REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

y en su nombre

LA CORPORACIÓN UNIFICADA NACIONAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR

Con Personería Jurídica 1379 del 3 de febrero de 1983

Considerando que:

BELTRAN ALVAREZ LUIS IVAN

CC 73,228,649

Aprobó los estudios programados por la Corporación y cumplió con los requisitos exigidos por la ley y los reglamentos, le confiere el título de:

ESPECIALISTA EN GERENCIA DE LA MARCA

Registro M.E.N.

108460

En virtud de lo expuesto se expide el presente diploma que así lo acredita.

Dado en Bogotá, D.C.., a los 13 días del mes de diciembre de 2024

Rector

Secretaria General

Acta de grado No. 1484 *Fecha 13/12/2024* *Registro de diploma No. 1484,* *Libro 4, Folio 81*

Scanned with CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

y en su nombre

LA CORPORACIÓN UNIFICADA NACIONAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR

Con Personería Jurídica 1379 del 3 de febrero de 1983

y debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional,

Confiere a:

Luis Ivan Beltran Alvarez

C.C. 73,228,649

Por cumplir satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos por la Institución, de conformidad con las normas legales y reglamentarias vigentes, le otorga

el título de:

Profesional en Comunicación Social

Registro M.E.N.
105824

Dado en Santa Marta, Magdalena *, el día* 13 *del mes* Abril *de* 2023

Rector *Decano* *Secretaria General*

Acta de grado Nº 131560 *Fecha* 13/04/2023 *Registro de diploma Nº* 131560 *, Libro* 2 *,Folio* 74

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

y en su nombre

LA CORPORACIÓN UNIFICADA NACIONAL
DE EDUCACIÓN SUPERIOR

Con Personería Jurídica 1379 del 2 de febrero de 1981

y debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional,

Confiere a:

Luis Ivan Beltran Alvarez

C.C. 73,228,649

Por cumplir satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos por la Institución, de conformidad con las normas legales y reglamentarias vigentes, le otorga

el título de:

Tecnólogo (a) en
Gestión Comunicativa para las Organizaciones

Registro M.E.N.
105826

Dado en Santa Marta, Magdalena, el día 9 del mes Diciembre de 2022

Rector | Decano | Secretaria General

Acta de grado Nº 166718 Fecha 09/12/2022 Registro de diploma Nº 166718, Libro 17 Folio 160

Corporación Unificada Nacional
de Educación Superior

ESCUELA DE COMUNICACIÓN Y BELLAS ARTES

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO No. 146718

En **Santa Marta, Magdalena** a los nueve (9) días del mes de diciembre del año dos mil veintidós **(2022),** se llevó a cabo el acto de graduación en la cual la Corporación Unificada Nacional de Educación Superior – C.U.N., con previa autorización del Ministerio de Educación Nacional conforme Registro No. **105826** y previo el juramento de rigor, confirió el título de:

TECNÓLOGO (A) EN GESTIÓN COMUNICATIVA PARA LAS ORGANIZACIONES

A **LUIS IVAN BELTRAN ALVAREZ**, identificado con cédula de ciudadanía No. **73,228,649,** quien acredita haber cumplido con los requisitos legales, académicos y reglamentarios predicables, en virtud de lo anterior se le otorga la presente acta individual de grado y se hace anotación de la misma bajo el No. **146718** del libro de Registros de título No.**17** a Folio **140.**

En constancia de lo anterior, se firma la presente acta de grado, a los nueve **(9)** días del mes de **diciembre** del año dos mil veintidós **(2022),** en **Santa Marta, Magdalena.**

SECRETARIA GENERAL

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

y en su nombre

LA CORPORACIÓN UNIFICADA NACIONAL
DE EDUCACIÓN SUPERIOR

Con Personería Jurídica 1379 del 3 de febrero de 1983

y debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional,

Confiere a:

Luis Ivan Beltran Alvarez

C.C. *73,228,649*

Por cumplir satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos por la Institución, de conformidad con las normas legales y reglamentarias vigentes, le otorga

el título de:

Profesional en Producción de Contenidos Informativos

Registro M.E.N.
105825

Dado en *Santa Marta, Magdalena*, el día *8* del mes *julio* de *2022*

Rector | Decano | Secretaria General

Acta de grado Nº 144632 Fecha 08/07/2022 Registro de diploma Nº 144632, Libro 11 Folio 163

Corporación Unificada Nacional
de Educación Superior

ESCUELA DE COMUNICACIÓN Y BELLAS ARTES

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO No. 144642

En **Santa Marta, Magdalena** a los ocho (8) días del mes de julio del año dos mil veintidós **(2022),** se llevó a cabo el acto de graduación en la cual la Corporación Unificada Nacional de Educación Superior – C.U.N., con previa autorización del Ministerio de Educación Nacional conforme Registro No. **105825** y previo el juramento de rigor, confirió el título de:

PROFESIONAL EN PRODUCCIÓN DE CONTENIDOS INFORMATIVOS

A **LUIS IVAN BELTRAN ALVAREZ**, identificado con cédula de ciudadanía **No. 73,228,649,** quien acredita haber cumplido con los requisitos legales, académicos y reglamentarios predicables, en virtud de lo anterior se le otorga la presente acta individual de grado y se hace anotación de la misma bajo el No. **144642** del libro de Registros de título No.**11** a Folio **164.**

En constancia de lo anterior, se firma la presente acta de grado, a los ocho (**8**) días del mes de **julio** del año dos mil veintidós **(2022),** en **Santa Marta, Magdalena.**

SECRETARIA GENERAL

Republica de Colombia



El Colegio de Bachillerato Nocturno
Manuel Murillo Toro
Barranquilla

Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional,

según Resolución No. 16.041 del 7 de Noviembre de 1.986

Confiere a :

Luis Iván Beltrán Alvarez

Identificado(a) con C.C. No. 73.228.649 de Sn Juan Nepomuceno.

El Diploma de

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, Según los planes y Programas Vigentes.

Rector

Secretario (a)

Anotado al folio _____ del Libro de Registro No. _____

Dado en Barranquilla ,a los ___ días del mes de _____ de 1.99 ___

STAMARTA, Mayo 26 de 2026

Señor:

BELTRAN ALVAREZ LUIS IVAN

CC. 73228649MZ 22 C 11 01 ANDREA CAROLINA - 0

Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Enero 29 de 2022. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem_cot	Sem_Ant	Parentesco	Estado_Afiliación	Fecha_de_desafiliación_EPS	Estado_Actual	Discapacidad
BELTRAN ALVAREZ LUIS IVAN	73228649	C	Ene-29-2022	96	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
BELTRAN LOPEZ JUAN SEBASTIAN	1082873502	C	Ene-29-2022	96	26	HIJO DE 18 A 25 AÑOS	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón_social_del_aportante	Usuario_en_contrato	Tipo_de_contrato	Estado_de_contrato
GOBERNACION DEPARTAMENTAL	73228649	Dependiente	CERRADO
LUIS IVAN BELTRAN ALVAREZ	73228649	Independiente	CERRADO
LUIS IVAN BELTRAN ALVAREZ	73228649	Independientes con contrato de prestación de servi	CERRADO
LUIS IVAN BELTRAN ALVAREZ	73228649	Independientes con contrato de prestación de servi	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Gerencia de Operaciones Comercial

SALUD TOTAL EPS S.A.

Elaboró: Servicios en Línea

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si

es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.

PREVENIR 1-A S.A SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD OCUPACIONAL PROMOCION Y PREVENCION
Nit. 819001920 - 7
Dirección: Carrera 20 No 12 - 32 SANTA MARTA
Tel: (605)4237121 - 3126700249 - 3104423845

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

INGRESO

Tipo certificación: Ingreso [X] Periódico [ ] Retiro [ ] Post incapacidad [ ] Caso ocupacional [ ]
Control [ ] Reubicación [ ] Ingreso al SVE [ ] Trabajo en alturas [ ]

DATOS DEL PACIENTE



Fecha **01/11/2025 07:50:00** Cargo **JEFE DE OFICINA ASESORA**

Empresa **GOBERNACION DEL MAGDALENA**

Nombre **LUIS IVAN BELTRAN ALVAREZ**

Doc. Identidad **CC 73228649** Edad **50 Años** Género **Masculino**

Dirección **MZN 22 CA 11 ANDREA CAROLINA** Teléfono **3006398534**

Escolaridad **Tecnológica**

Eps **SALUD TOTAL SA**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

ENFASIS RESPIRATORIO, OPTOMETRIA, EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR, ENFASIS NEUROLOGICO, ELECTROCARDIOGRAMA, ENFASIS CARDIOVASCULAR, HEMOGRAMA IV, COLESTEROL HDL, COLESTEROL LDL, COLESTEROL TOTAL, GLICEMIA, TRIGLICERIDOS, PRUEBA PSICOLOGICA, AUDIOMETRIA TONAL

CONCEPTO

Sin restricciones para el cargo

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
HIGIENE POSTURAL
EJERCICIOS FUNCIONALES.

-- CONTROL DE LIPIDOS POR SU EPS.

-- CONTINUAR CONTROLES ESTRICTOS POR MEDICOS TRATANTES.

-- SE RECOMIENDA REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS POR 10 MINUTOS Y ALTERNAR LAS TAREAS DEL CARGO PARA FAVORECER EL REPOSO DE LOS GRUPOS MUSCULARES DURANTE LA JORNADA LABORAL.

-- SEGUIMIENTO DEL CASO POR SST DE LA EMPRESA.

NOTA: LA ATENCIÓN SE HIZO BAJO EL PROTOCOLO GENERAL DE BIOSEGURIDAD

RESTRICCIONES LABORALES

José María Benavides De Vega
Médico Especialista en Salud Ocupacional
RM: 41694/01 MP
Lic Ocupacional: 2268/2019 SSDSM

Trabajador: LUIS IVAN BELTRAN ALVAREZ
CC: 73228649
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

PREVENIR 1-A S.A SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD OCUPACIONAL PROMOCION Y PREVENCION
Nit. 819001920 - 7
Dirección: Carrera 20 No 12 - 32 SANTA MARTA
Tel: (605)4237121 - 3126700249 - 3104423845

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

INGRESO

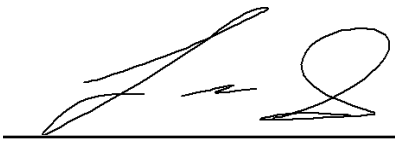
PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA						
Visual ☐	Auditivo ☐	Respiratorio ☐	Cardiovascular ☐	Psicosocial ☐	Ergonómico [x]	Otros ☐

REMISIÓN	SI [X]	NO ☐	**ARL**	SI ☐	NO ☐	**EPS**	SI [X]	NO ☐

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Autorizo a la IPS PREVENIR 1A S.A para la CUSTODIA y CONFIDENCIALIDAD de mi historia clínica de acuerdo a la NORMATIVIDAD VIGENTE en materia de exámenes médicos ocupacionales emanados por el MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL O el MINISTERIO DE TRABAJO DE COLOMBIA. Además doy fe que toda la información por mi suministrada es completa y verídica. Con mi firma expreso mi consentimiento para todos los estudios realizados y el resultado del informe medico ocupacional de aptitud.



José María Benavides De Vega
Médico Especialista en Salud Ocupacional
RM: 41694/01 MP
Lic Ocupacional: 2268/2019 SSDSM



Trabajador: LUIS IVAN BELTRAN ALVAREZ
CC: 73228649
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

E.S.E. HOSPITAL FRAY LUIS DE LEÓN	**Formato de Declaración de Origen de Fondos y Desarrollo de Actividades Licitas.**	**Código: PFO-SARLAF-0104-03-01**	
		Vigencia: 2024 -2027	
	Declaración Voluntaria de Origen de Fondos y de Aplicación de Normas de Prevención y Control del lavado de Activos y Financiación del Terrorismo	Versión: 1	copia controlada

FECHA	AA	MM	DD
	2026	05	26

SI EL DECLARANTE ES PERSONA NATURAL

NOMBRE COMPLETO	**LUIS IVAN BELTRAN ALVAREZ**			**TIPO ID**	**C.C.**
NÚMERO ID	**73228649**	DIRECCIÓN:	**SANTA MARTA, MAGDALENA**		
CIUDAD:	**SANTA MARTA**	DEPARTAMENTO:	**MAGDALENA**	PAÍS:	**COLOMBIA**
TELÉFONO (PRINCIPAL):		CELULAR	**3006398534**	OTRO	
EMAIL:	**luchobeltran311@gmail.com**				

¿ES SERVIDOR PÚBLICO?: SI / NO X

¿MANEJA RECURSOS PÚBLICOS O GOZA DE PODER PÚBLICO?: ___SI / NO X

¿TIENE CONDICION DE PERSONA EXPUESTA PUBLICAMENTE?: ___SI / X NO

¿REALIZA OPERACIONES INTERNACIONALES (Importaciones, Inversiones, Préstamos, ¿Envío y Recepción de Giros, Pagos de Servicios, Transferencias, entre otras) ?: ___SI / X NO

SI EL DECLARANTE ES PERSONA JURÍDICA

RAZON SOCIAL				**NIT:**	
DIRECCIÓN:					
CIUDAD:		DEPARTAMENTO:	MAGDALENA	PAÍS:	COLOMBIA
TELÉFONO (PRINCIPAL):		OTROS:		FAX:	
EMAIL:		CELULAR:		PÁGINA WEB	

CIUDADES	**SUCURSALES:**

¿REALIZA OPERACIONES INTERNACIONALES (Importaciones, Inversiones, Préstamos, ¿Envío y Recepción de Giros, Pagos de Servicios, Transferencias, entre otras) ?:__SI / ___NO

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRE DEL CONTRATISTA/ REPRESENTANTE LEGAL		Documento de Identificación	
		Teléfono Directo	
		e-mail	

Es persona expuesta públicamente ? ☐ Si ☐ No

ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

¿REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA?:SI / NO	IMPORTACIONES: SI / NO	EXPORTACIONES: SI /NO
INVERSIONES: _SI/NO	PRESTAMOS:SI / NO	¿POSEE PRODUCTOS EN EL EXTERIOR?: ___SI / NO

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Diligencie el siguiente campo donde exprese el origen de los recursos de las actividades que usted desarrolla actividad o negocio): (detallar ocupación, oficio,
Mis ingresos provienen del pago de honorarios mensuales como contratista de la E.S.E HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON DE PLATO MAGDALENA COMO: ASESOR DE COMUNICACIONES**:**

EL DECLARANTE MANIFIESTA QUE:

DECLARACIONES

Declaro que la información contenida en el presente formulario es veraz y verificable, que conozco las sanciones legales en el caso de falsedad en los datos aquí contenidos y me comprometo a mantenerla actualizada.

Declaro de manera libre, espontánea y bajo la gravedad de juramento (que se entiende prestado con la imposición de mi firma en este formato), que no me encuentro inmerso en ninguna causal de inhabilidad e incompatibilidad que me inhabilite para celebrar el presente, de conformidad con lo establecido en el decreto ley 2463 de 1981, ni en los conflictos de interés contemplados en la ley 789/02, normas que declaro que conozco.

Con el fin de dar cumplimiento a las normas legales vigentes y a los procedimientos de la Compañía sobre el Sistema de Administración de Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo - SARLAFT, de manera voluntaria realizo las siguientes declaraciones:

1. Declaro que tanto mi (nuestra) actividad, como profesión u oficio es lícita, ejercida dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código penal colombiano.
2. Que los recursos o bienes que utilizaré (mos) en desarrollo de nuestra (s) labor (es) con LA ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE ELON mantendrán su condición de legalidad, de conformidad con las leyes vigentes.
3. Que no admitiré (mos) que terceros efectúen depósitos en mis (nuestras) cuentas con fondos provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier otra norma que lo modifique o adicione; ni efectuaré (mos) transacciones destinadas a favorecer tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Que todas las actividades e ingresos que percibo (mos) provienen de negocios lícitos y que los recursos que se deriven del desarrollo de mis actividades no se destinan a financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
5. Que no me (nos) encuentro (encontramos) reportado (s) en las listas restrictivas internacionales OFAC (Lista Clinton), ONU (Lista de la Organización de las Naciones Unidas) que sean vinculantes para Colombia de conformidad con el derecho internacional y que estén relacionadas con actividades de narcotráfico, lavado de activos, subversión, terrorismo, tráfico de armas o delitos asociados al turismo sexual con menores de edad.
6. Que a la fecha y según nuestro leal saber y entender, en mi (nuestra) contra o algunos de mi (nuestros) familiares o cónyuge no se adelanta ninguna investigación por ninguno de los hechos anteriores. LA ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON está facultada para efectuar las verificaciones que considere pertinentes y para dar por terminada cualquier relación comercial o jurídica si verifica que figuro (amos) en las listas restrictivas.
7. Que es de mi (nuestro) conocimiento y debido cumplimiento aplicar las normas colombianas relacionadas con la prevención y control del Lavado de Activos, Anticorrupción y Financiación del Terrorismo que le son aplicables.
8. Las garantías y aseveraciones aquí contenidas estarán vigentes mientras nosotros tengamos negocios con LA ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON. Autorizo

E.S.E. HOSPITAL FRAY LUIS DE LEÓN	**Formato de Declaración de Origen de Fondos y Desarrollo de Actividades Licitas.**	**Código: PFO-SARLAF-0104-03-01**
		Vigencia:2024 -2027
	Declaración Voluntaria de Origen de Fondos y de Aplicación de Normas de Prevención y Control del lavado de Activos y Financiación del Terrorismo	Versión: 1 / copia controlada

FECHA: | AA | MM | DD

(

(nosotros) hubieremos proporcionado.
9

(

ner indemne cualquier acuerdo, beneficio, subsidio, negocio o contrato celebrado con LA ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON, sus representantes
tores, de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa, incompleta, inconsistente o inexacta que yo

nstitución Política de Colombia, manifiesto (amos) bajo gravedad de juramento, que los conceptos, datos y demás información consignada en el
y fiel expresión de la verdad.

decen a la realidad, y declaro (amos) haber leído, entendido y aceptado libremente el presente documento. Por tanto, autorizo amos) de manera
de los datos suministrados para dar cumplimiento a los procesos adelantados por LA ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON, de acuerdo a lo
012 y reglamentado en el DECRETO 1377 de 2013.

'do, entendido, manifestado y aceptado lo anterior, se firma el presente documento a los _26 días, del mes de MAYO del 2026

FIRMA CONTRATISTA **HUELLA** **CIUDAD Y FECHA**

información remitida sólo tendrá validez si el formato está firmado por el contratista /representante legal.

ASPECTOS GENERALES

ESE HOSPITAL FRAY LUIS DE LEON se reserva el derecho de aceptar a las personas naturales o jurídicas que considere aptas para ser inscritas en el Registro de clientes y/o contrapartes.

Cualquier información adicional o inquietud favor dirigirla a la siguiente dirección de correo electrónico: **gerencia@hospitalfrayluis.gov.co**

OBSERVACIONES