Bucaramanga, 26/05/2026

Señores
E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
Bucaramanga.

REFERENCIA: Presentación Propuesta "**PRESTACION DE SERVICIOS COMO TECNÓLOGO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS EN APOYO A LA GESTION QUIRURGICA DE LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER.".** Acorde con la invitación formulada, presento la siguiente propuesta para la ejecución del objeto antes descrito**,** según características, alcance, condiciones técnicas y económicas por ustedes exigidas y, en caso de que sea aceptada por la ESE Hospital Universitario de Santander me comprometo a firmar el contrato correspondiente.

Así mismo, **DECLARO**:

- Conozco la información general y demás documentos que conforman el expediente contractual y acepto los requisitos allí contenidos, de igual forma se ha tomado nota cuidadosa de las especificaciones y condiciones de la invitación y se adelantado las indagaciones necesarias para formular una propuesta ajustada a esta.
- Que esta propuesta y el contrato que llegare a celebrarse compromete sólo al firmante de esta carta.
- Bajo la gravedad de juramento que no me hallo incurso en causal alguna de inhabilidades o incompatibilidades señaladas en la Ley, y que no me encuentro en ninguno de los eventos de prohibiciones especiales para contratar.
- Que en caso de sobrevenir una inhabilidad me hare responsable frente a la entidad contratante y ante terceros por los perjuicios que se ocasionen, y me comprometo a ceder el contrato, previa autorización escrita de la entidad contratante o si ello no fuera posible, renunciaré a la ejecución.
- Que no he sido sancionado mediante acto administrativo ejecutoriado por ninguna entidad oficial dentro de los últimos dos (2) años anteriores a la fecha límite para presentar oferta.
- Que, si me adjudican el contrato, me comprometo a firmarlo y a suministrar la información en las condiciones y términos señalados por la entidad.
- Que conozco las Leyes de la República de Colombia que rigen esta contratación.
- Que conozco todos los gravámenes legales y ordenanzas que rigen esta contratación.
- Que el precio de la propuesta se fija **CUARENTA Y CINCO MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS CINCUENTA PESOS MCTE ($45.977.750)** y el Valor total corresponderá al tiempo de ejecución del Contrato por valor mes. Dicho precio será válido por un término máximo de un (1) mes contado a partir de la presentación de la propuesta.
- El plazo de ejecución será de **A PARTIR DE LA SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO, ESTO ES DESDE EL 01 DE JUNIO HASTA EL 15 DE DICIEMBRE DE 2026**, cumplidos los requisitos de perfeccionamiento y ejecución.

Las condiciones técnicas del ofrecimiento son las descritas a continuación:

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS:

En desarrollo del objeto a contratar me comprometo a cumplir con las actividades que a continuación se relacionan:

1. El contratista se compromete a garantizar la cobertura del proceso acorde con las frecuencias determinadas.
2. El contratista garantizará el cumplimiento de las actividades y requisitos descritos en las especificaciones técnicas.
3. El contratista apoyará y participará en las diferentes acciones de mejoramiento tendiente a la implementación del Sistema Único de Acreditación en la ESE HUS. contemplados en el "INSTRUCTIVO DE SEGUIMIENTO PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES DE GERENCIA DEL TALENTO HUMANO.
4. Antes de dar inicio a la ejecución del contrato, el contratista deberá hacer entrega al supervisor, de la hoja de vida con todos los soportes en medio magnético para que este certifique el cumplimiento de sus requisitos y envíe copia a la Unidad Funcional de Talento Humano, conforme en los instructivos de talento humano, INSTRUCTIVO PARA LA RECEPCIÓN DE HOJAS DE VIDA DE LOS EJECUTORES DE PROCESOS y FORMATO LISTA DE CHEQUEO HOJA DE VIDA DE LOS EJECUTORES DE PROCESOS Y CONTRATISTAS.

5. El contratista deberá notificar al Supervisor Técnico, las novedades con oportunidad de máximo Cuatro (4) horas hábiles siguientes a la presentación de la novedad.
6. El contratista aceptará las modificaciones o sugerencias de acuerdo a las necesidades de los procesos por intermedio del Supervisor Técnico del contrato.
7. El contratista verificará antes del inicio del desarrollo de las actividades el adecuado uso de los elementos de protección personal mientras desarrolla los procesos dentro de la institución.
8. El contratista ejecutor del contrato deberá encontrarse debidamente identificados a través de escarapela cuando permanezca dentro de la ESE HUS con el fin de asegurar los derechos de los usuarios de los servicios de salud.
9. El contratista deberá velar por el cumplimiento de las políticas institucionales vigentes en la ESE HUS
10. El contratista realizara las afiliaciones al sistema de seguridad social
11. El contratista dará cumplimiento a la clasificación de los residuos hospitalarios y similares que se generan en los servicios, según lo establecido en el Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios, de acuerdo a la normatividad nacional de carácter ambiental vigente y a las políticas internas aprobadas en la institución.
12. El contratista deberá garantizar los cursos requeridos en las especificaciones técnicas.
13. El contratista deberá garantizar la calidad del objeto contratado. No accederá a peticiones o amenazas de quienes actúen fuera de la Ley, con el fin de obligarlo a hacer u omitir algún acto o hecho, debiendo informar al Hospital Universitario de Santander.
14. El contratista dispondrá de la información necesaria para los controles, auditoria y vigilancia por parte del mismo o de las entidades autorizadas por la ley.
15. El contratista garantizara el cuidado de los recursos de la ESE HUS (físicos, técnicos, económicos) incluida la propiedad intelectual y derechos de autor y elementos entregados por la ESE HUS para la debida ejecución de las actividades convenidas y a no utilizarlos para fines y en lugares diferentes al contratado y a devolverlos a la terminación del presente contrato. Así mismo, se responsabiliza de los daños por mal uso y pérdida que sufran éstos, a excepción del deterioro natural por el uso o fuerza mayor.
16. El contratista respetara la confidencialidad de toda información que le sea entregada bajo su custodia o que por cualquier otra circunstancia deba conocer o manipular y responderá patrimonialmente por los perjuicios y/o utilización indebida. Para garantizar esta obligación el contratista incluirá en los contratos individuales y/o reglamento específico, una cláusula de confidencialidad a favor de la entidad, respetando los parámetros de confidencialidad establecidos en el ordenamiento legal y particular en los lineamientos de la institución.
17. El contratista deberá garantizar el desarrollo de los diferentes procesos de conformidad con las guías, procesos, protocolos, instructivos, políticas y procedimientos propios de la Institución Hospitalaria.
18. El contratista deberá presentar la programación mensual de los turnos, al Supervisor Técnico, con cinco (5) días hábiles de anticipación.
19. El contratista realizará la programación mensual de turnos, teniendo en cuenta lo siguiente: No laborar más de 48 horas semanales, ni más de 12 horas continuas, ni tres noches continuas; además tener de referencia la Buena práctica para la seguridad del paciente en la atención en salud, en lo descrito por el Ministerio de Salud.
20. El contratista cumplirá con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes de acuerdo a lo establecido en la Resolución No. 1995 de 1999 y las demás normas que regulen la materia.
21. El contratista informará los eventos adversos e incidentes que se presenten en el hospital de acuerdo a las políticas de seguridad del paciente establecidas por el HUS.
22. El contratista realizará la entrega de informes periódicos y oportunos al supervisor de las novedades que se presenten en desarrollo al objeto contractual.
23. El contratista permitirá a la ESE HUS ejercer los controles que estime pertinente, en lo que hace referencia a auditoría, inspección, vigilancia y control en la calidad de la atención.
24. El contratista deberá responder a las contingencias en forma inmediata, previa la información de ella por parte de la ESE – HUS razón por la cual debe garantizar siempre en cumplimiento del proceso.
25. El contratista deberá responder por las irregularidades y reclamaciones que se presenten en desarrollo de la atención que se obliga a prestar frente a los pacientes o usuarios de la ESE – HUS de acuerdo a los tiempos definidos en la institución y aplicar las medidas correctivas, siendo del caso la aplicación de las medidas internas previstas en los estatutos o el reglamento a los ejecutores que desarrollan el objeto contractual.
26. El contratista responderá solidariamente con el valor de glosas cuando esta conlleve detrimento patrimonial de la ESE HUS.
27. El contratista responderá dentro de los tres días siguientes a la solicitud las aclaraciones a que haya lugar en razón a glosas cuando estas se deriven del desarrollo de la actividad contratada.
28. El contratista garantizará la participación en las actividades y labores docentes e investigativas en razón al convenio docente asistencial, no implicará vínculo laboral con las instituciones educativas.

29. Dar cumplimiento al Decreto 2090 de 2003 del Ministerio de Salud y Protección Social y demás normas que regulen la materia, por el cual se definen las actividades de alto riesgo para la salud del trabajador y se modifican y señalan las condiciones, requisitos y beneficios del régimen de pensiones de los trabajadores que laboran en dichas actividades.
30. La ESE HUS no cancelara los tiempos que no se hayan ejecutado por parte del contratista dentro del proceso asistencial, de conformidad al informe de supervisión.
31. El contratista deberá prestar la debida colaboración; toda vez que la ESE HUS podrá en cualquier momento, durante la ejecución del proceso, realizar auditoria parcial o total sobre la nómina liquidada por la empresa contratista, a fin de verificar el cumplimiento de los requisitos mínimos establecidos dentro del contrato y en concordancia con la normatividad vigente en la materia. Para ello la entidad designara a la unidad funcional de Talento Humano.
32. El contratista debe contar con la Póliza de Seguro durante la vigencia del contrato, según especificaciones técnicas.
33. Utilizar, diligenciar correctamente y en forma completa los formatos establecidos por el Hospital y reportar las estadísticas e indicadores que sean requeridos por el supervisor del contrato en el tiempo acordado.
34. Contribuir con el desarrollo del Hospital Universitario de Santander revisando y mejorando los procesos de atención a fin de ofrecer un servicio eficiente y de calidad a los usuarios.
35. El contratista deberá dar apoyo al Servicio de Urgencias cuando se presenten contingencias.
36. En caso de presentarse glosas definitivas por las actividades realizadas, se realizará el respectivo descuento a favor del HOSPITAL al CONTRATISTA, sobre cualquier cuenta o saldo que exista a favor del mismo incluyendo en su defecto la liquidación del contrato. Una vez comunicada sobre la Glosa definitiva el Hospital Universitario de Santander se reservará el derecho de deducir el valor de la misma de las facturas que presente el CONTRATISTA durante la ejecución del Contrato; en el evento de que el CONTRATISTA no tuviese saldo a favor el HOSPITAL podrá hacer efectivo el riesgo amparado en la garantía única.
37. Participar en los programas asistenciales, administrativos, docentes e investigativos que se realizan en el HUS.
38. Apoyar la actualicen de los protocolos, procedimientos, instructivos relacionados con su actividad profesional.
39. Mantener informado al usuario y/o su familiar sobre su estado de salud y plan de tratamiento
40. Todas aquellas contenidas en los requerimientos que se anexan, remitidos por cada una de las Subgerencias y/o Direcciones y que hacen parte integral de los estudios previos y el contrato, siendo completarías a estas obligaciones y no excluyentes entre sí. (ver anexos).
41. El contratista deberá asistir a las reuniones y comités en donde sea solicitado.
42. El contratista apoyará, participará y cumplirá las diferentes acciones de mejoramiento para la implementación de la normatividad relacionada con los criterios de ESCENARIO DE PRÁCTICA FORMATIVA, así como los de HOSPITAL UNIVERSITARIO.
43. El contratista garantizará la participación en las funciones docentes e investigativas con los convenios establecidos por la institución en el marco de la relación docencia-servicio; lo anterior no implicará vínculo laboral con las instituciones educativas.

Mis datos generales son los siguientes:

Nombre y/o razón social	**EDER ALFONSO REMOLINA CASTILLO**
Dirección	Carrera 6 W Nro 17-80 Sector Barrio Blanco
Cédula	91.516.370
TELEFONOS	3188652757
Correo electrónico	Edrecas.1983@gmail.com

CON LA FIRMA DE ESTE DOCUMENTO MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE LA INFORMACION CONSIGNADA EN ESTE DOCUMENTO Y EN LA PROPUESTA EN GENERAL ES VERAZ Y AUTENTICA POR LO TANTO ASUMO TOTAL RESPONSABILIDAD POR EL ALCANCE Y EFECTOS DE LA INFORMACION SUMINISTRADA.

Atentamente,



EDER ALFONSO REMOLINA CASTILLO
CC. No. 91.516.370 de Bucaramanga

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Remolina	Castillo	Eder Alfonso

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 91516370	F ( ) M (X) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 04 MES 02 AÑO 1983	CARRERA 6W 17 80			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	SANTANDER
DEPTO	SANTANDER	MUNICIPIO	PIEDECUESTA		
MUNICIPIO	BUCARAMANGA	TELÉFONO	3188652757	EMAIL	Edrecas.1983@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	EDUCACION MEDIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	1999
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	4	X		TECNOLOGIA EN RADIOLOGIA E IMAGENES DIAGNOSTICAS	04	2024	

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

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 GERENCIA PUBLICA

LOGRO Y MANEJO DE RECURSOS

¿Ha tenido experiencia laboral donde haya administrado recursos económicos y/o personal?:	Nombre de la Entidad / Organización:	¿Cuántos empleados tiene o tenía en la Entidad/Organización?:
	FOSUNAB (FOSCAL - UNAB) ZONA FRANCA PERMANENTE ESPECIAL	
Si tiene o tuvo personal a cargo, indique cuantos:	Si se le asignaron recursos económicos, indique el valor en pesos:	Describa un logro sobresaliente de su gestión:

EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO

Nombre de la Entidad / Organización:	Cargo en Entidad Pública:						
FOSUNAB (FOSCAL - UNAB) ZONA FRANCA PERMANENTE ESPECIAL							
Calificación Obtenida:	Escala de Calificación:	Fecha Inicio:			Fecha Fin:		
		Dia	Mes	Año	Dia	Mes	Año

6 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD FOSUNAB (FOSCAL - UNAB) ZONA FRANCA PERMANENTE ESPECIAL			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO SANTANDER		*MUNICIPIO* FLORIDABLANCA				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS		*FECHA DE INGRESO*				*FECHA DE RETIRO*					
		Día	01	*Mes* 10	*Año* 2018	*Día*	01	*Mes*	04	*Año*	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR FARMACIA		*DEPENDENCIA* FARMACIA HOSPITALARIA				*DIRECCIÓN* CALLE 157 23 99 Barrio el bosque					

7 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*					

8 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	7	6
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

9 **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 Bucaramanga, junio de 2026

Edwin Ramolina Castillo

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

10 **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.

Bucaramanga, junio de 2026

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **91516370**

REMOLINA CASTILLO
APELLIDOS

EDER ALFONSO
NOMBRES



Eder Alfonso Remolino

FIRMA

Powered by CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **04-FEB-1983**

BUCARAMANGA
(SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.75	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

20-FEB-2001 BUCARAMANGA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

P-2700100-59093485-M-0091516370-20010719 **05782** 01198B 02 118619804

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES
Tarjeta Reservista Segunda Clase

91516370

REMOLINA CASTILLO

ER ALFONSO

PERTENECE AL EJERCITO DE:

1A. LINEA	2A. LINEA	3A. LINEA
31 - DIC.	31 - DIC.	31 - DIC.
2023	2023	2023

PROFESION BACHILLER

FECHA EXPEDICION



Powered by CamScanner

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJERCITO NACIONAL

1. Este es un documento público y es requisito presentarlo para los siguientes actos:
   - Tomar posesión de los empleos públicos o privados
   - Ingresar a la carrera administrativa
   - Obtener o refrendar el pase o licencia para conducir vehículos
   - Registrar título como profesional y ejercer la profesión
   - Firmar contratos con cualquier entidad pública o privada
   - Obtener el pasaporte e ingresar a la universidad

2. En caso de convocatoria de reservas, de llamamiento especial o de movilización debe efectuar presentación inmediata en el cuerpo de tropa más cercano al lugar de su residencia con el fin de recibir instrucciones.

0295271

TC. ALFREDO E. FONSECA B.

Comandante de Zona

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario 141244831982

(415)7707212489984(8020) 000014124483198 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 1 5 1 6 3 7 0	7	Impuestos y Aduanas de Bucaramanga 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	9 1 5 1 6 3 7 0	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Santander 6 8	Bucaramanga 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
REMOLINA	CASTILLO	EDER	ALFONSO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Piedecuesta 5 4 7

41. Dirección principal: CR 6 W 17 80 SEC BARROBLANCO CON VILLA PARAISO AP 101 TO 1

42. Correo electrónico: edrecas.1983@gmail.com

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

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
8 6 9 1	2 0 2 6 0 4 0 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	2	0																								

20- Obtención NIT

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 [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 2 61. Fecha 2026-04-09 / 09:14:57AM

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 DURAN PICO DIANA LUCIA

985. Cargo Gestor II

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

La República de Colombia
y en su nombre, el

Colegio Santandereano de Comercio

Bucaramanga

Con Reconocimiento Oficial No. 1180 del 24 de Agosto de 1999 de la Secretaría de Educación de Santander,

Confiere a:

Eder Alfonso Remolina Castillo

Identificado con T.I. No. 830204-03783 de Bucaramanga

El Título de

Bachiller Técnico Comercial

Con formación calificada en

Secretariado General

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Técnica, según los planes y programas vigentes en el Proyecto Educativo Institucional.

COLEGIO Santandereano de Comercio

Rector

COLEGIO Santandereano de Comercio

Mario C. Latorre G.

Secretario

Anotado al Folio No. 29 Libro de Registro No. 01

y Acta de graduación No. 35

Dado en Bucaramanga, a 2 de Diciembre de 1999

057096

Premilla

Powered by CamScanner

COLEGIO

SANTANDEREANO DE COMERCIO

BACHILLERATO COMERCIAL

CALLE 29 No. 22-32 - TELEFONOS: 6457870 - 6347305 - BUCARAMANGA - SANTANDER

Aprobado por el Ministerio de Educación Nacional
Sección Diurna: Resolución No.6622 - Octubre 6 de 1975

No. Inscripción de la Srta de Educación 111 Inscripción DANE: 368001006782

ACTA DE GRADO

En la ciudad de Bucaramanga a los dos (2) días del mes de Diciembre de mil novecientos noventa y nueve (1999), se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último año, el suscrito rector y secretaria en la rectoría del Colegio Santandereano de Comercio, institución con reconocimiento oficial No.1180 del 24 de agosto de 1999 de la Secretaría de Educación de Santander.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Técnica según los planes y programas vigentes en el Proyecto Educativo Institucional, se procedió a otorgar el título de BACHILLER TECNICO COMERCIAL con formación calificada en Secretariado General, al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relaciona a continuación:

EDER ALFONSO REMOLINA CASTILLO
C.C.No.91.516.370 de Bucaramanga

Es fiel copia del Acta original No.35 del 2 de Diciembre de 1999 que consta de 29 alumnos, comienza con el nombre de LEYDI PAOLA BECERRA RAVELO y se cierra con el nombre de FABIAN ORLANDO VERA AGUILAR, firmado y sellado por Alvaro Ricardo Ayala Vergara (rector) y María Concepción Latorre Gamboa (secretaria) en Bucaramanga a los veinticinco (25) días del mes de Julio de dosmil dos (2002).

COLEGIO Santandereano de Comercio

LIC. ALVARO R. AYALA V.
C.C.No.13.820.961 de Bucaramanga
RECTOR

COLEGIO Santandereano de Comercio

MARIA C. LATORRE G.
C.C.No.63.283.023 Bucaramanga
SECRETARIA

Powered by CamScanner

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

UNAD
Universidad Nacional Abierta y a Distancia
ACREDITADA EN ALTA CALIDAD

La Universidad Nacional Abierta y a Distancia - UNAD

Ley 52 de 1981, Ley 396 de 1997 y Decreto 2770 de 2006

Teniendo en cuenta que

EDER ALFONSO REMOLINA CASTILLO

C.C. Nº. 91516370 de Bucaramanga

Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos por la Universidad, de conformidad con las normas legales y reglamentarias vigentes, le otorga el título de

TECNÓLOGO EN RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

Dado en Bogotá D.C., el día 27 de Abril de 2024

Rector

Decana

SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER
Res No. 13208
Fecha: 31 JULIO 2024
GRUPO ACREDITACIÓN EN SALUD Y SOGC

Secretaria General

Acta de Grado Nº 681
Fecha 27 de Abril de 2024
Registro de Diploma 142626
Libro 27, Folio 4

Registro M.E.N. 105819

Código de Seguridad. 2102-AA-087202

Código Seguro de Verificación: bayRKHSlrRAea1Hf

Powered by CamScanner

Ministerio de Educación Nacional

ACTA DE GRADO No. 681

ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD

En ceremonia realizada el día 27 de Abril de 2024 en la ciudad de Bucaramanga y presidida por el Doctor Orlando González Bonilla, Director del CENTRO BUCARAMANGA, previa delegación de la Rectoría, una vez tomado el juramento reglamentario, confirió el título de:

TECNÓLOGO EN RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

REGISTRO ICFES - M.E.N. 105819

A:

EDER ALFONSO REMOLINA CASTILLO

Identificado con C.C. No. 91516370 de Bucaramanga, quien cumplió satisfactoriamente con los requisitos exigidos en los Reglamentos y Normas Legales, habiendo aprobado el trabajo de grado titulado:

OPCIÓN DE GRADO: DIPLOMADO DE PROFUNDIZACIÓN PARA GRADO EN RADIOLOGIA FORENSE. MÉTODOS, TÉCNICAS Y CONCEPTOS DETERMINANTES EN LA RADIOLOGÍA FORENSE.

Y le otorgó el diploma que lo acredita como tal.

En fe de lo anterior se firma la presente Acta de Grado, en Bogotá D.C., a los 27 días del mes de Abril de 2024.

Anotado en el libro de actas No. 2
Registro de Diploma 142626, Libro 27, Folio 4

Mayriam Alvarado

Secretaria General

Código Seguro de Verificación: qYOJAQREP32n6Z

Powered by CamScanner

OCUPASALUD
profesionales en evaluación, prevención y tratamiento en salud
NIT 900454102-6

CERTIFICADO MEDICO DE PREINGRESO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

Fecha
22/05/2026



INFORMACIÓN BÁSICA

Empresa:	INDEPENDIENTE	**Actividad E.:**	
Nombre:	EDER ALFONSO REMOLINA CASTILLO	**Fecha de Nac.:**	04/02/1983 **Edad :** 43 **Genero:** MASCULINO
Doc.:	C.C. 91516370	**Escolaridad:**	TECNÓLOGO **Cargo:** INDEPENDIENTE
Municipio:	PIEDECUESTA	**Estado Civil:**	CASADO **IMC:** 27.34 **RH:** O+
ARL:	NO REFIERE	**Teléfono:**	3188652757 **Dirección:** CRA 6W N 17-80
EPS:	NUEVA E.P.S.	**AFP:**	PORVENIR

EXAMENES REALIZADOS

Servicio	Fecha	Resultado	Restriccion
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PREINGRESO	22/05/2026	Normal	

CONCEPTO MEDICO

SATISFACTORIO PARA INGRESO

RECOMENDACIONES

Higiene postural
Uso de elementos de protección personal
Adecuado manejo de cargas
Pausas activas según protocolo de la empresa
Ejercicio y estilo de vida saludable

OBSERVACIONES FINALES

Paciente masculino de 43 años, con antecedente de amputación de 2 dedo de mano izquierda, accidente en la infancia, fuerza y agarre conservados, no limitaciones fisicas, no restricciones para el cargo.
El examen estático y dinámico de la columna es normal y sus curvaturas son normales. No se evidencian limitaciones de los arcos de movimiento significativos o de importancia ocupacional, ni dolor. A nivel de los diferentes segmentos corporales la exploración osteomuscular es normal y no se evidencian atrofias ni limitaciones de la movilidad significativa, o de importancia ocupacional, ni dolor. Se deben implementar las medidas de prevención y protección requeridas para el desempeño seguro de la ocupación, realizando capacitación continua y el entrenamiento necesario, para el adecuado manejo de cargas y de las posturas en el trabajo, para prevenir patologías osteomusculares y accidentes laborales.

RESTRICCIONES

Tipo de restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Tiempo
N/A		

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

N/A

VACUNA COVID-19

No

REMISIONES

N/A

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paraclínicos y las prueba complementarias que se van a realizar han sido diseñadas con el fin de evaluar su capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa. Esta pruebas le ayudaran a conocer su estado de salud físico y mental en el momento en el que se le sean realizadas. En la fecha, como mayor de edad identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin preciones de ninguna índole y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declare que si he recibido toda la información acerca de la naturaleza y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expuesto, Autorizo a la IPS para realizarme los exámenes clínicos y paraclínico solicitados segun el cargo a desempeñar y también autorizo a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que sera entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiologica o según correspondan, que si he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realización de los exámenes.
DECLARACIÓN DEL ASPIRANTE: Manifiesto con mi firma o huella que no omití datos relevantes en mis antecedentes que pudieran influir sobre la evaluación de estado de salud. Y así mismo AUTORIZO a OCUPASALUD S.A.S. a realizar la evaluación de salud

EDER ALFONSO REMOLINA CASTILLO
(91516370)

Dra. Tatiana Prada Galvan
Médico General RM 00673
Esp. Salud Ocupacional

DRA. TATIANA PRADA GALVAN
Especialista en Salud Ocupacional
RM resolución 00673 / 1098620182

Puedes validar este examen en https://www.ocupasalud.com con el siguiente codigo: **HLML6SJ00001537884**

Powered by CamScanner

Fecha
22/05/2024

OCUPASALUD

NIT 900654183-6

ACTA SOCIALIZACIÓN
CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL



INFORMACIÓN BÁSICA

Empresa:	INDEPENDIENTE	**Fecha de Nac.:**	04/02/1983
Nombre:	EDER ALFONSO REMOLINA CASTILLO	**Edad.:**	43
Documento:	C.C. 91516370	**Actividad Economica:**	
Estado Civil:	CASADO	**Genero:**	MASCULINO
Dirección:	CRA 6W N 17-80	**Municipio:**	PIEDECUESTA
Escolaridad:	TECNÓLOGO	**Cargo:**	INDEPENDIENTE
Telefono:	3188652757	**AFP:**	PORVENIR
EPS:	NUEVA E.P.S.	**ARL:**	NO REFIERE

Decreto 1072 de 2015, Artículo 2.2.4.6.10 Responsabilidades de los trabajadores: los trabajadores tendrán entre otras las siguientes responsabilidades: 1. Procurar por el cuidado integral de su salud. 2. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud. 3. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa. 4. Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo. 5. Participar en las actividades de capacitación en Seguridad y Salud en el Trabajo definido en el plan de capacitación del SG -SST; y 6. Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG -SST. _ Cumplimiento al Protocolo de bioseguridad para la prevención, contención y mitigación de contagio y propagación del SARS-COV-2 Covid-19. Cumplimiento a la **Resolución 3050 de 28 Julio de 2022**, en el Artículo 7. Responsabilidades de los trabajadores: Las responsabilidades de los trabajadores conforme al presente manual son las siguientes: a) Comprometerse con las actividades establecidas en el Programa de Rehabilitación integral para la reincorporación laboral y ocupacional y su autocuidado; participando con el cuidador o su familia como red de apoyo. b) Aportar información veraz y oportuna sobre los antecedentes médicos, estados de salud, evolución y actividades extralaborales. Cualquier fraude se considerará una falta grave, so pena de la sanción establecida en el artículo 17 de la Ley de 2002 o la norma que adicione modifique o sustituya. c) Aplicar las instrucciones concertadas con el equipo rehabilitador en su plan de rehabilitación integral, así como las recomendaciones y/o restricciones, tanto en su ambiente laboral como extralaboral. d) Asistir a la capacitación, asesoría, entrenamiento, asistencia técnica, cumplir con el programa de rehabilitación integral para la reincorporación laboral y ocupacional de los trabajadores, el cual podrá utilizar las tecnologías de la comunicación, inteligencia artificial y realidad virtual en los aspectos, acciones o actividades que sean pertinente. e) Utilizar las incapacidades temporales y/o recomendaciones médicas conforme al programa de rehabilitación integral para la reincorporación laboral y ocupacional de los trabajadores, sin exponer su salud, dar un uso indebido a dichas incapacidades temporales, laborar en otra empresa o actividad, realizar actividades deportivas o recreativas, paseos o viajes que afecten su salud e incumplan el programa de rehabilitación integral para la reincorporación laboral y ocupacional de los trabajadores.

RESTRICCIONES

N/A

RECOMENDACIONES

Higiene postural
Uso de elementos de protección personal
Adecuado manejo de cargas
Pausas activas según protocolo de la empresa
Ejercicio y estilo de vida saludable

REMISIONES

N/A

SISTEMA DE VIGILANCIA

N/A

Datos del Medico:	**Responsable del SG-SST/TH :**	**Recibido por el trabajador o aspirante**
DRA. TATIANA PRADA GALVAN Especialista en Salud Ocupacional RM resolución 00673 / 1088620182	Documento: _____ Nombre: _____ Fecha: _____	Documento: _____ Nombre: _____ Fecha: _____

Puedes validar este examen en: https://www.ocupasalud.com con el siguiente codigo: **HLMLBSJ00001537884**

Powered by CamScanner

República de Colombia Gobernación de Santander	RESOLUCIÓN	CÓDIGO	AP-JC-RG-89
		VERSIÓN	5
		FECHA DE APROBACIÓN	22/05/2017
		PÁGINA	1 de 1

RESOLUCIÓN NÚMERO 00673

POR LA CUAL SE RENUEVA UNA LICENCIA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
EL SUSCRITO SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL DE SANTANDER

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 **TATIANA PRADA GALVÁN,** identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No 1098620182, ha solicitado Renovación de Licencia para la Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo ante la Secretaría de Salud Departamental de Santander.

Que al peticionario le fue otorgada la Licencia de Prestación de Servicios de Salud Ocupacional, mediante Resolución No 19212 de 26/09/2013 de la Secretaría de Salud del Departamento de Santander y concedida por un término de diez (10) años contados a partir de la expedición de la Resolución, la cual ha cumplido su vigencia.

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 Renovación 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

ARTICULO 1: Renuévese LICENCIA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO A: **TATIANA PRADA GALVÁN**, MEDICO(A) - ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL con Cédula de Ciudadanía No 1098620182, 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.

ARTICULO 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.

ARTICULO 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 Secretaría de Salud de Santander para la modificación de la misma.

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

ARTICULO 5: Contra la presente Resolución procede los recursos legales.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE
Dada en Bucaramanga, a los 29 ENE 2024

EDWIN ANTONIO PRADA RAMIREZ
Secretario de Salud Departamental

Vobo: Dary Johanna Florez Serrano - Directora de Apoyo Jurídico, Contratación y Procesos Sancionatorios
Revisó: Teresa Lizeth Hernandez Gonzalez - Coordinadora Grupo de Acreditación en Salud y SOGC
Proyectó: Magaly Andrea Martin Bayona - Grupo de Acreditación en Salud SOGC

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) EDER ALFONSO REMOLINA CASTILLO identificado(a) con CC 91516370 se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: 25/10/2013

Estado de la Afiliación: **Vigente**

IPS: **U.T. FOSCAL-ESCANOGRAFIA S.A-FLORIDABLANCA-TR2**

Categoría: **A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 10 días del mes 6 del año 2026.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS. NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



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:

EDER ALFONSO REMOLINA CASTILLO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **91.516.370**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 26 de Mayo del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 11:32:55 AM horas del 26/05/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **91516370**

Apellidos y Nombres: **REMOLINA CASTILLO EDER ALFONSO**

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.

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 296703492

PIB
11:33:53

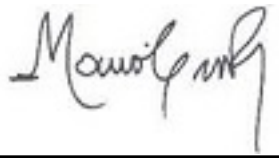
Bogotá DC, 26 de mayo del 2026

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) EDER ALFONSO REMOLINA CASTILLO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 91516370:

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.

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 martes 26 de mayo de 2026, a las 11:34:57, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	91516370
Código de Verificación	91516370260526113457

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

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, 26/05/2026 11:36:19 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **91516370** y Nombre: **EDER ALFONSO REMOLINA CASTILLO.**

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. **140880619** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 11:37:57 horas del 26/05/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **91516370,** Apellidos y Nombres **REMOLINA CASTILLO EDER ALFONSO**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER**, con NIT **900006037-4** 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.

© 2026 Policía Nacional de Colombia - Grupo Tecnologías de la Información y las Comunicaciones DIJIN

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 91516370 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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

Se expide en Bogotá el 29/05/2026 10:28 AM

Código Verificación: **XU51G82BR6**

Válida hasta: **27/08/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

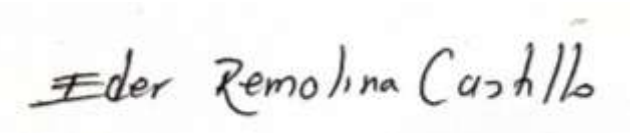
Bucaramanga, 26/05/2026

Señores,
E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
gerencia@hus.gov.co
Calle 31 No. 31-50
Santander

ASUNTO: Certificado y/o constancia de inhabilidades e incompatibilidades.

Por medio de la presente certifico que quien suscribe no se halla incurso en las causales de inhabilidad e incompatibilidad establecidas en la Ley 80 de 1993, en el decreto 128 de 1976 y la ley 1474 de 2011, y las demás normas concordantes o aquellas que las modifiquen o complementen para contratar con la E.S.E. Hospital Universitario de Santander, con ocasión al proceso de selección adelantado para la "**PRESTACION DE SERVICIOS COMO TECNÓLOGO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS EN APOYO A LA GESTION QUIRURGICA DE LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER.".**

Cordialmente,



EDER ALFONSO REMOLINA CASTILLO
CC. No. 91.516.370 de Bucaramanga

FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO
GDR-GDR-FO-06,Versión 3
GESTIÓN DIRECTIVA

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

*DISPOSICIONES CONTENIDAS EN LA CIRCULAR EXTERNA 009 de 2016 Y CIRCULAR 20211700000005-5 de 2021 DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

26/05/2026	Ciudad Bucaramanga	Tipo de Solicitud & Vinculación

1.INFORMACIÓN BÁSICA

Persona natural y persona jurídica (para persona jurídica serán los datos del representante legal)

Primer apellido: Remolina	Segundo apellido: Castillo	Nombre(s): Eder Alfonso
Género F.☐ M.	Tipo de Documento C.C. ☒ NIT. ☐ C.E. Pasaporte. ☐ Carnet Diplomático ☐Otro &Cuál?___	
Fecha de expedición: 20/02/2001	Lugar de expedición: Bucaramanga	Fecha de nacimiento:04/02/1983
Nombre o razón social	NIT	DIV
Actividad económica (CIIU Código):		
Teléfono móvil: 3188652757	Dirección de residencia: Cra 6w # 17-80 torre 1 Villa Paraiso, Piedecuesta	
Teléfono fijo:	Dirección oficina:	
Ciudad: Bucaramanga	Departamento: Santander	Empresa donde labora Hospital universitario de Santander
Dirección oficina	Teléfono	Email
Ciudad de la empresa: Bucaramanga	Tipo de Empresa ☐ Pública ☐Privada ☐Mixta Otro&Cuál?	
Ingresos mensuales pesos: 2.900000		Activos (pesos): 2900000
Egresos mensuales pesos: 2000000		Pasivos (pesos): 2000000
Otros ingresos mensuales pesos: 0		Patrimonio (pesos): 900000

Identificación de los accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente más de 10% del capital social, aporte o participación (en caso de requerir más espacio debe anexarse la relación:

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA (Persona natural y / o Jurídica)

Actividad Económica:
Asalariado ☐ Socio X independiente ☐ Hogar ☐Inversionista ☐Pensionado ☐ Rentista ☐ Estudiante
Comerciante

Régimen:Común Simplificado ☐ Gran contribuyente ☐ No responsable ☐
Beneficiario Ley 1429 de 2010 ☐ Autor retenedor☐

Declarante de renta: Si☐ No☒

3.PERSONA POLÍTICAMENTE EXPUESTA (Persona Natural y/o Persona Jurídica)-Valores en Pesos

&Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? ☐Si X No	& Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? ☐ Si X No		
Por su actividad u oficio goza usted de reconocimiento público general?	Indique:	Es servidor público?☐ Si X No	
Tiene usted la condición de personas expuesta	Indique:Cargo	Fecha Inicio	Fecha Fin
Tiene algún vínculo con una persona considerada públicamente expuesta? ☐ Si X No	Indique:Nombre	Cargo	

Es usted representante legal de una organización internacional? ☐Si X No Indique:

Está usted sujeto a obligaciones tributarias en otro país o países? ☐Si X No Indique:

Tipo ID	Número ID	Razón Social o nombres completos	% Participación	Por su cargo o actividad maneja recursos públicos?	Por su actividad u oficio goza de reconocimiento público	Tiene algún vínculo con una persona considerada públicamente expuesta?	Está usted sujeto a obligaciones tributarias en otro país o países indique
				Si ☐	Si ☐	Si ☐	cual(es)?
				Si☐	Si ☐	Si☐	
				Si ☐	Si ☐	Si☐	

A- MO

FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO
GDR-GDR-FO-06, Versión 3
GESTIÓN DIRECTIVA

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

*DISPOSICIONES CONTENIDAS EN LA CIRCULAR EXTERNA 009 de 2016 Y CIRCULAR 20211700000005-5 de 2021 DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

				Si ☐	Si ☐	Si ☐	
				Si ☐	Si ☐	Si ☐	

4.DECLARACIÓN DE ORIGEN DE LOS BIENES Y/O FONDOS

Declaro expresamente que:

1.La actividad profesión u oficio del suscrito (persona o compañía) es lícita y se ejerce dentro del marco legal y los recursos de la misma no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
2.La información suministrada en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y la suscrita (persona o compañía) se compromete a actualizarla anualmente.

3. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinaran a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.

4.Los recursos que posee la suscrita (persona o compañía) provienen de las actividades descritas anteriormente.
5. Los bienes y/o fondos relacionados o suministrados a la ESE HUS en desarrollo de las operaciones comerciales tienen como ORIGEN la siguiente fuente: HONORARIOS y provienen del siguiente país:COLOMBIA

5.ACTIVIDADES EN OPERACIONES INTERNACIONALES

Realiza operaciones en Moneda extranjera? ☐ SI
X No ¡Cuáles?

Importaciones ☐Exportaciones Inversiones ☐ Préstamos ☐Pago de Servicios Transferencias ☐ Otras

Posee productos financieros en el exterior?☐
Si X No

Posee cuentas en moneda extranjera? ☐ Si X No En caso positivo descríbalo a continuación

Tipo de producto	Identificación o número de	Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda

6.DOCUMENTOS REQUERIDOS

1. En Todos los casos es necesario adjuntar fotocopia de documento de identificación ampliado al 150% (Para personas jurídicas se debe adjuntar la del representante legal y original o fotocopia del RUT y certificado de existencia y representación legal con vigencia no superior a treinta (30) días.
2.En caso de ser apoderado, adjuntar el poder.
3. Declaración de renta del último año.

7.DECLARACIONES

PROTECCIÓN DE DATOS FINANCIEROS Y PERSONALES: Con la suscripción de este documento, autorizo al ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER, para que soliciten, procesen, verifiquen, consulten, suministren,reporten o actualicen cualquier información relacionada con mi comportamiento financiero, crediticio o comercial 0410040

ORIGEN DE LOS RECURSOS: Declaro que mis recursos provienen de actividades lícitas y están ligados al desarrollo normal de mis actividades, y que, por lo tanto, los mismos no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo sustituya, adicionen o modifiquen. Por ende, declaro bajo la gravedad de juramento que no me encuentro incluido en la lista vinculante del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas y la lista restrictiva de la OFAC, que no he sido vinculado a investigación ante cualquier autoridad y que el Hospital se encuentra facultado para efectuar las verificaciones que considere pertinentes

Con la firma del presente documento,declaro que todos los datos consignados son ciertos, que la información que adjunto es veraz y verificable, y que autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica,pública o privada, sin limitación alguna, obligándome a actualizar la información y/o a confirmarla cada vez que así sea solicitado. (Si es persona jurídica, firma el representante legal).

Edna Remolina Castillo

VERIFICACIÓN		
Hora:	Hora:	Hora: 11:38 am
Nombre del Funcionario Responsable:		
Tipo de Documento	P.P.☐	C.C.☒
No.De Documento		1100492327
Firma:		

FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO

GDR-GDR-FO-06, Versión 3

GESTIÓN DIRECTIVA

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA **SOCIAL DEL ESTAD**

*DISPOSICIONES CONTENIDAS EN LA CIRCULAR EXTERNA 009 de 2016 Y CIRCULAR 20211700000005-5 de 2021 DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Firma Nombre: Eder Alfonso Remolina Castillo P.P.☐ C.C. X C.E.☐ T.I.☐ No. 91516370	Cargo: Oficial cumplimiento diplex Se certifica que se llevó a cabo la revisión de las listas vinculantes respecto de la(s) persona(s), naturales y jurídicas acá señaladas

8.FIRMA Y HUELLA

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he sum exacta en todas sus partes y firmo el presente documento. Eder Remolina Castillo	Inistrado es ____

9. OBSERVACIONES

INFORMACIÓN RESERVADA PARA LA E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER

Verificación en Listas:

CEl Cliente potencial presenta coincidencia en listas? Sl ☐ No ☐
En caso de ser positiva la respuesta indique en cual_____

En caso de alguna inconsistencia o coincidencia positiva en las listas favor informar por escrito al Superior Inmediato y al Oficial de Cumplimiento.

Nombre del Profesional o Auxiliar Administrativo que realiza la verificación: Yuli Asseth Ortiz Pin
Area: Contratación Fecha: 05/ 06/ 2026 Hora: 11:38 a.

Esta página está diseñada para establecer el instructivo de diligenciamiento del formato y plasmar el control de modificaciones, en caso de ser necesaria su uso en físico proceda a imprimirla o por el contrario **evite su impresión,con** el fin de contribuir con el **Programa de Ahorro y Uso Eficiente de Papel** que actualmente maneja la E.S.E HUS.

CONTROL DE MODIFICACIONES

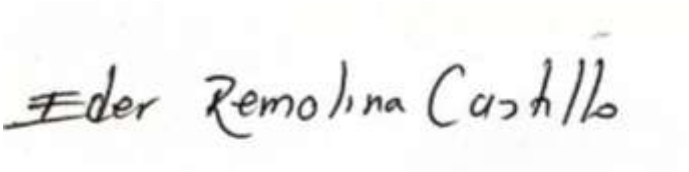
Versión	Fecha	Descripción de la Modificación	Elaborado por	Revisado por	Aprobado por
1	Diciembre de 2017	Emisión del formato		-	
2	Diciembre de 2021	Actualización de acuerdo a los lineamientos institucionales y ala normatividad vigente.	Andrea Hernández Parra Profesional Especializado Jorge Manuel Durán Jaimes Contratista	John Mauricio Robles Ramírez Subgerente Administrativo y Financiero	Edgar Julián Niño Carrillo Gestión Directiva
3	Octubre de 2022	Se incluye la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021 de la Superintendencia Nacional de Salud, en el encabezado del documento.	Andrea Hernández Parra Profesional Especializado	María Clara Niño Gómez Jefe Oficia Asesora Jurídica	Juan Carlos Supelano Villamizar Subgerente Administrativo y Financiero

Bucaramanga, 26/05/2026

Señores:
E.S.E. Hospital Universitario de Santander
Ciudad

EDER ALFONSO REMOLINA CASTILLO, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía No. 91.516.370, manifiesto que una vez perfeccionado el contrato resultante del proceso de selección en cuyo objeto se estableció la "**PRESTACION DE SERVICIOS COMO TECNÓLOGO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS EN APOYO A LA GESTION QUIRURGICA DE LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER.".** Reportaré la novedad voluntariamente a la ARL correspondiente.

Cordialmente,



EDER ALFONSO REMOLINA CASTILLO
CC. No. 91.516.370 de Bucaramanga

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	2026-06-02 22:52

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
EDER	ALFONSO	REMOLINA	CASTILLO

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	91516370

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	SANTANDER	Municipio	BUCARAMANGA

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	SANTANDER	Municipio	PIEDECUESTA

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	HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	SANTANDER	Municipio	BUCARAMANGA

Dirección	["Calle 31 A No. 31-63"]

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	$24.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$2.000.000,00
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$26.000.000,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$3.000.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

1.2. PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y/O ASOCIACIONES

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí [ ] No [X]

En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas o Consejos Directivos:

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí [ ] No [X]

A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí [ ] No [X]

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma ocasional o permanente son las siguientes:

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente el registro de la información que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con los intereses de mi cónyuge o compañero(a) permanente, parientes y socios de hecho o de derecho.

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [ ] 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:

CONFIDENCIALIDAD PARA EL MANEJO DE INFORMACION DE LA ESE HUS
GJU-ADQ-FO-25, Versión 1
GESTIÓN JURÍDICA

El(los) suscrito(s):

Nombre del representante legal de la entidad proponente: **EDER ALFONSO REMOLINA CASTILLO,**

Identificado con cédula de ciudadanía No. 91.516.370 expedida en Bucaramanga, quien actúa en calidad de Representante Legal de la entidad proponente (en adelante EL PROPONENTE), manifiesta de manera expresa su voluntad de asumir de forma unilateral el presente compromiso de confidencialidad, dentro del Proceso No. _____, bajo las siguientes cláusulas y obligaciones:

1. Manejar y custodiar de forma estrictamente confidencial toda la información que le sea entregada o a la que tenga acceso, absteniéndose de utilizarla en beneficio propio o de terceros.
2. Solicitar de manera previa y por escrito la autorización correspondiente ante el Supervisor y/o Interventor del contrato para realizar cualquier publicación o divulgación de la información tratada por la E.S.E HUS.
3. Prevenir cualquier afectación a la integridad, exactitud y totalidad de la información, ya sea parcial o total.
4. Adoptar las medidas necesarias para garantizar la confidencialidad de la información y evitar su divulgación no autorizada.
5. Conocer y aplicar las políticas de seguridad de la información y los procedimientos establecidos por la E.S.E HUS para su manejo adecuado.
6. Abstenerse de permitir o facilitar el uso de los sistemas informáticos de la E.S.E HUS a personas no autorizadas por la institución.
7. Garantizar el acceso a la información pública de acuerdo con lo establecido en el procedimiento de clasificación de la información de la E.S.E HUS.
8. Al finalizar el contrato o en caso de cambio de ejecutor, garantizar que la información no sea borrada, alterada o sustraída, y entregarla en su totalidad al Supervisor del contrato, utilizando el formato GEII-FO-07 ENTREGA DE ACTIVOS DE INFORMACIÓN.
9. Abstenerse de utilizar los recursos informáticos (hardware, software o datos) y de telecomunicaciones (teléfono, fax, conexiones de red) para actividades no relacionadas directamente con el objeto contractual, tales como descarga de música, juegos, fotografías personales o software no autorizado.
10. Conocer y aplicar la Ley 1266 de 2008 (Habeas Data) y sus normas complementarias en el tratamiento y uso de datos personales a los que tenga acceso en virtud del contrato.
11. Conocer y aplicar la Ley 1273 de 2009, por la cual se modifica el Código Penal, se crea el bien jurídico tutelado denominado “protección de la información y de los datos” y se protegen integralmente los sistemas que utilicen tecnologías de la información y las comunicaciones.
12. Al inicio del contrato, presentar y entregar el inventario de equipos informáticos y la lista del personal que serán utilizados para la ejecución del objeto contractual.
13. Notificar al Supervisor del contrato cualquier novedad relacionada con el personal (ingresos, retiros o traslados) en un plazo no superior a cinco (5) días.

En constancia de aceptación y compromiso, se firma el presente anexo.

Firma del representante legal: 

Nombre: **EDER ALFONSO REMOLINA CASTILLO**

Cédula de ciudadanía: 91.516.370

Fecha: 26/05/2026

Esta página está diseñada para establecer el instructivo de diligenciamiento del formato y plasmar el control de modificaciones, en caso de ser necesaria su uso en físico proceda a imprimirla o por el contrario **evite su impresión**, con el fin de contribuir con el **Programa de Ahorro y Uso Eficiente de Papel** que actualmente maneja la ESE HUS.

CONTROL DE MODIFICACIONES					
Versión	**Fecha**	**Descripción de la Modificación**	**Elaborado por**	**Revisado por**	**Aprobado por**
1	Agosto de 2025	Creación Formato	Edwin Alexander Acevedo Lizarazo Auxiliar Administrativo	Lina Marcela Moreno Profesional Epscializado III	Yessica Paola Marquez Gutierrez Jefe Oficina Asesora Jurídica

Floridablanca, 28 de mayo de 2026

LA GERENTE DE TALENTO HUMANO Y SERVICIOS ADMINISTRATIVOS
FUNDACIÓN FOSUNAB
NIT: 900.330.752-0

CERTIFICA:

Que, **EDER ALFONSO REMOLINA CASTILLO**, identificado con cédula de ciudadanía No. **91516370**, laboró en la **FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER - FOSCAL,** desde el **05 de noviembre de 2013** hasta el **30 de septiembre de 2018** habiendo sido sustituido patronalmente a **FUNDACIÓN FOSUNAB** con un contrato de trabajo a **Término Indefinido** a partir del **01 de octubre de 2018** hasta el **01 de abril de 2026**, donde desempeñó el cargo de **AUXILIAR DE FARMACIA** y su vinculación laboral finalizó por **renuncia voluntaria**.

Se expide a solicitud del interesado.

Cordialmente,



ANGELA P. SUÁREZ LOPERA

Realiza: LeidyR.

República de Colombia Gobernación de Santander	RESOLUCIÓN	CÓDIGO	AP-GJ-RG-36
		VERSIÓN	2
		FECHA DE APROBACIÓN	29/05/2024
		PÁGINA	1 de 1

RESOLUCIÓN NÚMERO 13208 **DE 2024**

Por la cual se autoriza el ejercicio de una profesión y su respectiva inscripción en el RETHUS

EL SECRETARIO DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE SANTANDER

En uso de sus facultades legales, y en especial las que le confiere la Ley 1164 de 2007, Decreto 4192 de 2010, Decreto 780 de 2016, y,

CONSIDERANDO QUE

1. Que el Artículo 18 de la Ley 1164 de 2007, establece los requisitos para el ejercicio de las profesiones y ocupaciones en las diferentes áreas de la salud.

2. Que el Artículo 2.7.2.1.2.2 del Decreto 780 de 2016, establece que profesiones u ocupaciones se deben inscribir en el REGISTRO ÚNICO DE TALENTO HUMANO EN SALUD RETHUS.

3. Que **EDER ALFONSO REMOLINA CASTILLO,** identificado(a) con CC No. 91516370 expedida en BUCARAMANGA, ha solicitado la autorización del ejercicio profesional como **TECNOLOGIA EN RADIOLOGIA E IMAGENES DIAGNOSTICAS**, título que le otorga **UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA UNAD** de la ciudad de BOGOTA, el día 27/04/2024, según acta de grado No. 681.

4. Que, dicho título se encuentra registrado en el folio 4 del libro de Diplomas No. 27, de la respectiva Institución Educativa.

5. Que, teniendo en cuenta la documentación aportada por la (el) solicitante, estos cumplen con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes.

6. Que en virtud de lo anteriormente expuesto;

RESUELVE

Artículo 1°: Autorizar a **EDER ALFONSO REMOLINA CASTILLO** identificado(a) con CC No. 91516370 expedida en BUCARAMANGA, para ejercer la profesión de: **TECNOLOGIA EN RADIOLOGIA E IMAGENES DIAGNOSTICAS** en todo el territorio nacional.

Artículo 2°: Realizar la inscripción del autorizado en el Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud-RETHUS.

Artículo 3°: La presente Resolución rige a partir de su fecha de expedición.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Expedida en Bucaramanga, 31 JUL 2024

EDWIN ANTONIO PRADA RAMIREZ
Secretario de Salud del Departamento de Santander

Aprobó: Antonio José Monroy Vecino - Director de Desarrollo de Servicios Inspección Vigilancia y Control
Revisó: Yelitza Lilibeth Hernández González - Coordinadora Grupo de Acreditación en Salud y SOGC
Proyectó: Ingrid Ginnary Angarita Morales - Grupo Acreditación en Salud S.O.G.C

Powered by CamScanner

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2026-05-26→11:48:07 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	91516370	EDER	ALFONSO	REMOLINA	CASTILLO	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) EDER ALFONSO REMOLINA CASTILLO identificado(a) con CC 91516370 registra La siguiente información:

2026-05-26→11:48:07 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
TEC	Local	TECNOLOGIA EN RADIOLOGIA E IMAGENES DIAGNOSTICAS	2024-07-31	13208	DTS DEPARTAMENTO DE SANTANDER
AUX	Local	TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN SERVICIOS FARMACEUTICOS	2016-08-12	11897	DTS DEPARTAMENTO DE SANTANDER
AUX	Local	Auxiliar de laboratorio clínico	2013-07-10	13045	DTS DEPARTAMENTO DE SANTANDER
AUX	Local	NO DISPONIBLE-9999	2016-08-05	11897	DTS DEPARTAMENTO DE SANTANDER

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Programa Prestación	Entidad Reportadora
Excento del SSO	Local	|NO APLICA|	1900-01-01	1900-01-01	Sin Modalidad	Enfermería	DTS DEPARTAMENTO DE SANTANDER

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

Corporación Internacional Líderes Latinoamerica

NIT: 830.086.471-6

25 Años

Hace constar que:

EDER ALFONSO REMOLINA CASTILLO

C.C. - No. 91516370

Cursó y aprobó los estudios correspondientes al:

CURSO

FORMACION EN ATENCION CENTRADA EN EL USUARIO

EN SERVICIOS DE SALUD

Vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición

Siendo una formación propia, con una intensidad de Cincuenta (50) Horas.

Se expide en la ciudad de Bucaramanga a los (06) días del mes de abril del año 2026

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art 2.6.6.8. Educación Informal - Ministerio de Educación Nacional de Colombia
Resolución 3100 de 2.019- Ministerio de Salud y Protección de Colombia

Beatriz Eugenia Ramos Suaza
Especialización en Auditoria Clínica, Cuidado Critico
Rehabilitación Cardiopulmonar y
Certificación AHA como proveedor en salud

Luis Carlos Prada Prada
Director
Corporación Internacional Líderes

VALIDAR CERTIFICADO

La validez del documento también la puedes solicitar al 3003905210 o al correo academico@cillatinoamerica.com.co

Corporación Internacional Líderes Latinoamerica

NIT: 830.086.471-6

25 Años

Hace constar que:

EDER ALFONSO REMOLINA CASTILLO

C.C. - No. 91516370

Cursó y aprobó los estudios correspondientes al:

CURSO
FORMACION EN HUMANIZACION Y CALIDAD
EN SERVICIOS DE SALUD

Vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición

Siendo una formación propia, con una intensidad de cincuenta (50) horas.

Se expide en la ciudad de Bucaramanga a los (06) días del mes de abril del año 2026

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art 2.6.6.8. Educación Informal - Ministerio de Educación Nacional de Colombia
Resolución 3100 de 2.019- Ministerio de Salud y Protección de Colombia

Beatriz Eugenia Ramos Suaza
Especialización en Auditoria Clínica, Cuidado Critico
Rehabilitación Cardiopulmonar y
Certificación AHA como proveedor en salud

Luis Carlos Prada Prada
Director
Corporación Internacional Líderes

VALIDAR CERTIFICADO

La validez del documento también la puedes solicitar al 3003905210 o al correo academico@cillatinoamerica.com.co

Corporación Internacional Líderes Latinoamerica

NIT: 830.086.471-6

25 Años

Hace constar que:

EDER ALFONSO REMOLINA CASTILLO

C.C. - No. 91516370

Cursó y aprobó los estudios correspondientes al:

CURSO
FORMACION EN PROTECCION RADIOLOGICA

Vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición

Siendo una formación propia, con una intensidad de Cincuenta (50) horas.

Se expide en la ciudad de Bucaramanga a los (06) días del mes de abril del año 2026

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art 2.6.6.8. Educación Informal - Ministerio de Educación Nacional de Colombia
Resolución 3100 de 2.019- Ministerio de Salud y Protección de Colombia

Beatriz Eugenia Ramos Suaza
Especialización en Auditoria Clínica, Cuidado Critico
Rehabilitación Cardiopulmonar y
Certificación AHA como proveedor en salud

Luis Carlos Prada Prada
Director
Corporación Internacional Líderes

VALIDAR CERTIFICADO

La validez del documento también la puedes solicitar al 3003905210 o al correo academico@cillatinoamerica.com.co

Corporación Internacional Líderes Latinoamerica

NIT: 830.086.471-6

25 Años

Hace constar que:

EDER ALFONSO REMOLINA CASTILLO

C.C. - No. 91516370

Cursó y aprobó los estudios correspondientes al:

CURSO
FORMACION EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

Vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición

Siendo una formación propia, con una intensidad de cincuenta (50) horas.

Se expide en la ciudad de Bucaramanga a los (06) días del mes de abril del año 2026

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art 2.6.6.8. Educación Informal - Ministerio de Educación Nacional de Colombia
Resolución 3100 de 2.019- Ministerio de Salud y Protección de Colombia

Beatriz Eugenia Ramos Suaza
Especialización en Auditoria Clínica, Cuidado Critico
Rehabilitación Cardiopulmonar y
Certificación AHA como proveedor en salud

Luis Carlos Prada Prada
Director
Corporación Internacional Líderes

VALIDAR CERTIFICADO

La validez del documento también la puedes solicitar al 3003905210 o al correo academico@cillatinoamerica.com.co