MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
COMANDO DE RECLUTAMIENTO Y CONTROL RESERVAS

EL SUSCRITO DIRECTOR DE RECLUTAMIENTO

C E R T I F I C A

Que el señor ISAURO ABEL OLARTE CASTAÑEDA identificado con Cédula de Ciudadanía No. 478634, presenta los siguientes datos referentes a la definición de su situación militar:

Primer Nombre:	ISAURO
Segundo Nombre:	ABEL
Primer Apellido:	OLARTE
Segundo Apellido:	CASTAÑEDA
Tipo Documento:	Cédula de Ciudadanía
Número Documento:	478634
Razón para el estado:	Reservista
Estado del ciudadano:	2da Clase

ESTA CERTIFICACIÓN ES GRATUITA
NO ES VÁLIDA COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN MILITAR
NO REEMPLAZA SU LIBRETA MILITAR

Se firma y se expide en Bogotá D.C. a los 20 días del mes de Noviembre de 2025, a las 3:09:28 PM.

Cordialmente,



Director de Reclutamiento - Ejército Nacional

Generó: Sistema de Información de Reclutamiento

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Olarte	Castañeda	Isauro Abel

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 478634	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 11 MES 06 AÑO 1957	CARRERA 2 17 25 VILLA CARMELITA			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	META
DEPTO	SANTANDER	MUNICIPIO	GRANADA		
MUNICIPIO	BARBOSA	TELÉFONO	3114503613	EMAIL	abel-1957@hotmail.es

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	03	AÑO	1977
										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).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	10	X		ENFERMERO	11	2000	478634

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 COVICOL COMPAÑIA VITAL DE COLOMBIA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* GRANADA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6741128	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	13	*Mes*	01	*Año* 2021	*Día*	15	*Mes*	02	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERO	*DEPENDENCIA* AREA DE LA SALUD					*DIRECCIÓN* CARRERA 16 15 25 CENTRO					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD ENFOQUE SALUD INTEGRAL LTDA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6740154	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	16	*Mes*	01	*Año* 2018	*Día*	31	*Mes*	01	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERO JEFE	*DEPENDENCIA* AREA DE LA SALUD					*DIRECCIÓN*					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD COVICOL COMPAÑIA VITAL DE COLOMBIA			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍ* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* GRANADA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6582440	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	10	*Año* 2016	*Día*	15	*Mes*	01	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERO	*DEPENDENCIA* AREA DE LA SALUD					*DIRECCIÓN* CARRERA 16 15 25 CENTRO					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD GESTION Y PROCESOS INTEGRALES SAS			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍ* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6828056	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	16	*Mes*	01	*Año* 2013	*Día*	01	*Mes*	08	*Año*	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERO	*DEPENDENCIA* AREA DE LA SALUD					*DIRECCIÓN* CALLE 19 39 45 Br Camoa					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD SERVICIOS PROFESIONALES ALTERNATIOS PROALTER			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍ* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* GRANADA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6501194	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	09	*Año* 2014	*Día*	28	*Mes*	02	*Año*	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL ADMINISTRADOR FUNCIONAL	*DEPENDENCIA* AREA CIRUGIA					*DIRECCIÓN* CALLE 14 12 28 CENTRO					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD SERVISOCIAL			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍ* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6829056	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	22	*Mes*	01	*Año* 2007	*Día*	15	*Mes*	01	*Año*	2013
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERO JEFE	*DEPENDENCIA* AREA DE LA SALUD					*DIRECCIÓN* CARRERA 39B 24 10 BOSQUE ALTO					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD MULTISANAR			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍ* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* GRANADA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6586611	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	05	*Año* 2006	*Día*	21	*Mes*	01	*Año*	2007
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERO JEFE	*DEPENDENCIA* AREA DE SALUD					*DIRECCIÓN* CALLE 17 16 80 BARRIO PRIMERO DE JUNIO					

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 ARAUCA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍ* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO ARAUCA	*MUNICIPIO* ARAUCA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3852332	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	10	*Mes*	07	*Año* 1996	*Día*	18	*Mes*	07	*Año*	2005	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENFERMERO	*DEPENDENCIA* AREA DE SALUD					*DIRECCIÓN* CALLE 21 17 32 ARAUCA - ARAUCA						

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA INSTALACIÓN EDUCATIVA MANUELA BELTRAN			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO					*CORREO ELECTRÓNICO*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día:	15	*Mes:*	02	*Año:* 2014	*Día:*		*Mes:*		*Año:*		
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS DE LA EDUCACION	*NIVEL EDUCATIVO* EDUCACION MEDIA					*DIRECCIÓN* CALLE 11 16 36						

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	9	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	11	8
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	11	9

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 VILLAVICENCIO 19 /11/2025 ISAURO OLARTE

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.

Angelica Rocio Peña Sanchez
Firmado digitalmente por Angelica Rocio Peña Sanchez
Fecha: 2025.11.20 16:30:38 -05'00'

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	2025-11-19 15:47

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
ISAURO	ABEL	OLARTE	CASTAÑEDA

Documento de identificación

Tipo	Número
CEDULA DE CIUDADANIA	478634

Lugar de nacimiento

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	SANTANDER	BARBOSA

Lugar de domicilio

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	META	GRANADA

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	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

Lugar de sede

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	BOGOTÁ. D.C.	BOGOTÁ. D.C.

Dirección	["CALLE 57 N 8 69 "]
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 2023 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$0,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$8.400.000,00
Honorarios	$0,00
Otros ingresos y rentas	$29.000.000,00
TOTAL	$37.400.000,00

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	$1.800.000,00
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$12.000.000,00
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$1.000.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
CASA	COLOMBIA	META	GRANADA	$350.000.000,00
APARTAMENTO	COLOMBIA	BOGOTÁ. D.C.	BOGOTÁ. D.C.	$80.000.000,00
VEICULO UBK946	COLOMBIA	META	GRANADA	$30.000.000,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
CREDITO HIPOTECARIO	$13.500.000,00

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
MARIA	DEL CARMEN	BELTRAN	

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 40373256

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:

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) ISAURO ABEL OLARTE CASTA?EDA identificado(a) con CC 478634 se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: 01/08/2008

Estado de la Afiliación: **Vigente**

IPS: **MULTISALUD SAS EL BELEN**

Categoría: **A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 19 días del mes 11 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,



RADICADO 2020_001

GERENCIA DE DETERMINACIÓN DE DERECHOS
DIRECCIÓN DE NÓMINA DE PENSIONADOS
CERTIFICACION PENSIÓN

Que revisada la nómina de Pensionados de la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**, al señor(a) **ISAURO ABEL OLARTE CASTAÑEDA** identificado(a) con **Cédula de Ciudadanía** No. **478634** y número de Afiliación **900478634100**, esta Administradora mediante resolución No. **203942** de **2019** le concedió pensión de **P DE VEJEZ L 797/03 Vitalicia** registrando fecha de ingreso a nómina **Agosto** de **2019.**

Que para la NOMINA de **Noviembre** de **2025** en la Entidad **13-BBVA COLOMBIA - 985-VILLAVICENCIO CL 15 40 1 LC 248 249 CC PRIMAVERA** No. de Cuenta **130985000200033497,** al pensionado(a) **OLARTE CASTAÑEDA** se giraron los siguientes valores:

DEVENGADOS		DEDUCIDOS	
VALOR PENSION	$ 2,705,508.00	SALUD NUEVA EPS S.A.	$ 270,600.00
MESADA ADICIONAL NOVIEMBRE	$ 2,705,508.00	DESCUENTOS PRESTAMO BBVA PRESTAMO	$ 417,681.00
TOTAL DEVENGADOS	**$ 5,411,016.00**	**TOTAL DEDUCIDOS**	**$ 688,281.00**
		NETO GIRADO	**$ 4,722,735.00**

Estado: **ACTIVO**.

Se expide a solicitud del interesado(a) en Bogotá , el día 19 de noviembre de 2025.

DORIS PATARROYO PATARROYO
Directora de Nómina de Pensionados

En caso de recibir el pago de la mesada pensional por ventanilla, el número de cuenta en este certificado se mostrará como cero (0).

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

FECHA: 23-04-2024

SAN MARTIN META

EMPRESA: HOSPITAL LOCAL DE SAN MARTIN

DATOS PERSONALES:

NOMBRE:	ISAURO ABEL	APELLIDOS: OLARTE CASTAÑEDA	
CEDULA:	478.634	DE: RESTREPO META	
EDAD:	66 AÑOS	GRUPO SANGUINEO: 0 POSITIVO	

ANTECEDENTES: Hipertensión Arterial controlado

EXAMEN FÍSICO

Signos Vitales: TA: 131/65 MMHG FC: 70 FR: 17 T: 36.6 SAT: 97 %
Peso: 83 KG Talla: 1.60 IMC: 32 Obesidad tipo I

Paciente consciente, alerta, hidratado, afebril, en buenas condiciones generales
Cabeza: Pupilas isocóricas, normorreactivas, escleras anictéricas, conjuntivas normo-crómicas,
Cuello: Móvil, no adenopatías ni adenomegalias.
Tórax: Simétrico, normo expansible, no signos de dificultad respiratoria, ruidos cardiacos rítmicos sin soplos, ruidos respiratorios sin agregados, campos pulmonares bien ventilados.
Abdomen: Blando, depresible, ruidos intestinales presentes, no doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal, no se palpan masas ni visceromegalias, no hernias.
Extremidades: Eutróficas, simétricas, sin evidencia de edemas.
Genitourinario: sin alteración.
Osteomuscular: Actitud postural: normal 80% bípeda. Lado dominante: Derecho, arcos de movimiento conservados, no alteraciones.
Neurológico: Alerta, orientado en las tres esferas, no déficit de pares craneales, fuerza, sensibilidad y coordinación conservadas. Reflejos ++/++++. No hay signos de focalización, no signos meníngeos, Piel: sin alteraciones.

DIAGNOSTICO	
Z100	EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL
APTO PARA VINCULACION LABORAL:	SI: X

RECOMENDACIONES: Uso de elementos de protección personal (EPP), adecuados y oportunos, cumpliendo con la resolución 1918 del 05 de junio de 2009, emanada por el ministerio de protección social. Se recomienda estilos de vida saludable con énfasis en alimentación y ejercicio, bajar de peso, valoración por nutricionista. CERTIFICA que el trabajador al EXAMEN OCUPACIONAL SE ENCUENTRA APTO PARA VINCULACION LABORAL.

Leidy Lisset Mancera León
Médico General
Especialista Salud Ocupacional

DR. LEIDY MANCERA LEON.

RM 40328609

LIC DE SALUD OCUPACIONAL: 2020060026923

FIRMA DEL PACIENTE

ALCALDÍA MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO

SECRETARIA DE HACIENDA MUNICIPAL

FORMULARIO DE NOVEDADES
DE INDUSTRIA Y COMERCIO

NIT: 892.099.324-3

FECHA: 18/11/2025

No. 25360110007395

INFORMACIÓN GENERAL

1. Tipo de Novedad	2. Fecha Inicio de Actividades Municipio	3. No. De Matricula Mercantil	4. Fecha De Matricula Mercantil
INSCRIPCIÓN PORTAL	01/01/2025		

INFORMACIÓN DEL CONTRIBUYENTE

5. Tipo de Documento	6. No. de Documento	7. D.V.	8. Tipo de Persona	9. Régimen Industria y Comercio
CC	**478634**	1	NATURAL	Común () – Simplificado(**X**)

10. Razón Social / Nombre y Apellidos del contribuyente
OLARTE CASTAÑEDA ISAURO ABEL

11. ¿Gran Contribuyente?	12. ¿Agente Retenedor?	13. ¿Contribuyente Temporal?	14. ¿Declara Alumbrado?

REPRESENTANTES LEGALES

Tipo Representante	Tipo documento	Documento	Nombres y Apellidos	Teléfono

INFORMACIÓN DE CONTADOR O REVISOR FISCAL

15. Tipo de Documento	16. No. de Documento	17. Nombres y Apellidos	18. Tarjeta Profesional
CC			

INFORMACIÓN DE NOTIFICACIÓN JUDICIAL

19. Dirección Fiscal	20. Departamento	21. Ciudad o Municipio
VIA 0 # 0 - 0, MZ 3 CS 20	META	GRANADA

22. Barrio	23. Correo Electrónico	24. Teléfono	25. Celular
BONANZA	abel-1957@hotmail.es	3114503613	3114503613

ACTIVIDADES ECONOMICA

Código	Descripción	Fecha Inicio	Fecha Fin
8699-0	OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCIÓN DE LA SALUD HUMANA	31/08/1982	

ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO

Nombre	Dirección	Teléfono	Fecha Apertura	Fecha Cierre

Al firmar declaro que toda la información proporcionada con este formulario es verdadera y completa.
He leído y acepto los términos y condiciones del manejo de datos y la notificación por correos electrónicos.

Representante Legal o Propietario	Código de Verificación
Nombre: **OLARTE CASTAÑEDA ISAURO ABEL** No. Identificación: 478634	

**** GENERADO PORTAL PUBLICO POR 478634 - FECHA: 18/11/2025 ****