

REPUBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS ARMADAS

82390697

PERTENECE AL EMPLEO DE

LA LINEA 1 LA LINEA 2 LA LINEA 3 LA LINEA 4

APellidos y Nombres

ALVIRA SANTOFIMIO
FABER CAMILO

UN BACHILLER P.M.

PROFESION BACHILLER



FUERZAS ARMADAS DE COLOMBIA EJERCITO NACIONAL

Este es un documento público y es requisito presentarlo para las siguientes acciones:

- Tomar posesión de los empleos públicos o privados.
- Ingresar a la carrera administrativa.
- Obtener o renovar el pape de identidad de la ciudad VEREDAS.
- Registrar título como profesional y ejercer la profesión.
- Firmar contratos con cualquier entidad pública o privada.
- Obtener el pasaporte e ingresar a la universidad.

2. En caso de convocatoria de reservas, de llamamiento especial o de movilización debe efectuar presentación inmediata en el cuerpo de tropa más cercano al lugar de su domicilio con el fin de recibir instrucciones.

82390697

CT. FERNANDO MODALES T.

CDTE. DIM. No. 55

22-MAR-88

FECHA EXP.



Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Alvira		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Santofimio		NOMBRES Faiber Camilo	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 82390697		SEXO F ☐ M ☒ NB ☐		NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐ PAÍS COLOMBIA	
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☒ SEGUNDA CLASE ☐		NÚMERO 82390697		D.M. 55	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 03 MES 05 AÑO 1975 PAÍS COLOMBIA DEPTO HUILA MUNICIPIO LA PLATA		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CALLE 17 24 166 SUR APARTAMENTO 101 Barcelona PAÍS COLOMBIA DEPTO META MUNICIPIO VILLAVICENCIO TELÉFONO 3223861824 EMAIL facaalvisa@gmail.com			

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA															
MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)															
EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO		BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	1994	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)							
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ERICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:							
TC (TÉCNICA)		TL (TECNOLÓGICA)		TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA)		UN (UNIVERSITARIA)	
ES (ESPECIALIZACIÓN)		MG (MAESTRÍA O MAGISTER)		DOC (DOCTORADO O PHD)			
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).							
MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	10	X			11	2004	22863

3

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO	
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ERICTO ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:	
INF (EDUCACIÓN INFORMAL)	TR_DES (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

4

IDIOMAS

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

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

5

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD San Marino				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA			
DEPARTAMENTO META			MUNICIPIO VILLAVICENCIO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO			
			Día	01	Mes	08	Año	2018	Día	30	Mes
CARGO O CONTRATO ACTUAL GERENTE ZONA			DEPENDENCIA ADTIVA COMERCIAL VENTAS					DIRECCIÓN AVENIDA 11 11 1 Recta palmira cali			

6

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE

INSTITUCIÓN EDUCATIVA SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA-				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA			
DEPARTAMENTO META			MUNICIPIO ACACÍAS					CORREO ELECTRÓNICO			
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO			
			Día:	01	Mes:	06	Año:	2012	Día:	30	Mes:
AREA DE CONOCIMIENTO AGRONOMIA, VETERINARIA Y AFINES			NIVEL EDUCATIVO PREGRADO					DIRECCIÓN			
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA-				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA			
DEPARTAMENTO META			MUNICIPIO ACACÍAS					CORREO ELECTRÓNICO			
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO			
			Día:	12	Mes:	06	Año:	2013	Día:	31	Mes:
AREA DE CONOCIMIENTO AGRONOMIA, VETERINARIA Y AFINES			NIVEL EDUCATIVO PREGRADO					DIRECCIÓN			

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA-				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO META		MUNICIPIO ACACÍAS						CORREO ELECTRÓNICO				
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
		Día:	03	Mes:	02	Año:	2014	Día:	02	Mes:	05	Año:
ÁREA DE CONOCIMIENTO AGRONOMIA, VETERINARIA Y AFINES		NIVEL EDUCATIVO PREGRADO						DIRECCIÓN				
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA-				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO META		MUNICIPIO ACACÍAS						CORREO ELECTRÓNICO				
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
		Día:	01	Mes:	09	Año:	2014	Día:	31	Mes:	12	Año:
ÁREA DE CONOCIMIENTO AGRONOMIA, VETERINARIA Y AFINES		NIVEL EDUCATIVO PREGRADO						DIRECCIÓN				
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA-				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO META		MUNICIPIO ACACÍAS						CORREO ELECTRÓNICO				
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
		Día:	15	Mes:	04	Año:	2015	Día:	27	Mes:	12	Año:
ÁREA DE CONOCIMIENTO AGRONOMIA, VETERINARIA Y AFINES		NIVEL EDUCATIVO POSTGRADO						DIRECCIÓN CALLE 25 12 32 colegio Pablo Emilio riveros				
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA-				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO META		MUNICIPIO VILLAVICENCIO						CORREO ELECTRÓNICO				
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
		Día:	14	Mes:	03	Año:	2016	Día:	08	Mes:	12	Año:
ÁREA DE CONOCIMIENTO AGRONOMIA, VETERINARIA Y AFINES		NIVEL EDUCATIVO PREGRADO						DIRECCIÓN AVENIDA 1 1 1 via puerto lopez				
EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA-				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA				
DEPARTAMENTO META		MUNICIPIO VILLAVICENCIO						CORREO ELECTRÓNICO				
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
		Día:	20	Mes:	04	Año:	2017	Día:	30	Mes:	11	Año:
ÁREA DE CONOCIMIENTO AGRONOMIA, VETERINARIA Y AFINES		NIVEL EDUCATIVO POSTGRADO						DIRECCIÓN AVENIDA 1 1 1 via puerto Lopez				

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	3	8
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	3	8

8

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ☐ NO ☒ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD 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 28-01-2025 Villavicencio



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Tipo de declaración Fecha de publicación

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
FAIBER	CAMILO	ALVIRA	SANTOFIMIO

Documento de identificación	
Tipo <input type="text" value="CEDULA DE CIUDADANIA"/>	Número <input type="text" value="82390697"/>

Lugar de nacimiento			
País <input type="text" value="COLOMBIA"/>	Departamento <input type="text" value="HUILA"/>	Municipio <input type="text" value="LA PLATA"/>	

Lugar de domicilio			
País <input type="text" value="COLOMBIA"/>	Departamento <input type="text" value="META"/>	Municipio <input type="text" value="VILLAVICENCIO"/>	

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	<input type="text" value="SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE"/>	
Lugar de sede		
País <input type="text" value="COLOMBIA"/>	Departamento <input type="text" value="BOGOTÁ. D.C."/>	Municipio <input type="text" value="BOGOTÁ. D.C."/>
Dirección	<input "="" "]="" 57="" 69="" 8="" calle="" n="" type="text" value="["/>	
Cargo o función que cumple	<input type="text" value="CONTRATISTA"/>	

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2024 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	\$40.500.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	\$800.000,00
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	\$41.300.000,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	\$4.500.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
CASA	COLOMBIA	META	VILLAVICENCIO	\$285.000.000,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
PRESTACIONES BANCARIAS	\$250.000.000,00

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

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí ☐ No ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☒

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:



DIAN

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

PRIVADA

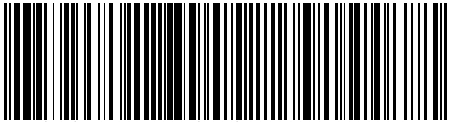
210

1. Año2023

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario2118659131963


(415)7707212489984(8020) 000211865913196 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)823906973

6.DV3

7. Primer apellidoALVIRA

8. Segundo apellidoSANTOFIMIO

9. Primer nombreFAIBER

10. Otros nombresCAMILO

12.Cod. Dirección seccional22

24. Actividad económica principal7500

Si es una corrección indique:25. Cód.

26. No. Formulario anterior

27. Fracción año gravable siguiente0

28. Uno por ciento (1%) de compras con factura electrónica

Patrimonio

Total patrimonio bruto29340,122,000

Deudas30300,684,000

Total patrimonio líquido3139,438,000

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	320	430	580	7415,339,000			
Devoluciones, rebajas y descuentos				750			
Ingresos no constitutivos de renta	330	440	590	760			
Costos y deducciones procedentes		450	600	770			
Renta líquida	340	460	610	7815,339,000			
Rentas líquidas pasivas - ECE			620	790			
Aportes voluntarios AFC, FVP y AVC	350	470	630	800			
Otras rentas exentas	360	480	640	810			
Total rentas exentas	370	490	650	820			
Intereses de vivienda	380	500	660	832,119,000			
Otras deducciones imputables	390	510	670	842,000			
Total deducciones imputables	400	520	680	852,121,000			
Rentas exentas y/o deduc. imputables (Limitadas)	410	530	690	862,121,000			
Renta líquida ordinaria del ejercicio		540	700	8713,218,000			
Pérdida líquida del ejercicio		550	710	880			
Compensaciones por pérdidas		560	720	890			
Renta líquida ordinaria	420	570	730	9013,218,000			
Ren. líquida ced. gen.	9115,339,000	Ren. ex. y ded. imp. li.	922,121,000	R. líq. ord. cédula gen.	9313,218,000	Comp. pérdidas año 2018 y ant.	940
Comp. exc. ren. presuntiva	950	Rentas gravables	960	R. líq. grav. cédula gen.	9713,218,000	Renta presuntiva	980

Cédula de pensiones

Ingresos brutos por rentas de pensiones del país y del exterior	990
Ingresos no constitutivos de renta	1000
Renta líquida	1010
Rentas exentas de pensiones	1020
Renta líquida gravable cédula de pensiones	1030

Cédula de dividendos y/o participaciones

Dividendos y participaciones 2016 y anteriores, y otros	1040
Ingresos no constitutivos de renta	1050
Renta líquida ordinaria año 2016 y anteriores	1060
1a. Subcédula años 2017 y siguientes numeral 3 art. 49 del E.T.	1070
2a. Subcédula años 2017 y siguientes parágrafo 2 art. 49 del E.T.	1080
Dividendos y participaciones recibidas del exterior	1090
Rentas exentas de la casilla 109	1100
Renta líquida gravable (Cédula general o renta presuntiva, de pensiones y de dividendos y participaciones, art. 241 E.T.)	11113,218,000

Ganancias ocasionales

Ingresos por ganancias ocasionales del país y del exterior	1120
Costos por ganancias ocasionales	1130
Ganancias ocasionales no gravadas y exentas	1140
Ganancias ocasionales gravables	1150

Liquidación privada

Cédula general, de pensiones y de dividendos y participaciones	1160		
Renta presuntiva, de pensiones y de dividendos y participaciones	1170		
Por dividendos y participaciones año 2017 y siguientes, 2a subcédula (Art. 240 E.T.)	1180		
Por dividendos y participaciones año 2016	1190		
Por dividendos y participaciones recibidas del exterior	1200		
Total impuesto sobre las rentas líquidas gravables	1210		
Imp. pagados en el exterior	1220	Donaciones	1230
Dividendos, particip. y otros	1240	Total des-cuentos trib.	1250
Impuesto neto de renta	1260		
Impuesto de ganancias ocasionales	1270		
Descuento por impuestos pagados en el exterior por ganancias ocasionales	1280		
Total impuesto a cargo	1290		
Anticipo renta liquidado año gravable anterior	1300		
Saldo a favor del año gravable anterior sin solicitud de devolución y/o compensación	131598,000		
Retenciones año gravable a declarar	1320		
Anticipo renta para el año gravable siguiente	1330		

Saldo a pagar por impuesto1340

Sanciones1350

Total saldo a pagar1360

Total saldo a favor137598,000

Número de dependientes económicos1381

Adición por dependientes a la casilla 921390

Ud. superó tope indicativo art. 336-1 del E.T., marque X1400

Aporte voluntario1410

981. Cód. Representación

Firma del declarante o de quien lo representa

997. Espacio exclusivo para la entidad recaudadora

2024-10-05 / 09:54:27 AM

2024-10-05 / 09:54:27 AM

980. Pago total \$0

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

91900221537981

20242526710956

nueva
eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

FECHA DE RADICACIÓN

28 ENERO 2025

A. AFILIACIÓN

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

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

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

B. REPORTE DE NOVEDADES

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

VII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

IX.FIRMAS

X. ANEXOS

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

94. APELLIDOS Y NOMBRES

- ORIGINAL: E.P.S. -

VIGILADO Supersalud

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **ALVIRA SANTOFIMIO FAIBER CAMILO** identificado(a) con **CC** número **82.390.697** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 02 de septiembre de 2005 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 60% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO
2. El 40% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 27 de enero de 2025.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:

Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**

Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**

www.proteccion.com

2025012711343



IPS CONSULTORIO MEDICO
SALUD OCUPACIONAL S.A.S

Nit. 900454855-3
Cel. 310 307 6666 - 313 474 8388
Calle 13 N° 13 - 44 Barrio Juan Mellao - Acacias
Centro Comercial Llanocentro local 108 - Villavicencio
servicios@ipsso.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 41.888

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
21 DÍA	02 MES	2024 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	
			Ciudad	

VALORACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO

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

PARTICULARES

PARTICULARES

Nombre de la empresa

Empresa en misión

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

ALVIRA SANTOFIMIO FAIBER CAMILO

Genero

Edad

Documento de Identificación

MASCULINO

48 AÑOS 9 MESES
22 DÍAS

CC

82390697

Apellidos y Nombres

Tipo

Número

Cargo

GERENTE ZONA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

EN EL MOMENTO LAS CONDICIONES DE SALUD SON ADECUADAS PARA LA LABOR ESPECIFICA

Observaciones: NO APLICA

APTO

ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR

RESTRICCIONES LABORALES

NO APLICA

TIPO

NO APLICA

RECOMENDACIONES

NO APLICA

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

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL



ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR

GLICEMIA



OPTOMETRIA

PRUEBA PSICOLÓGICA



RECOMENDACIONES MÉDICAS

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES

EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO

USO DE EPP

HABITOS SALUDABLES

PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL

DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

Médico

Aspirante o Trabajador

Dra. Katherine Gomez Guevara
Médico
Especialista Salud Ocupacional
R.M. 50/11876 Lic. 2353

Firma:

Nombre: GOMEZ GUEVARA KATHERINE

R. M.: 50-11876

L.S.O.: 2353



Código de Seguridad
C59611041888

Firma:

Nombre: ALVIRA SANTOFIMIO FAIBER CAMILO

CC: 82390697

VISIÓN COLOR

OJO DERECHO: NORMAL

OJO IZQUIERDO: NORMAL

ESTEREOPSIS

OBSERVACIÓN: NORMAL

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
H524	PRESBICIA	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA
Z010	EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

CONTROL EN UN AÑO

USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PARA VISIÓN PRÓXIMA

REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

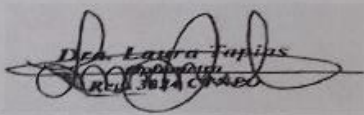
PRESBICIA, PACIENTE DEBE HACER USO DE CORRECCION OPTICA SOLO PARA VISION PROXIMA

SE RECOMIENDA PAUSAS ACTIVAS

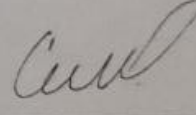
SE RECOMIENDA CONTROL DE OPTOMETRIA EN UN AÑO

SE RECOMIENDA USO DE LENTES CON FILTRO UV Y FILTRO DE LUZ AZUL SI USA PANTALLAS

USAR ELEMENTOS DE PROTECCION VISUAL RECOMENDADAS

OPTOMETRA

Dra. Laura Tapias
Optometrista
R.C.O. 3824

PACIENTE

Alvira Santofimio Faiber Camilo

Firma:

Firma:

Nombre: TAPIAS VARGAS LAURA YISETH

Nombre: ALVIRA SANTOFIMIO FAIBER CAMILO

R. M.: 3824

L.S.O.:

CC:

82390697



Lab del Llano S.A.S.

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

Página: 1

Paciente: FABER CAMILO ALVIRA SANTOFIMIO

Recepción: 53061

Sala: N/A

Edad: 48 A Sexo: M Identificación: 82390697

Fecha rcp: 22/02/2024

Teléfonos:

Médico : No Asignado

Empresa: IPS CONSULTORIO MEDICO SALUD OCUPACIONAL

1 GLICEMIA

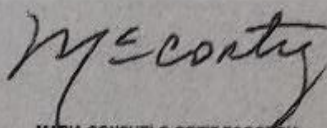
Glucosa sanguínea

Resultado

82.0 mg/dl

Valores de referencia

70 a 100 mg/dl


MARIA CONSUELO ORTIZ ESCORCIA
BACTERIOLOGA P.U.J
Reg: 1021 S.S.M



IPS CONSULTORIO MEDICO
SALUD OCUPACIONAL S.A.S

Nit. 900454855-3
Cel. 310 307 6666 - 313 474 8388
Calle 13 N° 13 - 44 Barrio Juan Mellao - Acacias
Centro Comercial Llanocentro local 108 - Villavicencio
servicios@ipsso.co



EXAMEN DE OPTOMETRIA

Atención N°: 34,326

DATOS PERSONALES

Fecha: 22/02/2024 Municipio: VILLAVICENCIO (META, COLOMBIA) CC: 82390697 Nombre: ALVIRA SANTOFIMIO FAIBER CAMILO Edad: 48 AÑOS 9
Genero: MASCULINO Profesión o Cargo: GERENTE ZONA Empresa: PARTICULARES
Eps: Tipo Evaluación Medica: VALORACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO F. Último Examen: 7 AÑOS
Lugar del Último Examen: NO APLICA Motivo Consulta: EXAMEN DE INGRESO

ANTECEDENTES VISUALES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NIEGA
ANTECEDENTES PERSONALES	NIEGA
ANTECEDENTES OCUPACIONALES	NIEGA
EXPOSICIÓN LABORAL VISUAL	
LENTES DE CONTACTO	NO USA
MULTIFOCAL	NO
TIPO DE USO	NO APLICA
TRAE RX	NO
ÚLTIMO DIAGNÓSTICO	
USA ANTEOJOS	NO USA

PRUEBAS REALIZADAS

SINTOMATOLOGÍA

ASINTOMÁTICO

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN				AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN			
	AV/VL	AV/VP	PH		AV/VL	AV/VP	
O.D:	20/20	40	N/A		N/A	20	
O.I:	20/20	40	N/A		N/A	20	
A.O:	20/20	40	N/A		N/A	20	

EXAMEN EXTERNO

OJO DERECHO: ESTRUCTURAS SANAS Y COMPLETAS

OJO IZQUIERDO: ESTRUCTURAS SANAS Y COMPLETAS

REFLEJOS

OBSERVACIÓN: PRESENTES Y NORMALES

COVER TEST

VISIÓN LEJANA: NORMAL

VISIÓN PROXIMA: NORMAL

MOTILIDAD OCULAR

OBSERVACIÓN: NORMAL

PUNTO PRÓXIMO DE CONVERGENCIA

OBSERVACIÓN: NORMAL

OFTALMOSCOPIA

OJO DERECHO: FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL

OJO IZQUIERDO: FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL

QUERATOMETRÍA

OJO IZQUIERDO: K' =

OJO DERECHO: K' =

REFRACCIÓN

OJO DERECHO N AV VL 20/ 20

OJO IZQUIERDO N AV VL 20/ 20

RX FINAL

OJO IZQUIERDO N AV VL 20/ 20 AV VP 20/ 20 ADD +1.50

OJO DERECHO N AV VL 20/ 20 AV VP 20/ 20 ADD +1.50

VISIÓN COLOR

OJO DERECHO: NORMAL

OJO IZQUIERDO: NORMAL

ESTEREOPSIS

OBSERVACIÓN: NORMAL

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
H524	PRESBICIA	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA
Z010	EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

CONTROL EN UN AÑO

USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PARA VISIÓN PRÓXIMA

REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

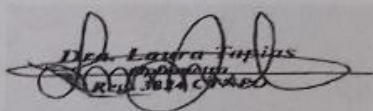
PRESBICIA, PACIENTE DEBE HACER USO DE CORRECCION OPTICA SOLO PARA VISION PROXIMA

SE RECOMIENDA PAUSAS ACTIVAS

SE RECOMIENDA CONTROL DE OPTOMETRIA EN UN AÑO

SE RECOMIENDA USO DE LENTES CON FILTRO UV Y FILTRO DE LUZ AZUL SI USA PANTALLAS

USAR ELEMENTOS DE PROTECCION VISUAL RECOMENDADAS

OPTOMETRA

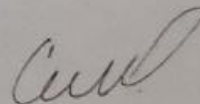
Dra. Laura Tapias
Optometrista
R.C. 3614 CAMILO

Firma:

Nombre: TAPIAS VARGAS LAURA YISETH

R. M.: 3824

L.S.O.:

PACIENTE

Firma:

Nombre: ALVIRA SANTOFIMIO FAIBER CAMILO

CC:

82390697

ALCALDÍA DE VILLAVICENCIO
SECRETARÍA DE HACIENDA MUNICIPAL
DIRECCIÓN DE IMPUESTOS MUNICIPALES

CERTIFICADO DE REGISTRO
INDUSTRIA Y COMERCIO

www.villavicencio.gov.co @villavoalcaldia
Código Postal 500.001



FECHA: 28/01/2025

No. 25180110000598

La suscrita Directora Técnica de la Dirección de Impuestos Municipales de la **Alcaldía de Villavicencio - Meta**:

CERTIFICA:

Que verificado en la base de datos del Sistema se encontró inscrito el siguiente Contribuyente:

INFORMACIÓN DEL CONTRIBUYENTE

1. Número de Identificación Tributaria 82390697	D.V. 3	2. Tipo de Contribuyente NATURAL	3. Régimen SIMPLIFICADO
4. Razón Social y/o Nombre del Propietario ALVIRA SANTOFIMIO FAIBER CAMILO			
5. Fecha de Inscripción 21/02/2024	6. Estado ACTIVO	7. Fecha de Cancelación	8. ¿Es Retenedor? NO
10. ¿Es Temporal? NO	11. Identificación del Representante legal	12. Nombre Representante legal o Propietario ALVIRA SANTOFIMIO FAIBER CAMILO	

UBICACIÓN

13. Dirección Principal CALLE 17 A # 166 - 24, SUR VRDA BARCELON		
14. Ciudad VILLAVICENCIO	15. Departamento META	16. Barrio VEREDA BARCELONA
17. Correo Electrónico FACAALVISA@GMAIL.COM	18. Teléfono 3223861824	19. Código Postal

CLASIFICACIÓN

Actividades	Código	Código CIU	Fecha de Inicio
Actividad Principal	8523	0	21/02/2024
Actividad Secundaria	7500	0	01/07/2009
Actividad Terciaria	7490	0	21/02/2024
Otros			

INFORMACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS

Matricula M.	Nombre del Establecimiento	Dirección	Fecha de Apertura	Fecha de Cierre

Se expide el **28 de enero del 2025** en el Municipio de Villavicencio - Meta.

Firma del Responsable

MYRIAM LUCÍA FRANCO RUIZ

Directora Técnica de Impuestos Municipales

Esta firma tiene validez de conformidad con el Decreto 2150 de 1995, autorizada por la Resolución No. 089 de 2018, modificada por la Resolución No. 189 de 2021

Proyectó: JCMANCERA