CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 37.368.643



Apellidos
AREVALO GARAVIZ

Nombres
AIDE

Nacionalidad
COL

Estatura
1.56

Sexo
F

Fecha de nacimiento
01 MAR 1971

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
TIBU (NORTE DE SANTANDER)

Fecha y lugar de expedición
04 DIC 1990, CONVENCION

Fecha de expiración
11 DIC 2035

Firma

Aide Arevalo G.

Scanned with CamScanner

.CO

0865322239



REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL0865322398250 22<<<<<<<<<<<<
7103014F3512115COL37368643<<<5
AREVALO<GARAVIZ<<AIDE<<<<<<<<<<

Scanned with CamScanner

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
AREVALO	GARAVIZ	AIDE

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 37368643	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 01 MES 03 AÑO 1971

PAÍS COLOMBIA

DEPTO NORTE DE SANTANDER

MUNICIPIO TIBÚ

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

vereda el oriente san calixto

PAÍS COLOMBIA DEPTO NORTE DE SANTANDER

MUNICIPIO SAN CALIXTO

TELÉFONO 3212324043 EMAIL aidearevalo02@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	11	AÑO	2016
										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
SANTA TERESA DE CACULTA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	1800	X		AUXILIA DE ENFERMERIA	08	2021

Scanned with CamScanner

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 VIGENTE											
EMPRESA O ENTIDAD			*PÚBLICA*		*PRIVADA*		*PAÍS*				
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*				
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día		*Mes*		*Año*		*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN*				

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

Scanned with CamScanner

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

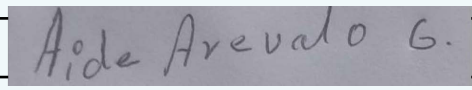
OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO X ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento ocaña 16 de Abril del 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

Scanned with CamScanner

"Nos distinguimos por la Excelencia Académica y Calidad Humana"

ACTA INDIVIDUAL DE GRADUACION

En la ciudad de **OCAÑA** a los veintisiete (27) días del mes de **agosto** del año dos mil veintiuno **(2021)**. Se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de último semestre, la suscrita Rectora y Secretaria, en la Rectoría de la **ESCUELA NACIONAL DE FORMACION EN SALUD SANTA TERESA DE CALCUTA**. Institución aprobada según Acuerdo Nº 00329 del 10 de Diciembre de 2015 de la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud, de los **ministerios de Salud y Protección Social y de Educación Nacional** y Resoluciones Nº 004371 de Oct 13/2009 y 000931 de Abr.08/2021 emanadas por la **SECRETARIA DE EDUCACION DEPARTAMENTAL DE NORTE DE SANTANDER**, para otorgar el certificado de aptitud ocupacional por competencias **TÉCNICO LABORAL AUXILIAR EN ENFERMERIA**, con una intensidad de 1.800 horas TEÓRICO–PRÁCTICAS.

Comprobada la situación académica de cada uno de los Estudiantes que cursaron y aprobaron, el mencionado programa, se procedió a otorgar el **CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS COMO TÉCNICO LABORAL AUXILIAR EN ENFERMERIA** a: **AIDE AREVALO GARAVIZ,** identificado(a) con documento de identidad Nº 37.368.643expedido en **CONVENCION.**

Es fiel copia tomada del Acta Original General Nº **52** Libro de diplomas **02** Folio **132** fecha **VEINTISIETE (27)** de **AGOSTO** de **2021**, que consta de setenta y seis (76) alumnos graduados, que comienza con el nombre de **GERALDID ALVAREZ BACCA** y cierra con el nombre **CRISTIAN DANILO ZAMBRANO SUAREZ.**

Firmada y sellada Por

Rectora **MARIA VICTORIA BECERRA PACHECO** y Secretaria **GINA ISABEL MANDÓN CUETO**. Dada en Ocaña a los veintisiete (27) días de mes de agosto de 2021.

En constancia se firma la presente, por quienes por ella intervinieron, en cumplimiento a lo ordenado.

Rector(a)
C.C. Nº 37.338.292 de Ocaña

ESCUELA NACIONAL DE FORMACIÓN EN SALUD "SANTA TERESA DE CALCUTA" RECTORIA

Secretaria
C.C. Nº 1.091.654.954 Ocaña

ESCUELA NACIONAL DE FORMACIÓN EN SALUD "SANTA TERESA DE CALCUTA" SECRETARIA

enfosalud
e-mail: info@enfosalud.edu.co
www.enfosalud.edu.co
Calle 7 Nº. 28-117 Av. Francisco Fernández de Contreras OCAÑA - NORTE DE SANTANDER
Teléfono 561 2000 Celular 317 565 3705

Scanned with CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ESCUELA NACIONAL DE FORMACIÓN EN SALUD SANTA TERESA DE CALCUTA

Acuerdo No. 00329 del 10 de Diciembre de 2015 de la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud, de los Ministerios de Salud y Protección Social y de Educación Nacional

Resoluciones No. 004371 del 13 de Octubre de 2009 y 000931 del 08 Abril del 2021 de la SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DEPARTAMENTAL DE NORTE DE SANTANDER

EN ATENCIÓN A QUE

Aide Arevalo Garaviz

D.I. 37.368.643 de Convención

CURSÓ Y APROBÓ LOS ESTUDIOS CORRESPONDIENTES, Y CUMPLIENDO CON LOS DEMÁS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS POR LA INSTITUCIÓN, SE LE CONFIERE EL CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS COMO TÉCNICO LABORAL EN

Auxiliar en Enfermería

DADO EN LA CIUDAD DE OCAÑA, EL DÍA 27 DE AGOSTO DE 2021
INTENSIDAD HORARIA 1.800 HORAS TEÓRICO - PRÁCTICAS

RECTOR(A)

ESCUELA NACIONAL DE FORMACIÓN EN SALUD SANTA TERESA DE CALCUTA RECTORÍA

LIBRO DE REGISTRO No. 2
FOLIO No. 132

Scanned with CamScanner

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141167083671

(415)7707212489984(8020) 000014116708367 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
3 7 3 6 8 6 4 3	0	Impuestos de Cúcuta	7

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	3 7 3 6 8 6 4 3	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Norte de Santander 5 4	Convención 2 0 6

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
AREVALO	GARAVIZ	AIDE	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Norte de Santander 5 4	San Calixto 6 7 0

41. Dirección principal
VDA EL ORIENTE FCA EL CASTILLO

42. Correo electrónico aidearevalo2@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 2 8 1 3 8 9 3 3	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 9	2 0 2 5 0 3 1 1							

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 2 2																									

22- Obligado a cumplir deberes formales a

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 61. Fecha 2025-03-11 / 02:13:51PM

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 RODRIGUEZ RODRIGUEZ LINA MARCELA

985. Cargo Gestor II

Fecha generación documento F

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Scanned with CamScanner

COOSALUD
En Pos de tu bienestar

CERTIFICA QUE

El (La) Señor(a) **AIDE AREVALO GARAVIZ** identificado con **Cédula de ciudadanía** número **37368643** registra en nuestra Base de Datos en condición de: **COTIZANTE**.

Estado Afiliado:	**Activo**
IPS de atención:	**E.S.E. HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES**
Categoría:	**A**
Fecha afiliación:	**15/04/2026**
Régimen:	**Contributivo**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) a **QUIEN INTERESE** , el 15 de abril del 2026. Esta es el Reflejo de la información registrada en nuestro sistema de información hoy.

Observaciones:

- NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS
- No válido para prestación de servicios que se realiza entre IPS y EPS
- Puede consultar más detalle en nuestra página web: www.coosalud.com
- Línea permanente 24 Horas 018000515611

Cordialmente,

CARLOS ALBERTO TORRES SALAZAR
Director de Operaciones - Contributivo
afiliacionescontributivo@coosalud.com
COOSALUD EPS

Scanned with CamScanner

Colpensiones

OCAÑA, 5 de Septiembre de 2024 2024_18201314-41473602

Señor (a):
AIDE AREVALO GARAVIZ
FI EL CASTILLO VDA EL ORIENTE
SAN CALIXTO - NORTE DE SANTANDER

Referencia: Radicado No. 2024_18201314 del 5 de Septiembre de 2024
Ciudadano: AIDE AREVALO GARAVIZ
Identificación: C.C. 37368643
Tipo de Trámite: AFILIACIONES - Vinculación Inicial

Respetado(a) señor(a):

Recibe un cordial saludo de la Administradora Colombiana de Pensiones - COLPENSIONES.

Nos permitimos informarle que su solicitud radicada como se indica en la referencia ha sido rechazada.

Causal: Personas excluidas del Sistema General de Pensiones, en razón a la edad.

Por otra parte, es importante indicar que Colpensiones en calidad de administradora del Régimen de Prima Media con Prestación Definida se encuentra en la obligación de acatar las normas de carácter general, por tanto, se debe dar aplicación al artículo 2º del Decreto 758 de 1990, que manifiesta lo siguiente:

"Artículo 2o. Personas excluidas del seguro de invalidez, vejez y muerte. Quedan excluidos del Seguro Social Obligatorio de Invalidez, Vejez y Muerte:
a) Los trabajadores dependientes que al inscribirse por primera vez en el Regimen de los Seguros Sociales, tengan 60 o más años de edad;
b) Los trabajadores independientes que se afilien por primera vez con 50 años de edad o más, si se es mujer, o 55 años de edad o más, si se es varón;
(...)".

En caso de requerir información adicional, por favor acercarse a nuestros Puntos de Atención Colpensiones (PAC); comunicarse con la línea de servicio al ciudadano en Bogotá al 4890909, en Medellín al 2836090, o con la línea gratuita nacional al 018000 41 0909, en donde estaremos dispuestos a brindarle el mejor servicio.

Colpensiones
Sede Principal: Carrera 7 No. 74 - 21, Bogotá D.C., Colombia
Dirección correspondencia: Carrera 9 No. 59 - 43 Lc 4 Ed. Urban Essence, Bogotá D.C., Colombia
Conmutador: (+57) 601 489 0909
Línea Gratuita: 01 8000 410909
Conmutador BEPS: (+57) 601 487 0300
Línea Gratuita BEPS: 01 8000 410777
www.colpensiones.gov.co

Powered by CamScanner
Powered by CamSca
Scanned with CamScanner

Progresando en Salud I.P.S.
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

LICENCIA S.O. No. 2864

EXAMEN DE INGRESO

ENFASIS OSTEOMUSCULAR

FECHA 16/08/2024 **HORA** 11:48:37 — **OCAÑA - NORTE DE SANTANDER**



EMPRESA 0000 PARTICULAR

NOMBRE AIDE AREVALO GARAVIZ

CC : 37368643 **DE** CONVENCION NORTE DE SANTANDER

CARGO INDEPENDIENTE

DIRECCION VDA EL ORIENTE SAN CALIXTO

TELEFONO 3228138933 **CELULAR** **EDAD** 53 **GENERO** F **RH** O+

A.F.P. OTRO **A.R.L.** OTRO **E.P.S.** COOSALUD

EXAMENES MEDICOS : EXAMEN FÍSICO COMPLETO, TAMIZAJE VISUAL, SISTEMA CARDIOPULMONAR, PRUEBAS DE COORDINACIÓN, EXPLORACIÓN DIRIGIDA POR MANIOBRAS INDIVIDUALES DE CADA EXTREMIDAD Y DE CADA MÚSCULO (CUELLO, HOMBROS, MUÑECA, MANOS, TRONCO, CADERA, RODILLA, TOBILLO, PIES) PRUEBA PARA TÚNEL DEL CARPO, PRUEBA PARA TENDINITIS, TENOSINOVITIS Y TRASTORNOS DE HOMBRO, PRUEBAS DINÁMICAS DE COLUMNA, EXPLORACIÓN DE ARCOS DE MOVILIDAD, REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS, EXPLORACIÓN DE ALTERACIONES DE PIEL Y VARICES, EXPLORACIÓN DE HERNIAS.

AUDIOMETRIA	NO	**EXAMEN DE VOZ**	NO	**OPTOMETRIA**	NO	**VISIOMETRIA**	NO	**ESPIROMETRIA**	NO
PSICOLOGIA	NO	**RX TORAX**	NO	**RX COLUMNA**	NO	**ELECTROCARDIOGRAMA**	NO		

LABORATORIO :

OTROS EXAMENES :

CONCEPTO DE APTITUD : SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO

RECOMENDACIONES : SE SUGIERE: USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) PARA RIESGO BIOLOGICO PAUSAS ACTIVAS Y COMPENSADORAS. CAPACITACION SOBRE RIESGO PSICOSOCIAL, ERGONOMICO, RIESGO PUBLICO BIOLOGICO, MANEJO DE RESIDUOS HOSPITALARIOS Y TRABAJO SEGURO. APLICACION DE NORMAS DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL. HIGIENE POSTURAL. MANTENER ESQUEMA VACUNACION AL DIA. FOMENTAR EL AUTOCUIDADO - USO DE LENTES PERMANENTES EN SITIO DE TRABAJO

INGRESA AL SVE N/A

ENFASIS OSTEOMUSCULAR

Certifico que toda la información suministrada en este documento es verdadera y no oculte información sobre mi estado de salud, enfermedad laboral y/o accidente de trabajo presentados antes de este examen.
Se entrega al trabajador la información de los resultados, pruebas o valoraciones complementarias ocupacionales (pre-ingreso, periódico y/o retiro) dando cumplimiento a la Resolución 2346 de 2007 Art. 10 y Resolución 0312 de 2019 y las normas que la modifiquen, adicionen, sustituyan o deroguen, con la única finalidad en la promoción de la salud de los trabajadores y de los mecanismos de prevención y control de alteraciones de la salud.

ANGELA MARIA BARRIOS ROJAS
MD. ESP. EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
REG. MEDICO 3376 LICENCIA S.O. 005238

AIDE AREVALO GARAVIZ
CC : 37368643

Scanned with CamScanner

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 293622729

PIB
10:24:46

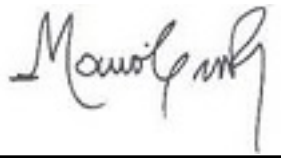
Bogotá DC, 30 de marzo del 2026

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) AIDE AREVALO GARAVIZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 37368643:

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



Mario Enrique Castro González
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.

Scanned with CamScanner

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 lunes 30 de marzo de 2026, a las 10:27:39, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	37368643
Código de Verificación	37368643260330102739

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

Scanned with CamScanner

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 10:29:23 AM horas del 30/03/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **37368643**
Apellidos y Nombres: **AREVALO GARAVIZ AIDE**

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.

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

Todos los derechos reservados.

Scanned with CamScanner

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, 30/03/2026 11:06:17 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **37368643** y Nombre: **AIDE AREVALO GARAVIZ.**

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. **137357061** . 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

Scanned with CamScanner

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 11:10:16 horas del 30/03/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **37368643,** Apellidos y Nombres **AREVALO GARAVIZ AIDE**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZAREZ**, con NIT **890501438-1** 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.

https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta

Scanned with CamScanner

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 37368643 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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

Se expide en Bogotá el 30/03/2026 11:17 AM

Código Verificación: **4E8XYNVWRG**

Válida hasta: **28/06/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Scanned with CamScanner

¿ReTHUS

Una continua diligencia la identificación de la identidad y apellido de la persona a consultar en el Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *: Cédula de Ciudadania

Número de Identificación *: 37368643

Nombre Primer Nombre: Aide

Primer Apellido: Arevalo

Confirmar los números de la Imagen *



Cambiar

5804

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiador

Resultado General -2026-04-14→5:28:32 PM

Tipo Identificación	No. Identificación	Nombre Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Identificación del Estado:	Detalles
CC	37368643	AIDE		AREVALO	¿GARAVIZ	¿Vigente	Ver

De con los artículos 100 y 101 Decreto Ley 2106 de 2019, una vez páginas revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el señor(a) AIDE AREVALO GARAVIZ(a) con CC 37368643 registro siguiente La información:

2026-04-14→5:28:32 PM

Información Académica

Tipo de Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha de inicio de la entrada de invierno Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA	2022-10-13	Categoría: 4162	INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER

Información en proceso de actualización con conformidad por el Ministerio de Salud y Protección Señalizada Social. El humano en talento en salud puede continuar ejciendo su u ocupación del área de la salud presenta, los documentos que acreditaron el cumplimiento el cumplimiento de los requisitos vigentes (Resolución de autorización de elección en el territorio, expedida por este Ministerio o una Secretaría de Salud, y la cuerda, tarjeta profesional, profesional profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

Scanned with CamScanner

Certificación Bancaria

Martes, 14 de abril de 2026

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que AIDE AREVALO GARAVIZ identificado(a) con CC 37368643, 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	31869431276	2024-07-05	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 SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
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

Scanned with CamScanner

ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES	CÓDIGO:	FOR-GF-001-012
GESTION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	FECHA EMISIÓN:	12/21/2022
Formulario único de conocimiento SARLAFT	VERSIÓN:	1
	PÁGINA:	1 de 1

La ESE Hospital Emiro Quintero Cañizares en calidad de vigilado de acuerdo con la Circular Externa No. 20211700000005-5 del 2021, es responsable de implementar un Sistema de Gestión de Riesgos de Lavado Activos Financiación del Terrorismo, Proliferación de Armas de Destrucción Masiva SARLAFT/PADM, por lo tanto la información que usted proporcione en el presente formulario, es muy importante y va en concordancia con la normativa aplicable en esta materia.

1. INFORMACION GENERAL

Fecha de Diligenciamiento: DIA 14 | MES 04 | AÑO 2026

Tipo de Solicitud: Vinculación [ ] Actualización [X]

Tipo de Cliente o Contratista: Empleado [ ] Proveedor de Bienes y Servicios [ ] EAPB [ ] Otro [X]

Departamento: Norte De Santander

Ciudad: San Calixto

2. PERSONA NATURAL

Nombres y Apellidos	Aide Arevalo Garavito
Tipo de Identificación	CC [X] CE [ ] TI [ ] Otro [ ] No 37368643
Fecha de Nacimiento	DIA 07 MES 03 AÑO 1977
Lugar de Nacimiento	Tibú N.D.S.
Dirección de Residencia	Vereda El Oriente sanzalito
Teléfono (s)	3212324043
Profesión, ocupación u oficio	Auxiliar de enfermeria.
Ingresos Mensuales	300.000
Egresos mensuales	600.000
Activos (pesos)	0
Pasivos (pesos)	5.000.000
Patrimonio (pesos)	0
Otros ingresos (pesos)	0
Concepto otros Ingresos	
Correo Electrónico	aidearevalo2@gmail.com

3. PERSONA JURIDICA

Nombre o Razón Social						NIT			DV
Tipo de empresa	Pública [ ]	Privada [ ]	Mixta [ ]	Otra [ ]		Sector de la economía			CIIU
Tipo de Contribuyente	Responsable de IVA [ ]		No responsable de IVA [ ]			Gran Contribuyente [ ]		Otro [ ]	
Fecha de Constitución en Cama de Comercio	DIA	MES	AÑO		Correo Electrónico				
Oficina Principal	Dirección				Municipio			Teléfono	
Representante legal	Nombres y Apellidos								
CC [ ] CE [ ] TI [ ] Otro [ ]	No				Fecha de Nacimiento	DIA	MES	AÑO	
Dirección						Teléfono			

Identificación de los accionistas que tengan participación directa o indirectamente más de 5% del capital social, aporte o participación

ID	Número ID	Nombres y Apellidos	¿Por su actividad o cargo administra recursos públicos?	¿Por su actividad o cargo ejerce algún grado de poder público?	¿Por su actividad o cargo goza de reconocimiento público?	¿Está obligado a declaración tributaria en otro país(es) cuales?

Ingresos Mensuales		Egresos mensuales	
Activos (pesos)		Pasivos (pesos)	
Patrimonio (pesos)		Otros ingresos (pesos)	
Concepto otros Ingresos			

4. PERSONAS EXPUESTAS POLITICAMENTE PEP

¿Por su cargo maneja recursos públicos?	SI [ ]	NO [X]	Indique	
¿Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público general?	SI [ ]	NO [X]	Indique	
¿Existe algún vínculo entre usted y una persona considerada públicamente expuesta?	SI [ ]	NO [X]	Indique	
¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público?	SI [ ]	NO [X]	Indique	
¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en otro país o grupo de países?	SI [ ]	NO [X]	Indique	

5. OPERACIONES INTERNACIONALES

Realiza negocios en moneda extrajera: SI [ ] NO [X]

Tipo de Transacciones: Importaciones [ ] Exportaciones [ ] Inversiones [ ] Prestamos [ ] Pago de Servicios [ ] Tranferencias [ ]

Otros Cual:

6. DECLARACION DE ORIGEN DE FONDOS SARLAFT

De manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo las siguientes declaraciones a la ESE Hospital Emiro Quintero Cañizares.

1. Tanto mis actividades, mi profesión u oficio son licitas, las ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas, en las contempladas en Código Penal Colombiano.
2. La información suministrada en este documento es veraz, verificable y me comprometo a actualizarla anualmente.
3. Los recursos que se debiten del desarrollo de este contrato no se destinaran a financiación de terrorismo.
4. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):

Origen: Modisteria

7. TRATATAMIENTOS DATOS PERSONALES

Con la suscripción de este documento autorizo a la E S E Hospital Emiro Quintero Cañizares a:

1. Revelar mi información personal y de mis negocios, en caso de ser requerida por una autoridad competente en Colombia.
2. Ser consultado en las bases de datos que permitan prevenir el lavado de activos y financiación del terrorismo.

La E S E Hospital Emiro Quintero Cañizares podrá terminar de manera unilateral e inmediata el presente contrato, cuando el cliente, sus socios o sus accionistas ubi administradores llegarán a:

1. Estar vinculados por parte de las autoridades competentes en cualquier tipo de investigación por delitos de narcotráfico, terrorismo, financiación del terrorismo, lavado de activos, testaferros, tráfico de estupefacientes o delitos en contra del orden constitucional.
2. Ser incluidos en listas para el control de lavado de activos y financiación del terrorismo administradas por cualquier autoridad nacional o extranjera.
3. Ser condenado por parte de las autoridades competentes en cualquier tipo de proceso judicial relacionado con el delito de lavado de activos y financiación del terrorismo descritos en el Código Penal Colombiano.

Scanned with CamScanner

8. FIRMA Y HUELLA

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta, en todas sus partes.

Aide Arevalo G.
Firma


Huella

9. CAMPO EXCLUSIVO PARA LA ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES

Fecha de Verificación		
DIA	MES	AÑO
16	04	2026

Nombre de Quien Verifica: Adriana Sanjuán

Cargo de Quien Verifica: Profesional Especializado

Observaciones:

Firma de Quien Verifica:

Scanned with CamScanner

	ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES	CÓDIGO: PR-GDE-GE-002-F001
	PROCESO GESTIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	VERSIÓN: 01
	Formato de Declaración de Conocimiento y Compromiso	PÁGINA: 1 de 1

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: Día 14 Mes 04 Año 2026

YO Aide Arevalo Garaviz identificado con Documento CC X CE__ OTRO__
número 37368643

Contratista	X	Empleado		Proveedor		Agremiado		¿Otro, cuál?	

Marque con X

Obrando en calidad de potencial Contraparte con la E.S.E. Hospital Emiro Quintero Cañizares manifiesto que, fue puesto a mi disposición el programa de Transparencia y Ética Empresarial PTEE de la E.S.E, como consecuencia de lo anterior, declaro que conozco su contenido, acepto y garantizo que cumpliré las obligaciones y deberes que éste impone.

Así mismo me comprometo a no dar, ofrecer, prometer o recibir, de manera directa o indirecta:

- sumas de dinero,
- cualquier objeto de valor pecuniario u
- otro beneficio o utilidad, a cambio de que él (ella) realice,
- omita, o retarde, cualquier acto relacionado con el ejercicio de mis funciones.

Firma: Aide Arevalo G.

Nombre Completo: Aide Arevalo Garaviz

Documento de Identidad: 37368643

Verificado

Scanned with CamScanner

Ocaña, 14 de Abril de 2026

ASUNTO: Declaración Juramentada Inhabilidades, Incompatibilidades y procesos alimentarios

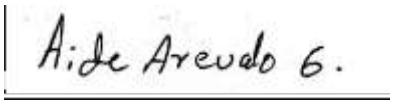
Yo, Aidé Arévalo Garaviz, identificado como aparece al pie de mi firma, declaro bajo la gravedad de juramento:

a) No hallarme incurso en ninguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidad establecidas en los Decretos 2400 de 1968, 1083 de 2015, Ley 4ª de 1992, el Código Disciplinario vigente y las demás disposiciones vigentes.

b) Que no tengo conocimiento sobre la existencia de procesos pendientes de carácter alimentario y que cumplo y cumpliré con las obligaciones de familia, en cumplimiento alArt. 6° de la ley 311 de 1996.

La presente declaración se suscribe con el fin de acreditar los documentos para la suscripción de contrato de prestación de servicios con el HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES E.S.E.

Cordialmente,

FIRMA: 

IDENTIFICACIÓN: 37368643
NOMBRE: Aidé Arévalo Garaviz

Scanned with CamScanner

Ocaña, 16 de abril de 2026

GERENTE
ELMER TAMAYO JAIME
HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
E.S.D.

Cordial Saludo:

Respondiendo la oportunidad de presentar ante la ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES la propuesta técnica – económica, con el ánimo de brindar apoyo al área administrativa y de gestión de dicha institución para el cumplimiento de lo establecido en la Resolución N° 212 de 2025 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, con relación al programa Equipos Básicos en Salud en la zona rural del municipio de San Calixto, me permito presentar las siguientes consideraciones:

Soy **AIDE AREVALO GARAVIZ,** he prestado mis servicios profesionales entre otras a las siguientes empresas:

1. OBJETIVOS DE LA PROPUESTA

El objetivo fundamental de la presente propuesta es como AUXILIAR DE ENFERMERÍA, brindar apoyo y proveer en cualquier ámbito a los pacientes y familias la atención más integral de salud posible, de acuerdo con los lineamientos establecidos en la Resolución N° 212 de 2025 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social. El propósito es realizar un acompañamiento integral desde la planeación para las adquisiciones de bienes y servicios, que permita el cumplimiento de dichos lineamientos.

.

Scanned with CamScanner

2. METODOLOGIA PARA DESARROLLAR EL PROCESO

Las actividades propuestas podrán tener la siguiente metodología: De manera presencial y virtual con asistencia requerida, así como vía telefónica o correo electrónico, de acuerdo a lo estipulado en el contrato de prestación de servicios profesionales a suscribir

3. INVERSIÓN EN LA ASESORIA

El monto de la inversión para el desarrollo de la presente propuesta técnico – administrativa de **CONTRATO por prestación de servicios, por un valor totalde diez millones trecientos cincuenta mil pesos ($10.350.000),con pago de tres millones cuatrocientos cincuentamil pesos ($3.450.000),** mensuales por los conceptos económicos que incluye impuestos y contempla los servicios personales indirectos y los gastos generales en que incurrirá el asesor para su ejecución.

4. FORMA DE PAGO

Se pagará de manera mensualizada según la ejecución del contrato.

5. VIGENCIA

La vigencia de la presente propuesta, con todas sus condiciones técnicas y económicas, se extiende por tres (3) meses calendario, contados a partir de la fecha de presentación formal de la misma a la entidad.

Atentamente,

Aida Arevalo G.

C.C. 37368643
CEL: 3212324043

Scanned with CamScanner