FECHA, 09/10/2026

Señores
**E. S. E. HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ**
Cúcuta – N.S.

**PROCESO No:** SS26-632

El suscrito DAHEC ACERO MENDOZA, obrando en nombre propio, presento propuesta para la **CONTRATACIÓN DE PRESTACION DE SERVICIOS DE** MEDICO INTENSIVISTA DE LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ y, en caso de que me sea aceptada por la E.S.E. H.U.E.M., me comprometo a firmar el contrato correspondiente. Adicionalmente declaro:

1. Que NO estoy incurso en causal alguna de inhabilidad e incompatibilidad señaladas por la Constitución Política, Ley 80 de 1993 y demás normas concordantes, tampoco me encuentro en ninguno de los eventos de prohibiciones especiales para contratar.

2. Que NO he sido sancionado mediante acto administrativo ejecutoriado por ninguna Entidad Oficial dentro de los últimos tres (3) años anteriores a la fecha prevista para la vinculación contractual.

3. Que si se me adjudica el contrato, me comprometo a constituir las garantías requeridas y a suscribir éstas y aquél dentro de los términos señalados para ello.

4. Que para la realización de las actividades en la ESE HUEM manifiesto mi disposición laboral durante la actual vigencia, por el plazo que se pacte en el contrato.

5. Que a título de honorarios por el servicio prestado solicito el pago MENSUAL de DIEZ MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y CUATRO M/$ 7'693.094 Mcte.

6. Que para todos los efectos legales, hago constar que la información suministrada y certificada es totalmente cierta y puede ser verificada.

7. Que para surtir notificaciones mi dirección es AV 10#46-94 OCAÑA, correo electrónico DAHECMEN01@HOTMAIL Teléfono 3015257729 y mi contacto: _____, correo electrónico _____, Celular _____.

8. Que me obligo para con EL HOSPITAL a informar todo cambio de dirección o domicilio que ocurra durante la ejecución y liquidación del contrato.

Atentamente,

C.C. 1093733876
Expedida en LOS PATIOS

REPÚBLICA DE COLOMBIA

# FORMATO ÚNICO
# HOJA DE VIDA
**Persona Natural**
**(Leyes 190 de 1.995, 489 y 443 de 1.998)**

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO O DE CASADA | NOMBRES |
|---|---|---|
| MENDOZA | LIZCANO | DANIEL ALEXIS |

C.C. O C.E. O PAS O 1,093,738,316 — SEXO F M. X — NACIONALIDAD COLOMBIANO — PAÍS

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE O SEGUNDA CLASE X Nº 1,093,738,316 D.M.: 3 5

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO
FECHA DIA 1 6 MES 1 0 AÑO 8 6
PAÍS COLOMBIA
DEPTO NTE DE SANTANDER
MUNICIPIO CUCUTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA
AV 10 # 46-94 CONJUNTO DUBAI CASA H2
PAÍS COLOMBIA DEPTO NTE SANTANDER
MUNICIPIO LOSPATIOS
TELÉFONO 3043257727 EMAIL danielmen01@hotmail.com

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

**EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA**

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

| EDUCACIÓN BÁSICA | | | | | | | | | | | FECHA DE GRADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | MES 12 AÑO 2003 |
| 1o. | 2o. | 3o. | 4o. | 5o. | 6o. | 7o. | 8o. | 9o. | 10o. | 11o. | |
| | | | | | | | | | | X | |

**EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)**

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:
TC (TÉCNICA) TL (TECNOLÓGICA TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA) UN (UNIVERSITARIA)
ES (ESPECIALIZACIÓN) MG (MAESTRÍA O MAGÍSTER) DOC (DOCTORADO O PHD)
RELACIONE AL FRENTE EL NUMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY)

| MODALIDAD ACADÉMICA | NO. SEMESTRES APROBADOS | GRADUADO SI | GRADUADO NO | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO | TERMINACIÓN MES | TERMINACIÓN AÑO | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| UN | 12 | X | | Universidad Cooperativa De Colombia | 12 | 2009 | 3844 |
| ES | 6 | X | | Universidad De Los Andes (Venezuela) | 12 | 2014 | 4223 |
| ES | 4 | X | | Universidad de Antioquia | 08 | 2024 | 131079 |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR [R], BIEN [B], O MUY BIEN [MB]

| IDIOMA | LO HABLA R | LO HABLA B | LO HABLA MB | LO LEE R | LO LEE B | LO LEE MB | LO ESCRIBE R | LO ESCRIBE B | LO ESCRIBE MB |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| INGLES | x | | | | | x | x | | |
| FRANCES | | | | | | | | | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

**Persona Natural**

**(Leyes 190 de 1.995, 489 y 443 de 1.998)**

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

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

**EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE**

| EMPRESA O ENTIDAD | PUBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| CLINICA SAN JOSE DE CUCUTA | | X | COLOMBIA |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| NTE DE SANTANDER | CUCUTA | CLINICASANJOSETESORERIA@GMAIL.COM |
| **TELÉFONOS** | **FECHA DE INGRESO** | **FECHA DE RETIRO** |
| 6075821111 | DIA 15 MES 11 AÑO 2015 | DIA MES AÑO |
| **CARGO O CONTRATO ACTUAL** | **DEPENDENCIA** | **DIRECCIÓN** |
| PRESTACION DE SERVICIOS | QUIROFANO | |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PUBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| CLINICA SANTA ANA | | X | COLOMBIA |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| NTE DE SANTANDER | CUCUTA | TALENTO_HUMANO@CLINICASANTANASA.COM |
| **TELÉFONOS** | **FECHA DE INGRESO** | **FECHA DE RETIRO** |
| 3182783819 | DIA 26 MES 06 AÑO 2019 | DIA MES AÑO |
| **CARGO O CONTRATO ACTUAL** | **DEPENDENCIA** | **DIRECCIÓN** |
| A TERMINO FIJO INFERIOR A UN AÑO | UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS | AV GUAIMARAL #11E-40 |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PUBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| UNIANESTESIA | | X | COLOMBIA |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| NORTE DE SANTANDER | CUCUTA | UNIANESTESIA1@GAMIL.COM |
| **TELÉFONOS** | **FECHA DE INGRESO** | **FECHA DE RETIRO** |
| 3204921855 | DIA 15 MES 1 1 AÑO 2015 | DIA MES AÑO |
| **CARGO O CONTRATO ACTUAL** | **DEPENDENCIA** | **DIRECCIÓN** |
| | | |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PUBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ | | | |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| NORTE DE SANTANDER | CUCUTA | |
| **TELÉFONOS** | **FECHA DE INGRESO** | **FECHA DE RETIRO** |
| 5892850 | DIA 01 MES 04 AÑO 2026 | DIA MES AÑO |
| **CARGO O CONTRATO ACTUAL** | **DEPENDENCIA** | **DIRECCIÓN** |
| | | |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PUBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| | | | |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| | | |
| **TELÉFONOS** | **FECHA DE INGRESO** | **FECHA DE RETIRO** |
| | DIA MES AÑO | DIA MES AÑO |
| **CARGO O CONTRATO ACTUAL** | **DEPENDENCIA** | **DIRECCIÓN** |
| | | |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PUBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| | | | |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| | | |
| **TELÉFONOS** | **FECHA DE INGRESO** | **FECHA DE RETIRO** |
| | DIA MES AÑO | DIA MES AÑO |
| **CARGO O CONTRATO ACTUAL** | **DEPENDENCIA** | **DIRECCIÓN** |
| | | |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PUBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| | | | |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| | | |
| **TELÉFONOS** | **FECHA DE INGRESO** | **FECHA DE RETIRO** |
| | DIA MES AÑO | DIA MES AÑO |
| **CARGO O CONTRATO ACTUAL** | **DEPENDENCIA** | **DIRECCIÓN** |
| | | |

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

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

**Persona Natural**

**(Leyes 190 de 1.995, 489 y 443 de 1.998)**

## 4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

| OCUPACIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|---|---|---|
| | AÑOS | MESES |
| SERVIDOR PUBLICO | | |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 9 | |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | | |
| TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA | 9 | |

## 5 FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO O CONTRATISTA

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

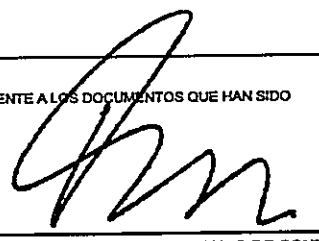
PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTICULO 5o. DE LA LEY 190/95).



FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO O CONTRATISTA

## 6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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



NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



FECHA DE NACIMIENTO **16-OCT-1986**

**CUCUTA**
**(NORTE DE SANTANDER)**
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.83** **A+** **M**
ESTATURA G.S. RH SEXO

**21-ENE-2005 LOS PATIOS**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-2505400-00666704-M-1093738316-20150212 0042860374A 1 7583222723

DEL

**REPÚBLICA DE COLOMBIA**
**IDENTIFICACION PERSONAL**
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.093.738.316**

**MENDOZA LIZCANO**
APELLIDOS

**DANIEL ALEXIS**
NOMBRES



FIRMA

# DIAN

## Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141174403885

(415)7707212489984(8020) 000014117440388 5

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 0 9 3 7 3 8 3 1 6 | 1 | Impuestos de Cúcuta | |

### 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 3 7 3 8 3 1 6 |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Norte de Santander 5 4 | Los Patios 4 0 5 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| MENDOZA | LIZCANO | DANIEL | ALEXIS |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

### UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Norte de Santander 5 4 | Cúcuta 0 0 1 |

41. Dirección principal: CL 7 N 12 E 14 BRR ACACIOS

42. Correo electrónico: danielmen01@hotmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 0 4 3 2 5 7 7 2 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 2 1 | 2 0 1 0 0 1 0 4 | | | | | | 2 2 2 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 | 5 | 1 | 6 | 4 | 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

16- Obligación facturar por ingresos bienes

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 [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2025-04-22 / 12:05:57PM

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 MENDOZA LIZCANO DANIEL ALEXIS

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

BBVA

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1093738316 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | DANIEL ALEXIS MENDOZA LIZCANO |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | CUCUTA | DEPARTAMENTO: | NORTE DE SANTANDER |
| DIRECCIÓN: | CLL 7 N # 12E-14 LOS ACACIOS | TELÉFONO: | 5555555 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades de la práctica médica, |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **6031020077** | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES | |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: septiembre | PERIODO COTIZACIÓN | | MES: | septiembre |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: 2026 | SALUD: | | AÑO: | 2026 |
| DÍAS DE MORA: | 4 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2026/10/23 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 547954859 | |

## NOVEDADES

| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

Planilla pagada

## LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 9003360047 | 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 618.500 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 618.500** |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 9001562642 | EPS037 | EPS037-NUEVA EPS | 1 | $ 483.200 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 483.200** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8909037905 | 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 1 | $ 94.200 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 94.200** |

| | |
|---|---|
| **VALOR SIN MORA:** | **$ 1.192.200** |
| **VALOR MORA:** | **$ 3.700** |
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 1.195.900** |

REPÚBLICA DE COLOMBIA

FUERZAS MILITARES

Tarjeta Reservista Segunda Clase

NÚMERO 1093738316

APELLIDOS Y NOMBRES

MENDOZA LIZCANO

DANIEL ALEXIS



PERTENECE AL EJÉRCITO DE:

| 1ª LÍNEA | 2ª LÍNEA | 3ª LÍNEA |
|---|---|---|
| 31 DIC 2016 | 31 DIC 2026 | 31 DIC 2036 |

PROFESIÓN BACHILLER

FECHA DE EXP.: 17 MAR 2015 CDTE. DE DISTRITO

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 lunes 19 de octubre de 2026, a las 09:04:29, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 1093738316 |
| Código de Verificación | 109373831626101909042 9 |

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.

LUIS MIGUEL MARTINEZ ROMERO
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO
## No. 304986888

PIB
09:05:18


Bogotá DC, 19 de octubre 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) DANIEL ALEXIS MENDOZA LIZCANO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1093738316:

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 Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales**

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 09:05:57 AM horas del 19/10/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1093738316**

Apellidos y Nombres: **MENDOZA LIZCANO DANIEL ALEXIS**

**NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**

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

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

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

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

DIJIN

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



Todos los derechos reservados.

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, 19/10/2026 09:06:30 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1093738316** y Nombre: **DANIEL ALEXIS MENDOZA LIZCANO.**

## 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. **149808471** . 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

# Tribunal Nacional de Ética Médica

## Ley 23 / 81 - Artículo 63

**C109373831600329739**
**Codigo de verificacion**

**EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL**

**NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA**

**CERTIFICA**

Que consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones del Tribunal Nacional de Ética Médica el(a) doctor(a) **DANIEL ALEXIS MENDOZA LIZCANO**, identificado(a) con C.C. No. 1093738316 y T.P. o R.M. No. 1093738316 del(a) Colegio Médico Colombiano, no registra sanciones vigentes.

Nota: Esta certificación de antecedentes contiene las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones que se encuentren vigentes en dicho momento. Link de Verificación de certificado de antecedentes-www.tribunalnacionaldeeticamedica.org/certificados/validar/

"EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICION DE MÉDICO"

Dada en Bogotá, D. C., el martes 29 septiembre 2026 a solicitud del(a) interesado(a).

**HERMAN REDONDO GOMEZ**
**Presidente**

TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA
PRESIDENTE

*Calle 147 No. 1ç-50 Oficina 32 Centro Comercial Futuro Tels. (601(7212847 Bogotá D. C.*
*E - Mail antecedentes@tribunalnacionaldeeticamedica.org, www.tribunalnacionaldeeticamedica.org*
*antecedentestribunal@outlook.com*

SISPRO - Aplicativos Misionales

Menu

Iniciar Sesión | Registrarse

## ReTHUS

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

Tipo de Identificación * Cedula de Ciudadania

Número de Identificación * 1093738316

Primer Nombre DANIEL

Primer Apellido MENDOZA

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

2378

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

**Resultado General -2026-10-19→8:57:07 AM -2026-10-19→9:01:58 AM -2026-10-19→9:06:50 AM**

| Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Estado Identificación: | Detalles |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1093738316 | DANIEL | ALEXIS | MENDOZA | LIZCANO | Vigente | Ver |

**De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) DANIEL ALEXIS MENDOZA LIZCANO identificado(a) con CC 1093738316 registra La siguiente información:**

**2026-10-19→9:06:50 AM**

**Información Académica**

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación | Fecha Inicio ejercer Acto Administrativo | Acto Administrativo | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|---|
| ESP | Extranjero | Anestesiología | 2015-10-19 | 4223 | COLEGIO MEDICO COLOMBIANO |
| ESP | Local | ESPECIALIZACION EN MEDICINA CRITICA Y CUIDADOS INTENSIVOS | 2024-08-23 | 131079 | COLEGIO MEDICO COLOMBIANO |
| UNV | Local | MEDICINA | 2010-09-07 | 3844 | COLEGIO MEDICO COLOMBIANO |

**Datos SSO**

| Tipo Prestación | Tipo Lugar Prestación | Lugar Prestación | Fecha Inicio | Fecha Fin | Modalidad Prestación | Programa Prestación | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Presto SSO | Local | COLOMBIA\|NORTE DE SANTANDER\|SARDINATA | 2010-03-01 | 2010-08-31 | Prestación de Servicios Profesionales de Salud en IPS Habilitada | Medicina | COLEGIO MEDICO COLOMBIANO |

**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).**

| E.S.E Hospital Universitario ERASMO MEOZ® | DIRECCIONAMIETNO ESTRATEGICO Y GERENCIAL | CODIGO: PE-FO-013 |
|---|---|---|
| | | VERSION: 1 |
| | FORMATOS DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE SARLAFT Y SICOF | FECHA: MARZO 2023 |
| | | PAGINA 1 de 6 |

VINCULACIÓN ( ) ACTUALIZACIÓN (X) MODIFICACIÓN ( )

| FECHA DEDILIGENCIAMIENTO | 09 | 10 | 2026 | CIUDAD | CÚCUTA | DEPARTAMENTO | NTE SANTDER |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**1. CLASE DE VINCULACIÓN**

| PROVEEDOR | | Asistencial | X | Administrativo | | COLABORADOR | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**2. DATOSPERSONANATURAL**

| PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|---|---|---|---|
| DANIEL | ALEXIS | MEDINA | CIFUENTES |

| TIPO DEIDENTIFICACIÓN | | | | No. IDENTIFICACIÓN | LUGAR DEEXPEDICIÓN | FECHADEEXPEDICIÓN |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C.C. X | C.E. | T.I. | OTRO | 1093739316 | CÚCUTA (NTE DE SANTDER) | 21/01/2015 |

| FECHADENACIMIENTO | LUGAR DE NACIMIENTO | PROFESIÓN U OFICIO | TELÉFONO CELULAR |
|---|---|---|---|
| 16/10/1996 | CÚCUTA | MEDICO INTERNO JUNIOR | 3073257727 |

| DIRECCIÓN RESIDENCIA | AV 10 #16-97 CASA H2 | | | |
|---|---|---|---|---|
| ACTIVIDAD ECONOMICA: | 0010 | CIIU2 | CIIU3 | |
| FECHA DE CORTE DE LA INFORMACIÓN FINANCIERA | 31 DIA | 12 MES | 2025 AÑO | |
| TOTAL ACTIVOS | $51'906.000 | TOTAL PASIVOS | 212'419.000 | TOTAL PATRIMONIO 639.487.000 |
| INGRESOS MENSUALES | 25'000.000 | EGRESOS MENSUALES | 13'000.000 | OTROS INGRESOS MENSUALES |
| CONCEPTO DE OTROS INGRESOS | | CORREO ELECTORNICO | DANIELMEDICO@HOTMAIL.COM | |

MARQUE CON UNA (X), SEGÚNCORRESPONDA, POR SU PERFIL, CARGO O PROFESIÓN:

| ¿Maneja recursos públicos? | SI | NO X | ¿Tiene reconocimiento público? | SI | NO X |
|---|---|---|---|---|---|
| ¿Ejerce algún grado de poder público? | SI | NO X | ¿Es familiar de una persona públicamente expuesta? | SI | NO X |
| ¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en otro país o grupo de países? | | | | SI | NO X |

**3. DATOS PERSONA JURÍDICA**

| NOMBREO RAZÓN SOCIAL | NIT | DV |
|---|---|---|
| | | |

| TIPODEEMPRESA | | | SECTOR DE LA ECONOMÍA | CIIU |
|---|---|---|---|---|
| PÚBLICA | PRIVADA | MIXTA | | |

| DIRECCIÓN OFICINA PRINCIPAL | TELÉFONO(S) |
|---|---|
| | |

| FECHA DE CORTE DE LA INFORMACIÓN FINANCIERA | DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|

| TOTAL ACTIVOS | TOTAL PASIVOS | TOTAL PATRIMONIO | TIENE SUCURSALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | SI | NO |

**4. DATOS REPRESENTANTE LEGAL**

| PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|---|---|---|---|
| | | | |

| TIPO DE IDENTIFICACIÓN | | | | | No. IDENTIFICACIÓN |
|---|---|---|---|---|---|
| C.C. | C.E. | T.I. | OTRO | CUÁL | |

Identificación de Accionistas que tengan directa o indirectamente más del 5% del Capital Social, Aporte o Participación.

| Nombre Completo | Tipo ID | Número ID | ¿Por su actividad o cargo goza de Reconocimiento Público, Poder Público y/o maneja Recursos Públicos? Marque SI o NO y especifique. (Relacione en una hoja adicional si aplica PEP a los familiares hasta segundo grado de consanguinidad, afinidad y primero civil) |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

## 5. ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

| | | | |
|---|---|---|---|
| ¿Realiza transacciones en Moneda Extranjera? | SI | NO X | CUÁL |
| ¿Posee productos Financieros en el Exterior? | SI | NO X | CUÁL |

| PRODUCTO | NÚMERO PRODUCTO | MONEDA | MONTO | ENTIDAD | CIUDAD | PAÍS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

## 6. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que:

Mi actividad, profesión u oficio de la persona Natural o Jurídica es lícita, se ejerce dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano. La información suministrada en este documento es veraz y verificable y me comprometo a actualizarla anualmente, el incumplimiento de esta obligación faculta al Hospital Universitario Erasmo Meoz, para revocar y/o rescindir unilateralmente el contrato. Los recursos que se deriven de esta relación contractual no se destinarán a delitos fuente relacionados con Lavado de Activos, la Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva.- LA/FT/FPADM, corrupción, opacidad y fraude - COF , grupos terroristas, o actividades terroristas.

Manifiesto que no he sido declarado responsable judicialmente por la comisión de delitos contra la Administración Pública cuya pena sea privativa de la libertad o que afecten el patrimonio del Estado o por delitos fuente relacionados con LA/FT, o la pertenencia, promoción o financiación de grupo si legales, delitos de lesa humanidad, narcotráfico, corrupción, opacidad o corrupción - COF.

Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):

Origen de Fondos: HONORARIOS COMO MEDICO INTENSIVISTA

## 7. CONSIDERACIONES Y AUTORIZACIONES

Los datos personales solicitados en el presente formato de conocimiento del cliente – Sarlaft y Sicof son recogidos atendiendo las disposiciones e instrucciones de la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para prevenir y controlar el Lavado de Activos, la Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva.-LA/FT/FPADM. Y corrupción, la opacidad y fraude - COF

Que conforme con lo dispuesto por el literal b) de la Ley 1581 de 2012,(Ver formato del HUEM: IC-FO-IC-026) las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del Lavado de Activos, la Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva.-LA/FT/FPADM Y corrupción, la opacidad y fraude-COF, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular.

Hospital Universitario Eramos Meoz podrá terminar unilateralmente e inmediatamente el vínculo contractual, al proveedor o colaborador, cuando:

Aparezcan vinculados por parte de las autoridades competentes a cualquier tipo de investigación por LA/FT/FPADM/COF y sus delitos fuente; además por testaferrito, corrupción, opacidad o fraude.

Sean incluidos en listas vinculantes de acuerdo con lo estipulado en la C.E.009 de 2016 – C.E 5 20211700000005-5 SARLAFT y SICOF de la Superintendencia Nacional de Salud.

Sean condenados por parte de las autoridades competentes por cualquiera de los delitos fuente del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo – LA/FT/FPADM, corrupción, opacidad o fraude– COF descritos en el Código Penal Colombiano.

Acuerdo de confidencialidad: Dando cumplimiento a lo descrito en la Resolución No.1995 del 8 de julio 1.999 expedida por el Ministerio de Salud y Ley 1581 de 17 de octubre de 2012, y cumpliendo con el objeto del acuerdo de confidencialidad y todas sus disposiciones evidenciado en el documento IC-FO-041 FORMATO ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

## 8. FIRMA Y HUELLA

| | | |
|---|---|---|
| Como constancia de haber leído, entendido y aceptándolo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes, firmo el presente documento a los 09 días del mes de OCTUBRE del año 2026, en la ciudad de _____ | FIRMA PERSONA NATURAL O REPRESENTANTE LEGAL | HUELLA INDICE DERECHO |

Todos los espacios del formato deben quedar diligenciados, por lo tanto en aquellos que no tenga información por favor escriba N.A. (No Aplica)

9/OCT/2026

# DIAN

## Declaración de renta y complementario personas naturales y asimiladas residentes y sucesiones ilíquidas de causantes residentes

PRIVADA

**210**

1. Año: 2025

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 2118751350877

(415)7707212489984(8020) 000211875135087 7

| Datos del declarante | 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6.DV | 7. Primer apellido | 8. Segundo apellido | 9. Primer nombre | 10. Otros nombres | 12.Cod. Dirección seccional |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1093738316 | 1 | MENDOZA | LIZCANO | DANIEL | ALEXIS | 7 |

24. Actividad económica principal: 0010 — Si es una corrección indique: — 25. Cód. — 26. No. Formulario anterior — 27. Fracción año gravable siguiente — 28. 1% por ciento (1%) de compras con factura electrónica: 0

| Patrimonio | Total patrimonio bruto | 29 | 851,906,000 | Deudas | 30 | 212,419,000 | Total patrimonio líquido | 31 | 639,487,000 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

### Cédula general

| Conceptos/rentas | Rentas de trabajo | | Rentas de trabajo que no provengan de una relación laboral o legal y reglamentaria | | Rentas de capital | | Rentas no laborales | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ingresos brutos | 32 | 461,506,000 | 43 | 116,044,000 | 58 | 1,402,000 | 74 | 0 |
| Devoluciones, rebajas y descuentos | | | | | | | 75 | 0 |
| Ingresos no constitutivos de renta | 33 | 37,840,000 | 44 | 16,560,000 | 59 | 777,000 | 76 | 0 |
| Costos y deducciones procedentes | | | 45 | 40,800,000 | 60 | 0 | 77 | 0 |
| Renta líquida | 34 | 423,666,000 | 46 | 58,684,000 | 61 | 625,000 | 78 | 0 |
| Rentas líquidas pasivas - ECE | | | | | 62 | 0 | 79 | 0 |
| Rentas exentas: Aportes voluntarios AFC, FVP y AVC | 35 | 0 | 47 | 0 | 63 | 0 | 80 | 0 |
| Rentas exentas: Otras rentas exentas | 36 | 46,009,000 | 48 | 0 | 64 | 0 | 81 | 0 |
| Rentas exentas: Total rentas exentas | 37 | 46,009,000 | 49 | 0 | 65 | 0 | 82 | 0 |
| Deducciones imputables: Intereses de vivienda | 38 | 13,993,000 | 50 | 0 | 66 | 0 | 83 | 0 |
| Deducciones imputables: Otras deducciones imputables | 39 | 15,839,000 | 51 | 3,842,000 | 67 | 0 | 84 | 0 |
| Deducciones imputables: Total deducciones imputables | 40 | 29,832,000 | 52 | 3,842,000 | 68 | 0 | 85 | 0 |
| Rentas exentas y/o deduc. imputables (Limitadas) | 41 | 66,731,000 | 53 | 0 | 69 | 0 | 86 | 0 |
| Renta líquida ordinaria del ejercicio | | | 54 | 58,684,000 | 70 | 625,000 | 87 | 0 |
| Pérdida líquida del ejercicio | | | 55 | 0 | 71 | 0 | 88 | 0 |
| Compensaciones por pérdidas | | | 56 | 0 | 72 | 0 | 89 | 0 |
| Renta líquida ordinaria | 42 | 356,935,000 | 57 | 58,684,000 | 73 | 625,000 | 90 | 0 |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ren. líquida céd. gen. | 91 | 482,975,000 | Ren. ex. y ded. Imp. n. | 92 | 73,902,000 | R. líq. ord. cédula gen. | 93 | 409,073,000 | Comp. pérdidas año 2018 y ant. | 94 | 0 |
| Comp. exc. ren. presuntiva | 95 | 0 | Rentas gravables | 96 | 0 | R. líq. grav. cédula gen. | 97 | 409,073,000 | Renta presuntiva | 98 | 0 |

### Cédula de pensiones

| | | |
|---|---|---|
| Ingresos brutos por rentas de pensiones del país y del exterior | 99 | 0 |
| Ingresos no constitutivos de renta | 100 | 0 |
| Renta líquida | 101 | 0 |
| Rentas exentas de pensiones | 102 | 0 |
| Renta líquida gravable cédula de pensiones | 103 | 0 |

### Cédula de dividendos y/o participaciones

| | | |
|---|---|---|
| Dividendos y participaciones 2016 y anteriores, y otros | 104 | 0 |
| Ingresos no constitutivos de renta | 105 | 0 |
| Renta líquida ordinaria año 2016 y anteriores | 106 | 0 |
| 1a. Subcédula años 2017 y siguientes numeral 3 art. 49 del E.T. | 107 | 0 |
| 2a. Subcédula años 2017 y siguientes parágrafo 2 art. 49 del E.T. | 108 | 0 |
| Dividendos y participaciones recibidas del exterior | 109 | 0 |
| Rentas exentas de la casilla 109 | 110 | 0 |
| Renta líquida gravable (Cédula general o renta presuntiva, de pensiones y de dividendos y participaciones. art. 241 E.T.) | 111 | 409,073,000 |

### Ganancias ocasionales

| | | |
|---|---|---|
| Ingresos por ganancias ocasionales del país y del exterior | 112 | 0 |
| Costos por ganancias ocasionales | 113 | 0 |
| Ganancias ocasionales no gravadas y exentas | 114 | 0 |
| Ganancias ocasionales gravables | 115 | 0 |

### Liquidación privada

| | | |
|---|---|---|
| Impuesto sobre las rentas líquidas gravables: Cédula general, de pensiones y de dividendos y participaciones | 116 | 106,857,000 |
| Renta presuntiva, de pensiones y de dividendos y participaciones | 117 | 0 |
| Por dividendos y participaciones año 2017 y siguientes, 2a subcédula (Art. 240 E.T.) | 118 | 0 |
| Por dividendos y participaciones año 2016 | 119 | 0 |
| Por dividendos y participaciones recibidas del exterior | 120 | 0 |
| Total impuesto sobre las rentas líquidas gravables | 121 | 106,857,000 |
| Descuentos tributarios: Imp. pagados en el exterior | 122 | 0 |
| Descuentos tributarios: Dividendos, particip. y otros | 124 | 0 |
| Donaciones | 123 | 0 |
| Total descuentos trib. | 125 | 0 |
| Impuesto neto de renta | 126 | 106,857,000 |
| Impuesto de ganancias ocasionales | 127 | 0 |
| Descuento por impuestos pagados en el exterior por ganancias ocasionales | 128 | 0 |
| Total impuesto a cargo | 129 | 106,857,000 |
| Anticipo renta liquidado año gravable anterior | 130 | 0 |
| Saldo a favor del año gravable anterior sin solicitud de devolución y/o compensación | 131 | 0 |
| Retenciones año gravable a declarar | 132 | 65,556,000 |
| Anticipo renta para el año gravable siguiente | 133 | 0 |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Saldo a pagar por impuesto | 134 | 41,301,000 | Sanciones | 135 | 0 | Total saldo a pagar | 136 | 41,301,000 | Total saldo a favor | 137 | 0 |
| Número de dependientes económicos | 138 | 2 | Adición por dependientes a la casilla 92 | 139 | 7,171,000 | Ud. superó tope indicativo art. 336-1 del E.T., marque X | 140 | 0 | Aporte voluntario | 141 | 0 |

981. Cód. Representación: ___ Firma del declarante o de quien lo representa

982. Cód. Contador ___ Firma contador ☐ 994. Con salvedades ☐

983. No. Tarjeta profesional

997. Espacio exclusivo para la entidad recaudadora

DIAN
2026-08-08 / 11:55:57 AM
2026-0 Fecha Acuse de Recibo 11:55:57
Firmado

980. Pago total $: 0

996. Espacio para el número interno de la DIAN/ Adhesivo
91900474866863

2026357146085O

COPIA

BBVA

Creando Oportunidades

# BBVA Colombia
# NIT 860.003.020-1
# Certifica

Que nuestro(a) cliente DANIEL ALEXIS MENDOZA LIZCANO, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 1,093,738,316 se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la CUENTA DE AHORROS AHORRODIARIO No. 323402990 aperturada el 4 de agosto de 2016 cuenta ACTIVA y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, el 6 de enero de 2026.

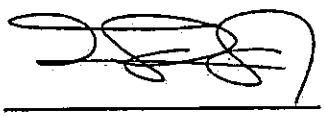
---

Para trámites de nómina,legales,internacionales y otros,también puedes usar las siguientes opciones de número de cuenta:

| | |
|---|---|
| Cuenta de 10 dígitos: | 0323402990 |
| Cuenta de 16 dígitos: | 0323000200402990 |
| Cuenta de 20 dígitos: | 00130323000200402990 |

---

Firma autográfica



Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

*Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.*

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Salud

COLEGIO MÉDICO COLOMBIANO CMC

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

DANIEL ALEXIS MENDOZA LIZCANO



C.C. 1093738316

MÉDICO

Universidad Cooperativa de Colombia

Santa Marta

Grado: 04/12/2009

Rethus: 07/09/2010

ESP. EN MEDICINA CRÍTICA Y CUIDADO INTENSIVO

# LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

En su nombre la

# Universidad Cooperativa de Colombia

Personería Jurídica, resolución 24.135 del 20 de Diciembre de 1.933 del Ministerio de Educación Nacional.

Certifica que

## Daniel Alexis Mendoza Lizcano

CEDULA DE CIUDADANÍA No. 1.093.738.318 DE LOS PATIOS

Ha cumplido con todos los estudios
que los estatutos universitarios exigen para optar al título de

# MÉDICO

Le expide el presente diploma. En testimonio de ello
se firma en Santa Marta, el día 4 de diciembre de 2009.

Decano de Facultad

Director Seccional

Rector

Secretario General

Registro y Diplomas

# UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

Resolución 24195 del 20 de Diciembre de 1983
Ministerio de Educación Nacional

## Acta Individual de Graduación No. 61

DEPENDENCIA: FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA: MEDICINA

APROBACIÓN DEL PROGRAMA: SNIES 18204 6100004700 1T 100

FECHA: 4 DE DICIEMBRE DE 2009

LUGAR: UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA - SANTA MARTA

En atención a que DANIEL ALEXIS MENDOZA LIZCANO

con cédula de ciudadanía No. 1,093,738,316 de LOS PATIOS

Cumplió satisfactoriamente los requisitos exigidos por las normas legales y

estatutarias, le expide el título de MEDICO

Lo anterior, atendiendo la autorización del Consejo Académico mediante acta

No. 09 en sesión del día 9 de NOVIEMBRE de 2009

Para constancia se suscribe por:

CESAR PEREZ GARCIA
Rector

OMAR VARGAS VARGAS
Director Seccional

EDUARDO BARRENECHE BAUTE
Decano Facultad

GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS
Secretario General

# UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

1803

Personería jurídica Ley 71 de 1878 del Estado Soberano de Antioquia y Ley 153 de 1887

## EN ATENCIÓN A QUE

## Daniel Alexis Mendoza Lizcano

Identificado con cédula de ciudadanía 1093738316

Ha completado todos los requisitos que los estatutos universitarios exigen para optar al título de

## ESPECIALISTA EN MEDICINA CRÍTICA Y CUIDADOS INTENSIVOS

Le expide el presente diploma. En testimonio de ello se firma en Medellín, República de Colombia, el 23 de agosto de 2024.
Libro 102 Folio 135-1619 del 23 de agosto de 2024

JOHN JAIRO ARBOLEDA CÉSPEDES
Rector

DAVID HERNÁNDEZ GARCÍA
Secretario General

PABLO JAVIER PATIÑO GRAJALES
Decano

Firmado digitalmente conforme la legislación colombiana vigente. Para verificar la autenticidad del documento, diríjase a www.udea.edu.co, Servicios en línea, Verificación de documentos electrónicos, e ingrese el código: TW1093738316, o escanee el código QR.

Firmado por
Universidad de Antioquia
2024-08-22 12:36:50242

# UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

1803

Personería jurídica Ley 71 de 1878 del Estado Soberano de Antioquia y Ley 153 de 1887

ACTA DE GRADUACIÓN 152609

Libro 102 Folio 135-1619 del 23 de agosto de 2024

DEPENDENCIA: FACULTAD DE MEDICINA

APROBACIÓN DEL PROGRAMA: Consejo Académico 201 del 07 de febrero de 2002

PROGRAMA: ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA CRÍTICA Y CUIDADOS INTENSIVOS

La Vicerrectoría de Docencia, autorizó el trámite de la presente graduación mediante la Resolución 16328 del 16 de julio de 2024; una vez verificado este y los requisitos dispuestos en las normas universitarias, el Decano(a) o Director(a), el Secretario(a) General y el Rector(a), autorizan conferir el 23 de agosto de 2024, el título de:

## ESPECIALISTA EN MEDICINA CRÍTICA Y CUIDADOS INTENSIVOS

A

## DANIEL ALEXIS MENDOZA LIZCANO

Identificado con cédula de ciudadanía 1093738316

En constancia se firma esta acta en la ciudad de Medellín, República de Colombia.

JOHN JAIRO ARBOLEDA CÉSPEDES
Rector

DAVID HERNÁNDEZ GARCÍA
Secretario General

PABLO JAVIER PATIÑO GRAJALES
Decano

Firmado digitalmente conforme la legislación colombiana vigente. Para verificar la autenticidad del documento, diríjase a www.udea.edu.co, Servicios en línea, Verificación de documentos electrónicos, o ingrese el código: RY1093738316, o escanee el código QR.

Firmado por:
Universidad de Antioquia
2024-08-22 12:15:29:877

# Flavii Vegetii Renati

## Quæ extant

Digesta ad Valentinianum Augustum.

Recognita & emendata per Conradum Celtem.

Basileæ, Apud Io. Frobenium, Anno M. D. XXXII.

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
MERIDA, VENEZUELA
SECRETARIA

No. 222729

## CERTIFICACIÓN ACTA DE GRADO

El Secretario de la Universidad de Los Andes, Certifica: que en el libro de conferimiento de títulos expedidos por esta Institución, al folio 248, tomo VII, se encuentra inserta el acta cuyo texto es del tenor siguiente: En la ciudad de Mérida, a los CINCO días del mes de DICIEMBRE del año DOS MIL CATORCE. Año 204 de la Independencia y 155 de la Federación. Reunidos en el Aula Magna de la Universidad de Los Andes, el Rector, el Vice-Rector y el Secretario, Profesores y Doctores de las facultades concurrentes con el fin de proceder en acto público y solemne para el conferimiento del título de ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA al ciudadano(a) DANIEL ALEXIS MENDOZA LIZCANO natural de CÚCUTA, NORTE DE SANTANDER, COLOMBIA y de TREINTA (30) años de edad, conforme al correspondiente Decreto Rectoral recaído en el expediente respectivo. Y presente la aspirante, se dio comienzo al acto previo el juramento legal rendido al recipiendario el ciudadano Rector, con ceremonial de estilo, procediendo en nombre de la República y por autoridad de la ley, le confirió el título ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA e impuso la medalla de grado y le hizo entrega del Diploma correspondiente. Para constancia se levanta la presente Acta que firman. El Rector PROF. MARIO BONUCCI ROSSINI. El Secretario PROF. JOSÉ MARÍA ANDEREZ ALVAREZ. El(la) Graduando DANIEL ALEXIS MENDOZA LIZCANO, cédula de identidad/Pasaporte No CC1093738316. Año 204 de la Independencia y 156 de la Federación.

Certificación expedida, en Mérida, a los dos días del mes de marzo del dos mil quince. Año 204 de la Independencia y 156 de la Federación.

PROF. JOSÉ MARÍA ANDEREZ ALVAREZ
SECRETARIO DE LA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. UNIVERSIDAD DE LOS ANDES. RECTORADO. El Rector de la Universidad de los Andes, hace constar que la firma que antecede es la auténtica del puño y letra de PROF. JOSÉ MARÍA ANDEREZ ALVAREZ actual Secretario de la Universidad de los Andes.

Certificación expedida, en Mérida, a los dos días del mes de marzo del dos mil quince. Año 204 de la Independencia y 156 de la Federación.

PROF. MARIO BONUCCI ROSSINI
RECTOR DE LA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES

PROF. SULMA BENAVIDES
Coordinadora de la Oficina Central de Grados y Registro de Egresados

Elaborada por:
Nathaly De Jesús

Entregado por

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

RESOLUCIÓN NÚMERO 15527

( 22 SEP 2015 )

Por medio de la cual se resuelve una solicitud de convalidación

LA SUBDIRECTORA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD PARA LA EDUCACIÓN SUPERIOR
en ejercicio de sus atribuciones legales y en especial las que le confiere el artículo 29 del Decreto 5012 de 2009 y la Resolución No 5515 del 16 de mayo de 2013

CONSIDERANDO:

Que DANIEL ALEXIS MENDOZA LIZCANO, ciudadano colombiano, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.093.738.316, presentó para su convalidación el título de ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA, otorgado el 5 de diciembre de 2014, por la UNIVERSIDAD DE LOS ANDES, VENEZUELA, mediante solicitud radicada en el Ministerio de Educación Nacional con el No. 2015-ER-091112-80125/15.

Que el convalidante anexa copia del título de MÉDICO, otorgado el 4 de diciembre de 2009, por la UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA.

Que de conformidad con lo dispuesto en el Decreto 5012 de 2009, corresponde al Ministerio de Educación Nacional convalidar los títulos de educación superior otorgados por instituciones de educación superior extranjeras de acuerdo con las normas vigentes.

Que en virtud del artículo 5° de la Resolución 06950 del 15 de mayo de 2015, para efectos de la convalidación de títulos en el área de la salud, establece: *"todos estos deberán someterse a evaluación académica por parte de la Sala del Área de Ciencias de la Salud de la Comisión Nacional Intersectorial de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior –CONACES-, sin perjuicio de que el Ministerio pueda solicitar un concepto adicional a las asociaciones, órganos y pares evaluadores cuando así se requiera..."* lo anterior en concordancia con el artículo 178 del Decreto 019 de 2012.

Que los estudios fueron evaluados por la Comisión Nacional Intersectorial de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior –CONACES-, la cual emitió concepto favorable, señalando que el título obtenido es equivalente al de ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA.

Que con fundamento en las anteriores consideraciones y después de haber estudiado la documentación presentada, se concluye que es procedente la convalidación solicitada.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- Convalidar y reconocer para todos los efectos académicos y legales en Colombia, el título de ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA, otorgado el 5 de diciembre de 2014, por la UNIVERSIDAD DE LOS ANDES, VENEZUELA, a DANIEL ALEXIS MENDOZA LIZCANO, ciudadano colombiano, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.093.738.316, como equivalente al título de ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA, que otorgan las instituciones de educación superior colombianas de acuerdo con la Ley 30 de 1992.

PARÁGRAFO.- La convalidación que se hace por el presente acto administrativo no exime al profesional beneficiario del cumplimiento de los requisitos exigidos por las normas que regulan el ejercicio de la respectiva profesión.

ARTÍCULO SEGUNDO.- La presente Resolución rige a partir de la fecha de su expedición y contra la misma procede los recursos de ley, los cuales deberán ser interpuestos dentro del plazo de diez (10) días establecido por el artículo 76 de la ley 1437 de 2011.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá D. C., a los 22 SEP 2015

LA SUBDIRECTORA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD PARA LA EDUCACIÓN SUPERIOR

JEANNETTE GILEDE GONZÁLEZ

Proyectó: JHLOPEZ 16/09/2015
Revisó: GCORTES-Grupo de Convalidaciones

Fecha: 24 SET 2015

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

**RESOLUCIÓN NÚMERO 004223 DE 2015**

( 19 OCT 2015 )

**Por la cual se concede autorización para ejercer la Especialidad Médica en Anestesiología**

**EL DIRECTOR DE DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO EN SALUD**

En ejercicio de la facultad otorgada por el artículo 5º de la Ley 6ª de 1991, la Resolución No. 4354 de 2012 expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social

y

**CONSIDERANDO:**

Que el doctor **DANIEL ALEXIS MENDOZA LIZCANO,** identificado con cédula de ciudadanía No. 1093738316 expedida en Los Patios - Norte de Santander, ha solicitado la autorización para el ejercicio de la Especialidad Médica en **ANESTESIOLOGÍA.**

Que presentó la Resolución No. 15527 de 22 de septiembre de 2015 del Ministerio de Educación Nacional, por la cual se convalida el título otorgado por la Universidad de los Andes, Venezuela, como especialista en Anestesiología.

Que mediante Resolución No. 3844 de 07 de septiembre de 2010, expedida por la Secretaría Departamental de Salud de Norte de Santander, se encuentra autorizado para ejercer la profesión de **MÉDICO,** en todo el Territorio Nacional.

Que la solicitud, cumple con los requisitos establecidos en la Resolución 4354 de 2012.

**RESUELVE:**

**ARTÍCULO ÚNICO.-** Autorizar al doctor **DANIEL ALEXIS MENDOZA LIZCANO,** identificado con cédula de ciudadanía No. 1093738316 expedida en Los Patios - Norte de Santander y Tarjeta Profesional No. 65986/2011, para ejercer la **ESPECIALIDAD MÉDICA EN ANESTESIOLOGÍA,** en todo el Territorio Nacional.

**COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE**

Dada en Bogotá, D.C. a los 19 OCT 2015

**LUIS CARLOS ORTIZ MONSALVE**

art

NIT 900 444742-7

ANESTESIAR

Medellín, 25 de febrero de 2025

**CERTIFICADO**
**SINDICATO ANTIOQUEÑO DE ANESTESIOLOGÍA**
**ANESTESIAR**
**NIT. 900444742-7**

El SINDICATO ANTIOQUEÑO DE ANESTESIOLOGÍA – ANESTESIAR, hace constar que el doctor **DANIEL ALEXIS MENDOZA LIZCANO**, identificado con cédula de ciudadanía 1.093.738.316, fue afiliado partícipe del Sindicato desde el 04/08/2022 hasta el 30/08/2024, con convenio de ejecución a término indefinido, desarrollando procesos como **anestesiólogo** en Unidades de Cuidado Intensivo.

En constancia de lo anterior, se firma el 25 de febrero de 2025.

**MAURICIO ECHEVERRI DÍEZ**
Director Ejecutivo

310-

San José de Cúcuta, 29 OCT 2026

**EL LÍDER DE PROGAMA GESTION Y DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO DE LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ**

**CERTIFICA:**

Que reposa en archivo digital la hoja de vida del personal que ejecuta actividades y/o presta servicios en la ESE HUEM, para la ejecución del objeto contractual **PRESTACIÓN DE SERVICIOS MEDICOS ASISTENCIALES ESPECIALIZADOS EN MEDICINA CRITICA Y CUIDADO INTENSIVO PARA LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ,** para el caso concreto **DANIEL ALEXIS MENDOZA LIZCANO,**identificado con cedula de ciudadanía No. **1.093.738.316** documentos que acreditan la idoneidad, experiencia y cumplimiento de los requisitos exigidos por la entidad.

La persona natural ha cumplido con la entrega de documentos e información establecidos en la normativa vigente en SST.

Se expide la presente a los 29 días de octubre de 2026 a solicitud de la Oficina de Grupo de Adquisición de Bienes y servicios GABYS.

**MARCO ANTONIO NAVARRO PALACIOS**
**LIDER DE GESTION Y DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO**

Proyecto: Brandon Jose Santa Maldonado
TALENTO HUMANO
E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz.

| E.S.E. Hospital Universitario ERASMO MEOZ | ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS | CODIGO: BS-FO-BS-014 |
|---|---|---|
| | | VERSION: 3 |
| | INFORME EVALUACION PRESTACION DE SERVICIOS | FECHA: SEP 2018 |
| | | PAGINA 1 de 1 |

## INFORME EVALUACION PRESTACION DE SERVICIOS

**PROCESO No:** SS26-632

**OBJETO CONTRACTUAL:**

**PRESTACIÓN DE SERVICIOS MEDICOS ASISTENCIALES ESPECIALIZADOS EN MEDICINA CRITICA Y CUIDADO INTENSIVO PARA LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ**

**ESPECIFICACIONES TECNICAS:**

El perfil requerido para el Médico Especialista (Medicina Crítica y Cuidado Intensivo) que preste este servicio es el siguiente:

| FORMACION ACADEMICA | EXPERIENCIA | CURSOS U OTROS REQUISITOS ESPECIFICOS |
|---|---|---|
| Título profesional en medicina otorgado por una universidad reconocida oficialmente en Colombia y/o en el extranjero con su respectiva convalidación | Experiencia certificada mínima de un (1) año en Instituciones prestadoras de Salud. | RETHUS. |
| Título de especialista en **MEDICINA CRÍTICA Y CUIDADOS INTENSIVOS**, otorgado por una universidad oficialmente reconocida en Colombia y/o en el extranjero con su respectiva convalidación | | |

**EVALUACION**

El suscrito Líder de Programa Gestión y Desarrollo del Talento Humano, procede a evaluar la propuesta recepcionada para la ejecución del contrato de prestación de servicios referido con antelación.

| PROPONENTE: | DANIEL ALEXIS MENDOZA LIZCANO | | | C.C. O NIT: 1.093.738.316 | |
|---|---|---|---|---|---|
| EVALUACION | FORMACION ACADEMICA | EXPERIENCIA | CURSOS | VALOR | OTROS REQUISITOS ESPECIFICOS |
| CUMPLE | X | X | | | X |
| NO CUMPLE | | | | | |

Certifico que se revisaron la hoja de vida del personal vinculado por el oferente para la ejecución del objeto contractual, determinándose su cumplimiento

Se expide el 29 de octubre de 2026

**MARCO ANTONIO NAVARRO PALACIOS**
**Líder de Programa Gestión y Desarrollo del Talento Humano**