 2 días del mes de diciembre del año 2021

DEPARTAMENTO DE SANTANDER

ESCUELA NORMAL SUPERIOR DE PIEDECUESTA

DANE 168547000020

Acta Individual de Grado

En la ciudad de Piedecuesta, a los 2 días del mes de diciembre del año 2021, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de último grado del Nivel de Educación Media, el suscrito Rector y Secretaria de la Escuela Normal Superior de Piedecuesta, Institución reconocida oficialmente por la Secretaria de Educación Departamental, mediante la Resolución No. 17340 de noviembre 27 del año 2000 y conforme a lo dispuesto en la Ley 115 de 1994 y los decretos 1075 del 26 de mayo de 2015 y 1236 del 14 de septiembre de 2020 emanados del Ministerio de Educación Nacional.

Verificada la situación Legal y Académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al **Nivel de Educación Media Académica con profundización en Pedagogía**, según los planes y programas contemplados en el Proyecto Educativo Institucional de la Escuela Normal Superior de Piedecuesta, se procedió a otorgar el TITULO de:

BACHILLER

CON PROFUNDIZACION EN PEDAGOGIA

Al graduando cuyos nombres, apellidos y documento de identificación se relaciona a continuación:

Luna Marcela Mantilla Suarez

Doc. Ide. No.1099735886 de Piedecuesta

Acta General de Graduación No. 104 de fecha 2 de diciembre de 2021 contenida en el libro General de Actas No. 02 de la Escuela Normal Superior de Piedecuesta.

En constancia firman a los 2 días del mes de diciembre del año 2021

Rector

Mg. JHON ALVARO SANTAMARIA SÁNCHEZ
C.C. 91156042 de Floridablanca

Secretaria

NUBIA GONZALEZ PABON
C.C. No. 28.295.370 de Piedecuesta

Universidad Pontificia Bolivariana

Personería Jurídica según Resolución Ejecutiva no. 48 del 22 de febrero 1937 Ministerio de Gobierno

ACTA DE GRADO No. 01-2026
del 5 de Marzo de 2026

La Universidad Pontificia Bolivariana, Seccional Bucaramanga, creada mediante Acuerdo No. 083 de julio 12 de 1990, expedido por el Instituto Colombiano para el fomento de la Educación Superior – ICFES, en ceremonia de grado y previo juramento de rigor, confirió el título de:

Politóloga

A

LUNA MARCELA MANTILLA SUAREZ

Cédula de ciudadanía No. 1099735886

Quien culminó y aprobó el plan de estudios y demás requisitos establecidos por la Universidad y para el programa académico: CIENCIAS POLÍTICAS Y GOBIERNO, Código SNIES No. 106871 del Ministerio de Educación Nacional de Colombia

El Rector: Padre Neftaly Ariza García

El Secretario (a) General: Jessica Liseth Quintero Uribe

El Decano(a): Carlos Andres Peña Moreno

Título registrado con el No. 000488767-1

Bucaramanga, el 5 de Marzo de 2026.

Secretario (a) General

Xertify Código: BF206A92A002 Verificar

BF206A92A002

Universidad Pontificia Bolivariana

PERSONERÍA JURÍDICA SEGÚN RESOLUCIÓN EJECUTIVA No. 48 DEL 22 DE FEBRERO 1937 MINISTERIO DE GOBIERNO

teniendo en cuenta que

LUNA MARCELA MANTILLA SUAREZ

Cédula de ciudadanía No. 1099735886

Cursó y aprobó los estudios exigidos por las normas legales reglamentarias vigentes, le confiere el título de

Politóloga

En testimonio de ello le expide el presente diploma
en Bucaramanga, Departamento de Santander, República de Colombia

el día 5 del mes de Marzo del año 2026

El Rector

El Decano(a)

El Secretario(a) General

Diploma registrado con el No. 000488767-1 en la ciudad de Bucaramanga.
el día 5 de Marzo de 2026

Xertify Código: BF206A92A004 Verificar

DIPLOMA CERTIFICADO

MEDICOL
certificados

OTORGADO A:

638ZQRZ

Luna Marcela Mantilla Suárez

Identificado (a) con Cédula de Ciudadanía N°. C.C. 1099735886

Asistió y Aprobó CURSO BÁSICO en:

Atención a Victimas de Ataques con Agentes Químicos

Con intensidad horaria de 48 horas. La vigencia de la presente certificación de asistencia es de 1 año a partir de la generación de la misma. La presente certificación se expide mediante marco normativo para la educación informal y no conduce a titulo alguno o certificación de aptitud. 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.

28/09/2026		
Fecha	Representante Legal	Docente

Ingresa al siguiente link para validar o escanea el código QR https://medicolcertificados.q10.com/EducacionVirtual/v3/Certificados/Validar

DIPLOMA CERTIFICADO

MEDICOL
certificados

OTORGADO A:

SBLNZH5

Luna Marcela Mantilla Suárez

Identificado (a) con Cédula de Ciudadanía N°. C.C. 1099735886

Asistió y Aprobó CURSO BÁSICO en:

Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas del Conflicto Armado - PAPSIVI

Con intensidad horaria de 48 horas. La vigencia de la presente certificación de asistencia es de 1 año a partir de la generación de la misma. La presente certificación se expide mediante marco normativo para la educación informal y no conduce a titulo alguno o certificación de aptitud. 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.

28/09/2026		
Fecha	Representante Legal	Docente

Ingresa al siguiente link para validar o escanea el código QR https://medicolcertificados.q10.com/EducacionVirtual/v3/Certificados/Validar

DIPLOMA CERTIFICADO

MEDICOL
certificados

OTORGADO A:

XTAAQBB

Luna Marcela Mantilla Suárez

Identificado (a) con Cédula de Ciudadanía N°. C.C. 1099735886

Asistió y Aprobó CURSO BÁSICO en:

Humanización en los Servicios de Salud

Con intensidad horaria de 48 horas. La vigencia de la presente certificación de asistencia es de 1 año a partir de la generación de la misma. La presente certificación se expide mediante marco normativo para la educación informal y no conduce a titulo alguno o certificación de aptitud. 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.

28/09/2026		
Fecha	Representante Legal	Docente

Ingresa al siguiente link para validar o escanea el código QR https://medicolcertificados.q10.com/EducacionVirtual/v3/Certificados/Validar

DIPLOMA CERTIFICADO

MEDICOL
certificados

OTORGADO A:

J01LJXY

Luna Marcela Mantilla Suárez

Identificado (a) con Cédula de Ciudadanía N°. C.C. 1099735886

Asistió y Aprobó CURSO BÁSICO en:

Atención Centrada en el Usuario de los Servicios de Salud

Con intensidad horaria de 48 horas. La vigencia de la presente certificación de asistencia es de 1 año a partir de la generación de la misma. La presente certificación se expide mediante marco normativo para la educación informal y no conduce a titulo alguno o certificación de aptitud. 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.

28/09/2026		
Fecha	Representante Legal	Docente

Ingresa al siguiente link para validar o escanea el código QR https://medicolcertificados.q10.com/EducacionVirtual/v3/Certificados/Validar

DIPLOMA CERTIFICADO

MEDICOL
certificados

OTORGADO A:

KS44JIU

Luna Marcela Mantilla Suárez

Identificado (a) con Cédula de Ciudadanía N°. C.C. 1099735886

Asistió y Aprobó CURSO BÁSICO en:

Cuidado y Seguridad del Paciente

Con intensidad horaria de 48 horas. La vigencia de la presente certificación de asistencia es de 1 año a partir de la generación de la misma. La presente certificación se expide mediante marco normativo para la educación informal y no conduce a titulo alguno o certificación de aptitud. 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.

28/09/2026		
Fecha	Representante Legal	Docente

Ingresa al siguiente link para validar o escanea el código QR https://medicolcertificados.q10.com/EducacionVirtual/v3/Certificados/Validar

DIPLOMA CERTIFICADO

MEDICOL
certificados

OTORGADO A:

6WMHLTS

Luna Marcela Mantilla Suárez

Identificado (a) con Cédula de Ciudadanía N°. C.C. 1099735886

Asistió y Aprobó CURSO BÁSICO en:

Gestión Documental

Con intensidad horaria de 48 horas. La vigencia de la presente certificación de asistencia es de 1 año a partir de la generación de la misma. La presente certificación se expide mediante marco normativo para la educación informal y no conduce a titulo alguno o certificación de aptitud. 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.

28/09/2026		
Fecha	Representante Legal	Docente

Ingresa al siguiente link para validar o escanea el código QR https://medicolcertificados.q10.com/EducacionVirtual/v3/Certificados/Validar

NIT. 890.205.176-8

LA SUSCRITA JEFE DE LA OFICINA DE CONTRATACION DE LA ALCALDÍA DEL MUNICIPIO DE FLORIDABLANCA

CERTIFICA:

Que la señora **LUNA MARCELA MANTILLA SUAREZ,** identificada con número de cedula **1099735886,** prestó servicios bajo contrato de prestación de servicios en la vigencia 2026 como se detalla a continuación:

NO DEL CONTRATO / CPS:	**0940-2026 CO1.PCCNTR.8978046**
FECHA DE CONTRATO:	19 DE ENERO DE 2026
OBJETO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN LA DIRRECION DE LA CASA DE JUSTICIA PARA LA REALIZACIÓN EN CAMPAÑAS DE DIVULGACIÓN DIRIGIDAS A LOS CIUDADANOS EN EL MUNICIPIO PARA PREVENCIÓN DE LA EXPLOTACIÓN SEXUAL Y TRATA DE PERSONAS.
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS:	1. APOYAR EN LA REALIZACIÓN DE CAMPAÑAS DE DIVULGACIÓN DIRIGIDAS A LOS CIUDADANOS EN EL MUNICIPIO PARA PREVENCIÓN DE LA EXPLOTACIÓN SEXUAL Y TRATA DE PERSONAS. 2. APOYAR LA ATENCIÓN Y ORIENTACIÓN A LOS USUARIOS QUE SE ACERQUEN A COMISARIA DE FAMILIA EN LOS TRÁMITES QUE SE LLEVEN A CABO EN LA MISMA. 3. APOYAR EN LA REALIZACIÓN DE CAMPAÑAS PARA FORTALECER EL RESPETO POR LOS DERECHOS HUMANOS Y LOS VALORES CÍVICOS, EN EL MARCO DE LA POLÍTICA PÚBLICA DE DERECHOS HUMANOS. 4. BRINDAR APOYO EN LA ORGANIZACIÓN, CLASIFICACIÓN, FOLIACIÓN Y DIGITALIZACIÓN DEL ARCHIVO ACTIVO E INACTIVO Y FONDO ACUMULADO ATENDIENDO LA LEY 594 DE 2000 Y LAS TABLAS DE RETENCIÓN DOCUMENTAL TRD ESTABLECIDAS PARA ESA DEPENDENCIA QUE CONLLEVEN A GARANTIZAR SU TRANSFERENCIA AL ARCHIVO CENTRAL. 5. APOYAR EN LA ORGANIZACIÓN DEL INVENTARIO DOCUMENTAL DEL ARCHIVO INACTIVO Y FONDO ACUMULADO DE ACUERDO A LO SEÑALADO POR LAS NORMAS DE ARCHIVO Y LAS TRD DE LA DEPENDENCIA, CON EL FIN DE REALIZAR LA TRANSFERENCIA DOCUMENTAL AL ARCHIVO CENTRAL DE ACUERDO A LAS ESTABLECIDAS EN LAS TABLAS DE RETENCIÓN DOCUMENTAL TRD DE ESA DEPENDENCIA. 6. APOYAR LAS ACTIVIDADES TENDIENTES A ALIMENTAR Y RECOLECTAR INFORMACIÓN PARA ALIMENTAR LAS BASES DE DATOS Y EN LA PLATAFORMA CICJ DE LA OFICINA DE COMISARIA DE FAMILIA. 7. BRINDAR APOYO EN LA REALIZACIÓN DE JORNADAS DE LAS RUTAS DE PREVENCIÓN EN MATERIA DE PREVENCIÓN DE LA EXPLOTACIÓN SEXUAL Y TRATA DE PERSONAS, VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, DELITOS SEXUALES Y DEMÁS TEMÁTICAS

Powered by CamScanner

	QUE SEAN ASIGNADAS DESDE LA DIRECCIÓN DE LA CASA DE JUSTICIA EN CUMPLIMIENTO DE LAS METAS DEL PLAN DE DESARROLLO. 8. APOYAR EN LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN CON EL FIN DE REALIZAR REGISTRO ESTADÍSTICO DE LAS DIFERENTES ACTIVIDADES REALIZADAS POR LA COMISARIA DE FAMILIA, Y LA PROYECCIÓN DE INFORMES CORRESPONDIENTES. 9. HACER ENTREGA EN MEDIO MAGNÉTICO AL FINALIZAR EL CONTRATO DE TODA LA DOCUMENTACIÓN PRODUCIDA Y CLASIFICARLA EN RAZÓN DE SUS FUNCIONES (FORMATOS WORD Y PDF), CADA DOCUMENTO QUE SEA PRODUCIDO O RECIBIDO POR LA DEPENDENCIA DEBE IR DENTRO DE LA SERIE O SUBSERIE CORRESPONDIENTE SEGÚN LA TRD VIGENTE. 10. COMPROMETERSE DE MANERA EXPRESA, TANTO DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO, COMO DESPUÉS DE SU EXTINCIÓN, A NO DIFUNDIR, TRANSMITIR, REVELAR A TERCERAS PERSONAS CUALQUIER INFORMACIÓN DEL MUNICIPIO DE FLORIDABLANCA, A LA QUE TENGA ACCESO COMO CONSECUENCIA DEL DESEMPEÑO DE SU ACTIVIDAD CONTRACTUAL, NI A UTILIZAR TAL INFORMACIÓN EN INTERÉS PROPIO O DE SUS FAMILIARES O AMIGOS. 11. PRESENTAR INFORMES MENSUALES SOBRE LAS DIFERENTES ACTIVIDADES DESARROLLADAS DE CONFORMIDAD CON EL OBJETO CONTRACTUAL. 12. LAS DEMÁS ACTIVIDADES ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR QUE SE GENERAN DEL OBJETIVO CONTRACTUAL.
PLAZO:	CUATRO (04) MESES
VALOR INICIAL:	$10.000.000
FECHA DE INICIO:	26 DE ENERO DE 2026
FECHA DE TERMINACIÓN:	25 DE MAYO DE 2026

Se expide para TRAMITES PERSONALES a solicitud del interesado. Se adhiere y se anula Recibo Oficial No. **322327** y Estampilla Departamental **2502600571780** a los 29 días del mes de SEPTIEMBRE del 2026.

DIANA MILENA VILA FLOREZ
Jefe Oficina de Contratación

Proyectó: Lina Maria Bermúdez
Secretaria

Powered by CamScanner

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
Mantilla	Suarez	Luna Marcela

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	*GENERO*	*NACIONALIDAD*	*PAÍS*
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1099735886	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 31 MES 12 AÑO 2004

PAÍS COLOMBIA

DEPTO SANTANDER

MUNICIPIO BUCARAMANGA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 154 157 65

PAÍS COLOMBIA DEPTO SANTANDER

MUNICIPIO FLORIDABLANCA

TELÉFONO 3185690067 EMAIL mantillaluna31@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											*TÍTULO OBTENIDO*	EDUCACION MEDIA		
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	1X1°	MES	11	AÑO	2021

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 ACADEMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO*		*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN*		*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
		SI	*NO*		*MES*	*AÑO*	
PREGRADO	8	X		CIENCIAS POLITICAS Y GOBIERNO	11	2025	

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

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

INSTITUCIÓN	*MODALIDAD*	*No. TOTAL HORAS*	*GRADUADO*		*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS*	*TERMINACIÓN*	
			SI	*NO*		*MES*	*AÑO*

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

INSTITUCIÓN	*MODALIDAD*	*No. TOTAL HORAS*	*GRADUADO*		*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS*	*TERMINACIÓN*	
			SI	*NO*		*MES*	*AÑO*

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 GERENCIA PUBLICA

LOGRO Y MANEJO DE RECURSOS

¿Ha tenido experiencia laboral donde haya administrado recursos económicos y/o personal?:	Nombre de la Entidad / Organización:	¿Cuántos empleados tiene o tenía en la Entidad/Organización?:
	ALCALDIA DE FLORIDABLANCA	
Si tiene o tuvo personal a cargo, indique cuantos:	Si se le asignaron recursos económicos, indique el valor en pesos:	Describa un logro sobresaliente de su gestión:

EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO

Nombre de la Entidad / Organización:	Cargo en Entidad Pública:						
ALCALDIA DE FLORIDABLANCA							
Calificación Obtenida:	Escala de Calificación:	Fecha Inicio:			Fecha Fin:		
		Dia	Mes	Año	Dia	Mes	Año

6 EXPERIENCIA LABORAL

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE FLORIDABLANCA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* FLORIDABLANCA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	26	*Mes*	01	*Año* 2026	*Día*	26	*Mes*	05	*Año*	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL 114042 CONTRATO PRESTACION DE	*DEPENDENCIA* CASA DE JUSTICIA					*DIRECCIÓN* AVENIDA 60 42 63 BARRIO EL CARMEN					

7 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*					

8 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	4
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

9 **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 Bucaramanga, octubre de 2026

10 **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.

Bucaramanga, octubre de 2026

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.099.735.886



Apellidos
MANTILLA SUAREZ

Nombres
LUNA MARCELA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.71

Sexo
F

Fecha de nacimiento
31 DIC 2004

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
BUCARAMANGA (SANTANDER)

Fecha y lugar de expedición
05 ENE 2023, PIEDECUESTA

Firma



Fecha de expiración
06 ENE 2033

.CO

0122596898

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL0122596898271600<<<<<<<<<<<<<<
0412317F3301063COL1099735886<8
MANTILLA<SUAREZ<<LUNA<MARCELA<

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario 14958443960

(415)7707212489984(8020) 000001495844396 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 9 9 7 3 5 8 8 6	4	Impuestos y Aduanas de Bucaramanga 4	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 9 9 7 3 5 8 8 6	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Piedecuesta 5 4 7

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MANTILLA	SUAREZ	LUNA	MARCELA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Piedecuesta 5 4 7

41. Dirección principal: CL 1 D 4 55 BRR CATALUÑA

42. Correo electrónico: mantillaluna31@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 8 5 6 9 0 0 6 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 2 1 1	2 0 2 3 0 8 0 1							

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

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

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 1 61. Fecha 2023-10-23 / 09:41:04AM

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.

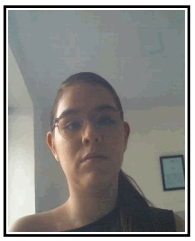
Firma autorizada:

984. Nombre ORTIZ BUENO GERMAN DARIO

985. Cargo Gestor I

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

medifam
medicina familiar ambulatoria
ips
Nit. 900.463.757-8
Tel. 6 653009- Cel. 317 439 7105 - 313 858 4268
Carrera 5 No. 5-74 Frente al Hospital Local de Piedecuesta
medifam.s.a.s.ips@hotmail.com



CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

N° 22.569

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
21 DÍA	09 MES	2026 AÑO	PIEDECUESTA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	**EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO**

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PARTICULARES CONTADO	**PARTICULARES**

CIIU (Actividad Económica) del empleador:

SIN REGISTRAR

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

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
MANTILLA SUAREZ LUNA MARCELA	FEMENINO	21 AÑOS 8 MESES 20 DÍAS	CC (Tipo)	1099735886 (Número)

Cargo

CONTRATISTA

EPS	AFP	ARL
NO REFIERE	**NO REFIERE**	**NO REFIERE**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *NO APLICA*

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

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HÁBITOS SALUDABLES
	SVE OSTEOMUSCULAR	CONTROL DE PESO
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

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

Médico



Firma:

Nombre: CC: 91239813 - JORGE ELIECER DULCEY

R. M.: 1908/98 **L.S.O.:** 08553

Código de Seguridad

Z427F1L22569

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: MANTILLA SUAREZ LUNA MARCELA

CC: 1099735886

RESOLUCIÓN NÚMERO 08553

POR LA CUAL SE RENUEVA UNA LICENCIA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

EL SUSCRITO SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL

En uso de sus facultades legales, y en especial las conferidas en la Ley 1562 de 2012 y la Resolución 04502 de 2012 y,

CONSIDERANDO:

Que **JORGE ELIECER DULCEY BARAJAS** identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 91239813 ha solicitado Renovación de licencia para la prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo ante la Secretaría de Salud Departamental de Santander.

Que al peticionario le fue otorgada la Licencia de Prestación de Servicios de Salud Ocupacional, mediante Resolución No. 11094 de 20 de septiembre de 2001 de la Secretaría de Salud del Departamento de Santander y concedida por un término de diez (10) años contados a partir de la expedición de la Resolución, la cual ha cumplido su vigencia.

Que de conformidad con el artículo segundo de la Resolución 04502 del 28 de Diciembre de 2012, el peticionario ha presentado la documentación requerida para la Renovación de la Licencia en Salud Ocupacional para la prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo.

Que por lo antes expuesto, el Secretario de Salud Departamental.

RESUELVE:

ARTÍCULO 1: Renuévese LICENCIA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO A: **JORGE ELIECER DULCEY BARAJAS.** - MEDICO Y CIRUJANO -. ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 91239813 en las áreas de Medicina en Seguridad y Salud en el Trabajo, Investigación en área técnica, Investigación del accidente de trabajo, Educación, Capacitación, Diseño, Administración y Ejecución del Sistema de gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.

ARTÍCULO 2: La Licencia de que trata el artículo anterior se concede por el término de Diez (10) años contados a partir de la fecha de expedición de la presente Resolución.

ARTÍCULO 3: Cuando se modifique las condiciones por la cual se otorgó esta Licencia, en el término máximo de un mes se debe informar a la Secretaria de Salud de Santander para la modificación de la misma.

ARTÍCULO 4: Esta Licencia es válida en todo el Territorio Nacional y tendrá carácter personal e intransferible.

ARTÍCULO 5: Contra la presente Resolución procede los recursos legales.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bucaramanga a los 08 MAY 2023

JAVIER ALONSO VILLAMIZAR SUAREZ
Secretario de Salud Departamental

VoBo: Luis Felipe Tarazona Velásquez – Director de Desarrollo de Servicios Inspección Vigilancia y Control.
Revisó: Yelitza Lilibeth Hernández González – Coordinadora Grupo de Acreditación en Salud y SOGC
Proyectó: Magaly Andrea Mariño Bayona – Grupo de Acreditación en salud S.O.G.C

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 03:40:53 PM horas del 18/09/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1099735886**
Apellidos y Nombres: **MANTILLA SUAREZ LUNA MARCELA**

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

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
GOV.CO

Todos los derechos reservados.

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 18/09/2026 04:08:29 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1099735886** y Nombre: **LUNA MARCELA MANTILLA SUAREZ.**

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. **148010589** . 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

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 303217098

PIB
15:41:35

Bogotá DC, 18 de septiembre del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) LUNA MARCELA MANTILLA SUAREZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1099735886:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 18 de septiembre de 2026, a las 15:36:52, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1099735886
Código de Verificación	1099735886260918153651

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

CERTIFICA

El(La) Señor(a) LUNA MARCELA MANTILLA SUAREZ identificado(a) con CC 1099735886 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	**01/01/2018**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**U.T. FOSCAL-ESCANOGRAFIA S.A-PIEDECUESTA**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 18 días del mes de septiembre del año 2026.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



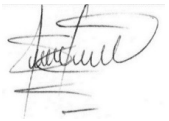
Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **LUNA MARCELA MANTILLA SUAREZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1099735886,** se encuentra afiliado/a desde **07/01/2026** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 18 de septiembre de 2026.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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 23:08:13 horas del 08/10/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1099735886,** Apellidos y Nombres **MANTILLA SUAREZ LUNA MARCELA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **E.S.E Hospital Universitario de Santander** , con NIT **900006037-4** 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

FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO
GDR-GDR-FO-06, Versión 3
GESTIÓN DIRECTIVA

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

*DISPOSICIONES CONTENIDAS EN LA CIRCULAR EXTERNA 009 de 2016 Y CIRCULAR 20211700000005-5 de 2021 DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

	Ciudad Bucaramanga	Tipo de Solicitud ☒ Vinculación ☐Actualización

1.INFORMACIÓN BÁSICA

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

Primer apellido: MANTILLA	Segundo apellido: SUAREZ	Nombre(s): LUNA MARCELA
Género F ☒ M. ☐	Tipo de Documento C.C ☒ NIT. ☐ C.E. ☐ Pasaporte. ☐ Carnet Diplomático ☐Otro ¿Cuál? Número: 1.099.735.886	
Fecha de expedición: 05 01 2023	Lugar de expedición: Piedecuesta	Fecha de nacimiento: 31 12 2004
Nombre o razón social: LUNA MARCELA MANTILLA SUAREZ	NIT: 1099735886	DIV: 4
Actividad económica (CIIU Código): 8211		
Teléfono móvil: 3185690067	Dirección de residencia: Calle 1A Manzana O Casa 213	
Teléfono fijo:	Dirección oficina:	
Ciudad	Departamento: Santander	Empresa donde labora
Dirección oficina	Teléfono	Email: mantillaluna31@gmail.com
Ciudad de la empresa	Tipo de Empresa ☐ Pública ☐Privada ☐ Mixta Otro ¿Cuál?	
Ingresos mensuales pesos: $5.000.000		Activos (pesos): $1.000.0000
Egresos mensuales pesos: $5.000.000		Pasivos (pesos): $0
Otros ingresos mensuales pesos: $0		Patrimonio (pesos): $1.000.000

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

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA (Persona natural y / o Jurídica)

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

Régimen: Común ☐ Simplificado ☐ Gran contribuyente ☐ No responsable ☒ Beneficiario Ley 1429 de 2010 ☐ Autor retenedor ☐
(En caso afirmativo, señale el No. de Resolución:) OTRO _____

Declarante de renta: Si ☐ No ☒

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

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

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

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

FORMULARIO UNICO DE CONOCIMIENTO
GDR-GDR-FO-06, Versión 3
GESTIÓN DIRECTIVA

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

INSTRUCCIONES CONTENIDAS EN LA CIRCULAR EXTERNA 009 de 2016 Y CIRCULAR 2021150000005-6 de 2021 DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Tipo ID	Número ID	Razón Social o nombres completos	% Participación	¿Por su cargo o actividad maneja recursos públicos?	¿Por su actividad u oficio goza de reconocimiento público general?	¿Tiene algún vínculo con una persona considerada públicamente expuesta?	¿Está usted sujeto a obligaciones tributarias en otro país o países indique cuál(es)?
				Si ☐ No ☐.	Si ☐ No ☐.	Si ☐ No ☐.	
				Si ☐ No ☐.	Si ☐ No ☐.	Si ☐ No ☐.	
				Si ☐ No ☐.	Si ☐ No ☐.	Si ☐ No ☐.	
				Si ☐ No ☐.	Si ☐ No ☐.	Si ☐ No ☐.	
				Si ☐ No ☐.	Si ☐ No ☐.	Si ☐ No ☐.	

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

Declaro expresamente que:

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

5. ACTIVIDADES EN OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza operaciones en Moneda extranjera? ☐ Si
☒ No ¿Cuáles?
☐ Importaciones ☐ Exportaciones ☐ Inversiones ☐ Préstamos ☐ Pago de Servicios ☐ Transferencias ☐ Otras ¿Cuáles?

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

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

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

6. DOCUMENTOS REQUERIDOS

FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO
GDR-GDR-FO-06, Versión 3
GESTIÓN DIRECTIVA

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

*DISPOSICIONES CONTENIDAS EN LA CIRCULAR EXTERNA 009 de 2016 Y CIRCULAR Nº 20211700000005-5 de 2021 DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

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

La entidad podrá requerir información adicional que considere relevante y necesaria para controlar el riesgo LA/FT/FPADM.

7. DECLARACIONES

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

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

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

Firma
Nombre: LUNA MARCELA MANTILLA SUAREZ
P.P.☐ C.C.☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 1.099.735.886
Fecha de Firma: [illegible]

VERIFICACIÓN

Hora:	Hora:	Hora: 11:22 A.M
Nombre del Funcionario Responsable: Angy Lisseth Ortiz		
Tipo de Documento	P.P.☐ C.C.☒ C.E.☐ T.I. ☐	
No. De Documento	1100482320	
Firma:		
Cargo: Oficial Cumplimiento Suplente		

Se certifica que se llevó a cabo la revisión de las listas vinculantes respecto de la(s) persona(s), naturales y jurídicas acá señaladas
Si ☒ No ☐

8. FIRMA Y HUELLA

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



9. OBSERVACIONES

INFORMACIÓN RESERVADA PARA LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER

Verificación en Listas:

¿El Cliente potencial presenta coincidencia en listas? Si ☐ No ☒
En caso de ser positiva la respuesta indique en cual _____

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

Nombre del Profesional o Auxiliar Administrativo que realiza la verificación Angy Lisseth Ortiz P.
Area: Contabilidad Fecha: 29/09/2026 Hora: 11:22 P.M

Esta página está diseñada para establecer el instructivo de diligenciamiento del formato y plasmar el control de modificaciones, en caso de ser

necesaria su uso en físico proceda a imprimirla o por el contrario **evite su impresión**, con el fin de contribuir con el **Programa de Ahorro y Uso Eficiente de Papel** que actualmente maneja la E.S.E HUS.

CONTROL DE MODIFICACIONES					
Versión	**Fecha**	**Descripción de la Modificación**	**Elaborado por**	**Revisado por**	**Aprobado por**
1	Diciembre de 2017	Emisión del formato	-	-	-
2	Diciembre de 2021	Actualización de acuerdo a los lineamientos institucionales y a la normatividad vigente.	Andrea Hernández Parra Profesional Especializado Jorge Manuel Durán Jaimes Contratista	John Mauricio Robles Ramírez Subgerente Administrativo y Financiero	Edgar Julián Niño Carrillo Gestión Directiva
3	Octubre de 2022	Se incluye la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud, en el encabezado del documento.	Andrea Hernández Parra Profesional Especializado	María Clara Niño Gómez Jefe Oficia Asesora Jurídica	Juan Carlos Supelano Villamizar Subgerente Administrativo y Financiero

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 1099735886 **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 18/09/2026 03:46 PM

Código Verificación: **EX27JGVPSZ**

Válida hasta: **18/12/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

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	2026-09-28 16:44

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
LUNA	MARCELA	MANTILLA	SUAREZ

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1099735886

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	SANTANDER	Municipio	BUCARAMANGA

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	SANTANDER	Municipio	BUCARAMANGA

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	SANTANDER	Municipio	BUCARAMANGA

Dirección	["Calle 31 A No. 31-63"]

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:

CONFIDENCIALIDAD PARA EL MANEJO DE INFORMACION DE LA ESE HUS
GJU-ADQ-FO-25, Versión 1
GESTIÓN JURÍDICA

El(los) suscrito(s):

Nombre del representante legal de la entidad proponente: Luna Marcela Mantilla Suarez

Identificado con cédula de ciudadanía No. 1.099.735.886 expedida en Piedecuesta, quien actúa en calidad de Representante Legal de la entidad proponente, manifiesta de manera expresa su voluntad de asumir de forma unilateral el presente compromiso de confidencialidad, dentro del Proceso No. _____, bajo las siguientes cláusulas y obligaciones:

1. Manejar y custodiar de forma estrictamente confidencial toda la información que le sea entregada o a la que tenga acceso, absteniéndose de utilizarla en beneficio propio o de terceros.
2. Solicitar de manera previa y por escrito la autorización correspondiente ante el Supervisor y/o Interventor del contrato para realizar cualquier publicación o divulgación de la información tratada por la E.S.E HUS.
3. Prevenir cualquier afectación a la integridad, exactitud y totalidad de la información, ya sea parcial o total.
4. Adoptar las medidas necesarias para garantizar la confidencialidad de la información y evitar su divulgación no autorizada.
5. Conocer y aplicar las políticas de seguridad de la información y los procedimientos establecidos por la E.S.E HUS para su manejo adecuado.
6. Abstenerse de permitir o facilitar el uso de los sistemas informáticos de la E.S.E HUS a personas no autorizadas por la institución.
7. Garantizar el acceso a la información pública de acuerdo con lo establecido en el procedimiento de clasificación de la información de la E.S.E HUS.
8. Al finalizar el contrato o en caso de cambio de ejecutor, garantizar que la información no sea borrada, alterada o sustraída, y entregarla en su totalidad al Supervisor del contrato, utilizando el formato GEII-FO-07 ENTREGA DE ACTIVOS DE INFORMACIÓN.
9. Abstenerse de utilizar los recursos informáticos (hardware, software o datos) y de telecomunicaciones (teléfono, fax, conexiones de red) para actividades no relacionadas directamente con el objeto contractual, tales como descarga de música, juegos, fotografías personales o software no autorizado.
10. Conocer y aplicar la Ley 1266 de 2008 (Habeas Data) y sus normas complementarias en el tratamiento y uso de datos personales a los que tenga acceso en virtud del contrato.
11. Conocer y aplicar la Ley 1273 de 2009, por la cual se modifica el Código Penal, se crea el bien jurídico tutelado denominado "protección de la información y de los datos" y se protegen integralmente los sistemas que utilicen tecnologías de la información y las comunicaciones.
12. Al inicio del contrato, presentar y entregar el inventario de equipos informáticos y la lista del personal que serán utilizados para la ejecución del objeto contractual.
13. Notificar al Supervisor del contrato cualquier novedad relacionada con el personal (ingresos, retiros o traslados) en un plazo no superior a cinco (5) días.

En constancia de aceptación y compromiso, se firma el presente anexo.

Firma del representante legal: 

Nombre: LUNA MARCELA MANTILLA SUAREZ

Cédula de ciudadanía: 1.099.735.886

Entidad proponente: Luna Marcela Mantilla Suarez

Fecha: 05-10-2026

Esta página está diseñada para establecer el instructivo de diligenciamiento del formato y plasmar el control de modificaciones, en caso de ser necesaria su uso en físico proceda a imprimirla o por el contrario **evite su impresión**, con el fin de contribuir con el **Programa de Ahorro y Uso Eficiente de Papel** que actualmente maneja la ESE HUS.

CONTROL DE MODIFICACIONES					
Versión	**Fecha**	**Descripción de la Modificación**	**Elaborado por**	**Revisado por**	**Aprobado por**
1	Agosto de 2025	Creación Formato	Edwin Alexander Acevedo Lizarazo Auxiliar Administrativo	Lina Marcela Moreno Profesional Epscializado III	Yessica Paola Marquez Gutierrez Jefe Oficina Asesora Jurídica