Santiago de Cali, (07) de (Noviembre) del 2025.

Señora

EMILY VANESSA VELEZ ÁVILA

Directora INCIVA.

Asunto: Presentación de oferta- **CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS.**

Por medio de la presente, me permito presentar oferta para la ejecución de contrato de prestación de servicios a suscribir con el **INSTITUTO PARA LA INVESTIGACIÓN Y LA PRESERVACIÓN DEL PATRIMONIO CULTURAL Y NATURAL DEL VALLE DEL CAUCA – INCIVA.**

Por tal motivo, en caso de que sea aceptada esta oferta, me comprometo a cumplir con el objetivo, las actividades y obligaciones del contrato a suscribir, estipuladas en los estudios previos. En igual sentido declaré:

1. Que me comprometo a ejecutar el objeto contractual hasta el plazo determinado en los documentos del contrato.
2. Que no me hallo incurso en causal alguna de inhabilidad e incompatibilidad de las señaladas en la ley y no me encuentro en ningún de los casos de prohibiciones especiales para contratar.

Para efecto de los servicios y obligaciones a desarrollar, anexo mi hoja de vida con los documentos y constancias que acreditan mi perfil y experiencia.

Las obligaciones contractuales las puedo cumplir a partir del momento que se me solicite.

Lo anterior para su consideración y aprobación.

NOMBRE: MARGARITA RUTH CHAZATAR MELENDEZ

CEDULA: 66.929.032

FIRMA: Margarita chazatar

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
CHAZATAR	MELENDEZ	MARGARITA RUTH

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No 66929032	F ⊗ M ○ NB ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 27 MES 01 AÑO 1973

PAÍS COLOMBIA

DEPTO VALLE DEL CAUCA

MUNICIPIO FLORIDA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 7N 4 87 CASA

PAÍS COLOMBIA DEPTO VALLE DEL CAUCA

MUNICIPIO GUACARÍ

TELÉFONO 3148566 EMAIL margaritachazatar@hotmail.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	07	AÑO	1991

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

T (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).

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)

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 IDIOMAS

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

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

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO PARA LA INVESTIGACION Y LA PRESERVACION DEL PATRIMONIO CULTURAL Y NATURAL DEL VALLE DEL CAUCA		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA								
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA	*MUNICIPIO* CALI				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*							
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	29	*Mes*	03	*Año*	2025	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE MEDIO AMBIENTE						*DIRECCIÓN* CALLE 6 24 80					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO PARA LA INVESTIGACION Y LA PRESERVACION DEL PATRIMONIO CULTURAL Y NATURAL DEL VALLE DEL CAUCA		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA								
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA	*MUNICIPIO* GUACARÍ				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*							
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	02	*Año*	2024	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE MEDIO AMBIENTE						*DIRECCIÓN* CALLE 6 24 80 Avenida Roosevelt – Piso 4					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO PARA LA INVESTIGACION Y LA PRESERVACION DEL PATRIMONIO CULTURAL Y NATURAL DEL VALLE DEL CAUCA	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA

DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA	*MUNICIPIO* GUACARÍ						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*				
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	09	*Mes*	12	*Año*	2023	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL 4691 CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE MEDIO AMBIENTE						*DIRECCIÓN*				

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO PARA LA INVESTIGACION Y LA PRESERVACION DEL PATRIMONIO CULTURAL Y NATURAL DEL VALLE DEL CAUCA	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA

DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA	*MUNICIPIO* GUACARÍ						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*				
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	17	*Mes*	02	*Año*	2023	*Día*	30	*Mes*	10	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL 4691 CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE MEDIO AMBIENTE						*DIRECCIÓN*				

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO PARA LA INVESTIGACION Y LA PRESERVACION DEL PATRIMONIO CULTURAL Y NATURAL DEL VALLE DEL CAUCA	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA

DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA	*MUNICIPIO* GUACARÍ						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*				
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	17	*Mes*	02	*Año*	2023	*Día*	30	*Mes*	10	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE MEDIO AMBIENTE						*DIRECCIÓN* AVENIDA 24 80 0 Avenida Roosevelt				

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO PARA LA INVESTIGACION Y LA PRESERVACION DEL PATRIMONIO CULTURAL Y NATURAL DEL VALLE DEL CAUCA	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA

DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA	*MUNICIPIO* GUACARÍ						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*				
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	11	*Mes*	11	*Año*	2022	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA MEDIO AMBIENTE						*DIRECCIÓN* CALLE 6 24 80				

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO PARA LA INVESTIGACION Y LA PRESERVACION DEL PATRIMONIO CULTURAL Y NATURAL DEL VALLE DEL CAUCA	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA

DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA	*MUNICIPIO* GUACARÍ						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*				
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	06	*Mes*	07	*Año*	2022	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE MEDIO AMBIENTE						*DIRECCIÓN* - sin direccion				

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE VALLE DEL CAUCA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA	*MUNICIPIO* GUACARÍ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	07	*Mes*	01	*Año* 2022	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2022	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE MEDIO AMBIENTE					*DIRECCIÓN* AUTOPISTA null null null cali						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO PARA LA INVESTIGACION Y LA PRESERVACION DEL PATRIMONIO CULTURAL Y NATURAL DEL VALLE DEL CAUCA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA	*MUNICIPIO* GUACARÍ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	10	*Mes*	11	*Año* 2021	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE MEDIO AMBIENTE					*DIRECCIÓN* CALLE 6 24 80 Sin dirección						

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO PARA LA INVESTIGACION Y LA PRESERVACION DEL PATRIMONIO CULTURAL Y NATURAL DEL VALLE DEL CAUCA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA	*MUNICIPIO* GUACARÍ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	10	*Mes*	09	*Año* 2021	*Día*	30	*Mes*	10	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA DE MEDIO AMBIENTE					*DIRECCIÓN* CALLE 6 24 80 Sin dirección						

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	9
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	2	10
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO X 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 Guacarí 2025-11-07

Margarita Chazatar

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.

Cali, 07 de Nov de 2025

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Función Pública

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

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2025-03-12 15:52

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
MARGARITA	RUT	CHAZATAR	MELENDEZ

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	66929032

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	VALLE DEL CAUCA	Municipio	FLORIDA

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	VALLE DEL CAUCA	Municipio	GUACARÍ

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	INSTITUTO PARA LA INVESTIGACION Y LA PRESERVACION DEL PATRIMONIO CULTURAL Y NATURAL DEL VALLE DEL CAUCA

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	VALLE DEL CAUCA	Municipio	CALI

Dirección	["Avenida Roosevelt Nº 24-80"]
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$0,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$16.200.000,00
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$16.200.000,00

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	$1,00

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 [X] 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 [X]

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
JOSE	HOOVER	NAVIA	

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 2571801

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:

INCIVA	DECLARACION DE NO TENER INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD PARA CONTRATAR	FO-PAR-28	VERSION: 01	
			FECHA: 09 noviembre 2020	Página 1 de 2

NOMBRE COMPLETO	Margarita Rut Chazatar M.
CEDULA DE CIUDADANÍA	66.929.032
CARGO O CONTRATO QUE SE CELEBRA	Prestacion de Servicios
Mediante la firma de este documento declaro que no tengo ninguna de las siguientes inhabilidades y/o incompatibilidades. En el caso que usted no declarará de manera inmediata se dará por terminado el contrato:	

INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

Certifico que:

No he celebrado contratos de Unión Temporal o Consorcios con INCIVA
No he celebrado contratos que dieran lugar a la declaratoria de caducidad en INCIVA
No he sido condenado judicialmente con destitución o a la pena de interdicción
No tengo cónyuge de algún servidor público que ejerza dirección en INCIVA
No soy hijo servidor público en INCIVA
No soy cónyuge o compañero permanente ni me encuentro dentro del segundo grado de consanguinidad o segundo de afinidad con cualquier otra persona que formalmente haya presentado propuesta para una misma licitación o concurso en INCIVA
No soy socio de sociedades de personas a las que se les haya declarado caducidad (así se vinculen posterior a la declaración) de contrato con INCIVA
No he sido condenado por peculado, concusión, cohecho, prevaricato o soborno trasnacional (aplicable para sociedades donde sean socios los condenados por estos salvo sociedades anónimas abiertas)
No he sido miembro de junta o consejo directivo o servidor público de la entidad contratante
No tengo parentesco hasta segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con servidores públicos de nivel directivo, asesor, ejecutivo o miembros de junta o consejo directivo o con quienes tengan funciones de control interno o fiscal de la entidad con INCIVA
No tengo cónyuge o compañero (a) permanente de servidor público en los mismos cargos.
No pertenezco a corporaciones, asociaciones, fundaciones o sociedades anónimas que no sean abiertas, ni las limitadas y de personas en las que el servidor público en nivel directivo, asesor o ejecutivo, miembro de junta o consejo; o cónyuge, compañero (a) permanente o parientes hasta 2 grado de consanguinidad, afinidad, civil que tenga participación o desempeñe cargos de dirección o manejo en INCIVA.
No tengo familiares que sean Miembros de junta o consejo directivo para con la entidad donde trabajan o donde la entidad esté adscrita o vinculada

Nota aclaratoria :

Se entenderá para efectos de parentesco los siguientes: consanguíneo primer grado (padres o hijos); segundo grado de consanguinidad (abuelos, nietos o hermanos); tercer grado de consanguinidad (bisabuelos, bisnietos, tíos o sobrinos); cuarto grado de consanguinidad (primos).
Parentesco por afinidad: primer grado de afinidad (padres o hijos de su cónyuge o compañero (a) permanente); segundo grado de afinidad (hermanos o abuelos de su cónyuge o compañero (a) permanente); tercer grado de afinidad (tíos o sobrinos de su cónyuge o compañero (a) permanente); cuarto grado de afinidad (primos de su cónyuge o compañero (a) permanente).

*Lo anterior acorde a lo contemplado en el artículo 8 de la Ley 80/1993; artículo 14 del decreto 2326/1996; artículo 18 de la Ley 1150/2007; artículo 75 del Decreto Extraordinario 1950 /1973; artículo 4 del Decreto 1042 de 1978; Ley 37 de 1993; artículo 1 de la Ley 44/1993; artículo 49 y 146 del Decreto 1421 de 1993; artículo 70 de la Ley 136/1994; artículo 4 del Decreto 679 de 1994; artículo 4 del Decreto 856 de 1994; artículo 14 del Decreto 1824 de 1994; artículo 90 de la Ley 418/1997; artículo 70 de la Ley 617/2000; artículo 10 de la Ley 643/2001; artículo 4 de la Ley 716/2001; art. 273 Decreto 1333 de 1986; artículo 54 de la Ley 734/2002 y el Artículo 128 de la Constitución Política que expresa: "Nadie podrá desempeñar simultáneamente más de un empleo público ni recibir más de una asignación que provenga del tesoro público, o de empresas o de instituciones en las que tenga parte mayoritaria el Estado, salvo los casos expresamente determinados por la ley. Entiéndase por tesoro público el de la Nación, el de las entidades territoriales y el de las descentralizadas". Es por tanto que declaró que no me encuentro en ninguno de los supuestos en los que vulneraría estos artículos y lo manifiesto bajo la gravedad de juramento

FIRMA DECLARACIÓN:

Margarita chaparro

Cédula de Ciudadanía No.: 66'929.032

COPIA CONTROLADA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **66.929.032**

CHAZATAR MELENDEZ

APELLIDOS

MARGARITA RUTH

NOMBRES

Margarita Ruth Chazatar

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **27-ENE-1973**

FLORIDA
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

17-MAY-1993 PRADERA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-3104900-00255651-F-0066929032-20100915 **0023943602A 2** 35459135

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141218493475

(415)7707212489984(8020) 000014121849347 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
6 6 9 2 9 0 3 2	4	Impuestos y Aduanas de Palmira	1 5	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	66929032	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Pradera 5 6 3

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CHAZATAR	MELENDEZ	MARGARITA	RUTH

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Guacarí 3 1 8

41. Dirección principal: CRA 7 NRO 4-87

42. Correo electrónico: margaritachazatar@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 1 7 8 8 9 7 2 1	3 1 4 8 5 6 6 4 1 2

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
4 7 1 9	1 9 9 9 0 7 1 0						3 2 2 2	

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	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
54. Código																				

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

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 CHAZATAR MELENDEZ MARGARITA RUTH

985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 30-10-2025 11:37:51PM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

La República de Colombia

y en su nombre

EL INSTITUTO "LAS AMERICAS"

FLORIDA - VALLE DEL CAUCA

AUTORIZADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL,
SEGUN RESOLUCION No. 20011 DEL 21 DE OCTUBRE DE 1982

Confiere a

Margarita Ruth Chazatar Meléndez

T. I. No. 730127 - 12275 de Florida Valle

el Título de

Bachiller Académico

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

Rector

Secretario

Expedido en Florida, a 12 de OCTUBRE de 1991

Anotado al Folio 189-047 Libro de Registro No. 103

Secretario de Educación

166459

Dado en Santiago de Cali a 14 de Octubre de 1992

Compañía de Diplomas - Cali - Tel. 3[illegible]

Acta de Grado

INSTITUTO LAS AMERICAS
Jornada de la Mañana

Inscripción S. E.
DANE 176275000017

En Florida Valle a los 12 días del mes de Julio del año 1991 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría del:

INSTITUTO LAS AMERICAS

Institución aprobada en el Nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el Título de

BACHILLER en la Modalidad ACADEMICA

Según Resolución No. 20011 del 21 de Octubre de 1982 hasta Nueva Visita.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el título de:

BACHILLER ACADEMICO

Al graduando cuyo nombre, apellidos y número del documento de identificación se relacionan a continuación.

Margarita Ruth Chazatar Meléndez

T. I. No. 730127 - 12275 de Florida Valle

Es fiel copia tomada del Acta Original General No. 11 de fecha Julio 12 de 1991 qae consta de 57 alumnos que comienza con el nombre de:

ABADIA RUIZ LEONARDO FABIO

y se cierra con el nombre de

ZAPATA MUÑOZ WILMAR

Firmado y Sellado por HUGO ZAPATA RUIZ (Rector)
y ZORAIDA VALDES HERRERA (Secretaria)

Dada en Florida Valle a 12 de Julio de 1991

Firmado y Sellado

Rector
C. C. 3 345 946 de Medellín

Secretaria
C. C. 66 705 142 de Candelaria

DIPLOMA No. 166459

Centro de Diplomas - Cali - Tel. 372565

LINEAS UNIVERSITARIAS S.A.S.

Servicio Especial

Habilitación No. 000053 febrero 05 de 2018 - Ministerio de Transporte Regional del Valle

NIT. 800.172.243 - 2

Buses - busetas - Micros - Camionetas full equipo - Turismo dentro y fuera del pais.
Transporte para personal de empresas - Estudiantes - Paseos etc.

Guacarí, 26 de enero de 2022.

A QUIEN PUEDA INTERESAR

Por medio de la presente hago constar que la Sra. **MARGARITA MARIA DOMIGNUEZ LENIS**, identificada con cedula de ciudadanía No. 29.542.898 de Guacarí, Valle del cauca, presta sus servicios como profesional Contable a la empresa líneas universitarias s.a.s Nit. 800.172.243 desde el día 22 de noviembre de 2021.

En constancia se emite a solicitud de la parte interesada en Guacarí a los 26 días del mes de enero de 2022.

Cordialmente;

Claudia A. Mora Ch.
Claudia Mora Chicaiza
Administradora de líneas universitarias s.a.s
Nit. 800.172.243-2

Balanceados del Valle
Concentrado para animales
NIT: 815.004.192-0

CERTIFICADO LABORAL

La Empresa **BALANCEADOS DEL VALLE S.A.S.** con NIT 815.004.192-0, certifica que la Señora **MARGARITA MARIA DOMINGUEZ LENIS** identificada con cedula de ciudadanía No. 29.542.898 de Guacarí (Valle del Cauca), labora en nuestra empresa desde el dieciséis (16) de Septiembre de 2019, desempeñándose como Contadora, y devengando un salario mensual de $2.194.200.

El tipo de contrato es a término indefinido, tiempo en el que se ha destacado por ser una persona responsable y cumplidora de sus deberes.

Para constancia de lo anterior, se firma en Palmira a los veinticuatro (24) días del mes de Agosto de 2021.

Cordialmente,

WILMAN ARLEY ARISTIZABAL A.
Representante Legal
Balanceados del Valle S.A.S.

Dirección: Carrera 35 # 44-30 Palmira - Valle -Col. Teléfono: 285 5083
Celulares: 316 342 8903 - 317 671 3243 - 318 707 9702
E-mail: balanceadosdelvalle@hotmail.com

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 jueves 30 de octubre de 2025, a las 22:58:09, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	66929032
Código de Verificación	669290322510302258O9

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: CCD

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 283555801

M
22:58:43

Bogotá DC, 30 de octubre del 2025

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) MARGARITA RUTH CHAZATAR MELENDEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 66929032:

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

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

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 11:00:40 PM horas del 30/10/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **66929032**

Apellidos y Nombres: **CHAZATAR MELENDEZ MARGARITA RUTH**

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

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 30/10/2025 11:02:13 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **66929032** y Nombre: **MARGARITA RUTH CHAZATAR MELENDEZ.**

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. **125832414** . 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

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 23:04:29 horas del 30/10/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **66929032,** Apellidos y Nombres **CHAZATAR MELENDEZ MARGARITA RUTH**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **INCIVA**, con NIT **800086201-5** 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.

Dirección de Investigación Criminal e INTERPOL

Área de Administración de Información Criminal

Enlaces de Interés

- › Portal web DIJIN
- › Consulta Antecedentes Judiciales
- › Protección de Datos

Síganos en las redes sociales

© 2025 Policía Nacional de Colombia - Grupo Tecnologías de la Información y las Comunicaciones DIJIN

TIC

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 66929032 **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 30/10/2025 10:57 PM

Código Verificación: **LK9DQ18PCZ**

Válida hasta: **29/01/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

FUNDACION IPS PARA LA SALUD FISICA Y MENTAL
FIME MEDICO LABORAL

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

Codigo: AM01	
Version: 002	
Emision: Agosto 08	
GESTION ASISTENCIAL	Pagina: 1 de 1



Certificado de Aptitud laboral de : Ingreso
Fecha de Atencion: jueves, 27 de febrero de 2025
Nombre del trabajador: MARGATITA RUTH CHAZATAR MELENDEZ
Cedula de Ciudadania: 66.929.032 **de** PRADERA VALLE
Edad: 51 Años **RH:** O+
Empresa: PARTICULAR
Cargo: GESTOR AMBIENTAL
Area / Seccion: OPERATIVO

Diagnosticos:	Conducta / Manejo:
0	0
EXAMEN MEDICO LABORAL INGRESO	0
EN EL MOMENTO DE VALORACION MEDICA EL PACIENTE NO	0
PRESENTA NI REFIERE SINTOMAS COMPATIBLES CON EL VIRUS	0
DEL COVID - 19	0
0	0
0	0
0	0

Examenes complementarios

Audiometria NO — SAL 0 — ELI O.D. 0 — ELI O.I. 0 — LARSEN O.D. Normal — LARSEN O.I. Normal

Visiometria NO — Agudeza visual Lejana O.D. 0 O.I. 0 — Agudeza visual cercana O.D. 0 O.I. 0

Stereopsis Normal — Forias Normal — Cromaticidad Normal

Optometria NO — SOLICITADO

Espirometria NO — SOLICITADO

Otros: NO SE SOLICITARON PARACLINICOS DE LABORATORIO
0
0

Restricciones y/o recomendaciones Recomendaciones ergonocicas: Uso de las EPP, Pausas activas de acuerdo con las normas de la empresa
Higuiene postural, ejercicio y dieta
0
0

Concepto medico de Aptitud Laboral: **Apto para el cargo sin restricciones**

La presente certificacion se expide con base en la Historia Clinica Ocupacional del trabajador la cual tiene caracter confidencial y su manejo regulado (Resolucion 2346 del 2007).

Jaire Cambindo Escorcia
Especialista en Salud Ocupacional
U L De Pereira Licencia N° 63-1333
de 18/09/12 R.M 524589

Firma Medico Ocupacional y Registro Medico

Margarita Chazatar

Firma y cédula del trabajador
66'929032



Huella indice derecho

Declaración del trabajador: Certifico que la informacion que he suministrado es verdad, puede ser confirmada por la empresa aceptando que cualquier inexactitud puede motivar la invalidez de mi contrato; igualmente me encuentro conforme con la informacion de mi examen medico y resultados paraclinicos. Autorizo para que entregue los resultados en el Departamento de Salud Ocupacional de la empresa, quienes se encargaran de enviarla a la respectiva E.P.S. a la cual sere afiliado.

Powered by CamScanner

nueva eps

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) MARGARITA RUT CHAZATAR MELENDEZ identificado(a) con CC 66929032 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	**31/01/2022**
Estado de la Afiliación:	**VIGENTE**
IPS:	**MEDICIPS GUACARI**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 30 días del mes de octubre del año 2025.

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

* 01B 19976394 *

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT: 900.156.264-2

NO 3 N°

FECHA DE RADICACIÓN 4 11 2015

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]

2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual [ ] (a) Cotizante o cabeza de familia [X] (a) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]

3. RÉGIMEN: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI [ ] NO [X]

5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]

6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]

7. CÓDIGO

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO: Chazatar | SEGUNDO APELLIDO: Melendez | PRIMER NOMBRE: Margarita | SEGUNDO NOMBRE: Ruth

9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: [X]

10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 66829832

11. SEXO BIOLÓGICO: [X]

12. SEXO IDENTIFICACIÓN: [ ] ¿Cual?

13. NACIONALIDAD: Colombia

14. LUGAR DE NACIMIENTO: Florida

15. FECHA NACIMIENTO: 27 01 1973

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA | 17. COMUNIDAD INDÍGENA | 18. DISCAPACIDAD SI [ ] NO [ ] | CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD | 19. TIENE ENCUESTA SISBEN? SI [ ] NO [ ] | 20. CLASIFICACIÓN SISBEN | NIVEL | GRUPO | 21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL | 22. RBL

23. AFP | 24. IBC: 1.735.500 | 25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA | 26. RESIDENCIA | DIRECCIÓN: CRA 8 3-15

TELÉFONO FIJO | TELÉFONO CELULAR: 3148766 42 | CORREO ELECTRÓNICO | DEPARTAMENTO: Valle

MUNICIPIO/ DISTRITO: Cerrel | LOCALIDAD/COMUNA | ZONA: URBANA [ ] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ] | CÓD. POSTAL: 76111

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

27. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE

28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 30. SEXO BIOLÓGICO | 31. SEXO IDENTIFICACIÓN ¿Cual?

32. NACIONALIDAD | 33. LUGAR DE NACIMIENTO | 34. FECHA NACIMIENTO

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

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO	40. SEXO IDENTIFICACIÓN	41. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS	DEPTO	MUNICIPIO	42. FECHA DE NACIMIENTO: DÍA	MES	AÑO
31												
32												
33												
34												
35												

Datos complementarios del Beneficiario

	43. ETNIA	44. CABEZA DE FAMILIA	45. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL	46. DISCAPACIDAD	47. TIENE ENCUESTA SISBEN	48. NIVEL	49. GRUPO	50. CLASIFICACIÓN SISBEN	51. Datos de residencia: DIRECCIÓN	ZONA	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. TIPO DE LA AFP DEL AFILIADO ADICIONAL	DIRECCIÓN	CORREO ELECTRÓNICO	53. IBC	54. NÚMERO DE LA AFP (A PRIORIZAR POR LA EPS)
31																
32																
33																
34																
35																

nueva eps
FREDDY CORTÉS
Asesor Comercial Nueva EPS
305 403 1950

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

55. Nombre o razón social | 56. Tipo Documento de Identificación | 57. Número del documento de identificación | 58. Tipo de aportante empleador (Si pensionado se registra con la EPS)

59. Ubicación

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. TIPO DE NOVEDAD:
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACIÓN DE LA VINCULACIÓN EN LA EPS Código: [ ]
6. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO Código [ ]
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIÓN PARA COTIZAR [X]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PERDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. INSCRIPCIÓN EPS RÉGIMEN EL PAGO A TRAVÉS DE LA PILA [ ]
12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA RECIBIR APORTANTES [ ]
13. DETERMINACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA RECIBIR APORTANTES COLECTIVOS [ ]
14. MOVILIDAD
A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ]
B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
15. TRASLADO
A) RÉGIMEN [ ]
B) COMPONENTE [ ]
16. DEVOLUCIÓN DE PAGO LEC MEATO [ ]
17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN EL TRABAJO [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]
21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO: Chazatar | SEGUNDO APELLIDO: Melendez | PRIMER NOMBRE: Margarita | SEGUNDO NOMBRE: Ruth

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

64. FECHA NACIMIENTO | 65. EPS ANTERIOR | 66. FECHA DE NOVEDAD | 67. MOTIVO DE TRASLADO Código | 68. Cód. de compensación (Solo para el traslado de Regímenes)

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de beneficiarios adicionales de los parentescos y afiliados adicionales. Declaro bajo la gravedad de juramento que (cita) Beneficiario(s) relacionado(s) corresponde(n) a la(s) persona(s) que tiene(n) el parentesco indicado en mi declaración. [ ]
70. Declaración de la no pulgación de afiliar al Régimen Contributivo. Exonero a la Declaración. [ ]
71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que exige para la afiliación de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad. [ ]
72. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga copia y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [ ]
75. Autoriza para que la EPS realice el manejo de los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [ ]
76. a). Autorizo mi consentimiento expreso para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, Email, Redes sociales, Aplicaciones, Whatsapp y demás canales, para recibir mensajes informativos. [ ]
b). Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro del Plan de Beneficios en Salud vigente, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE). [ ]
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y autorizar los pagos correspondientes. [ ]
78. Aceptación de la agrupación del grupo familiar y las tarifas de Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente. [ ]

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

IX. FIRMAS

X Margarita Chazatar M

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

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] MS [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] SC [ ] PA [ ] CD [ ] AS [ ] PT [ ]
Cantidad: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Total [ ]
83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente [ ]
84. Copia del registro civil de matrimonio o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos o escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. [ ]
86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia [ ]
88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración jurada por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. [ ]
89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud (artículo 4.4.5 del artículo 2.1.1.3 del Decreto 780 de 2016) [ ]
90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para recibir afiliaciones colectivas. [ ]
91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en las que conste la calidad de beneficiario o de afiliado adicional de oficio. [ ]
Total Anexos [ ]

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

92. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL | Código del Municipio [ ] | Código del departamento [ ] | 93. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

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

94. APELLIDOS Y NOMBRES
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 95. FIRMA DEL FUNCIONARIO | 96. FECHA DE RADICACIÓN | 97. FECHA DE VALIDACIÓN

OBSERVACIONES:

POR FAVOR NO USAR CORRECTOR | 19 - MAR - 2014

INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SGSSS)

Diligencie el formulario en letra imprenta, legible, sin borrones ni tachones. Los datos de identificación se deben diligenciar como aparece en el Documento de identidad vigente. Con espacios sombreados son para el diligenciamiento por la EPS o la Entidad Territorial correspondiente. Los trámites de afiliación o novedades pueden realizarlos solamente el Cotizante, el cabeza de familia, el representante legal o el Representante sobrevalido en afiliaciones se ofició.

DATOS DEL TRAMITE.

1. Tipo de trámite. Marque con una X el tipo de trámite que va a realizar.

A. Afiliación. Si la persona se va a registrar por primera vez al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Si ha estado antes en una EPS, el Trámite no corresponde a una afiliación, sino una novedad.

B. Reporte de Novedades. Si usted va a continuar sin cambio de datos, se trasladó, no beneficiario, o de la condición en el aseguramiento.

2. Tipo de Afiliación

A. Individual: La opción de afiliación individual amplia cuando el cotizante o el cabeza de familia realizan directamente la afiliación y el reporte de novedades, y no a través de otras personas, entidades o instituciones. Se debe colocar una X en la opción que corresponda: cotizante, cabeza de familia o beneficiario.

a) Cotizante o cabeza de familia

b) Beneficiario o afiliado adicional

B. Colectiva: La opción se hace cuando un trabajador independiente o un Miembro de una comunidad o congregación religiosa realiza afiliación, reporte de novedades y pago de aportes al SGSSS a través de asociaciones, agremiaciones o congregaciones religiosas autorizadas para realizar afiliaciones colectivas.

C. Institucional: La opción Institucional aplica cuando la persona que se va a afiliar se encuentra a cargo de una institución de protección y la institución es responsable de hacer el trámite.

D. De oficio: La opción de oficio aplica cuando la afiliación es realizada por La Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social – UGPP, el Municipio o la entidad Administradora de pensiones cuando el afiliado no ha hecho la selección, la entidad territorial cuando la persona cumple los requisitos para pertenecer al régimen subsidiado y se niegue a ello, y los prestadores de servicios de salud en el caso del recién nacido de padres no afiliados. También aplica cuando la afiliación de los beneficiarios es realizada por las Comisarías de Familia, los defensores de familia, las Personerías Municipales.

3. Régimen

C. Contributivo. Cuando la operación que se va a realizar afecta a este régimen, es decir, la afiliación, la movilidad o la novedad es en el R. Contributivo.

S: Subsidiado. Cuando la operación que se va a realizar afecta a este régimen, es decir, la afiliación, la movilidad o la novedad es en el R. Subsidiado.

4. Contribución Solidaria

Marque con una X, el campo que corresponda, para ingresar a la Contribución Solidaria como mecanismo de afiliación al Régimen Subsidiado en Salud según el Decreto 616 de 2022, o la norma que la modifique o sustituya.

5. Tipo de Afiliado

A: Cotizante. Es el afiliado que paga aporte al sistema en el Régimen Contributivo y es el cabeza del grupo familiar.

B: Cabeza de familia. Es el afiliado que recibe el subsidio de SGSSS y es el cabeza de su grupo familiar.

C: Beneficiario. Es la persona que integra el núcleo familiar y cumple las condiciones para ser tratado como beneficiario de un cotizante en el Régimen Contributivo o de un cabeza de familia en el Régimen Subsidiado.

6. Tipo de cotizante. Corresponde a las opciones de condición del cotizante, al momento de su afiliación. Marque con una X la opción que corresponda:

A: Dependiente: Si el cotizante tiene un empleador mediante una relación laboral y cotiza con éste el pago de los aportes a salud y pensiones.

B: Independiente: Si el cotizante no está vinculado a un empleador mediante una relación laboral y, por tanto, no comparte el pago de sus aportes, sino que lo asume en la totalidad.

C: Pensionado. Si el cotizante goza de una pensión y el pago del aporte a salud se descuenta a su cargo.

7. Código

Este campo debe ser diligenciado por la EPS, para lo cual debe registrar el código del tipo de cotizante que corresponda como dependiente, independiente o pensionado según la tabla de cotizantes por pensionados establecida para la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes-PILA.

A. AFILIACIÓN

Si la afiliación es individual o colectiva, se debe: - Diligenciar los espacios de los Capítulos II "DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia y Beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)" y III. "DATOS COMPLEMENTARIOS", correspondientes al cotizante o cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional cuando aplique. - Diligenciar los datos del Capítulo IV "DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR" si el cotizante o cabeza de familia tiene beneficiarios en el mismo trámite de afiliación. - Diligenciar los datos del Capítulo V "DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO", solamente si empleador, si el afiliado es dependiente, o la agremiación colectiva, asociación o congregación religiosa si es trabajador independiente clasificado a una entidad autorizada para recibir afiliaciones colectivas o de la entidad responsable del pago para el pago de cotizantes independientes. - Marcar con una X, en el Capítulo VII "DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES", las declaraciones y autorizaciones que correspondan. - Diligenciar en el Capítulo IX "Firmas", los campos 80 y/o 81 según el caso. - Marcar con una X en el Capítulo X "ANEXOS", los documentos de identidad que se adjuntan de las personas que se afilian, los anexos que acreditan la condición de sus beneficiarios, según corresponda y demás documentos que soporten el trámite de afiliación o reporte de la novedad.

Si la afiliación es institucional o de oficio, la institución o entidad debe: - Diligenciar los espacios de los Capítulos II "DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN del cotizante, cabeza de familia y Beneficiario cuando aplique" y III "DATOS COMPLEMENTARIOS" con los datos de la persona que se va a afiliar, en condición de cabezas de familia. Los niños de padres no afiliados que afilia la IPS aunque la calidad de cabeza de familia hasta tanto sus padres realicen la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud. - Diligenciar los datos del Capítulo IV "DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR" si desea información de los beneficiarios de la persona que se va a afiliar, o si la persona que se va a afiliar tiene la calidad de beneficiario y el cabeza de familia o cotizante le niega la información debida del núcleo familiar de acuerdo con lo establecido en el artículo 2.2.5.1.4.1 Decreto 780 de 2016. Diligenciar los datos del Capítulo XI "DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL" y XII. "DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL" relativos a la entidad responsable de la afiliación institucional o de oficio. - Marcar con una X en el Capítulo VII "DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES" las declaraciones y autorizaciones que corresponden. En el caso de las afiliaciones de oficio solo podrán marcar los numerales "1, 14 y 15. - Diligenciar el Capítulo IX "Firmas", firmando en el campo 81 "Anotante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio". - Marcar con una X en el Capítulo X "ANEXOS", el documento de identidad que se adjunta de la(s) persona(s) que se va(n) a afiliar y los anexos que acreditan la condición de beneficiarios, según corresponda. - Diligenciar los datos del Capítulo XI "DATOS A DILIGENCIAR POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES" dentro la Entidad Territorial o la Institución en la que realiza la afiliación.

CAPITULO II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o de la Cabeza de familia)

Los datos básicos de identificación son aquellos que permiten la plena identificación del cotizante o cabeza de familia y deben coincidir con los del documento expedido por la entidad competente. Estos son:

8. Apellidos y Nombres: Estos datos deben ser registrados en las casillas correspondientes, en forma idéntica a como aparecen en el documento de identidad. - Primer apellido - Segundo apellido - Primer nombre - Segundo nombre

9. Tipo de documento de identidad: Debe colocar en el espacio el código que corresponda

Observación documento con el cual se va a identificar según la siguiente tabla.

CÓDIGO	Descripción de Tipo de Documento
CN	Certificado De Nacido Vivo - DANE
MS	Menor sin documento de Identificación
RC	Registro civil de nacimiento expedido por RNEC
TI	Tarjeta de identidad expedida por RNEC
CC	Cédula de ciudadanía expedido por RNEC
CE	Cedula de extranjería
SC	Salvoconducto de permanencia
PA	Pasaporte expedido por el país de origen sólo para extranjeros
CD	Expedido por la Unidad Administrativa Especial Migración Colombia a nacionales de países miembros
AS	Adulto sin documento de Identificación
PT	Permiso de Protección Temporal

10. Número del documento de identidad: Es el número con el cual se identifica como persona única y debe registrarse exactamente como figura en el documento de identidad. Si se trata del registro civil de nacimiento, se debe registrar el número NUIP que aparece en la parte superior izquierda del documento, si el indicativo serial "verifique que lo ha registrado completo".

11. Sexo Biológico o de nacimiento:

Marque con una X, la opción: femenino o masculino según las características genéticas, endocrinas y morfológicas del cuerpo al nacer.

Sexo de nacimiento, sexo: Masculino, femenino, transexual o no binario

O como parece en su documento de identidad

12. Sexo Identificación:

Marque con una X, la opción: F "Femenino" o M "Masculino" o T "Transexual" o NB "No Binario" o otro, según corresponda a la información consignada en el documento de identidad, expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil. Cuando se marque con una X la opción "otro", se debe diligenciar en el espacio "cual" el sexo registrado en el documento de identidad expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil.

13. Nacionalidad: Para los tipos de documentos CN, RC, TI y CC, registre la nacionalidad colombiana. Para el caso de los extranjeros registre la nacionalidad consignada en el documento de identidad que debe corresponder a los códigos descritos en la Resolución número 874 del 2022 Capítulo II tabla 11.

14. Lugar de nacimiento

Registre el nombre del país, departamento y municipio en el que nació.

15. Fecha de nacimiento

Registre la fecha de nacimiento contenida en el documento de identidad: días, mes y año.

CAPITULO III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales:

Estos datos deben registrarse para el cotizante en el Régimen Contributivo y para el cabeza de familia en el Régimen Subsidiado, según corresponda

16. Etnia: En este espacio debe registrar el código correspondiente a la etnia, en caso de pertenecer a alguna de ellas, tal como aparece en la tabla en el punto 18.

Categoría de discapacidad:

Diligencie la casilla con base a la siguiente tabla:

CÓDIGO	ETNIA	CÓDIGO	CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD
01	Indígena	B1	Discapacidad Física
02	Rom (Gitano)	B2	Discapacidad auditiva
03	Raizal (San Andrés y Providencia)	B3	Discapacidad visual
04	Palenquero (San Basilio de Palenque)	B4	Sordoceguera
05	Negro, Mulato, Afrocolombiano(a)	B5	Discapacidad intelectual
06	Ninguno de las Anteriores	B6	Discapacidad psicosocial (mental)
		B7	Discapacidad múltiple

19. Tiene encuesta SISBEN

Marque con una X, el campo que corresponda para informar si tiene aplicada la encuesta del SISBEN.

20. Clasificación SISBEN: Este dato aplica solo para el Regimen Subsidiado. Debe registrar el puntaje obtenido en la encuesta Sisben

CLASIFICACIÓN METODOLOGÍA IV SISBEN

NIVEL: 1 y 2

GRUPO: A1 - B7 y C1 - C18

21. Grupo de población especial: corresponde a la clasificación de la población que ha sido elegible para el ejercicio de salud mediante el mecanismo de listado censal como lo establecen las distintas normas vigentes sobre el particular. Debe escribir el código numérico en el espacio que corresponda, según la siguiente tabla:

Tipo Población	Nombre Población
1	Habitante de la calle
2	Población Infantil abandonada a cargo del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
3	Menores desvinculados del conflicto armado bajo la protección del ICBF
4	Población desmovilizada y/o miembros del grupo armado ilegal que celebró un acuerdo de paz con el Gobierno Nacional
5	Víctimas del conflicto armado interno
6	Población infantil vulnerable bajo protención de instituciones diferentes al ICBF
7	Programa en proceso de reintegro
11	Población reclusa a cargo de la entidad territorial
12	Adulto mayor en centros de protección
17	Comunidades indígenas
18	Rrom (Gitano)
20	Personas en prisión domiciliaria a cargo del INPEC
22	Personas que dejen de ser madres comunitarias
23	Migrantes colombianos retornados que han retornado voluntariamente al país y han sido deportados o expulsados de territorio extranjero
25	Adulto mayor, jóvenes a cargo del ICBF en el paso para mayores edades
26	Miembros de juntas de acción comunal mayores de la edad de pudores reconocidos por la ley que celebró acuerdos de paz con el Gobierno Nacional
27	Recién nacido o menores de edad de padres reconocidos
28	Los oficiales y suboficiales activos de la Defensa Civil, Cruz Roja y Cuerpos de Bomberos y su núcleo familiar
29	Personas con discapacidad de escasos recursos y en condición de abandono en hogares de protección
30	Migrante venezolano con PEP e hijos menores de edad sin documento válido
42	Personas que se encuentren dentro de una condena o cumpliendo medida de aseguramiento en centros de detención transitoria
43	Veteranos de la Fuerza Pública

Si la afiliación es individual o de oficio seleccione uno de los siguientes códigos: 08, 09, 11, 17, 18, 23, 24.

Si la afiliación es institucional seleccione uno de los siguientes códigos: 02, 06, 10, 15, 22.

22. Administradora de Riesgos Laborales – ARL: Este dato aplica solo para la afiliación en el Régimen Contributivo de los trabajadores dependientes. Registre el nombre de la Entidad Administradora de Riesgos Laborales donde se encuentra afiliado.

23. Administradora de Pensiones: Este dato aplica solo para la afiliación en el Régimen Contributivo. Registre el nombre de la Entidad Administradora de Pensiones donde se encuentra afiliado.

24. Ingreso base de cotización - IBC:

Este dato aplica solo para la afiliación en el Regimen Contributivo. Registre el valor del salario o el valor correspondiente al 40% de los ingresos mensuales para el caso de los independientes, sobre el cual va a pagar los aportes al SGSSS.

25. Tarifa Contribución Solidaria

En este campo debe registrar la suma de las tarifas por cada uno de los miembros mayores de edad del núcleo familiar, cuyo pago asume el cabeza de familia, y debe ser diligenciado cuando hay lo indicado en: "Si" el campo "4. Contribución solidaria".

26. Residencia: Registre la dirección de residencia actual, de acuerdo a la nomenclatura de la DIAN o Registro Municipal.

- Dirección: Este campo es obligatorio
- Teléfono Fijo: Este campo es opcional.
- Teléfono Celular: Este campo es opcional.
- Correo electrónico: Este campo es opcional.
- Departamento: Este campo es obligatorio
- Ciudad/Municipio o distrito: Este campo es obligatorio.
- Localidad: Cuando se ubique en la ciudad, municipio o distrito. Este campo es opcional.
- Zona: Cabecera municipal: centro poblado rural disperso o resto rural donde se ubica su residencia, este campo es obligatorio, para el caso de Bogotá, D. C., debe escribir en el campo departamento: Bogotá, D. C.

CAPÍTULO IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del conyuge o compañero(a) permanente cotizante.

Estos datos básicos de identificación son aquellos que permiten la plena identificación del conyuge o compañero(a) permanente también conocido como "cónyuge" y deben coincidir con los del documento expedido por la entidad competente. Estos son:

27. Apellidos y nombres: Estos datos deben ser registrados en forma idéntica como figuran en el documento de identidad.

-Primer apellido

-Segundo apellido

-Primer nombre

-Segundo nombre

28. Tipo de documento de identidad: Registre el código que corresponde al documento con el cual se identifica según la tabla de tipo de documento de identidad que se encuentra en el numeral 9 del capítulo II. de este instructivo.

29. Número del documento de identidad: Registre el número exactamente como aparece en el documento de identidad. Verifique que lo ha registrado completo

Si se trata del registro civil coloque el número NUIP que aparece en la parte superior izquierda del documento, no el indicativo serial. Verifique que lo ha registrado completo.

30. Sexo biológico o de nacimiento:

Marque con una X, la opción: femenino o masculino según las características genéticas, endocrinas y morfológicas del cuerpo al nacer

31. Sexo Identificación:

Marque con una X, la opción: F "Femenino" o M "Masculino" o T "Transexual" o NB "No Binario" o otro, según corresponda a la información consignada en el documento de identidad, expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil. Cuando se marque con una X la opción "otro", se debe diligenciar en el espacio "cual" el sexo registrado en el documento de identidad expedido por la Registraduría Nacional del Estado Civil.

32. Nacionalidad: Para los tipos de documentos CN, RC, TI y CC, registre la nacionalidad colombiana. Para el caso de los extranjeros registre la nacionalidad consignada en el documento de identidad que debe corresponder a los códigos descritos en la Resolución número 874 del 2022 Capítulo II tabla 11.

33. Lugar de nacimiento.

Registre el nombre del país, departamento y municipio en el que nació.

34. Fecha de nacimiento

Registre la fecha de nacimiento contenida en el documento de identidad: día, mes y año.

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

En los tres identificados con los códigos B1, B2, B3, B4 y B5 registre los datos de cada uno de los beneficiarios o afiliados adicionales que vaya a incluir en el trámite.

35. Apellidos y nombres: Estos datos deben ser registrados en forma idéntica como figuran en el documento de identidad.

36. Tipo de documento de Identidad: Colocar en el casillero el código que corresponde al documento

Colfondos
del grupo HABITAT

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) MARGARITA RUT CHAZATAR MELENDEZ identificado(a) con C.C No. 66.929.032, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 30 de octubre del 2025.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.

Juan Perea Ruiz
Gerente Cuentas y Recaudo

Santiago de Cali, (07/ Nov/ 25)

SEÑORES

INCIVA

Por medio de la presente informo que me voy afiliar a la siguiente ARL:

ARL POSITIVA SI __X__ **OTRA ARL CUAL:** _____
NO ____

NOTA: SOLO SI SE AFILIA A UNA ARL DIFERENTE A POSITIVA, ENTONCES DILIGENCIAR LO SIGUIENTE:

Me comprometo y es mi responsabilidad una vez firme **el CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS CON EL INCIVA,** radicarlo ante la respectiva ARL **(DIFERENTE A POSITIVA)** _____, en el nivel de riesgos # 3 (2,436%), y entregar el certificado de afiliación al área jurídica del INCIVA, junto con el informe de supervisión, así mismo reportarlo y cancelar en la planilla de liquidación junto con la EPS y PENSION.

Cordialmente,

Firma Margarita Chazatar

Nombres y apellidos **MARGARITA RUTH CHAZATAR MELENDEZ**

Cedula No **66.929.032**

Celular **3148566412**

Certificado
Bancario

Jueves, 13 de febrero de 2025

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que MARGARITA RUT CHAZATAR MELENDEZ identificado(a) con CC 66.929.032, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	85825959705	2021/09/08	ACTIVA

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Juan Camilo Moreno.
Juan Camilo Moreno Gómez
Gerente Estrategia Canal Telefónico

BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.

SEÑORES

INCIVA -

ASUNTO: Autorización para notificación electrónica

Por medio del presente documento informo mi deseo y autorización de ser notificado de manera electrónica en lo relacionado a circunstancias, inconvenientes o controversias provenientes de mi proceso **precontractual, contractual, poscontractual** y todas las **obligaciones suscritas** con la entidad estatal a través de la figura del contrato de prestación de servicios, esto con el fin de la resolución de las mismas.

Esto en concordancia con la Ley 527 de 1999 artículo 2 literal a) sobre la definición de los mensajes de datos, Art 7-11 sobre el envío, recepción y conservación de datos; Ley 2213 del 2022 Artículo 8 sobre las notificaciones personales y Ley 1437 del 2011 artículo 56 precisa la necesidad de **aceptación** de la persona para recibir notificaciones de forma electrónica sea **todo tipo de información digital o electrónica que pueda ser almacenada o transmitida** es un mensaje de datos. Ejemplos: un correo electrónico, un mensaje de WhatsApp, un archivo PDF enviado por internet, etc. para surgir los efectos que requiera cada caso de acuerdo a su fin.

Correo electrónico para notificaciones:

margaritachazatar@hotmail.com

Teléfono celular y WhatsApp para notificaciones:

3148566412

(NOTA): En caso de cambio del correo electrónico o número de teléfono y WhatsApp, el proveedor deberá reportar a la entidad estatal sus nuevos datos de contacto mediante carta dirigida al INCIVA, la omisión de este proceso no lo exime de cualquier requerimiento por parte de la entidad.

Para constancia de lo anterior se firma el día (7) de (11) del 2025.

Atentamente,

Firma Margarita Chazatar

Nombres y apellidos: MARGARITA RUTH CHAZATAR MELENDEZ

Domicilio: CARRERA 7 N 4 87

Cedula No. 66.929.032

SEÑORES

INCIVA

ASUNTO: Autorización para expedición y consulta de certificados. Por medio del presente documento informo mi deseo y autorización para que se expida de manera virtual el certificado del **REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS REDAM Y LA CONSULTA DE INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS LEY 1918 DE 2018**, esto con el fin de dejar constancia de los mismos en el expediente del proceso contractual. Para constancia de lo anterior se firma el día 7 de NOV del 2025.

Atentamente,

NOMBRE: MARGARITA RUTH CHAZATAR MELENDEZ
CEDULA: 66.929.032
CELULAR: 3148566412

FIRMA: Margarita chazatar