Santiago de Cali, (7) 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: Pedro Pablo Marin Perlaza

CEDULA: 16699826

FIRMA: 

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* GINEBRA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	27	*Mes*	03	*Año*	2025	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL 049/2013 CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* NO APLICA						*DIRECCIÓN* AVENIDA 24 80 24 rooslvelt #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* GINEBRA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	04	*Año*	2024	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* NO APLICA						*DIRECCIÓN* AVENIDA 24 80 24 rooslvelt #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* GINEBRA						*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 CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* NO APLICA						*DIRECCIÓN* AVENIDA 24 80 24 rooslvelt #24-80					

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
Marin	Perlaza	Pedro Pablo

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 16699826	F ( ) M (X) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 06 MES 08 AÑO 1964	corregimiento Costa Rica Vereda La Selva			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	VALLE DEL CAUCA
DEPTO	VALLE DEL CAUCA	MUNICIPIO	GINEBRA		
MUNICIPIO	CALI	TELÉFONO	3157040538	EMAIL	pepa-marin@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	06	AÑO	1983
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA ESPECIALIZADA) **UN** (UNIVERSITARIA)

ES (ESPECIALIZACIÓN) **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER) **DOC** (DOCTORADO O PHD)

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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* GINEBRA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	18	*Mes*	02	*Año* 2023	*Día*	30	*Mes*	10	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* NO APLICA					*DIRECCIÓN* AVENIDA 24 80 24 roosevelt #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* CALI					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	17	*Mes*	11	*Año* 2022	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2022	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* NO APLICA					*DIRECCIÓN* AVENIDA - roosevelt #24-80						

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*						

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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 Ginebra, 7 noviembre 2025

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, 7 noviembre 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	2025-10-30 15:06

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
PEDRO	PABLO	MARIN	PERLAZA

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	16699826

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	VALLE DEL CAUCA	Municipio	CALI

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	VALLE DEL CAUCA	Municipio	GINEBRA

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	
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$0,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$400.000,00

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
ANA	LIDIA	BARBOSA	BRAVO

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 66712985

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 [X] 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
Hijo(a)	PEDRO PABLO MARIN BARBOSA	CEDULA DE CIUDADANIA	1144165863	N/A
Hijo(a)	ANA CAROLINA MARIN BARBOSA	CEDULA DE CIUDADANIA	1144194392	N/A

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	Pedro Pablo Marin Perlaza
CEDULA DE CIUDADANÍA	16699826
CARGO O CONTRATO QUE SE CELEBRA	contratista
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

COPIA CONTROLADA

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:

Cédula de Ciudadanía No. : 16699826

COPIA CONTROLADA



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 16.699.826
MARIN PERLAZA
APELLIDOS
PEDRO PABLO
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 06-AGO-1964
CALI
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.72 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
30-NOV-1982 CALI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO

A-3100150-00158860-M-0016699826-20090609 0012301229A 1 3260001915

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 02 Actualización

4. Número de formulario 141218578677

(415)7707212489984(8020) 000014121857867 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1669982	6 5	Impuestos de Cali	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	1669982 6	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Cali 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MARIN	PERLAZA	PEDRO	PABLO

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	Cali 0 0 1

41. Dirección principal: CR 1 A 5 B 70 99

42. Correo electrónico: pepa-marin@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
7 6 0 0 0 6	3 1 5 7 0 4 0 5 3 8	3 2 0 7 4 6 1 2 6 5

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
3312	2000/01/19	0161	2019/09/02				3222	

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																				Exportadores					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código																						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 MARIN PERLAZA PEDRO PABLO

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

Y EN SU NOMBRE

EL COLEGIO DE SANTA LIBRADA

autorizado por el Ministerio de Educación Nacional, según Resolución No. 1233 de Mayo 28 de 1967

[illegible] CONFIERE A

Pedro Pablo Marin Perlaza

identificado con C.C. No. 16.699.826 de Cali

EL TITULO DE

Bachiller Ciencias Naturales

por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Vocacional, según los planes y programas vigentes.

RECTOR

SECRETARIO

Dado en [illegible] de Cali a 30 de Junio de 1973

Anotado al folio [illegible] Libro de Registro No. [illegible]

SECRETARIO DE EDUCACION

en Cali a [illegible] de [illegible] de 1985

101175

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 miércoles 29 de octubre de 2025, a las 12:12:43, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	16699826
Código de Verificación	16699826251029121243

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 283432294

PIB
12:44:13

Bogotá DC, 29 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) PEDRO PABLO MARIN PERLAZA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 16699826:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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.

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 12:55:02 PM horas del 29/10/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **16699826**

Apellidos y Nombres: **MARIN PERLAZA PEDRO PABLO**

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.

Volver al Inicio

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

(https://www.policia.gov.co/)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 29/10/2025 12:23:32 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **16699826** y Nombre: **PEDRO PABLO MARIN PERLAZA.**

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. **125722162** . 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 13:06:31 horas del 29/10/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **16699826,**
Apellidos y Nombres **MARIN PERLAZA PEDRO PABLO**

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.

Imprimir

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 16699826 **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 29/10/2025 12:27 PM

Código Verificación: **K1JTZDCSHP**

Válida hasta: **27/01/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Unidad de Salud Ocupacional	VALORACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	Cód.:FT-MO-Vm-21 Versión : 5 Fecha: 01/12/2023 Página: 1

CERTIFICADO MEDICO LABORAL

Fecha Valoración Médica:2025-10-30
Fecha Cierre Concepto:2025-10-30
Tipo de examen:EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL PRE-INGRESO
Nombre: PEDRO PABLO MARIN PERLAZA
Edad: 61
Empresa:PARTICULAR
CIIU:N/A
En Misión:
Departamento del Exámen:VALLE DEL CAUCA
Ciudad del Exámen: Cali
Sede del Exámen:CALI NORTE
Cedula de Ciudadanía:16699826
Cargo:INDEPENDIENTE
ARL:POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.
AFP: Porvenir S.A.
EPS:SOS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD E.P.S. S.A.



Para tomar el concepto de aptitud se tuvieron en cuenta los siguientes paraclínicos:

HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL DE INGRESO,

CONCEPTO MÉDICO LABORAL DE APTITUD:SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

REMISIÓN

NINGUNA
Observación: NINGUNA

RESTRICCIÓN

NO

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Hábitos de vida saludables,Ejercicio Regular,Control de Peso,Dieta, Uso de E.P.P según matriz de riesgos,Realizar pausas activas,Autocuidado

TRABAJOS ESPECIALES

Trabajo en alturas:NO APLICA
Trabajo en altitudes > 2500 mts:NO APLICA
Trabajo en espacios confinados:NO APLICA
Trabajo con energía peligrosa:NO APLICA
Trabajo con radiaciones ionizantes:NO APLICA
Trabajo en altas temperaturas:NO APLICA
Trabajo con Izaje de Cargas:NO APLICA
Manipulación de alimentos:NO APLICA
Trabajo en ambientes hiperbáricos:NO APLICA
Trabajo como brigadista:NO APLICA
Conducción de vehículos:NO APLICA
Manipulación de sustancias químicas:NO APLICA
Trabajo en bajas temperaturas:NO APLICA
Manipulación de Productos para el Consumo Humano (Productos de : Limpieza, Cosméticos, Cuidado Personal): NO APLICA

Trabajo en caliente:NO APLICA

PVE VISUAL: ☐	**PVE AUDITIVO:** ☐	**PVE RESPIRATORIO:** ☐
PVE ERGONÓMICO: ☐	**PVE CARDIOVASCULAR:** ☐	**PVE PSICOSOCIAL:** ☐
PVE QUIMICO: ☐	**PVE RADIACIONES IONIZANTES:** ☐	**PVE BIOLOGICO:** ☐

OBSERVACIONES GENERALES

Dieta saludable, ejercicio

PEDRO PABLO MARIN PERLAZA
Cedula de Ciudadanía:16699826

ANNY JOHANA MOSQUERA GUTIERREZ
Cedula de Ciudadanía:1130600292
Registro: 766981
Lic: 2157 de 17/03/2023

Unidad de Salud Ocupacional	VALORACION OSTEOMUSCULAR	Cód.:FT-MO-Vm-21 Versión : 5 Fecha: 01/12/2023 Página: 1

INFORMACION GENERAL

Fecha: 2025-10-30
Tipo de examen: EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL PRE-INGRESO
Nombre: PEDRO PABLO MARIN PERLAZA
Edad: 61
Empresa: PARTICULAR
En Misión:
Ciudad del Exámen: CALI NORTE
Cedula de Ciudadanía: 16699826
Cargo: INDEPENDIENTE
Tipo doc: CEDULA
Estado civil: CASADO
Estrato socioeconómico: 3
Nacionalidad: Colombia
Depar de nacimiento: VALLE DEL CAUCA
Ciudad de nacimiento: Cali
Ciudad de residencia: Cali
Dirección: FONAVIEMCALI
Escolaridad: SECUNDARIA
Telefono: 3157040538
Sexo: MASCULINO
Responsable:
Parentesco:
Tel Responsable:
E.P.S: SOS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD E.P.S. S.A.
A.R.L: POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.
A.F.P: Porvenir S.A.
Email: pepa-marin@hotmail.com
Fecha Nacimiento: 1964-08-06



MOTIVO DE CONSULTA

Valoración de ingreso

ENFERMEDAD ACTUAL

No aplica

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

Empresa 1

Empresa: Inciva
Empresa en Misión:
Cargo Desempeñado: gestor ambiental
Descripción de Funciones: dar charlas sobre el medio ambiente en colegios, comunas
Tiempo de Exposición: años: 3 meses: 00
Actividad Económica:
Mediciones Ambientales: No Aplica

Físicos

Iluminación	Radiaciones	Ruido	Temp. Alta	Temp. Baja	Vibración
epp	epp	epp	epp	epp	epp

Químicos

Gases	Humos	Polvos	Líquidos	Vapores	Fibras
epp	epp	epp	epp	epp	epp

Ergonómicos

Carga Dinámica	Carga Estática	Diseño de Puesto
epp	epp	epp
Manejo de Cargas	**Movimientos Repetitivos**	
epp	epp	

Otros

Trabajo en Alturas ☐ epp ☐ | Mecánico ☐ epp ☐ | Eléctrico ☐ epp ☐ | Locativo ☐ epp ☐ | Biológico ☐ epp ☐
Seguridad ☐ epp ☐ | Psicosocial ☐ epp ☐ | Tralajo en Espacios Confinados ☐ epp ☐

Empresa 2

Empresa: Desmark | **Empresa en Misión:** | **Cargo Desempeñado:** técnico en fotocopiadoras
Descripción de Funciones: técnico, mantenimiento.
Actividad Económica: | **Tiempo de Exposición:** años: 2 meses: 00

Físicos

Iluminación ☐ epp ☐ | Radiaciones ☐ epp ☐ | Ruido ☐ epp ☐ | Temp. Alta ☐ epp ☐ | Temp. Baja ☐ epp ☐ | Vibración ☐ epp ☐

Químicos

Gases ☐ epp ☐ | Humos ☐ epp ☐ | Polvos ☐ epp ☐ | Líquidos ☐ epp ☐ | Vapores ☐ epp ☐ | Fibras ☐ epp ☐

Ergonómicos

Carga Dinámica ☐ epp ☐ | Carga Estática ☐ epp ☐ | Diseño de Puesto ☐ epp ☐
Manejo de Cargas ☐ epp ☐ | Movimientos Repetitivos ☐ epp ☐

Otros

Trabajo en Alturas ☐ epp ☐ | Mecánico ☐ epp ☐ | Locativo ☐ epp ☐ | Eléctrico ☐ epp ☐ | Biológico ☐ epp ☐
Seguridad ☐ epp ☐ | Psicosocial ☐ epp ☐
Trabajo en Espacios Confinados ☐ epp ☐

Empresa 3

Empresa: | **Empresa en Misión:** | **Cargo Desempeñado:**
Descripción de Funciones:
Actividad Económica: | **Tiempo de Exposición:** años: meses:

Físicos

Iluminación ☐ epp ☐ | Radiaciones ☐ epp ☐ | Ruido ☐ epp ☐ | Temp. Alta ☐ epp ☐ | Temp. Baja ☐ epp ☐ | Vibración ☐ epp ☐

Químicos

Gases ☐ epp ☐ | Humos ☐ epp ☐ | Polvos ☐ epp ☐ | Líquidos ☐ epp ☐ | Vapores ☐ epp ☐ | Fibras ☐ epp ☐

Ergonómicos

Carga Dinámica
epp
Carga Estática
epp
Diseño de Puesto
epp
Manejo de Cargas
epp
Movimientos Repetitivos
epp

Otros

Trabajo en Alturas
epp
Mecánico
epp
Locativo
epp
Eléctrico
epp
Biológico
epp
Seguridad
epp
Psicosocial
epp
Trabajo en Espacios Confinados
epp

Observaciones:

ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES LABORALES - ACCIDENTES LABORALES

Antecedentes #1

Empresa:
Fecha:
Arl:
Tipo: Accidente de Trabajo
Incapacidad:
Nº Días:
Tipo lesión - Organo:
Secuelas:
Obs. secuelas:

Antecedentes #2

Empresa:
Fecha:
Arl:
Tipo: Accidente de Trabajo
Incapacidad:
Nº Días:
Tipo lesión - Organo:
Secuelas:
Obs. secuelas:

Antecedentes #3

Empresa:
Fecha:
Arl:
Tipo: Accidente de Trabajo
Incapacidad:
Nº Días:
Tipo lesión - Organo:
Secuelas:
Obs. secuelas:

Observaciones: Ninguno

ANTECEDENTES FAMILIARES

Pulmonares: NO REFIERE
Hipetensión: HERMANO,HERMANA
Convulsiones: NO REFIERE
Observaciones: Si

Dislipidemias: NO REFIERE
Cardiacos: NO REFIERE
Tiroides: NO REFIERE

Diabetes: NO REFIERE
Cerebrovasculares: NO REFIERE
Cancer: NO REFIERE

ANTECEDENTES PERSONALES

Infeccioso: NIEGA
Hallazgo: NIEGA
Otorrinolaringológicos: NIEGA
Hallazgo: NIEGA
Cardiovascular: NIEGA
Hallazgo: NIEGA
Genitourinario: NIEGA
Hallazgo: NIEGA
Hematológico: NIEGA
Hallazgo: NIEGA
Piel Anexos: NIEGA
Hallazgo: NIEGA
Traumático: REFIERE
Hallazgo: Luxación de hombro derecho
Osteomuscular: NIEGA
Hallazgo: NIEGA
Neurológico: NIEGA
Hallazgo: NIEGA
Otro: NIEGA
Hallazgo: NIEGA
PSA: NEGATIVO

Oftalmologicos: REFIERE
Hallazgo: usa gafas
Pulmonar: NIEGA
Hallazgo: NIEGA
Gastrointestinal: NIEGA
Hallazgo: NIEGA
Endogrinólogo: NIEGA
Hallazgo: NIEGA
Alergico: NIEGA
Hallazgo: NIEGA
Quirurgico: REFIERE
Hallazgo: reducción cerrada de hombro derecho. Vasectomía.
Farmacológico: NIEGA
Hallazgo: NIEGA
Metabólicos: NIEGA
Hallazgo: NIEGA
Psiquiatricos: NIEGA
Hallazgo: NIEGA

Fecha Ultimo PSA: 2023-02-15

Observaciones:

OFTALMOLOGICOS. Resultados: REFIERE | Hallazgo: usa gafas
OTORRINOLARINGOLOGICOS. Resultados: NIEGA | Hallazgo: NIEGA
PULMONAR. Resultados: NIEGA | Hallazgo: NIEGA
CARDIOVASCULAR. Resultados: NIEGA | Hallazgo: NIEGA
GASTROINTESTINAL. Resultados: NIEGA | Hallazgo: NIEGA
GENITOURINARIO. Resultados: NIEGA | Hallazgo: NIEGA
ENDOCRINOLOGO. Resultados: NIEGA | Hallazgo: NIEGA
HEMATOLÓGICO. Resultados: NIEGA | Hallazgo: NIEGA
ALERGICO. Resultados: NIEGA | Hallazgo: NIEGA
NEUROLOGICO. Resultados: NIEGA | Hallazgo: NIEGA
OSTEOMUSCULAR. Resultados: NIEGA | Hallazgo: NIEGA
PIAL ANEXOS. Resultados: NIEGA | Hallazgo: NIEGA
TRAUMATICO. Resultados: REFIERE | Hallazgo: Luxación de hombro derecho
QUIRURGICO. Resultados: REFIERE | Hallazgo: reducción cerrada de hombro derecho. Vasectomía.
FARMACOLOGICO. Resultados: NIEGA | Hallazgo: NIEGA
METABOLICOS. Resultados: NIEGA | Hallazgo: NIEGA
PSIQUIATRICOS. Resultados: NIEGA | Hallazgo: NIEGA
OTROS. Resultados: NIEGA | Hallazgo: NIEGA
RESULTADO ULTIMO PSA. | Hallazgo: NEGATIVO
FECHA ULTIMO PSA. | Hallazgo: 2023-02-15

REVISION DE SINTOMAS POR SISTEMAS

Observaciones:
PIEL Y FANERAS. Resultados: NIEGA | Hallazgo: NIEGA
AUDITIVOS. Resultados: NIEGA | Hallazgo: NIEGA
OFTAMOLOGICO. Resultados: NIEGA | Hallazgo: NIEGA
CARDIOVASCULAR. Resultados: NIEGA | Hallazgo: NIEGA
RESPIRATORIOS. Resultados: NIEGA | Hallazgo: NIEGA
GASTROINTESTINAL. Resultados: NIEGA | Hallazgo: NIEGA
OSTEOMUSCULARES. Resultados: NIEGA | Hallazgo: NIEGA
NEUROLOGICO. Resultados: NIEGA | Hallazgo: NIEGA
ENDOCRINOLOGICO. Resultados: NIEGA | Hallazgo: NIEGA
GENITOURINARIO. Resultados: NIEGA | Hallazgo: NIEGA
PSIQUIATRICOS. Resultados: NIEGA | Hallazgo: NIEGA
OTROS. Resultados: NIEGA | Hallazgo: NIEGA

HABITOS Y ACTIVIDADES EXTRALABORALES

Tabaquismo

Cigarrillo: NO
Tiempo Consumo: Años: 0 Meses: 0

N° al día:
Tiempo de Abandono: Años: 0 Meses: 0

Licor

Licor: NO
Tiempo Consumo: Años: 2 Meses: 00

Frecuencia: Mensual
Tiempo de Abandono: Años: 2 Meses: 00

Sustancias psicoactivas:

N° al día:

Actividad física (Deporte): No aplica

Frecuencia: No aplica

Tiempo Total x Semana:

Actividad extralaborales:

Frecuencia:

ESQUEMA DE VACUNACION

Tetano

N° de dosis:

Fecha de ultima dosis:

Hepatitis B

N° de dosis:

Fecha de ultima dosis:

Influenza estacional

N° de dosis:

Fecha de ultima dosis:

Fiebre amarilla

N° de dosis:

Fecha de ultima dosis:

Influenza H1N1

N° de dosis:

Fecha de ultima dosis:

MMR

N° de dosis:

Fecha de ultima dosis:

Varicela

N° de dosis:

Fecha de ultima dosis:

Hepatitis A

N° de dosis:

Fecha de ultima dosis:

COVID 19

N° de dosis: 2

Fecha de ultima dosis:

VPH

N° de dosis:

Fecha de ultima dosis:

Otra Vacuna

Nombre de la vacuna:
N° de dosis:

Fecha de ultima dosis:

MARCHA NATURAL MIEMBRO INFERIOR DERECHO. Resultados: NORMAL | Hallazgo: NORMAL
TEST DE COMPRESION DE APLEY RODILLA IZQUIERDA. Resultados: NEGATIVO | Hallazgo: NEGATIVO
TEST DE COMPRESION DE APLEY RODILLA DERECHA. Resultados: NEGATIVO | Hallazgo: NEGATIVO
PRUEBA DE CAJON RODILLA IZQUIERDA. Resultados: NEGATIVO | Hallazgo: NEGATIVO
PRUEBA DE CAJON RODILLA DERECHA. Resultados: NEGATIVO | Hallazgo: NEGATIVO
PRUEBA DE BOSTEZO RODILLA IZQUIERDA. Resultados: NEGATIVO | Hallazgo: NEGATIVO
PRUEBA DE BOSTEZO RODILLA DERECHA. Resultados: NEGATIVO | Hallazgo: NEGATIVO
REFLEJO MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO. Resultados: NORMAL | Hallazgo: NORMAL
REFLEJO MIEMBRO INFERIOR DERECHO. Resultados: NORMAL | Hallazgo: NORMAL

Observaciones

ORGANOS Y SISTEMAS

Ojos

Conjuntivas: NORMAL **Pupilas Cornea:** NORMAL **Anexos:** NORMAL **Fond Ojo:** NORMAL

Boca

Labios Lengua: NORMAL **Pabellones:** NORMAL **Tabique:** NORMAL **Cornetes:** NORMAL

Torax

Senos: NO SE EVALUA **Pulmones:** NORMAL **Corazón:** NORMAL

Abdomen

Pared: NORMAL **Vice (masalgias):** NORMAL **Hernias:** NORMAL

Cuello

Cuello: NORMAL

Piel

Cuello: NORMAL

Genitales

Cuello: NORMAL

Vascular

Periferico: NORMAL **Linfáticos:** NORMAL **Varices:** NORMAL

Sistema Nervioso

Reflejos: NORMAL
Coordinación: NORMAL
Marcha: NORMAL
Prueba de equilibrio dinámico y estático: NORMAL

Prueba Romberg: NO SE EVALUA **Prueba de Babinski:** NO SE EVALUA **Prueba Barany:** NO SE EVALUA

Observaciones Organos: Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos cardiacos, campos pulmonares ventilados, no sobreagregados. Abdomen blando con abundante panículo adiposo, sin dolor, sin hernias. Genitales con testículos descendidos, no hernias, no dolor. Marcha sin limitación sin inestabilidad, coordinación sin alteración, sin alteración en la fuerza, realiza posturas de puntas de pie y talones sin limitación. Piel y manos: sin alteraciones macroscópicas evidentes

Agudeza Visual Cercana

Ojo Derecho: 0.75 M **Ojo Izquierdo:** 0.75 M **Con Corrección** ☒ **Sin Corrección** ☐

Agudeza Visual Lejana

Ojo Derecho: 20/20 **Ojo Izquierdo:** 20/20 **Con Corrección** ☒ **Sin Corrección** ☐

Otoscopia

Normal

Oido Derecho: SI **Oido Izquierdo:** SI

Tapón

Oido Derecho: NO **Oido Izquierdo:** NO

Timpanopatía

Oido Derecho: NO **Oido Izquierdo:** NO

Dentadura

Buen estado: NO **Completa:** SI **Prótesis:** NO

Observaciones Organos Sistemas: usa gafas

EXAMENES PARACLINICOS

Examen: **Resultado:**

DIAGNOSTICO

Código:	Diagnóstico cie:	Observaciones:	Tipo de diagnostico:	Critico:
E669	OBESIDAD, NO ESPECIFICADA: Metabolicas	grado I	Impresión Diagnostica	NO
H539	ALTERACION VISUAL, NO ESPECIFICADA: Oculares		Impresión Diagnostica	NO

CONCEPTO MÉDICO LABORAL

CONCEPTO MÉDICO LABORAL DE APTITUD:SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

Trabajos Especiales

Trabajo en Alturas: NO APLICA
Trabajo en espacios Confinados: NO APLICA
Trabajo como Brigadista: NO APLICA
Trabajo con Energía Peligrosa NO APLICA
Trabajo con Radiaciones Ionizantes: NO APLICA
Trabajo en Altas Temperaturas: NO APLICA
Trabajo con Izaje de Cargas: NO APLICA

Trabajo en caliente: NO APLICA

Trabajo en bajas Temperaturas: NO APLICA
Trabajo en altitudes > 2500 mts: NO APLICA
Trabajo en Ambientes Hiperbáricos: NO APLICA
Manipulación de Alimentos: NO APLICA
Conducción de Vehículos: NO APLICA
Manipulación de Sustancias Químicas: NO APLICA
Manipulación de Productos para el Consumo Humano (Productos de : Limpieza, Cosméticos, Cuidado Personal): NO APLICA

Remisiones

NINGUNA
Observacion Remisiones: NINGUNA

Restricciones

Restricción: NO
Observación Restricción: NO

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Hábitos de vida saludables,Ejercicio Regular,Control de Peso,Dieta,Uso de E.P.P según matriz de riesgos,Realizar pausas activas,Autocuidado

RECOMENDACIONES DE PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICO

PVE ERGONÓMICO:
PVE QUIMICO:

PVE CARDIOVASCULAR:
PVE RADIACIONES IONIZANTES:

PVE PSICOSOCIAL:
PVE BIOLOGICO:

OBSERVACIONES GENERALES

Dieta saludable, ejercicio

PEDRO PABLO MARIN PERLAZA
C.C:16699826

ANNY JOHANA MOSQUERA GUTIERREZ
Registro:766981
Lic:2157 de 17/03/2023

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

SOS Servicio Occidental de Salud

No. De Radicado	Fecha de Radicado
	01-11-2025

I. Datos del tramite

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4.Contribución Solidaria
A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedad ☑	A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia ☑ - Beneficiario o Afiliado Adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	A. Contributivo ☑ B. Subsidiado ☐	Si ☐ No ☑

5. Tipo de Afiliado	6. Tipo de Cotizante	7. Código (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☑ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐	A. Dependiente ☐ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	

A. AFILIACION

II. DATOS BASICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y Nombres			
Primer Apellido: Marin	Segundo Apellido: Perlaza	Primer Nombre: Pedro	Segundo Nombre: Pablo

9. Tipo de Documento de Identidad	10. N° de Documento de Identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación
CC	16.699.826	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál ☐

13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento				15. Fecha de nacimiento
	País	Departamento		Municipio	
Colombiana	Colombia	Valle		Cali	06-08-1964

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	19. Tiene encuesta SISBEN	20. Clasificación SISBEN	21. Grupo de Población Especial
		Si ☐ No ☐ Categoría de la discapacidad:	Si ☐ No ☐	Nivel: Grupo:	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensión	24. Ingreso Base de Cotización-IBC	25. Tarifa contribución solidaria
	Porvenir	$1.423.500	

26. Residencia				
Dirección: Vda la Selva	Teléfono Fijo:	Teléfono Celular: 3157040538	Correo Electrónico: pepa-marin@hotmail.com	
Departamento: Valle	Municipio/Distrito: Cali	Localidad/Comuna:	Zona: Cabecera municipal ☒ Rural disperso ☐ Centro Poblado ☐ Resto rural ☐	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o Compañero(a) Permanente Cotizante

27. Apellidos y Nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

28. Tipo de Documento de Identidad	29. N° de Documento de Identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento				34. Fecha de nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál ☐		País	Departamento		Municipio	

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

35. Apellidos y Nombres				
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B2	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B3	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B4	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B5	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

	36. Tipo Documento	37. N° documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico		40. Sexo identificación						41. Lugar de nacimiento			42. Fecha de Nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	Otro	Cuál	País	Departamento	Municipio	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos Complementarios del beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45.Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBEN		48. Clasificación SISBEN		49. Discapacidad			50.Incapacidad permanente	
					Si	No	Nivel	Grupo	Si	No	Categoría de discapacidad	Si	No
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de Residencia

	Departamento	Municipio / Distrito	Zona				Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
			Cabecera Municipal	Centro poblado	Rural disperso	Resto rural		
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad /Comuna	Correo electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	Comf. el prado	06
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DE PAGO

55. Nombre o Razón Social	56. Tipo de Documento de Identidad	57. Número de Identificación	58. Tipo de Aportante o Pagador de pensiones (A Registrar por la EPS)
Independiente.			

59. Ubicación				
Dirección	Teléfono	Correo Electrónico	Departamento	Municipio/Distrito

Powered by CamScanner

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 corrección de datos complementarios.
- ☐ 5. Terminación de la inscripción 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 condiciones para cotizar.
- ☐ 10. Terminación de relación laboral o perdida de condiciones para seguir cotizando.
- ☐ 11. Inscripción EPS retorno al país
- ☐ 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 14. Movilidad: A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado ☐
- ☐ 15. Traslado: A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen ☐
- ☐ 16. Reporte de Fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia
- ☐ 17. Reporte del tramite de protección al cesante.
- ☐ 18. Reporte de la calidad de pre-pensionado.
- ☐ 19. Reporte de la calidad de pensionado.
- ☐ 20. Ingreso a Contribución Solidaria.
- ☐ 21. Retiro de Contribución Solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos Básicos de Identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de Documento de identidad	Número de documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de Nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál	DD / MM / AAAA

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	01-11-2025 DD / MM / AAAA	Código:	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☐ 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
- ☐ 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
- ☒ 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios
- ☒ 72. Declaración de no internación 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 datos 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 vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- ☒ 75. Autorización para que la EPS maneje 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. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
- ☐ 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
- ☐ 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del 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			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de Documento de identidad:	**Número del documento de identidad:**		

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio
1669876.	

X. ANEXOS

- ☐ 82. Anexo copia del documento de identidad: cantidad de documento de indentidad anexos — CN ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ CD ☐ SC ☐ PT ☐
- ☐ 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 y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- ☐ 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- ☐ 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- ☐ 88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita 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 numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016.
- ☐ 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

Total Anexos ☐

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL y/o INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial	93. Nombre de la Institución
Código del Municipio ☐ Código del Departamento ☐	

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de Documento de Identidad	Numero de Documento de Identidad	95. Firma del funcionario

96. Fecha de radicación	97. Fecha de validación
DD / MM / AAAA	DD / MM / AAAA

OBSERVACIONES: 30.09.2025

I. A. P. C

2118 *Adjunto planilla y baucher,por pago de mora.

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario

FT-GEC-AF-008

Powered by CamScanner

SOS Servicio Occidental de Salud	ANEXO FORMULARIO DE AFILIACIÓN PBS	Código FT-GEC-AF-010 Versión: 1 Fecha de actualización:

Las casillas sombreadas son de uso exclusivo de la E.P.S S.O.S

Inicio vigencia del afiliado	01/11/2025	Código Asesor	2118	Sucursal	001	Ciudad/Municipio	Cali

CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

Autorizo la entrega de la Carta de Derechos y Deberes y la Carta de Desempeño en formato electrónico? SI X NO ____

Correo Electrónico: Pepa-marin@hotmail.com

ENCUESTA DE ENTREGA DE CARTILLA

Con el fin de dar respuesta a la Circular Conjunta Externa 16 de 2013 expedida por el Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud, solicitamos responder el siguiente cuestionario posterior a la lectura que usted realice a la Cartilla del Usuario de nuestra entidad, la cual contiene información de derechos y deberes del afiliado y del paciente y la Carta de Desempeño, ya sea en formato físico o electrónico.

	SI	NO
1. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?	X	
2. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación la EPS le hizo entrega de la carta de desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	X	
3. ¿Leyó el contenido de la Cartilla de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?	X	
4. ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	X	
5. ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS?	X	

AUTORIZACION TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Los datos personales recopilados a través de este formulario serán utilizados en cumplimiento a la Ley Estatutaria 1751 del 2015, en consecuencia, la utilización de estos datos se limita exclusivamente a la prestación del servicio de salud y a las actividades derivadas de este servicio. Esto incluye el envío de comunicaciones por cualquier medio físico, comunicación convencional, otros medios de mensajería instantánea, bots y la incorporación de tecnologías emergentes que permitan mejorar la comunicación para la protección de sus derechos del afiliado y su grupo familiar. Adicionalmente, los datos personales se utilizarán para el cumplimiento de nuestras obligaciones legales, tales como la entrega de información a organismos y entidades de control, el acceso a datos de otros actores del SGSSS para la prestación de servicios de salud, el cumplimiento de deberes normativos vigentes y la actualización de datos relacionados con los servicios proporcionados por los proveedores de salud. También se utilizarán para llevar a cabo actividades de promoción y prevención, vacunación y otras acciones derivadas de nuestras responsabilidades en el Sistema de Salud, conforme a la normativa aplicable. Para lo anterior, la organización podrá emplear tecnologías emergentes para optimizar el procesamiento y análisis de los datos, sin que esto implique la generación de decisiones automatizadas.

Al marcar la casilla de aceptación, usted autoriza el uso de sus datos personales para: Realizar comunicaciones con fines comerciales, de mercadeo, ventas y mejora de la experiencia del usuario, a través de diversos medios físicos, virtuales y/o telefónicos, como correo electrónico, mensajes de texto (SMS/MMS), mensajes de voz, WhatsApp, redes sociales y otros canales que resulten útiles para promocionar productos o servicios de la EPS, así como los de sus aliados comerciales y estratégicos; Transmitir datos a nivel nacional o internacional a terceros, de acuerdo con la normatividad vigente y para las finalidades previamente autorizadas; Llevar a cabo investigaciones de mercado, analizar el perfil comercial o transaccional de los titulares de los datos, realizar telemercadeo, elaborar encuestas de satisfacción y llevar a cabo entrevistas de opinión; Compartir información personal no sensible con aliados comerciales o estratégicos mediante transferencias, para que estos puedan utilizarla para las mismas finalidades autorizadas en esta Política; Realizar estudios técnicos, estadísticos, encuestas, análisis de tendencias de mercado y cualquier otro estudio relacionado con el sector o la prestación de servicios; Crear bases de datos de acuerdo con las características y perfiles de las personas, conforme a lo establecido en la ley; Utilizar los datos para mejorar la implementación de procesos y la prestación de servicios o productos adquiridos u ofrecidos; Realizar procesos de análisis de datos y big data con el fin de optimizar la prestación de servicios y alcanzar los objetivos estratégicos de la organización.

Si usted decide no marcar la casilla de aceptación, sus datos serán actualizados y utilizados únicamente para garantizar la prestación del servicio de salud y las actividades derivadas de este, incluida la operación del Programa de Equipos Básicos de Salud de conformidad con la Ley Estatutaria 1751 del 2015 y el Decreto 780 del 2016, con el fin de no afectar o impedir el ejercicio de su derecho a la salud. Para conocer nuestra Política de Tratamiento de Datos Personales y cómo ejercer sus derechos de acceso, rectificación, actualización y supresión, visite www.sos.com.co.

SI [X] NO [ ]

Firma del Cotizante : _____

C.C. N° 1699826

Declaración de Convivencia

Nosotros _____ y _____ identificados como aparece al pie de nuestras firmas, bajo la gravedad del juramento declaramos que a la fecha de diligenciamiento del formulario de afiliación a la Entidad Promotora de salud SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. Convivimos en condición de compañeros permanentes.

Firma del Cotizante	**Firma del Compañero(a)**
C.C N°:	**C.C N°:**

Powered by CamScanner

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

PEDRO PABLO MARIN PERLAZA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **16.699.826**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 30 de Octubre del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Santiago de Cali, (7 / 11 / 2025

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 _____

Nombres y apellidos Pedro Pablo Marin Perlaza

Cedula No 16699826

Celular 3157040538

Certificación
Bancaria

Miércoles, 29 de octubre de 2025

A quien le interese

Bancolombia S.A. se permite informar que PEDRO PABLO MARIN PERLAZA identificado(a) con CC 16699826, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta de ahorros	75000012599	2018-10-29	Activo	*****

*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 a 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.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

VIGILADO BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario

Bancolombia

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com.co

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:

...pepa -
marin@hotmail.com.....
.....

Teléfono celular y WhatsApp para notificaciones:

.....3157040538.....
.....

(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_____

Nombres y apellidos: Pedro Pablo Marin Perlaza

Domicilio: Vereda La Selva Corregimiento Costa Rica Gibebra Valle

Cedula No. 16699826

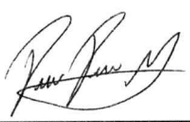
SEÑORES

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 noviembre del 2025.

Atentamente,

NOMBRE: Pedro Pablo Marin Perlaza
CEDULA: 16699826
CELULAR: 3157040538

FIRMA: 

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-09-13, 10:00:08 a. m. **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1075347878

Periodo Cotización 202509 **Periodo Servicio** 202509

PAGADA 2025-09-10 11:25:30.0

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	PEDRO PABLO MARIN PERLAZA				
I...ento	CC 16699826	**Dirección**	CR 1A #5 B - 70 -99 CARRERA 1A 5B #70-99		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3157040538		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	CALI	**Departamento**	VALLE DEL CAUCA		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 16699826		**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	57	00	MARIN PERLAZA PEDRO PABLO	76001000 - 76		VALLE DEL CAUCA

Residente: | Exonerado: N

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																												Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión						Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARL	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	0			$ 1.423.500	23030I		16 %	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	EPS018		12,5 %	$ 1.423.500	$ 178.000	$ 0	14-23	3	2,436 %	$ 1.423.500	$ 34.700	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	S.O.S EPS	POSITIVA DE SEGUROS	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 178.000	$ 34.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440.500

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Scotiabank

COLPATRIA

CORRESPONSAL BANCARIO
SCOTIABANK COLPATRIA
Puntored no te cobra por esta transacción
Pago de facturas

TRANSACCIÓN EXITOSA

Fecha	30/10/2025
Hora	09:13:21
Terminal	369830
Convenio	PILA PLANILLA ASISTIDA SIMPLE
Cod. Convenio	0408
Referencia	8823558717
Valor	$249,000
Transaccion	001274930003
Usuario	KELI MARTINEZ MEDINA

Línea de atención
personalizada en Bogotá:
601 3487877 Resto del País: 01

Powered by CamScanner