Barichara, Agosto 2026

Arquitecto:
MILTON EDILSON CHAPARRO JIMENEZ
Alcalde Municipal
Barichara – Santander

Ref: Propuesta Técnica y Económica

Cordial saludo;

Para los fines pertinentes me permito colocar a su consideración propuesta para el asunto de la referencia:

PROPUESTA

PLAZO DE EJECUCION CONTRACTUAL:

PLAZO: El plazo del contrato es de **CUATRO (04) MESES Y VEINTE (20) DIAS**, a partir de la suscripción del acta de inicio. Si durante su ejecución se presentan situaciones no previstas, ajenas al control del contratista, que alteren el progreso normal de ejecución, éste podrá comunicar tales hechos por escrito a través del supervisor del contrato y solicitar con base en ello prórroga del plazo. El municipio, previo concepto del supervisor y después de estudiadas las situaciones no previstas y las causas que las originan, podrá conceder la prórroga del plazo. En tal caso, se suscribirán las cláusulas modificatorias y se ampliará la garantía correspondiente, si las hay..

LUGAR DE EJECUCIÓN:

Municipio de Barichara.

DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL:

El municipio deberá contar con la respectiva disponibilidad presupuestal para cubrir los gastos de la futura contratación.

ALCANCE DEL OBJETO.

Objeto: "PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN ACTIVIDADES DE TIPO ASISTENCIAL DENTRO DE LA SECRETARIA DE PLANEACIÓN EN EL MUNICIPIO DE BARICHARA".

Las actividades que se desarrollan por parte del contratista son:

1. Apoyar la atención y orientación a los usuarios de la oficina del SISBÉN, suministrando información relacionada con los trámites de solicitud de encuesta nueva, actualización, modificación, inclusión, retiro de integrantes del hogar y demás procedimientos establecidos por la metodología vigente.
2. Apoyar la recepción, revisión preliminar, organización y radicación de la documentación presentada por los usuarios, verificando que los soportes correspondan a los requisitos establecidos para cada trámite del SISBÉN, de conformidad con las directrices impartidas por el supervisor.
3. Apoyar la programación, ejecución y seguimiento de las encuestas SISBÉN en los sectores urbano y rural, de acuerdo con las asignaciones realizadas por la coordinación de la oficina y la metodología establecida por el Departamento Nacional de Planeación – DNP.
4. Realizar la aplicación de encuestas SISBÉN en campo, efectuando el diligenciamiento completo y veraz de la información suministrada por los hogares, observando estrictamente los lineamientos técnicos y metodológicos definidos por el DNP.
5. Apoyar el alistamiento, verificación y correcto funcionamiento de los Dispositivos Móviles de Captura (DMC), accesorios y demás elementos necesarios para el

desarrollo de las actividades de campo, reportando oportunamente cualquier novedad que afecte su operación.

6. Apoyar la organización, custodia y manejo de los equipos, documentos y demás elementos asignados para el desarrollo de las actividades contractuales, garantizando su adecuado uso y devolución al finalizar la ejecución del contrato.
7. Mantener la reserva, confidencialidad y protección de la información recolectada durante la ejecución de las actividades del SISBÉN, dando cumplimiento a la normativa vigente sobre tratamiento de datos personales y a los protocolos establecidos por el Departamento Nacional de Planeación.
8. Apoyar la organización y actualización de los archivos físicos y digitales relacionados con los trámites adelantados por la oficina del SISBÉN, facilitando el control documental y el seguimiento de las actuaciones administrativas.
9. Desarrollar las demás actividades de apoyo a la gestión que le sean asignadas por el supervisor del contrato, siempre que guarden relación con el objeto contractual y las funciones propias de la Secretaría de Planeación en el componente del SISBÉN.

VALOR Y FORMA DE PAGO:

VALOR Y FORMA DE PAGO: La forma de pago del contrato se realizará así: La suma de **TRECE MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS PESOS ($ 13.533.400,00) M/CTE**, mediante actas de pagos parciales, el último pago será cancelado en la última acta de pago final, Mediante la presentación de los respectivos informes sobre la ejecución del objeto Contractual presentación de la cuenta de cobro y Certificación del desarrollo del objeto contractual por parte del supervisor del contrato que para el presente es el titular de la Secretaria Infraestructura y Obras Públicas del Municipio de Barichara.

VIGENCIA DE LA PROPUESTA:

La presente propuesta posee una vigencia de un (1) mes.

Declaro bajo la gravedad del juramento que no me encuentro incurso en ninguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidades establecidas en el art. 8 de la Ley 80 de 1993 y demás normas sobre la materia y que tampoco me encuentro incurso en ninguno de los eventos de prohibiciones especiales para contratar con el Estado. No presento antecedentes disciplinarios ante la Procuraduría, General de la Nación. Ninguna entidad distinta de la aquí nombrada tiene intereses en esta propuesta ni el contrato que como consecuencia de ella llegare a celebrarse y por consiguiente solo compromete al firmante. Me comprometo a ejecutar totalmente el contrato en el plazo pactado a partir de la legalización del mismo. Manifiesto que actualmente me encuentro afiliado al Sistema de Seguridad Social en Salud y en pensiones (como independiente). Así mismo, comunico que me afiliare a la ARL.

Acompaño a la presente, hoja de vida con los soportes de Ley;

AIDALHY ALVEAR CALA.

AIDALHY ALVEAR CALA
C.C. No. 1.101.154.107
Celular: 3203077547
Correo aidalhyalvear@gmail.com
Dirección: carrera 0 # 5-60
BARICHARA -Santander

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

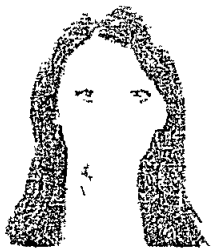
NUMERO **1.101.154.107**
ALVEAR CALA

APELLIDOS
AIDALHY

NOMBRES

AIDALHY ALVEAR CALA

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **05-SEP-1990**
BUCARAMANGA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

09-SEP-2008 PALMAR
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-2715100-00168990-F-1101154107-20090813 0014886436A 1 26376541

aidalhyalvear@gmail.com
3203077547
Carre O # 5-60
Barrio la primavera.

Samara 23
Melany 08

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Alvear	Cala	Aidalhy

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1101154107	F ⊗ M ○ NB ○	COL ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR			
PRIMERA CLASE ○	SEGUNDA CLASE ○	NUMERO	D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 05 MES 09 AÑO 1990	CARRERA 0 5 60			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	SANTANDER
DEPTO	SANTANDER	MUNICIPIO	BARICHARA		
MUNICIPIO	BUCARAMANGA	TELÉFONO	3203077547	EMAIL	aidalhyalvear@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	IX°	MES	11	AÑO	2009

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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



4 IDIOMAS

ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

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

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

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

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ___ NO ___ 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 Barichara, agosto 2026

AIDA LUCY ALVEAR CALA.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

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	2026-07-16 15:19

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
AIDALHY		ALVEAR	CALA

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1101154107

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	SANTANDER	Municipio	BUCARAMANGA

Lugar de domicilio					
País	COLOMBIA	Departamento	SANTANDER	Municipio	BARICHARA

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	ALCALDIA DE BARICHARA

Lugar de sede					
País	COLOMBIA	Departamento	SANTANDER	Municipio	BARICHARA

Dirección	["calle 5 No. 6-39"]
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. DECLARACION 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	$20.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$20.000.000,00

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

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 INTERES

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 CONYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [X] No [ ]

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
EDUIN		GOMEZ	TORRES

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 1095700683

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:

CERTIFICADO DE NO INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

AIDALHY ALVEAR CALA, identificada con cédula de ciudadanía **C.C: 1.101.154.107** expedida en Bucaramanga, domiciliada en Barichara, del municipio de Barichara - Santander, manifiesto bajo la gravedad del juramento no estar incurso en las causales de inhabilidades e incompatibilidades establecida en la Constitución y la Ley.

En constancia de lo anterior, se firma en el mes de julio del año dos mil veintiséis (2026)

AIDALHY ALVEAR CALA.

AIDALHY ALVEAR CALA
C.C: 1.101.154.107 DEL PALMAR

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 09:54:56 AM horas del 16/07/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1101154107**

Apellidos y Nombres: **ALVEAR CALA AIDALHY**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

DIJIN

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

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 15:31:06 horas del 16/07/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1101154107,**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ALCALDIA MUNICIPAL DE BARICHARA,** con NIT **890210932-1** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

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

PROCURADURÍA
GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 299534911

PIB
10:01:43

Bogotá DC, 16 de julio 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) AIDALHY ALVEAR CALA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1101154107:

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 Política 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 jueves 16 de julio de 2026, a las 10:04:47, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1101154107
Código de Verificación	1101154107260716100447

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 03:03:15 PM horas del 21/07/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1101154107**

Apellidos y Nombres: **ALVEAR CALA AIDALHY**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

DIJIN

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Presidencia de la República | Ministerio de Defensa Nacional | Portal Único de Contratación | GOV.CO

Todos los derechos reservados.

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 16/07/2026 09:58:34 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1101154107** y Nombre: **AIDALHY ALVEAR CALA.**

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. **143963892** . 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

TIC

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 1101154107 **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 16/07/2026 03:44 PM

Código Verificación: **64HWR8BFXP**

Válida hasta: **14/10/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141172901100

(415)7707212489984(8020) 000141172901100

5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 1 1 0 1 1 5 4 1 0 7 | 6. DV 8

12. Dirección seccional: Impuestos y Aduanas de Bucaramanga

14. Buzón electrónico

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 1 0 1 1 5 4 1 0 7

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Santander 6 8	Palmar 5 2 2

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ALVEAR	CALA	AIDALHY	

35. Razón social

36. Nombre comercial | 37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Barichara 0 7 9

41. Dirección principal: CR 0 5 60 BRR LA PRIMAVERA

42. Correo electrónico: aidalhyalvear@gmail.com

43. Código postal | 44. Teléfono 1: 3 2 0 3 0 7 7 5 4 7 | 45. Teléfono 2

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

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

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

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

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

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ALVEAR CALA AIDALHY

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

PERFIL SOCIODEMOGRAFICO

Se ha registrado tu respuesta

Ver respuestas anteriores

El formulario se creó en Gobierno en Línea Colombia. - Comunicarse con el propietario del formulario

¿El formulario parece sospechoso? Informe

Google Formularios

porvenir
sólo hay uno

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:

AIDALHY ALVEAR CALA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.101.154.107**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 16 de Julio 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.

REPUBLICA DE COLOMBIA

y en su nombre

INSTITUTO TÉCNICO JOSÉ RUEDA

Jornada Única Completa
El Palmar – Santander

Autorizado por la Gobernación del Departamento de Santander Secretaría de Educación, Según Resolución No. 07078 del 22 de Agosto de 2003, en cumplimiento de lo ordenado por el Artículo 67 de la Constitución Política y por el Artículo 11 del Decreto 1860 de 1994,

Confiere a:

AIDALHY ALVEAR CALA

CC. 1.101.154.107 de Palmar

El Título de

BACHILLER TÉCNICO

Especialidad Comercio

Por haber alcanzado y aprobado los logros de formación integral propuestos para el Nivel de Educación Media Técnica, de acuerdo al Proyecto Educativo Institucional.

Rector

LUIS EDUARDO MUJICA JAIMES

Secretaria

JACQUELINE AYALA TORRES

Anotado en el control interno de la Institución en el

Libro No. 01 Folio No. 016 Diploma No. 01

Dado en El Palmar Santander, 1 de diciembre de 2009

INSTITUTO TECNICO JOSE RUEDA
EL PALMAR – SANTANDER

ACTA INDIVIDUAL DE GRADUACION
JORNADA UNICA COMPLETA

En el municipio del Palmar Santander a los veintisiete(27) días del mes de noviembre del año dos mil nueve(2009), se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la oficina de la rectoría del **INSTITUTO TECNICO JOSE RUEDA** institución con licencia de funcionamiento o reconocimiento de carácter oficial y debidamente autorizada para expedir certificados y título de **BACHILLER TÉCNICO** con especialidad en **COMERCIO**, según la resolución No. 07078 del 22 de agosto del 2003.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Técnica con especialidad Comercio, se procedió a otorgar el título de:

BACHILLER TÉCNICO
ESPECIALIDAD COMERCIO

Al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

AIDALHY ALVEAR CALA
C.C. 1.101.154.107 del Palmar

Es fiel copia tomada del acta original general No. 012 folio 22 de fecha 27 de noviembre de 2009, que consta de 20 estudiantes y que comienza con el nombre de AIDALHY ALVEAR CALA y se cierra con el nombre de ROSY MARY TRUJILLO CALA.

Firmada por LUIS EDUARDO MUJICA JAIMES Rector y JACQUELINE AYALA TORRES Secretaria.

Dada en Palmar Santander a 1 de diciembre del año 2009.

Esp. LUIS EDUARDO MUJICA JAIMES
Rector

JACQUELINE AYALA TORRES
Secretaria

Certificación
Bancaria

Martes, 21 de julio de 2026

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que AIDALHY ALVEAR CALA identificado(a) con CC 1101154107, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
CUENTA AHORROS	91279019682	2025-02-24	Activo	*****

*Importante: Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.
*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345.Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com.co

IPS SAS
CEMESO
CENTRO MÉDICO DE EXCELENCIA EN SALUD OCUPACIONAL Y MEDICINA LABORAL

NIT. 901073980 - 4
Carrera 10 No. 16 - 33, San Gil - Santander
Cel. 310 273 2388 - 3167410048 - Tel 7237917
E-mail. cemesoipssas@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 65.078

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
24 DÍA	07 MES	2026 AÑO	SAN GIL (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PARTICULARES CONTADO	PARTICULARES

CIIU (Actividad Económica) del empleador: SIN REGISTRAR

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

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
ALVERAR CALA AIDALHY	FEMENINO	35 AÑOS 10 MESES 17 DÍAS	CC (Tipo)	1101154107 (Número)

Cargo: COTRATISTA

EPS	AFP	ARL
NUEVA EPS	NO REFIERE	NO REFIERE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)

Observaciones: *NO APLICA*

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

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL INGRESO	✓	VISIOMETRÍA	✓
AUDIOMETRÍA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP : EN EL PUESTO DE TRABAJO	HÁBITOS SALUDABLES : DIETA Y EJERCICIO
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : MINIMO DOS VECES AL DIA	HACER DEPORTE : MINIMO 30 MINUTOS AL DIA POR CINCO DIAS A LA SEMANA
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

BUENAS CONDICIONES GENERALES, EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL NORMAL, NO PRESENTA SIGNOS SUGESTIVOS DE COVID 19, PORCENTAJE DE SATURACION NORMAL, TEMPERATURA NORMAL, NO PRESENTA DIFICULTAD RESPIRATORIA, CON EXAMEN OSTEOMUSCULAR NORMAL, REPORTE DE AUDIOMETRIA DENTRO DE LOS LIMITES NORMALES, REPORTE DE VISIOMETRIA NORMAL, PUEDE INICIAR LAS ACTIVIDADES LABORALES PARA LAS QUE SERA CONTRATADA.

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

Médico

Dr. Edgar Fernando Pinzón Lasprilla
Medico y Cirujano
Reg: 01419 SSS
Experto en Salud Ocupacional
Resolución 004584 SSS

Firma:

Nombre: CC: 91071950 - EDGAR FERNANDO PINZON

R. M.: 01419 SSS L.S.O.: 004584 SSS

Código de Seguridad
E198K1Q65078

Aspirante o Trabajador

Firma: AIDALHY ALVERAR CALA

Nombre: ALVERAR CALA AIDALHY

CC: 1101154107

IPS SAS
CEMESO
CENTRO MÉDICO DE EXCELENCIA EN SALUD OCUPACIONAL Y MEDICINA LABORAL

NIT. 901073980 - 4
Carrera 10 No. 16 - 33, San Gil - Santander
Cel. 310 273 2388 - 3167410048 - Tel 7237917
E-mail. cemesoipssas@gmail.com



EXAMEN DE VISIOMETRÍA

Atención Nº: 5,145

DATOS PERSONALES

Fecha: 24/07/2026 **Municipio:** SAN GIL (SANTANDER, COLOMBIA) **CC:** 1101154107 **Nombre:** ALVERAR CALA AIDALHY **Edad:** 35 AÑOS 1
Genero: FEMENINO **Profesión o Cargo:** COTRATISTA **Empresa:** PARTICULARES
Eps: NUEVA EPS **Tipo Evaluación Medica:** EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO **F. Último Examen:** HACE UN AÑO
Lugar del Último Examen: SAN GIL **Motivo Consulta:** INGRESO LABORAL

ANTECENDENTES VISUALES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NIEGA
ANTECEDENTES PERSONALES	NIEGA
ANTECENDENTES OCUPACIONALES	NIEGA
EXPOSICIÓN LABORAL VISUAL	
LENTES DE CONTACTO	NO USA
MULTIFOCAL	NO
TIPO DE USO	NO APLICA
TRAE RX	NO
ÚLTIMO DIAGNÓSTICO	SANO
USA ANTEOJOS	NO USA

PRUEBAS REALIZADAS

SINTOMATOLOGÍA

ASINTOMÁTICO

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN		AV/VL	AV/VP	PH	AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN	AV/VL	AV/VP
O.D:	NO APLICA	20/ 20	20/20	N/A	NO APLICA	N/A	N/A
O.I:	NO APLICA	20/ 20	20/20	N/A	NO APLICA	N/A	N/A
A.O:	NO APLICA	20/ 20	20/20	N/A	NO APLICA	N/A	N/A

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
Z010	EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION	AMBOS	Promoción y mantenimiento de la salud – intervenciones individuales	PRINCIPAL

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

CONTROL EN UN AÑO
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

VISIOMETRIA NORMAL

OPTOMETRA

Dr. Edgar Fernando Pinzón Laverde
Médico y Cirujano
Esp. en Salud Ocupacional

Firma:
Nombre: CC: 91071950 - EDGAR FERNANDO PINZON
R. M.: 01419 SSS **L.S.O.:** 004584 SSS

PACIENTE

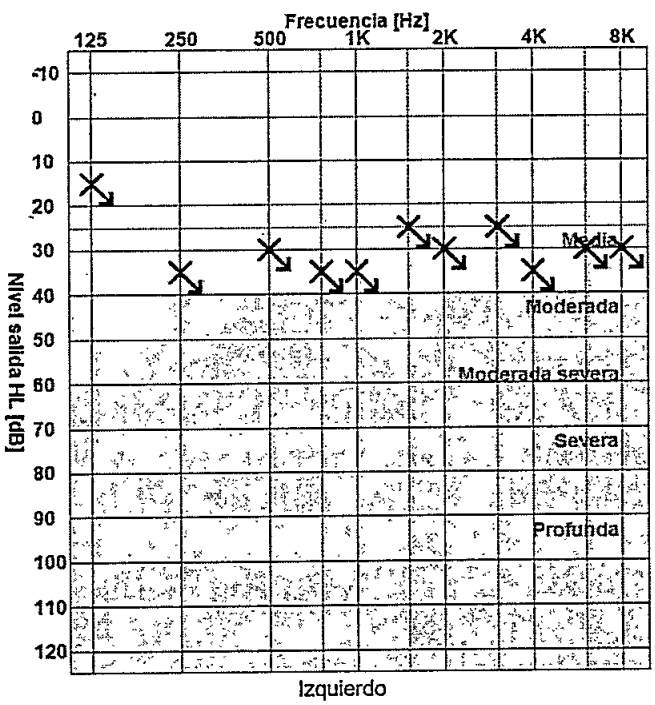
Firma: Aidalhy Alverar Cala
Nombre: ALVERAR CALA AIDALHY
CC: 1101154107

EDGAR FERNANDO PINZON LASPRIL
CRA 10 16-33 00 SAN GIL;
COLOMBIA

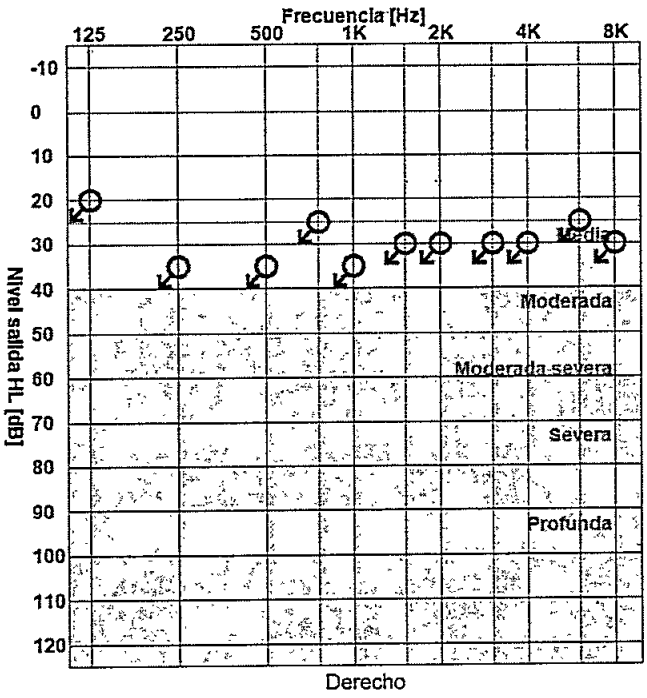
AIDALHY ALVEAR CALA	
Nº	1101154107
Fecha nacimiento	5/09/1990
Edad	35
Empresa/ Escuela	PARTICUALRES

24/07/2026 7:30 a. m.

	125	250	500	750	1K	1.5K	2K	3K	4K	6K	8K
Aerea izquierda	(15)	(35)	(30)	(35)	(35)	(25)	(30)	(25)	(35)	(30)	(30)
Aereo derecha	(20)	(35)	(35)	(25)	(35)	(30)	(30)	(30)	(30)	(25)	(30)



Izquierdo



Derecho

Notas:

DENTRO DE LOS LIMITES NORMALES –EDGAR FERNANDO PINZON LASPRILLA, 2026-07-24 07:32:51

Legend	L	R
AC	X	O
AC - Masked	□	△
BC	>	<
BC - Masked	⊐	⊏
MCL	M	M
UCL	U	U
AC - Mask Level	—	—
BC - Mask Level	⌐	⌐

Dr. Edgar Fernando Pinzon Lasprilla

Usuario: EDGAR FERNANDO PINZON LASPRILLA

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

RESOLUCION NÚMERO 00 - 4584 DE 2018

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

EL SUSCRITO SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL

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

CONSIDERANDO:

Que **EDGAR FERNANDO PINZON LASPRILLA** identificado(a) con. Cédula de Ciudadanía No. 91071950 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. 2437 de 18 de Marzo de 2008 de la Secretaria de Salud 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:

ARTÍCULO 1: Renuévese LICENCIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO A: **EDGAR FERNANDO PINZON LASPRILLA** - MEDICO Y CIRUJANO - ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL identificado(a) con Cedula de Ciudadanía No. 9107195 en las áreas de Medicina en Seguridad y Salud en el trabajo, Investigación en área técnica, Investigación del accidente de trabajo, Educación, Capacitación, Diseño, Administración y Ejecución del Sistema de gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo

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

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

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

ARTÍCULO 5: Contra la presente Resolución procede los recursos legales

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bucaramanga a los 06 ABR 2018

LUIS ALEJANDRO RIVERO OSORIO
Secretario de Salud Departamental

VoBo: Salvador Rincón Santos – Director de Desarrollo Vigilancia y Control
Revisó: Mónica Romero Salazar – Coordinadora Grupo de Acreditación en Salud y SOGC
Proyectó: Elizabeth Caballero Zabala – Grupo de Acreditación en salud S.O.G.C

QUIMICA

COLESTEROL TOTAL

Técnica: METODO ENZIMATICO COLORIMETRICO

Fecha y hora de resultados: 23/07/2026 07:57 p.m.

		Valores Normales
Resultado	221,9 mg/dl	Normal: Hasta 200 mg/dl
		Riesgo Relativo: 200 - 239 mg/dl
		Riesgo Definido: Mayor de 240 mg/dl

GLICEMIA EN AYUNAS

Técnica: MÉTODO ENZIMÁTICO CON HEXOQUINASA

Fecha y hora de resultados: 23/07/2026 07:57 p.m.

		Valores Normales
Resultado	91,8 mg/dl	74,0-106,0 mg/dl

HDL - COLESTEROL

Técnica: MÉTODO ENZIMÁTICO COLORIMETRICO

Fecha y hora de resultados: 23/07/2026 07:57 p.m.

		Valores Normales
Resultado	* 35,6 mg/dl	> 65 mg/dL Riesgo bajo de enfermedad cardiovascular
		45 □ 65 mg/dL Riesgo moderado de enfermedad cardiovascular
		< 45 mg/dL Riesgo alto de enfermedad cardiovascular

OBSERVACIONES : Correlacionar con cuadro clínico y/o tratamiento del paciente.

LDL - COLESTEROL

Técnica: METODO COLORIMETRICO, ENZIMATICO HOMOGÉNEO

Fecha y hora de resultados: 23/07/2026 07:57 p.m.

		Valores Normales
Resultado	* 121,8 mg/dl	Optimo (Muy bajo riesgo de enfermedad cardiovascular): 0 - 100 mg/dl
		Casi óptimo (Bajo riesgo de enfermedad cardiovascular): 100 - 129 mg/dl
		Moderado riesgo de enfermedad cardiovascular: 130 - 159 mg/dl
		Elevado riesgo de enfermedad cardiovascular: 160 - 189 mg/dl
		Muy elevado riesgo de enfermedad cardiovascular: Más de 190 mg/dl

OBSERVACIONES : Correlacionar con cuadro clínico y/o tratamiento del paciente.

TRIGLICERIDOS

Técnica: METODO ENZIMÁTICO COLORIMETRICO

Fecha y hora de resultados: 23/07/2026 07:57 p.m.

		Valores Normales
Resultado	* 258,3 mg/dl	Normal: Hasta 200 mg/dl
		Riesgo Relativo: 201 - 500 mg/dl
		Riesgo Definido: Mayor de 500 mg/dl

OBSERVACIONES : Correlacionar con cuadro clínico y/o tratamiento del paciente.

Carlos Andrés Rivero Torres
Bacteriólogo CC. 1014282880

HEMATOLOGIA

CUADRO HEMATICO

Técnica: ENFOQUE HIDRODINÁMICO - CITOMETRÍA DE FLUJO-TINCIÓN FLUORESCENTE-METODO LAURILSULFATO SÒDICO PARA LA HEMOGLOBINA.

Fecha y hora de resultados: 23/07/2026 11:53 a.m.

SERIE ROJA		Valores Normales
Hematies:	4.820.000 /mm3	4.100.000 - 5.100.000 /mm3
Hemoglobina:	13 gr/dl	12,3 - 15,3 gr/dl
Hematocrito:	39,3 %	35 - 47 %
V.C.M.	81,5 fl	80 - 96 fl
H.C.M.	26,97 pg	28 - 33 pg
C.H.C.M.	33,08 gr/dl	33 - 36 gr/dl
R.D.W.	13,5 %	11,5 - 15,5 %
RDW-SD	42,9 fl	36,4 - 46,3 fl
MORFOLOGIA GLOBULOS ROJOS		Valores Normales
Morfologia	Normal	
SERIE BLANCA		Valores Normales
Leucocitos	7.900 /mm3	4.400 - 11.300 /mm3
Neutrófilos	66,4 %	50 - 70 %
Linfocitos	29,6 %	25 - 40 %
Monocitos	4 %	2 - 8 %
Neutrófilos	5.245,6 ul	2.000 - 7.000 ul
Linfocitos	2.338,4 ul	1.500 - 4.000 ul
Monocitos	316 ul	2 - 800 ul
SERIE PLAQUETARIA		Valores Normales
Recuento de plaquetas	350.000 /mm3	150.000 - 440.000 /mm3
MPV	10,4 fl	9,4 - 12,3 fl.

Norma Mantilla Florez
Bacteriólogo TP: 09399/06

- ORIGINAL: E.P.S. - - 1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL -

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

"Código Único para dependientes y afiliados al Régimen Subsidiado"

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900 156 264-2

FORMULARIO VÍA WEB

I. DATOS DEL TRÁMITE — Lea con detenimiento las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [X] B. REPORTE DE NOVEDADES [ ]
2. TIPO DE AFILIADO: A. Principal: a) Cotizante o Cabeza de Familia [X] b) Beneficiario o Adicional [ ] B. Colectivo [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: C. Contributivo [X] E. Excepción [ ]
4. TIPO DE AFILIADO: CO Cotizante [X] CF Cabeza de Familia [ ] BE Beneficiario [ ]
5. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [ ] D. Independiente [X] E. Pensionado [ ] — CARGO: — FECHA DE INGRESO: 16 09 26

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

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO: Alvear — SEGUNDO APELLIDO: Cala — PRIMER NOMBRE: Aidalhy — SEGUNDO NOMBRE:
7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: RC [ ] TI [ ] CC [X] CE [ ] PA [ ] CD [ ] SC [ ] — 8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1.101.154.107 — 9. SEXO: F [X] M [ ] — 10. FECHA NACIMIENTO: 05 09 1990

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. OFICIO: Código [ ] — 12. NIVEL EDUCATIVO: Ninguno [ ] Primaria [ ] Secundaria [ ] Media [ ] Técnica [ ] Tecnológica [ ] Profesional [ ] Especialización [ ] Maestría [ ] Doctorado [ ] — 13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN — 14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL — 15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
16. OCUPACIÓN U OFICIO PRINCIPALES — 17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC: 1.750.905 — 18. UPZ SEGÚN DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: Cra 6 # 5-60 — ZONA: U [X] R [ ] — LOCALIDAD / COMUNA — BARRIO
CIUDAD DE RESIDENCIA: Barichara — DEPARTAMENTO: Santander — TELÉFONO FIJO — TELÉFONO MÓVIL: 3203073543 — CORREO ELECTRÓNICO: aidalhyalvear@gmail.com — CÓDIGO IPS

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR
Datos de identificación del beneficiario (cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante)

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE
20. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: TI [ ] CE [ ] CS [ ] PA [ ] CD [ ] — 21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — 22. SEXO: F [ ] M [ ] — 23. FECHA NACIMIENTO: DÍA MES AÑO — CÓDIGO IPS

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	24. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	25. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	26. NÚMERO DE IDENTIDAD	27. SEXO F / M	28. FECHA NACIMIENTO DÍA / MES / AÑO	29. PARENTESCO	30. ESTADO	31. SISBEN A1 A2 A3 B1 B2 B3 C1 C2 C3 D1 D2 D3 — Tipo	Cantidad
1									
2									
3									
4									

32. DATOS DE RESIDENCIA

	Cabecera/Resto	Departamento	Pais	Municipio	Localidad/Upz	33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL a diligenciar la EPS	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud IPS	NIVEL DE SISBEN	SIN PUNTAJE
1			N [ ] U [ ]					1 [ ] 2 [ ] 3 [ ]	
2			N [ ] U [ ]					1 [ ] 2 [ ] 3 [ ]	
3			N [ ] U [ ]					1 [ ] 2 [ ] 3 [ ]	
4			N [ ] U [ ]					1 [ ] 2 [ ] 3 [ ]	

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o Razón Social: Aidalhy Alvear Cala — 36. Tipo documento de identidad: NI [X] — 37. Número documento de identidad: 1101.154.107 — DV — 38. Tipo de cotizante o pagador de pensiones: Independiente
39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN: Cra 6 # 5-60 — Barichara — Santander — TELÉFONO FIJO — 3203073543 aidalhyalvear@gmail.com
FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: 01 09 2026 — CARGO — SALARIO: 1.750.905

VI. REPORTE DE NOVEDADES

40. TIPO DE NOVEDAD
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN NO COMPLETUD DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS — Causa [ ]
6. REINSCRIPCIÓN EN LA EPS [ ]
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR [ ]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA RECIBIR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
12. RECTIFICACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. MARCACIÓN
A) AL REGIMEN CONTRIBUTIVO [X]
B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
14. TRASLADOS
A) DENTRO DE CAPRES [ ]
B) DE CAPRES HACIA OTRA [ ]
15. REANUDE DE PAGO DE APORTES [ ]
16. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
17. REPORTE DE LA CALIDAD DE MADRE GESTANTE [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]

VII. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO: Alvear — SEGUNDO APELLIDO: Cala — PRIMER NOMBRE: Aidalhy — SEGUNDO NOMBRE:
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: RC [ ] TI [ ] CC [X] CE [ ] PA [ ] CD [ ] SC [ ] — NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1101.154.107 — SEXO: F [X] M [ ] — FECHA NACIMIENTO: 05 09 1990
42. FECHA (a partir de): 01 09 2026 — 43. EPS ANTERIOR Código — 44. ENTIDAD DE TRASLADO Código — 45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VIII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración. Juro bajo gravedad de juramento que he(mos) leído [ ] Me(nos) leyeron [ ] — Manifiesto bajo la gravedad de juramento que estoy(amos) afiliado(s) o dependiente(s) en el régimen [ ]
46. Declaración de dependientes económicos — 47. Declaración de no estar afiliado al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción — 48. Declaración de convivencia de hijastros o de hijastros menores de edad que requieren la entrega de los documentos que acrediten la convivencia de parentesco — 49. Declaración de no estar afiliado a otro régimen de cotización, pensión o fondo, beneficiario de subsidios, afiliado a otra entidad promotora de salud (Régimen de Excepción) — 50. Autorización para que la EPS realice la verificación de los datos suministrados — 51. Autorización para que la EPS realice la verificación de los datos suministrados a la Base de Datos de afiliados activos y de los subsidios públicos que por ley tengan la naturaleza — 52. Autorización para que la EPS consulte y reporte información crediticia y comercial — 53. Autorización para que la EPS envíe información y documentos electrónicos a través de correo electrónico

IX. FIRMAS

54. Firma de cotizante, cabeza de familia o beneficiario: Aidalhy Alvear
55. Firma y sello del empleador, pagador o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio: Aidalhy Alvear

X. ANEXOS

56. Anexo según el documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] CD [ ] SC [ ] — Cantidad: — Total:
57. Copia del registro civil de nacimiento.
58. Copia (sin tachones ni enmendaduras) de la sentencia judicial o providencia administrativa que declara la unión marital.
59. Copia de la escritura pública y de constancia para el caso de unión marital de hecho, cuando la pareja no haya cumplido dos (2) años de convivencia y carezca de descendencia en común.
60. Copia del registro civil de nacimiento de cada hijo.
61. Copia de la orden judicial de adopción de cada hijo.
62. Documento que acredite la custodia de la menor por parte del cotizante, cónyuge o compañero(a) permanente.
63. Copia de la autorización de custodia por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
64. Certificación de vinculación a una entidad promotora de salud del régimen contributivo.
65. Copia del acta de conciliación judicial o extrajudicial, o de la sentencia judicial en la que conste el cese de la obligación alimentaria.

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio [ ] Código del Departamento [ ] — 67. Datos del SISBEN: Número de Ficha [ ] Puntaje [ ] Nivel [ ] — 68. Fecha de radicación: DÍA MES AÑO — 69. Fecha de validación: DÍA MES AÑO
70. Datos del funcionario que realiza la validación: Tipo documento de identidad [ ] — Número del documento de identidad — 71. Firma del funcionario
OBSERVACIONES:

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VIII del formulario.

- 2a. COPIA: AFILIADO -

Powered by CamScanner

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

nueva eps
gente cuidando gente

FORMULARIO VÍA WEB

Autorización de mensajes de texto. (Circular externa 000015 de mayo de 2013)

Yo, Aidalhy Alvear Cala identificado (a) con CC [X] Otro. _____
número 1101.154.107 de Palmar, certifico que:

1. He recibido la carta de derechos y deberes	SI [X] NO [ ]
2. He recibido la carta de desempeño con el ranking de NUEVA EPS	SI [X] NO [ ]
3. Leí el contenido de la carta de derechos y deberes	SI [X] NO [ ]
4. Leí el contenido de la carta de desempeño	SI [X] NO [ ]
5. Me fueron resueltas las dudas sobre el contenido de las cartas de derechos y deberes y la carta de desempeño	SI [X] NO [ ]
6. Entendí y comprendí lo enunciado en la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño	SI [X] NO [ ]
7. NUEVA EPS cuenta con canales disponibles y eficaces para resolver las dudas sobre el contenido de las cartas	SI [X] NO [ ]

Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al teléfono celular No. _____
y/o correo electrónico: _____
SI [ ] No [ ]

Cordialmente,
Firma: Aidalhy Alvear
Tipo ID: CC No. ID: 1101154107
Fecha (dd/mm/aaaa): 05-09-1990
Dirección: Cra 10 # 5-60
Tel: 3203073547 Municipio Palmar
Departamento: _____

Huella

Afiliado manifiesta que no sabe o no puede firmar, autoriza a:
Firma: _____
Tipo ID: _____ No. ID: _____
Fecha (dd/mm/aaaa): _____
Dirección: _____
Tel: _____ Municipio _____
Departamento: _____

Huella

Al diligenciar con mi firma la aceptación de todas las disposiciones y términos incorporados en este formato y el consentimiento expreso, previo a información en relación con el tratamiento de mis datos personales como parte de NUEVA EPS S.A. en relación a la política para el tratamiento de datos personales de la NUEVA EPS S.A. consultada al reverso de este documento.

Información de NUEVA EPS
Asesor: _____
Código _____ Oficina _____

Autorizaciones

En virtud de la anterior certificación, autorizo expresamente y conforme a lo dispuesto en los artículos 14 y 15 de la Ley 527 de 1999, a NUEVA EPS S.A. Para que me remita información en forma de mensajes de datos, a través de mecanismos como sms «short message service -», correos electrónicos y redes sociales, relacionada con los servicios de NUEVA EPS S.A. y la carta de derecho de deberes.
Autorizo de manera expresa a NUEVA EPS S.A. y/o a la persona natural o jurídica a quien ésta encargue, para que recolecte, almacene, use, haga circular, actualice o suprima mis datos personales, para acceder a los servicios de la NUEVA EPS S.A. y para el cumplimiento de la carta de derechos y deberes.

Aviso de privacidad

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

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

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

Sitio web: www.nuevaeps.com.co
Oficinas de atención al afiliado de NUEVA EPS S.A.
Línea Gratuita: 01 8000 954400
Línea de atención en Bogotá: 307 7022
Conmutador: (57 + 1) 4183000
Dirección Administrativa: Carrera 85k No. 46A – 66 Piso 2.

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

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

ACTIVIDAD ECONÓMICA	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	POSEE VIVIENDA PROPIA	PERTENECE A ALGÚN GRUPO ESPECIAL
			$	SI [ ] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]

Nivel de Escolaridad: Ninguno [ ] Secundaria [ ] Normalista [ ] Profesional [ ] Doctorado [ ]
Primaria [ ] Media académica o clásica [ ] Media técnica [ ] Especialización [ ] Ninguna [ ]
Básica Primaria [ ] Media técnica con énfasis en salud [ ] Tecnológica [ ] Maestría [ ] Aprendiz [ ]

Posición Ocupacional: Patrón Empleador [ ] Contratista [ ] Trabaja por su Cuenta [ ]
Inicio Contrato | Fin Contrato

SOLO PARA USUARIOS TRABAJADOR INDEPENDIENTE O CONTRATISTA POR CUENTA PROPIA QUE REPORTAN LA NOVEDAD DE INGRESO EN LA PLANILLA DE LA PRIMERA VEZ EN LA QUE SE LES VA A APORTAR EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. EL NO REPORTE DE LA NOVEDAD DE INGRESO EN EL MES EN QUE SE INICIA EL APORTE EN EL SISTEMA GENERA EL PAGO DE UNA MORA DE UN DIA.

SÓLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE DEPENDIENTE PAGO POR TERCERO | Nombre del Tercero | Tipo de Identificación: NIT [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] T.I. [ ] C.D. [ ] | Identificación del Tercero que realiza el Aporte | DV

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del GESTOR o PROMOTOR	CÓDIGO GESTOR o PROMOTOR	Nombre DIRECTOR COMERCIAL	CÓDIGO DIRECTOR	Causal Inconsistencias y/o Observaciones	
					ORIGEN AFILIADO

Powered by CamScanner

porvenir
sólo hay uno

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:

AIDALHY ALVEAR CALA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.101.154.107**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 24 de Julio 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 deseá cuándo obtenga su beneficio pensional.

FUNDACIÓN HUELLAS A.C. MARCANDO LA VIDA
NIT. 901.371.608-7

CERTIFICACIÓN LABORAL

La suscrita **Laura Patricia Gómez Amaya**, identificada con cédula de ciudadanía No. 28.411.789 de Simacota, en calidad de Representante Legal de la Fundación Huellas A.C. Marcando la Vida, identificada con NIT 901.371.608-7,

CERTIFICA

Que la señora **Aidalhy Alvear Cala**, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.101.154.107, laboró con nuestra entidad en el cargo de Auxiliar de Logística, mediante contrato por prestación de servicios, durante el período comprendido entre el 01 de febrero de 2024 y el 31 de julio de 2024.

Durante el tiempo de prestación de sus servicios se destacó por ser una persona profesional, responsable, comprometida y eficiente en el cumplimiento de las funciones asignadas. La terminación del contrato obedeció al cumplimiento del objeto contractual.

La presente certificación se expide a solicitud de la interesada, a los 31 días del mes de julio de 2024.

Cordialmente,

Laura Patricia Gómez Amaya
Representante Legal
Fundación Huellas A.C. Marcando la Vida
NIT. 901.371.608-7
C.C. 28.411.789 de Simacota