FORMATO COMPLETO

# 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 |
|---|---|---|
| CONTRERAS | CARVAJALINO | MARIA DEL PILAR |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | GENERO | NACIONALIDAD | PAÍS |
|---|---|---|---|
| C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1004999592 | F (X) M ( ) NB ( ) | COL. (X) EXTRANJERO ( ) | COLOMBIA |

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

**FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO**

FECHA DIA 30 MES 09 AÑO 2002

PAÍS COLOMBIA

DEPTO NORTE DE SANTANDER

MUNICIPIO CUCUTA

**DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA**

CALLE 13A BIS 3 4 BARRIO CAIMANES CORREGIMIENTO AYACUCHO

PAÍS COLOMBIA DEPTO CESAR

MUNICIPIO LA GLORIA

TELÉFONO EMAIL mcontrerascarvajalino80@gmail.com

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

***EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA***

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

| EDUCACIÓN BÁSICA | | | | | | | | | | | TÍTULO OBTENIDO | BASICA SECUNDARIA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO | | | |
| 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | 7° | 8° | 9° | 10° | 11° | MES | 12 | AÑO | 2019 |
| | | | | | | | | | | 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 COMPLETO

# 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* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| ASOCIACION DE HOGARES COMUNITARIOS AGRUPADO MIS PRIMEROS SUEÑOS | | X | COLOMBIA |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| CESAR | LA GLORIA | |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | *Día* | 24 | *Mes* | 02 | *Año* | 2025 | *Día* | 15 | *Mes* | 12 | *Año* | 2025 |

| *CARGO O CONTRATO ACTUAL* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| 050 AUXILIAR ADMINISTRATIVO | AREA ADMINISTARTIVA | KRA 3 #3-30 PARQUE CENTRAL |

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| ASOCIACION DE HOGARES COMUNITARIOS AGRUPADO MIS PRIMEROS SUEÑOS | | X | COLOMBIA |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| CESAR | LA GLORIA | |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | *Día* | 01 | *Mes* | 08 | *Año* | 2024 | *Día* | 15 | *Mes* | 12 | *Año* | 2024 |

| *CARGO O CONTRATO ACTUAL* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| 050 AUXILIAR ADMINISTRATIVO | AREA ADMINISTARTIVA | KRA 3 #3-30 PARQUE CENTRAL |

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| Cargando... | | X | COLOMBIA |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| CESAR | LA GLORIA | |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | *Día* | 08 | *Mes* | 04 | *Año* | 2023 | *Día* | 20 | *Mes* | 03 | *Año* | 2024 |

| *CARGO O CONTRATO ACTUAL* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| AUXILIAR E RECURSOS HUMANOS | AREA RECURSOS HUMANOS | CALLE 58 # 30-31 BUCARAMANGA SANTANDER |

FORMATO COMPLETO

# HOJA DE VIDA

## Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>GRUPO AGROINDUSTRIAL HACIENDA LA GLORIA | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>CESAR | | *MUNICIPIO*<br>LA GLORIA | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3182974045 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 08 | *Mes* | 10 | *Año* 2022 | *Día* | 07 | *Mes* | 04 | *Año* | 2023 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>APRENDIZ RECURSO HUMANOS | *DEPENDENCIA*<br>AREA DE RECURSOS HUMANOS | | | | | *DIRECCIÓN*<br>KM 5.5 VIA LA MATA, LA GLORIA | | | | | |

**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 | 0 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 2 | 7 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 0 | 0 |
| EXPERIENCIA DOCENTE | 0 | 0 |

FORMATO COMPLETO

# 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 __ 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*

AYACUCHO CESAR - 21/01/2026

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

**9** **OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS**

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

*Ciudad y fecha*

*NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

NIT. 900.270.083-3
Oficina Principal Avenida Calle 26 No. 102-20
Hotel Buró, Oficina 402
Plantación Km 5.5 Vía La Mata, La Gloria
(Cesar), Colombia - T +57 1744 5454

# CERTIFICACION

La empresa Grupo Agroindustrial Hacienda La Gloria **Nit. 900270083-3,** certifica que **MARIA DEL PILAR CONTRERAS CARVAJALINO,** Identificado con Cédula de Ciudadanía Nº 1.004.999.592, realizó en esta empresa su etapa productiva del programa **TECNOLOGO EN GESTION ADMINISTRATIVA,** del **CENTRO AGROEMPRESARIAL - AGUACHICA** desde el 08 de Octubre de 2022 hasta el 07 de Abril de 2023.

La presente se expide a solicitud del interesado en La Gloria, a los 10 días del mes de Abril de 2023.

Cordialmente,

**Carmen Helena Quintero Badillo**
Jefe de Recursos Humanos
Grupo Agroindustrial Hacienda La Gloria S.A Sucursal

enlace empresarial de servicios S.A.

# CERTIFICADO LABORAL

NOMBRES Y APELLIDOS

CONTRERAS CARVAJALINO MARIA DEL PIL

DOCUMENTO DE IDENTIDAD

1004999592

| EMPRESA | INGRESO | EGRESO | CARGO |
|---|---|---|---|
| GRUPO AGROINDUSTRIAL | 10/04/2023 | / / | AUXILIAR DE RECURSOS HUMANOS |

Salario pactado $1581,742

TIPO DE CONTRATO

A TERMINO POR LABOR CONTRATADA

FECHA DE EXPEDICION

Bucaramanga, Marzo 20 de 2024

Atentamente

ENLACE EMPRESARIAL DE SERVICIOS S.A. NIT. 804.006.907-2

PILAR VARGAS AGON
Dpto de Talento Humano

**Calle 58 No. 30 - 31 PBX: 6577463**
**Telefax: 6437277**
**Tel. Celular: (315) 394 4210**
**(316) 4641173**
**BUcaramanga - Colombia** **www.enlace.com**

**LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL DE LA ASOCIACION DE HOGARES COMUNITARIOS AGRUPADOS MIS PRIMEROS SUEÑOS CORREGIMIENTO DE AYACUCHO MUNICIPIO DE LA GLORIA.**

**NIT 900404035-7**

**CERTIFICA:**

Que, la Señora **MARIA DEL PILAR CONTRERAS CARVAJALINO**, identificada con la Cedula de Ciudadanía **N° 1.004.999.592** expedida en La Gloria Cesar, laboro desde el 01 de agosto del 2024 al 15 de diciembre del 2024 en el Centro de Desarrollo Infantil Primeros Sueños Ayacucho y La Mata dentro del marco de la Estrategia de **CERO A SIEMPRE** con un Contrato por prestación de servicios como AUXILIAR ADMINISTRATIVA.

Esta constancia se expide a solicitud del interesado.

Para mayor constancia se firma en el corregimiento de Ayacucho, Municipio de la Gloria Cesar, a los 08 días del mes de enero del 2025.

**YANITH GABRIELA COLLANTE MACHUCA**
CC N° 1.065.887.223 de Aguachica-Cesar
Representante Legal

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 141069703311

(415)7707212489984(8020) **000014106970331 1**

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

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 0 0 4 9 9 9 5 9 2 | |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Cesar 2 0 | La Gloria 3 8 3 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| CONTRERAS | CARVAJALINO | MARIA | DEL PILAR |

35. Razón social

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

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Cesar 2 0 | La Gloria 3 8 3 |

41. Dirección principal
CRR AYACUCHO

42. Correo electrónico mcontrerascarvajalino80@gmail.com

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

## 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 |
| 0 0 8 1 | 2 0 2 2 0 9 2 9 | | | | | | | |

### 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

### Usuarios aduaneros

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 54. Código | | | | | | | | | | |
| | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| | | | | | | | | | | |

### Exportadores

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

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

### Para uso exclusivo de la DIAN

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

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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

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 21 de enero de 2026, a las 15:34:20, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 1004999592 |
| Código de Verificación | 1004999592260121153419 |

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. 289445384

PIB
15:31:15


Bogotá DC, 21 de enero del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) MARIA DEL PILAR CONTRERAS CARVAJALINO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1004999592:

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.**

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

## Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 03:29:35 PM horas del 21/01/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1004999592**
Apellidos y Nombres: **CONTRERAS CARVAJALINO MARIA DEL PILAR**

**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

Consulta Ciudadano

## La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 21/01/2026 03:27:21 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1004999592** y Nombre: **MARIA DEL PILAR CONTRERAS CARVAJALINO.**

## 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. **133136972** . 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

# Certificación Bancaria

Miércoles, 21 de enero de 2026

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que MARIA DEL PILAR CONTRERAS CARVAJALINO identificado(a) con CC 1004999592, 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 Ahorros | 91287423271 | 2025-07-09 | 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.

Bancolombia

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.

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

# 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 1004999592 **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 21/01/2026 03:15 PM

Código Verificación: **MBCFK5WRX8**

Válida hasta: **21/04/2026**

---

## Dirección de Gobierno Digital

## MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.004.999.592**

**CONTRERAS CARVAJALINO**

APELLIDOS

**MARIA DEL PILAR**

NOMBRES

Maria Contreras C.

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **30-SEP-2002**

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

**1.55** ESTATURA | **A+** G.S. RH | **F** SEXO

**01-OCT-2020 LA GLORIA**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
**ALEXANDER VEGA ROCHA**

P-1260000-01171671-F-1004999592-20201019 **0072**118425A 1 52935108

La República de Colombia
y en su nombre la

# Institución Educativa Ayacucho

Ayacucho - La Gloria - Cesar

Reconocida por la Secretaría de Educación, Deportes y Cultura Departamental
según Resolución No. 003173, del 26 de Noviembre de 2010

Confiere a:

## María Del Pilar Contreras Carvajalino

Identificado(a) con T.I. No. 1004999392 Expedida en La Gloria, Cesar

El Título de

## Bachiller Académico

Por haber alcanzado y aprobado los logros de formación integral
correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, de acuerdo
con el Proyecto Educativo Institucional - P.E.I. -

Rector.

Secretaria.

Anotado en el control interno del plantel en el

Libro No. 01 Folio No. 47 Diploma No. 06

Dado en Ayacucho, a 12 de Diciembre del año 2019

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994 y en atención a que*

## MARIA DEL PILAR CONTRERAS CARVAJALINO

*Con Cédula de Ciudadanía No. 1004999592*

*Cursó y aprobó el programa de Formación Profesional Integral*
*y cumplió con las condiciones requeridas por la entidad. le confiere el*

**Título de**

**TECNÓLOGO EN**

## GESTIÓN ADMINISTRATIVA

*En testimonio de lo anterior. se firma el presente Titulo en Aguachica.*
*al primer(1) dia del mes de agosto de dos mil veintitres (2023)*

Firmado Digitalmente por

YALEINIS MONTERO TRIANA
Subdirectora (E) CENTRO AGROEMPRESARIAL
REGIONAL CESAR

**74435042 - 01/08/2023**
No y FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9520002277790CC1004999592C.

**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:

**MARIA DEL PILAR CONTRERAS CARVAJALINO,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.004.999.592**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 23 de Enero del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

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 | 2026-01-23 21:44 |
|---|---|---|---|

Nombres y apellidos completos

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| MARIA | DEL PILAR | CONTRERAS | CARVAJALINO |

Documento de identificación

| Tipo | CEDULA DE CIUDADANIA | Número | 1004999592 |
|---|---|---|---|

Lugar de nacimiento

| País | COLOMBIA | Departamento | NORTE DE SANTANDER | Municipio | CUCUTA |
|---|---|---|---|---|---|

Lugar de domicilio

| País | COLOMBIA | Departamento | CESAR | Municipio | LA GLORIA |
|---|---|---|---|---|---|

| 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 | PERSONERIA DE LA GLORIA |
|---|---|

Lugar de sede

| País | COLOMBIA | Departamento | CESAR | Municipio | LA GLORIA |
|---|---|---|---|---|---|

| Dirección | ["VACIA"] |
|---|---|

| 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 2025 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 | $0,00 |
| Otros ingresos y rentas | $0,00 |
| 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 |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

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 [ ] No [X]

Los intereses personales de mi cónyuge o compañero o compañera permanente son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [ ]

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| | | | |

Tipo documento [ ] Número [ ]

Descripción del potencial conflicto de interés con su cónyuge o compañero(a) permanente:

| |
|---|
| |

## 2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con Intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [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:

| |
|---|
| |

IPS E&G medicos
Atención Integral en Medicina General y del Trabajo

LSO: 1200 - NIT: 900704496-6
Tel: 5654122 Cels: 3184023305
Correo: egmedicos123@outlook.es
www.eygmedicos.com
Carrera 21 No. 5-21 Aguachica - Cesar



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

**N° 52.808**

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 21 DÍA | 01 MES | 2026 AÑO | AGUACHICA (CESAR, COLOMBIA) Ciudad | EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE PREINGRESO |

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

| Nombre de la empresa | Empresa en misión |
|---|---|
| PARTICULAR | PARTICULAR |

CIIU (Actividad Económica) del empleador:

**81 - PERSONAS NATURALES Y SUCESIONES ILÍQUIDAS SIN ACTIVIDAD ECONÓMICA**

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

| Apellidos y Nombres | Género | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| CONTRERAS CARVAJALINO MARIA DEL PILAR | FEMENINO | 23 AÑOS 3 MESES 21 DÍAS | CC (Tipo) | 1004999592 (Número) |

Cargo

**CONTRATISTA**

| EPS | AFP | ARL |
|---|---|---|
| NUEVA EPS | PORVENIR | NO REFIERE |

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**SIN LIMITACIONES O RESTRICCIONES PARA EL CARGO**

Observaciones: *NO APLICA*

| N/A | NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos) |
|---|---|

| RESTRICCIONES LABORALES | TIPO | RECOMENDACIONES |
|---|---|---|
| NINGUNA | | |

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

| | |
|---|---|
| EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL (OSTEOMUSCULAR) ✓ | ---------- |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| | USO DE EPP | CONTROL DE PESO |
| | PAUSAS ACTIVAS | HACER DEPORTE |
| | HIGIENE POSTURAL | |

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

**Médico**

Firma: Orietta Camacho V. Médico Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo Res. 0009253-2017

**Nombre:** CC: 55249776 - ORIETTA MARGARITA CAMACHO

**R. M.:** 9539 **L.S.O.:** 9253

**Código de Seguridad**
E3K1Q52808

**Aspirante o Trabajador**

Firma: María Contreras

**Nombre:** CONTRERAS CARVAJALINO MARIA DEL PILAR

**CC:** 1004999592

GOBERNACIÓN DEL CESAR

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL CESAR
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

**RESOLUCION N°** 019271 **DE** 28 OCT 2025

"Por la cual se concede Renovación de Licencia para Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo".

La Secretaria de Salud Departamental del Cesar, en uso de atribuciones legales y en general de las que les confiere la Resolución 0754 de Mayo 31 de 2021, Resolución 1151 del 2022, y

## CONSIDERANDO

Que mediante Resolución Número 1200 del 26 de agosto del 2015 se concedió Licencia para prestación de servicios de Salud Ocupacional a, **LA SOCIEDAD E & G MEDICOS IPS S.A.S**, con NIT Numero 900704496-6, representada legalmente por HOFFMAN SLEIDER ESTRADA PACHECO, identificado con cédula de ciudadanía número 77.179.272, en los campos de acción de: Medicina ocupacional, Seguridad Ocupacional, Investigación, Diseño Educación, Administración y ejecución de programas de salud ocupacional.

Que el Capítulo I, Artículo 1, de la Resolución 0754 del 31 de mayo de 2021, establece el procedimiento y requisitos que deben acreditar las personas naturales y jurídicas ante las secretarías departamentales y distritales de salud, o la entidad que haga sus veces para la expedición y renovación de la Licencia de Seguridad y Salud en el Trabajo

Que, **E & G MEDICOS IPS S.A.S,** con NIT Numero 900704496-6, representada legalmente por MONICA LISBETH QUIÑONEZ BUSTOS, identificada con cédula de ciudadanía número 63.539.147, ubicada en la Carrera 21 # 5 – 21, de Aguachica – Cesar, presentó su solicitud formal para obtener la Renovación de la Licencia para Prestar Servicios de Seguridad y Salud en el Trabajo, anexando a su petición la documentación exigida en la Resolución 0754 del 31 de mayo de 2021.

Que de acuerdo a lo normado en los Artículos 5° y 6° de la Resolución 0754 del 31 de mayo de 2021, las Licencias de Seguridad y Salud en el Trabajo tienen una vigencia de (10) diez años y podrán ser renovados por un término igual, siempre y cuando el titular cumpla con los requisitos dispuestos por la normatividad vigente; de la misma manera tendrá cobertura a nivel nacional para los campos de acción que hayan sido autorizados.

Que la Secretaria de Salud Departamental procedió a efectuar el estudio técnico y legal de la documentación anexada por la empresa, **E & G MEDICOS IPS S.A.S,** a través del aplicativo web de la página del Ministerio de Salud y Protección Social y a través de visita de verificación, determinando que la misma se ajusta a la normatividad legal existente en consecuencia es procedente otorgar la respectiva Renovación de la Licencia para la Prestación de Servicios de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Que, en mérito de lo anteriormente expuesto, este despacho,

## RESUELVE

ARTÍCULO PRIMERO: Conceder la Renovación de la Licencia Número 1200 del 26 de agosto de 2015 para prestar Servicios de Seguridad y Salud en el Trabajo a la entidad, **E & G MEDICOS IPS S.A.S,** con NIT Numero 900704496-6, representada legalmente por MONICA LISBETH QUIÑONEZ BUSTOS, identificada con cédula de ciudadanía número 63.539.147, ubicada en la Carrera 21 # 5 – 21, de Aguachica – Cesar, para prestar servicios en **SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** en las áreas de: Medicina, seguridad y salud en el trabajo, Audiometría, Visiometría, Espirometría, Psicología en seguridad y salud en el trabajo, Investigación, Educación, Capacitación, Diseño, Administración y ejecución del Sistema de Gestión de la Seguridad y salud en el trabajo.

GOBERNACIÓN DEL CESAR

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL CESAR
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL

**CONTINUACION RESOLUCION N°** 019271 **DE** 28 OCT 2025

"Por la cual se concede Renovación de la Licencia para Prestación de Servicios de Medicina en Seguridad y Salud en el Trabajo"

ARTICULO SEGUNDO: La licencia de que trata el artículo anterior, se concede por un término de diez (10) años contados a partir de la ejecutoria de la presente resolución podrá ser renovada por un término igual.

ARTICULO TERCERO: Esta licencia es válida en todo el territorio Nacional.

ARTICULO CUARTO: La autoridad sanitaria aplicará las sanciones correspondientes, en especial las estipuladas en la ley 09 del 23 de febrero de 1979, cuando la persona natural o jurídica haga uso indebido de la licencia para la prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo expedida por la presente Resolución.

ERTICULO QUINTO: Toda solicitud para la Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo que el titular de esta Licencia presente a Instituciones públicas o privadas, deberá estar acompañada de copia de la presente que acredite el otorgamiento de su respectiva Licencia.

ARTICULO SEXTO: Contra la presente Resolución procede el recurso de Reposición ante la Secretaria de Salud Departamental y en su defecto el de Apelación ante el despacho del Ministerio de Salud en los términos y condiciones establecidas en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, y como lo prescribe el artículo 14 de la Resolución número 0754 de mayo 31 de 2021.

**NOTIFIQUESE Y CUMPLASE**

Dada en Valledupar, a los 28 OCT 2025

**GEORGINA PAOLA SANCHEZ DAZA**
Secretaria de Salud Departamental del Cesar.

| | | |
|---|---|---|
| Proyectó: | Zulibeth Cerchiaro Villero, Técnico administrativo SSDC | |
| Revisó y aprobó | Lourdes Elena Rueda Ovalle – Profesional Especializado SSDC | |
| Revisó | Pedro Nel Martínez Pumarejo - Asesor jurídico SSDC | |
| Aprobó | Leonor Lucia Dangond Daza – Líder Programa de Vigilancia y Control SSDC. | |
| Los arriba firmantes declaramos que hemos revisado el documento, cuyo contenido Se encuentra ajustado a las disposiciones legales vigentes, bajo nuestra responsabilidad lo presentamos para firma. | | |

**RESOLUCION NÚMERO** 000 9253 **DE 2017**

POR LA CUAL SE OTORGA UNA LICENCIA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

**EL SUSCRITO SECRETARÍO DE SALUD DEPARTAMENTAL**

En uso de sus facultades legales, y en especial las conferidas en la Ley 1562 de 2012 y la Resolución 04502 de 2012 y,

**CONSIDERANDO:**

Que **ORIETTA MARGARITA CAMACHO VILORIA** identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 55249776 ha solicitado licencia para la prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el trabajo ante la Secretaría de Salud Departamental de Santander.

Que de conformidad con el artículo segundo de la Resolución 04502 del 28 de Diciembre de 2012, el peticionario ha presentado la documentación requerida para la expedición de la Licencia en Salud Ocupacional para la prestación de servicios en Seguridad y Salud en el trabajo

Que por lo antes expuesto, el Secretario de Salud Departamental.

**RESUELVE:**

ARTÍCULO 1: Otórguese LICENCIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO A: **ORIETTA MARGARITA CAMACHO VILORIA. -** MEDICO CIRUJANO -. ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, identificado(a) con Cedula de Ciudadanía No. 55249776, en las áreas de Medicina en Seguridad y Salud en el trabajo, Investigación en área técnica, Investigación del accidente de trabajo, Educación, Capacitación, Diseño, Administración y Ejecución del Sistema de gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo

ARTÍCULO 2: La Licencia de que trata el artículo anterior se concede por el término de Diez (10) años contados a partir de la fecha de expedición de la presente Resolución.

ARTÍCULO 3: Cuando se modifique las condiciones por la cual se otorgó esta Licencia, en el término máximo de un mes se debe informar a la Secretaria de Salud de Santander para la modificación de la misma.

ARTÍCULO 4: Esta Licencia es válida en todo el Territorio Nacional y tendrá carácter personal e intransferible.

ARTÍCULO 5: Contra la presente Resolución procede los recursos legales

**NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE**

Dada en Bucaramanga a los 23 JUN. 2017

**LUIS ALEJANDRO RIVERO OSORIO**
**Secretario de Salud Departamental**

VoBo: Salvador Rincón Santos – Director de Desarrollo Vigilancia y Control
Revisó: Yelitza Hernández G. – – Profesional Especializada Grupo de Acreditación en salud S.O.G.C
Proyectó: Elizabeth Caballero Zabala – Grupo de Acreditación en salud S.O.G.C

30019965

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

**No.Radicación: 127146**

FECHA DE RADICACIÓN: 29 / 01 / 2026

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

## I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) 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: N1109

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| CONTRERAS | CARVAJALINO | MARIA | DEL PILAR |

9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: C.N. [ ] M.S. [ ] R.C. [ ] T.I. [ ] C.C. [X] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] A.S. [ ] P.T. [ ]
10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1004999592
11. SEXO BIOLÓGICO: F [X] M [ ]
12. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [X] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
13. NACIONALIDAD: COLOMBIA
14. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS: COLOMBIA; DEPARTAMENTO: NORTE DE SANTANDER; MUNICIPIO: CUCUTA
15. FECHA NACIMIENTO: DÍA 30 / MES 09 / AÑO 2002

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA: 6
17. COMUNIDAD INDIGENA:
18. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [X] CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD:
19. TIENE ENCUESTA SISBÉN? SI [ ] NO [X]
20. CLASIFICACIÓN SISBÉN:
NIVEL:
GRUPO:
21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL:
22. ARL: POSITIVA
23. AFP: PORVENIR
24. IBC: $1,750,905.00
25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: $0.00
26. RESIDENCIA
DIRECCIÓN: CO AYACUCHO
TELÉFONO FIJO:
TELÉFONO CELULAR: 3116055494
CORREO ELECTRÓNICO: MCONTRERASCARVAJALINO80@GMAIL.COM
DEPARTAMENTO: CESAR
MUNICIPIO/ DISTRITO: LA GLORIA
LOCALIDAD/COMUNA:
ZONA: CABECERA MUNICIPAL [X] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]
IPS: 2474

## 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: T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]
29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:
30. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ]
31. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
32. NACIONALIDAD:
33. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS; DEPARTAMENTO; MUNICIPIO
34. FECHA NACIMIENTO: DÍA / MES / AÑO

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 F | 39. SEXO M | 40. SEXO IDENTIFICACIÓN F | M | T | NB | Otro? | 41. LUGAR DE NACIMIENTO PAÍS | DEPART. | MUNICIPIO | 42. FECHA DE NACIMIENTO DÍA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT | | | | | | | | | | | | | | | |
| B2 | | CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT | | | | | | | | | | | | | | | |
| B3 | | CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT | | | | | | | | | | | | | | | |
| B4 | | CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT | | | | | | | | | | | | | | | |
| B5 | | CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT | | | | | | | | | | | | | | | |

| | Datos complementarios del Beneficiario 43. PARENTESCO | 44. ETNIA | 45. COMUNIDAD | 46. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL | 47. TIENE ENCUESTA SISBÉN? SI | NO | 48. CLASIFICACIÓN SISBÉN NIVEL | GRUPO | 49. DISCAPACIDAD SI | NO | CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD | 50. INCAPACIDAD PERMANENTE SI | NO | 51. Datos de residencia DEPARTAMENTO | MUNICIPIO/ DISTRITO | ZONA CABECERA MUNICIPAL | CENTRO POBLADO | RURAL DISPERSO | RESTO RURAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | | | I. II. | | | | | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | I. II. | | | | | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | I. II. | | | | | | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | I. II. | | | | | | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | I. II. | | | | | | | | | | | | |

| | TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR | 52. VALOR DE LA UPC DEL AFILIADO ADICIONAL | DIRECCIÓN | LOCALIDAD/ COMUNA | CORREO ELECTRÓNICO | 53. IPS | 54. CÓDIGO DE LA IPS (A REGISTRAR POR LA EPS) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | |

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

| 55. Nombre o razón social | 56. Tipo documento de Identificación N.I. [ ] T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] P.A. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ] | 57. Número del documento de Identificación | 58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 59. Ubicación | DIRECCIÓN | TELÉFONO FIJO O CELULAR | CORREO ELECTRÓNICO | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO/DISTRITO |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

## 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 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 [X]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. INSCRIPCIÓN EPS RETORNO AL PAÍS.1. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]
12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
14. MOVILIDAD
A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ]
B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
15. TRASLADO
A) MISMO RÉGIMEN [ ]
B) DIFERENTE RÉGIMEN [ ]
16. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
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 | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| | | | |

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:
62. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ]
63. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
64. FECHA NACIMIENTO: DÍA / MES / AÑO
65. EPS ANTERIOR:
66. FECHA DE NOVEDAD: DÍA 28 / MES 01 / AÑO 2026
67. MOTIVO DE TRASLADO Código:
68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES:

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mi. [ ]
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. 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 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 vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [ ]
75. Autorizo 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 explicito para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos. [X]
b). Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE). [ ]
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 hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

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

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

## IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional — Maria Contreras C.
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 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 las que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación 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

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]
Número del documento de identidad:
95. FIRMA DEL FUNCIONARIO:
96. FECHA DE RADICACIÓN: DÍA / MES / AÑO
97. FECHA DE VALIDACIÓN: DÍA / MES / AÑO

OBSERVACIONES:

VIGILADO Supersalud

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.

- ORIGINAL: E.P.S. -

# ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

## Autorización de mensajes de texto. (Circular externa 000016 mayo de 2013)

Yo, MARIA DEL PILAR CONTRERAS CARVAJALINO identificado (a) con R.C. | T.I. | C.C. | C.E. | CC | S.C. | C.D. | P.E. | P.T.

número 1004999592 de CUCUTA, certifico que:

| | | |
|---|---|---|
| 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? | SÍ☐ No☐ |
| 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? | SÍ☐ No☐ |
| 3 | ¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente? | SÍ☐ No☐ |
| 4 | ¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS? | SÍ☐ No☐ |
| 5 | ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS? | SÍ☐ No☐ |

Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al teléfono celular No. 3116055494

y/o correo electrónico: MCONTRERASCARVAJALINO80@GMAIL.COM

SÍ☐ No☐

Autorizo la entrega de la carta de Derechos y Deberes del Afiliado y carta de Desempeño, en formato electrónico. SÍ☐ No☐

Consulte la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño en el micrositio Web https://www.nuevaeps.com.co/carta-derechos-deberes

Evitando impresiones para ser amigable con el planeta SI ☐ NO ☐

Declaración juramentada de convivencia: Declarar que convivo con el(la) señor(a) _____ Identificado(a) con _____

No. _____ desde el día _____ del año _____

Cordialmente, Maria Contreras C.

Firma: _____

Tipo ID: CC No. ID: 1004999592

Fecha de Solicitud: 29/01/2026

Dirección: CO AYACUCHO

Tel: 3116055494 Municipio: LA GLORIA

Departamento: CESAR

Huella

Afiliado manifiesta que no sabe o no puede firmar, autoriza a:

Firma: _____

Tipo ID: _____ No. ID: _____

Fecha (dd/mm/aaaa): _____

Dirección: _____

Tel: _____ Municipio: _____

Departamento: _____

Huella

Manifiesto con mi firma la aceptación de todas las declaraciones y términos incorporados en este formato y el consentimiento expreso, previo e informado en relación con el tratamiento de mis datos personales que hará NUEVA EPS S.A., en sujeción a la política para el tratamiento de datos personales de la NUEVA EPS S.A. .

## Autorizaciones

En virtud de la anterior certificación, autorizo expresamente y conforme a lo dispuesto en los artículos 14 y 15 de la Ley 527 de 1995, a NUEVA EPS S.A. para que me remita información en forma de mensajes de datos, a través de mecanismos como sms -short message service - , correos electrónicos y redes sociales, relacionada con los servicios de NUEVA EPS S.A. y la carta de derecho de deberes.

Autorizo de manera expresa a NUEVA EPS S.A. y/o a la persona natural o jurídica a quien ésta encargue, para que recolecte, almacene, use, haga circular, actualice o suprima mis datos personales, para acceder a los servicios de la NUEVA EPS S.A. y para el cumplimiento de la carta de derechos y deberes.

## Aviso de privacidad

Hago constar expresamente que NUEVA EPS S.A. me informó sobre los siguientes derechos que me asisten como titular de datos personales:

- Acceder los datos personales que hayan sido objeto de tratamiento conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
- Conocer, actualizar y rectificar los datos personales frente al responsable del tratamiento y al encargado del tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros datos, en relación con datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos datos cuyo tratamiento esté expresamente prohibido o no haya sido autorizado.
- Solicitar prueba de la autorización otorgada al responsable del tratamiento, salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el tratamiento, de conformidad con lo previsto en el artículo 10 de la Ley 1581 de 2012.
- Ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento, previa solicitud, con respecto del uso que le ha dado a los datos personales.
- Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
- Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. La revocatoria y/o supresión procederá cuando la Superintendencia de Industria y Comercio haya determinado que en el tratamiento el responsable o encargado han incurrido en conductas contrarias a esta ley y a la constitución.

En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o complementen, le informamos que usted puede conocer la política de tratamiento de los datos personales de NUEVA EPS S.A., a través de los siguientes mecanismos que ponemos a su disposición:

Sitio web: www.nuevaeps.co

**Régimen Contributivo:**
Línea Gratuita: **01 8000 954400**
Línea de atención en Bogotá: **(601) 307 7022**

**Régimen Subsidiado:**
Línea Gratuita: **01 8000 95 2000**
Línea de atención en Bogotá: **(601) 307 7051**

Oficinas de atención al afiliado de NUEVA EPS S.A.
Conmutador: **(601) 419 3000**
Dirección Administrativa: Carrera 85k No 46A – 66 Piso 2

Sr.(a) afiliado(a), la información por usted suministrada en este formato, así como la relacionada en el formulario de afiliación y/o demás documentos anexos, serán utilizados por NUEVA EPS S.A. como responsable del tratamiento de la información únicamente para los fines específicos relacionados con la administración y prestación de servicios en salud de Plan Obligatorio de Salud, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 "Hábeas Data"; dicho tratamiento podrá implicar la trasferencia, trasmisión y/o recepción de los datos, y el cual se realizará a través de sí misma, terceros encargados de tratamiento de información o de sus aliados comerciales, para fines comerciales y para la correcta prestación del servicio, de la forma indicada en los Términos y Condiciones de cada uno de sus portales y de la Política de Confidencialidad y Protección de Datos.

**INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE CUYO INGRESO SEA IGUAL O SUPERIOR A 1 SMMLV**

| ACTIVIDAD ECONÓMICA | ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES | ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES | INGRESO BASE DE COTIZACIÓN | POSEE VIVIENDA PROPIA | | PRODUCTOR AGROPECUARIO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | SÍ | | SÍ | |
| INDEPENDIENTE | POSITIVA | PORVENIR | $1750905 | NO | X | NO | X |

| Nivel de Escolaridad | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ninguno | ☐ | Secundaria | ☐ | Normalista | ☐ | Profesional | ☐ | Doctorado | ☐ |
| Preescolar | ☐ | Media académica o clásica (bachillerato básico) | ☐ | Técnica Profesional | ☐ | Especialización | ☐ | Último Grado | |
| Básico Primaria | ☐ | Media técnica (bachillerato básico) | ☐ | Tecnológica | X | Maestría | ☐ | Aprobado | _____ |

| Posición Ocupacional | Patrón/Empleador | | Contratista | | Trabaja por su Cuenta | X |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Inicio Contrato | 28/01/2026 | | Fin Contrato | | | |

**SEÑOR USUARIO:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE O CONTRATISTA, RECUERDE REPORTAR LA NOVEDAD DE RETIRO EN LA PLANILLA DE PAGO A PARTIR DEL MOMENTO QUE DECIDA NO CONTINUAR CON LOS SERVICIOS DE SALUD, EL NO HACERLO LE GENERA MORA, LA CUAL TENDRÁ VIGENCIA HASTA EL MOMENTO EN EL QUE REPORTE SU RETIRO AL SISTEMA. DECRETO 806 ART. 57 DE 1998 Y ART. 59 DECRETO 1406 DE 1999.

| SÓLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE INDEPENDIENTE PAGO POR TERCERO | Nombre del Tercero | Tipo de Identificación | NIT | C.C. | C.E. | Identificación del Tercero que realiza el Aporte | DV |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | P.A. | T.I. | C.D. | | |

**INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS**

| Nombre del ASESOR o PROMOTOR | CÓDIGO ASESOR o PROMOTOR | Nombre de OFICINA | |
|---|---|---|---|
| YEINY KATHERINE MORENO FLOREZ | N1109 | | CIUDAD Y FECHA |