Formato No 1. Carta de presentación de la oferta-Compromiso de obligaciones contractuales

Málaga, agosto de 2026 12 AGO 2026

Señores:
ESE HOSPITAL REGIONAL DE GARCIA ROVIRA.

Referencia: invitación privada N° 101-2026.

Yo SEBASTIAN CAMILO URUETA ATENCIO, identificado con la C. C. N° 1.098.710.912, obrando en calidad de BUCARAMANGA me permito presentar propuesta seria, formal e irrevocable para participar en el presente proceso, convocado por LA ESE HOSPITAL REGIONAL DE GARCIA ROVIRA, para la celebración de un contrato de: PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO EDUCADOR FISICO DE LA E.S.E HOSPITAL REGIONAL DE GARCIA ROVIRA, PARA REALIZAR LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC, DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO N° COI-MGA-001-2026, CELEBRADO ENTRE EL MUNICIPIO DE MÁLAGA Y LA ESE HOSPITAL REGIONAL DE GARCÍA ROVIRA. en los términos prescritos en el documento de selección de contratistas que rigen el proceso, en las Leyes de la República de Colombia y en particular los principios de la Ley 80 de 1993, los códigos civil y de comercio, la ley 100 de 1995 artículo 195, el estatuto contractual y manual de contratación de la ENTIDAD, y las demás normas que conforman el régimen legal del presente proceso de contratación, o que llegaren a regular algún aspecto concerniente a él, con el objeto de prestar los servicios de PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO EDUCADOR FISICO DE LA E.S.E HOSPITAL REGIONAL DE GARCIA ROVIRA, PARA REALIZAR LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC, DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO N° COI-MGA-001-2026, CELEBRADO ENTRE EL MUNICIPIO DE MÁLAGA Y LA ESE HOSPITAL REGIONAL DE GARCÍA ROVIRA.
El alcance, las obligaciones, se encuentran detalladamente enunciados en los documentos previos (estudios, pliegos, invitación, adendas, según corresponda) y para todos los efectos legales, mi propuesta debe entenderse referida a los mismos, teniendo en cuenta su descripción, número y especificaciones técnicas y funcionales.
En relación con la propuesta que presento, manifiesto lo siguiente:

a) Que el proponente que represento conoce y acepta el contenido de los documentos correspondientes a la etapa precontractual y de sus Anexos y Formatos, así como el de cada uno de las adendas (si hay lugar) hechas al mismo.
b) Que la oferta económica y la oferta técnica están adjuntas a la presente comunicación, han sido elaboradas de acuerdo con los Documentos del Proceso y hacen parte integral de la propuesta que presento; la cual, es irrevocable e incondicional, y obliga insubordinadamente al proponente que represento.
c) Que ni el representante legal ó apoderado del proponente, ni el proponente mismo, ni sus integrantes y directores nos encontramos incursos en ninguna de las causales de inhabilidad y/o incompatibilidad, o conflicto de intereses, determinadas por la Constitución Política y la ley aplicable.
d) Que el proponente, en este caso SEBASTIAN CAMILO URUETA ATENCIO, Identificada con Cedula N° 1.098.710.912 dirección, teléfono y fax son los siguientes: CONDOMINIO MALAGA SEÑORIAL CASA 13.
e) Que nuestra propuesta básica cumple con todos y cada uno de los requerimientos y condiciones establecidos en los estudios previos, pliegos o invitación privada (según corresponda) y en la Ley.
f) Que me comprometo a proveer el servicio, de acuerdo a los términos establecidos por LA ESE HOSPITAL REGIONAL DE GARCIA ROVIRA, en caso de resultar adjudicatarios del presente proceso de selección, los servicios ofrecidos en la presente propuesta, que corresponden a aquellos solicitados en la etapa precontractual, los anexos y formatos y en la oferta presentada.
g) Reconozco la responsabilidad que nos concierne en el sentido de conocer técnicamente las características, funcionalidades y especificaciones de los servicios que nos obligamos a prestar, y asumimos la responsabilidad que se deriva de la obligación de haber realizado todas las evaluaciones e indagaciones necesarias para presentar la presente propuesta sobre la base de un examen cuidadoso de las características del negocio. En particular declaramos bajo nuestra responsabilidad, que los servicios que se prestaran a la ESE HOSPITAL REGIONAL DE GARCIA ROVIRA, en el caso de resultar adjudicataria nuestra propuesta, cumple con todas y cada una de las exigencias descritas en el documento de selección de contratistas, sus Anexos, sus Formatos y adendas (si hay lugar).
h) Manifestó además que he realizado el examen completo y cuidadoso, y que hemos investigado plenamente, las condiciones del contrato que nos comprometemos a ejecutar, así como los riesgos que del mismo se derivan, y declaramos que se encuentra bajo nuestra responsabilidad y es nuestra especialidad técnica el conocimiento detallado del sector en el cual aplicaremos nuestro trabajo,

y en general, que conocemos todos los factores determinantes de los costos y gastos de ejecución del contrato a suscribir, los cuales se encuentran incluidos en los términos de nuestra propuesta.

i) En todo caso, acepto y recozco que cualquier omisión en la que hayamos podido incurrir en la investigación de la información que pueda influir para la determinación de nuestra propuesta, no nos eximirá de la obligación de asumir las responsabilidades que nos lleguen a corresponder (*Indicación clara del proponente a nombre de quien se actúa, información de cada uno de los integrantes que componen al proponente, si son varias personas; Si se tratara de un proponente persona jurídica, se puede adaptar la declaración, para suministrar la información allí requerida respecto de la sociedad proponente y su representante legal únicamente*) como contratistas, y renunciamos a cualquier reclamación, reembolso o ajuste de cualquier naturaleza por cualquier situación que surja y no haya sido contemplada por nosotros en razón de nuestra falta de diligencia en la obtención de la información.

j) Manifestó que ni LA ESE HOSPITAL REGIONAL DE GARCIA ROVIRA, ni el personal interno o externo del mismo que haya intervenido en la contratación que se promueve por medio del presente proceso de selección, ha adquirido compromisos para con nosotros en forma expresa o implícita en la absolución de consultas e informaciones que nos han sido requeridos, y que nada de lo contenido en cualquiera de los documentos a los que hemos tenido acceso ha sido considerado como una promesa o declaración en cuanto al pasado o al futuro.

k) Reconozco que los documentos de la etapa precontractual, ni la información contenida en este documento o proporcionada en conjunto con el mismo o comunicada posteriormente a cualquier persona, ya sea en forma verbal o escrita con respecto a cualquiera de los aspectos del contrato ofrecido, se ha considerado como una asesoría en materia de inversiones, legal, tributaria, fiscal o de otra naturaleza, y declaramos que para la preparación de nuestra propuesta hemos obtenido asesoría independiente en materia financiera, legal, fiscal, tributaria, y técnica, y que nos hemos informado plena y adecuadamente sobre los requisitos legales aplicables en la jurisdicción del presente proceso de selección y del contrato que se suscriba.

l) Acepto plena, incondicional e irrestrictamente los términos previstos en la etapa precontractual y nos comprometemos a suscribir el contrato con las modificaciones inherentes a la naturaleza del proceso, por la sola adjudicación que a nosotros se nos haga del mismo, e igualmente la incorporación de las variaciones que se deriven de las Adendas que se expidan dentro del proceso de selección (si las hubiere), las que de antemano aceptamos.

m) Manifestó y declaro que nuestra propuesta no contiene ningún tipo de información confidencial o privada de acuerdo con la ley colombiana,(*esto debe evaluarse para cada propuesta*) y, en consecuencia, consideramos que LA ESE HOSPITAL REGIONAL DE GARCIA ROVIRA, se encuentra facultado para revelar dicha información sin reserva alguna, a partir de la fecha de apertura de las propuestas, a sus agentes o asesores, a los demás proponentes ó participantes en el proceso de selección adelantado, y al público en general. (*Esta declaración puede ser suprimida y sustituida por una en la que se declare que la propuesta contiene información confidencial, en el caso de ser ello así, debiendo indicar de manera explícita los folios en los cuales obra tal información, y la justificación legal y técnica que ampara los documentos que sean citados con la confidencialidad invocada, mencionando las normas, disposiciones, decisiones de organismos competentes y actos administrativos que le confieran tal confidencialidad a los mismos, los Integrantes del proponente en el caso de proponente plural; nombre del proponente, en caso de persona jurídica, adaptando la redacción del párrafo a tal circunstancia. Forma o título bajo el cual se presenta la propuesta*).

n) El suscrita SEBASTIAN CAMILO URUETA ATENCIO Identificada con 1.098.710.912 de Bucaramanga quien me presento en calidad de proponente al presente proceso de selección, declaramos y aceptamos, explícitamente, que asumimos la responsabilidad plena por los resultados y obligaciones del contrato ofrecido, según los términos establecidos en el documento de selección de contratistas, y reconocemos que nos encontramos vinculados o comprometidos de manera ilimitada, incondicional, insubordinada y solidaria respecto de todas y cada una de las obligaciones o responsabilidades derivadas de la presentación de la propuesta, de la correspondiente adjudicación, y de la suscripción del contrato respectivo, conforme a las condiciones de responsabilidad previstas en la Ley.

o) Declaro bajo juramento, el que se entiende prestado por la mera suscripción de la presente carta de presentación de la propuesta, que hemos declarado únicamente la verdad en la información y propuesta suministradas, y que en consecuencia no existe ninguna falsedad en la misma, siendo conscientes de las consecuencias penales que pueden derivarse de cualquier falsedad que se evidencie en la información aportada con la propuesta, o en las declaraciones contenidas en la presente carta de presentación de la propuesta.

p) Que me obligo a suministrar a solicitud de la ESE HOSPITAL REGIONAL DE GARCIA ROVIRA, cualquier información necesaria para la correcta evaluación de esta propuesta, dentro de los términos que al efecto determine la entidad.

q) Acepto la forma de pago indicada en los documentos precontractuales, y que su ingreso lo constituye únicamente los valores pactados en el contrato.
r) Que recibiré notificaciones en las instalaciones de la ESE HOSPITAL REGIONAL DE GARCIA ROVIRA, o en la(s) siguiente(s) dirección(es) (electrónica y/o física): CRA 7 N° 15-08.
s) Que la suscripción de la presente carta de presentación no nos exime de cumplir con cada uno de los requisitos técnicos, económicos y jurídicos, exigidos los documentos previos.
t) Que, en caso de resultar adjudicatario, me obligo a presentar la garantía de cumplimiento prevista en los Documentos del Proceso a mas tardar dentro de los tres (03) días siguientes a la suscripción del contrato.
u) Manifiesto bajo la gravedad del juramento que se entiende surtida con la firma del presente documento con la presente, adjunto a los siguientes Anexos y Formatos: (Listado de Anexos).

Firma: _____

Nombre SEBASTIAN CAMILO URUETA ATENCIO
Cédula: 1.098.710.912
Correo electrónico de contacto: uruetasebastian16@gmail.com

ANEXO 2 -

PROPUESTA TECNICA Y ECONOMICA

12 AGO 2026

Numero de la invitacion privada: 101 **2026.**

Objeto:
PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO EDUCADOR FISICO DE LA E.S.E HOSPITAL REGIONAL DE GARCIA ROVIRA, PARA REALIZAR LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC, DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO N° COI-MGA-001-2026, CELEBRADO ENTRE EL MUNICIPIO DE MÁLAGA Y LA ESE HOSPITAL REGIONAL DE GARCÍA ROVIRA

Entidad Contratante: ESE HOSPITAL REGIONAL DE GARCIA ROVIRA

SEBASTIAN CAMILO URUETA ATENCIO quien suscribe la propuesta, declaro que:

a) He examinado y no tengo reservas a los requisitos solicitados, incluyendo las adendas o modificaciones a la presente convocatoria.

Me comprometo a brindar servicios de **PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO EDUCADOR FISICO DE LA E.S.E HOSPITAL REGIONAL DE GARCIA ROVIRA, PARA REALIZAR LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC, DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO N° COI-MGA-001-2026, CELEBRADO ENTRE EL MUNICIPIO DE MÁLAGA Y LA ESE HOSPITAL REGIONAL DE GARCÍA ROVIRA**en el área de PROMOCION Y PREVENCION DE SALUD PUBLICA

b) El precio de mi propuesta es de: 11.500.000

c) Que el alcance de mi propuesta es:

Realizar 23 actividades lúdico-pedagógicas dirigidas a toda la comunidad, orientadas a la promoción de hábitos saludables, la práctica regular de actividad física, una alimentación balanceada baja en sal y grasas basada en la producción alimenticia del municipio, la cesación del tabaquismo y la concientización sobre sus efectos secundarios, así como el control del estrés y de la tensión arterial.

e) de la fecha límite fijada para la presentación de propuestas:

f) Esta propuesta me obliga y podrá ser aceptada en cualquier momento hasta antes del término de dicho período.

g) Manifiesto no haber sido declarado/a inelegible por ESE HOSPITAL REGIONAL DE GARACIA ROVIRA para presentar propuestas.

h) Entiendo que esta propuesta constituirá una obligación contractual, hasta la preparación y ejecución del Contrato formal.

i) Entiendo que *ESE HOSPITAL REGIONAL DE GARCIA ROVIRA* no está obligado a aceptar mi propuesta evaluada como la más baja ni ninguna otra de las propuestas que reciba.

Nombre: SEBASTIAN CAMILO URUETA ATENCIO

Firma:

AGOSTO DE 2026.

Anexo 3.

COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

Málaga, agosto de 2026

12 AGO 2026

Señores
ESE HOSPITAL REGIONAL DE GARCIA ROVIRA
E.S.D.

Referencia: Proceso de Contratación: Numero: 101 2026.

Objeto:

PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO EDUCADOR FISICO DE LA E.S.E HOSPITAL REGIONAL DE GARCIA ROVIRA, PARA REALIZAR LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC, DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO N° COI-MGA-001-2026, CELEBRADO ENTRE EL MUNICIPIO DE MÁLAGA Y LA ESE HOSPITAL REGIONAL DE GARCÍA ROVIRA.

SEBASTIAN CAMILO URUETA ATENCIO identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en mi propio nombre que:

1. Apoyo la acción del Estado colombiano y LA ESE HOSPITAL REGIONAL DE GARCIA ROVIRA para fortalecer la transparencia y la rendición de cuentas de la administración pública.
2. No estoy en causal de inhabilidad alguna para celebrar el contrato, objeto del presente Proceso de Contratación.
3. Me comprometo a no ofrecer y no dar dádivas, sobornos o cualquier forma de halago, retribuciones o prebenda a servidores públicos o asesores de la Entidad Contratante, directamente o a través de sus empleados, contratistas o tercero.
4. Me comprometo a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto o efecto la colusión en el presente Proceso de Contratación.
5. Me comprometo a revelar la información que sobre el presente Proceso de Contratación nos soliciten los organismos de control de la República de Colombia.
6. Me comprometo a comunicar a nuestros empleados y asesores el contenido del presente Compromiso Anticorrupción, explicar su importancia y las consecuencias de su incumplimiento por nuestra parte, y la de nuestros empleados o asesores.
7. Conozco las consecuencias derivadas del incumplimiento del presente compromiso anticorrupción.

En constancia de lo anterior firmo este documento en el mes de agosto de 2026.

12 AGO 2026

Firma: _____

Nombre: *SEBASTIAN CAMILO URUETA ATENCIO*

Cargo: EDUCARDOR FISICO

Documento de Identidad: 1.098.710.912

..

Anexo 4.

DECLARACIÓN DE INHABILIDADES, INCOMPATIBILIDADES E INEXISTENCIAS DE CONFLICTOS DE INTERÉS.

Fecha: agosto de 2026 12 AGO 2026

Invitación privada No. 101 **2026**

Objeto:
PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO EDUCADOR FISICO DE LA E.S.E HOSPITAL REGIONAL DE GARCIA ROVIRA, PARA REALIZAR LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC, DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO N° COI-MGA-001-2026, CELEBRADO ENTRE EL MUNICIPIO DE MÁLAGA Y LA ESE HOSPITAL REGIONAL DE GARCÍA ROVIRA.

Yo, *SEBASTIAN CAMILO URUETA ATENCIO*, mayor, vecino (a) de 1.098.710.912, actuando en nombre propio o identificado (a) con la C.C.1.098.710.912 de Bucaramanga declaro bajo la gravedad del juramento que no me encuentro incurso (a) en ninguna de las causales de inhabilidad, incompatibilidad o conflicto de interés, que se encuentran establecidas en la Constitución, en la Ley y demás normatividad vigente y aplicable, para la presentación de la presente propuesta y suscripción del contrato en caso de ser adjudicatario.

Así mismo declaro que es mi responsabilidad absoluta y exclusiva el conocimiento de las inhabilidades e incompatibilidades y conflicto de intereses, vigentes y aplicables a la presentación de la propuesta y ejecución del contrato que pretende; por lo anterior, eximo de cualquier responsabilidad al respecto a la ESE HOSPITAL REGIONAL DE GARCIA ROVIRA.

Atentamente,

Firma: _____

C.C. No. 1.098.710.912

Fecha: AGOSTO DE 2026

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES.

Yo, *SEBASTIAN CAMILO URUETA ATENCIO*, mayor de edad, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1.098.710.912 expedida en BUCARAMANGA, actuando en nombre propio y en calidad de contratista, manifiesto que he sido informado(a) y acepto las siguientes obligaciones frente a la ESE HOSPITAL REGIONAL DE GARACIA ROVIRA, en adelante LA ESE:

PRIMERO. CONFIDENCIALIDAD

Me comprometo a mantener absoluta reserva y confidencialidad sobre toda la información a la que tenga acceso con ocasión de la ejecución del contrato de prestación de servicios, incluyendo, pero sin limitarse a:

Información administrativa, financiera, contable y contractual

Bases de datos, documentos internos y sistemas de información

Dicha información no podrá ser divulgada, copiada, reproducida, cedida o utilizada para fines distintos a los estrictamente relacionados con el objeto contractual, sin autorización previa y escrita de LA ESE.

SEGUNDO. TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES.

Declaro conocer y cumplir lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y demás normas que regulan la protección de datos personales en Colombia.

Me comprometo a:

Tratar los datos personales a los que tenga acceso únicamente para las finalidades autorizadas por LA ESE.
Garantizar la confidencialidad, integridad y seguridad de la información.

No almacenar, transferir o transmitir datos personales a terceros no autorizados.

Reportar de manera inmediata cualquier incidente de seguridad o uso indebido de la información.

TERCERO. DURACIÓN DE LA OBLIGACIÓN.

La obligación de confidencialidad y protección de datos subsistirá aun después de la terminación del contrato, sin límite de tiempo, mientras la información conserve carácter confidencial o reservado.

CUARTO. RESPONSABILIDAD.

El incumplimiento de este compromiso dará lugar a las acciones legales, contractuales, disciplinarias y/o penales a que haya lugar, de conformidad con la normatividad vigente.

QUINTO. MANIFESTACIÓN FINAL.

Declaro que he leído, entendido y aceptado el contenido del presente compromiso, y lo firmo de manera libre y voluntaria.

En constancia se firma en MALAGA, a los ____ días del mes de AGOSTO de 2026. 12 AGO 2026

EL CONTRATISTA

Nombre: *SEBASTIAN CAMILO URUETA ATENCIO*
C.C. No.: 1.098.710.912
Firma: _____

DISPOSICIONES CONTENIDAS EN LA CIRCULAR EXTERNA 20211700000005-5 DE 2021 DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Fecha de diligenciamiento 12 AGO 2026	Ciudad:	Tipo de Solicitud X☐ Vinculación ☐ Actualización

1.INFORMACIÓN BÁSICA

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

Primer apellido: URUETA	Segundo apellido: ATENCIO	Nombre(s): SEBASTIAN CAMILO
Género F. ☐ M. X☐	Tipo de Documento C.C. X☐ NIT. ☐ C.E. ☐ Pasaporte. ☐ Carnet Diplomático ☐ Otro ¿Cuál? _____ Número: 1.098.710.912	
Fecha de expedición: **23/09/2009**	Lugar de expedición:	Fecha de nacimiento: **09/09/1991**

Nombre o razón social:	NIT	DIV
Actividad económica (CIIU Código):		

Teléfono móvil:	Teléfono fijo:	Dirección de residencia:	Dirección of:

Ciudad	Departamento	Empresa donde labora
Dirección oficina	Teléfono	Email
Ciudad de la empresa	Tipo de Empresa ☐ Pública ☐Privada ☐ Mixta Otro ¿Cuál?	
Ingresos mensuales pesos:2.000.000		Activos (pesos):10.000.0000
Egresos mensuales pesos:800.000		Pasivos (pesos):0
Otros ingresos mensuales pesos:0		Patrimonio (pesos):10.000.000

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

1. **Persona natural y / o Jurídica**

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

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

(En caso afirmativo, señale el No. de Resolución:) OTRO _____

Declarante de renta: Si ☐ No x☐

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

¿Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? ☐ Si ☐ No	¿Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? ☐ Si ☐ No		
¿Por su actividad u oficio goza usted de reconocimiento público general? ☐ Si x No	Indique:	¿Es servidor público?☐ Si ☐ No	
¿Tiene usted la condición de personas expuesta políticamente? (D.1674/16? ☐ Si x No	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 ☐ No Indique:			

DISPOSICIONES CONTENIDAS EN LA CIRCULAR EXTERNA 20211700000005-5 DE 2021 DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

¿Está usted sujeto a obligaciones tributarias en otro país o países? ☐ Si ☐ 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 general?	¿Tiene algún vínculo con una persona considerada públicamente expuesta?	¿Está usted sujeto a obligaciones tributarias en otro país o países indique cual(es)?
				Si ☐ No ☐.	Si ☐ No ☐.	Si ☐ No ☐.	
				Si ☐ No ☐.	Si ☐ No ☐.	Si ☐ No ☐.	
				Si ☐ No ☐.	Si ☐ No ☐.	Si ☐ No ☐.	
				Si ☐ No ☐.	Si ☐ No ☐.	Si ☐ No ☐.	
				Si ☐ No ☐.	Si ☐ No ☐.	Si ☐ No ☐.	

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 en desarrollo de las operaciones comerciales tienen como ORIGEN la siguiente fuentes PROPIOS y provienen del siguiente país COLOMBIA.

5. ACTIVIDADES EN OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza operaciones en Moneda extranjera? ☐ Si
☐ No ¿Cuáles?
☐ Importaciones ☐ Exportaciones ☐ Inversiones ☐ Préstamos ☐ Pago de Servicios ☐ Transferencias ☐ Otras ¿Cuáles?

¿Posee productos financieros en el exterior? ☐ Si ☐ No | ¿Posee cuentas en moneda extranjera? ☐ Si ☐ No En caso positivo descríbalo a continuación

Tipo de producto	Identificación o número de producto	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.

DISPOSICIONES CONTENIDAS EN LA CIRCULAR EXTERNA 20211700000005-5 DE 2021 DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

3. Declaración de renta del último año.

La entidad podrá requerir información adicional que considere relevante y necesaria para controlar el riesgo LA/FT.

7. DECLARACIONES

PROTECCIÓN DE DATOS FINANCIEROS Y PERSONALES: Con la suscripción de este documento, autorizo al E.S.E HOSPITAL REGIONAL DE GARCIA ROVIRA, para que soliciten, procesen, verifiquen, consulten, suministren, reporten o actualicen cualquier información relacionada con mi comportamiento financiero, crediticio o comercial conforme a lo dispuesto por la ley 1581 de 2012.

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 y para dar por terminada cualquier relación contractual o jurídica si verifica que me encuentro en dichas listas.

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).

Firma

Nombre:

P.P.☐ C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐ No.

Fecha de Firma: **DD / MM / AA**

VERIFICACIÓN		
Hora:	Hora:	Hora:
Nombre del Funcionario Responsable:		
Tipo de Documento	P.P.☐ C.C.☐ C.E. ☐ T.I. ☐	
No. De Documento		
Firma:		
Cargo:		
Se certifica que se llevó a cabo la revisión de las listas vinculantes respecto de la(s) persona(s), naturales y jurídicas acá señaladas Si ☐ No ☐		

8. FIRMA Y HUELLA

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

Firma



Huella

. 9. OBSERVACIONES

DISPOSICIONES CONTENIDAS EN LA CIRCULAR EXTERNA 20211700000005-5 DE 2021 DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

INFORMACIÓN RESERVADA PARA LA E.S.E. HOSPITAL REGIONAL GARCIA ROVIRA MALAGA- SANTANDER

Verificación en Listas:

¿El Cliente potencial presenta coincidencia en listas? Si ☐ 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 _____

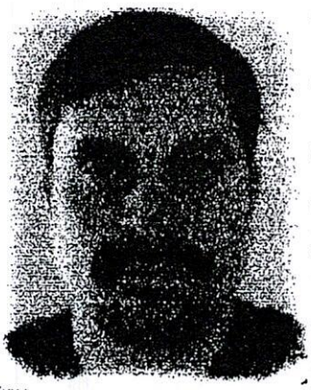
Área: _____

Fecha: DD / MM / AA Hora: _____

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP **1.098.710.912**



Apellidos
URUETA ATENCIO

Nombres
SEBASTIAN CAMILO

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.68	M

Fecha de nacimiento	G.S.
09 SEPT 1991	B+

Lugar de nacimiento
BUCARAMANGA (SANTANDER)

Fecha y lugar de expedición
23 SEPT 2009, BUCARAMANGA

Firma

Fecha de expiración
22 ENE 2035

.CO

0738110 59

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

```
ICCOL0738110598270O1<<<<<<<<<<
9109098M3501221COL1098710912<6
URUETA<ATENCIO<<SEBASTIAN<CAMI
```

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
Urueta	Atencio	Sebastian Camilo

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1098710912	F ( ) M (X) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NÚMERO 1098710912 D.M. 36

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 09 MES 09 AÑO 1991	CR-MALAGA SE?ORIAL CASA 13			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	SANTANDER
DEPTO	SANTANDER	MUNICIPIO	MÁLAGA		
MUNICIPIO	BUCARAMANGA	TELÉFONO		EMAIL	uruetasebastian16@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2008

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	8	X		ENTRENAMIENTO DEPORTIVO, PREPARACION FISICA	06	2012	NO

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

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

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

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE GARCIA ROVIRA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* MÁLAGA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 6607130	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	08	*Año*	2025	*Día*	15	*Mes*	11	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDINADORA EDUFISICA	*DEPENDENCIA* "SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA"						*DIRECCIÓN* CARRERA 7 NORTE 15 80 CARRERA 7 N° 15-80					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO AGROPECUARIO ICA			*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* MÁLAGA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	27	*Mes*	10	*Año*	2021	*Día*	29	*Mes*	12	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO A CONTROL Y VIGILANCIA	*DEPENDENCIA* VIGILACIIA E INSPECCION						*DIRECCIÓN* CALLE 14 9 10 PISO 2					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD INSTITUTO TECNICO INDUSTRIAL			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA				
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* CONCEPCIÓN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*				
TELÉFONOS 6607469	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	16	*Mes*	01	*Año*	2018	*Día*	14	*Mes*	06	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* Sin dirección					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION SOCIAL JESUS DE NAZARETH			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA				
DEPARTAMENTO NTANDER	*MUNICIPIO* CONCEPCIÓN						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*				
TELÉFONOS 3102873638	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	02	*Mes*	02	*Año*	2016	*Día*	05	*Mes*	02	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* Sin dirección					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA PUBLICA DE ALCANTARILLADO DE SANTANDER EMPAS SA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA				
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*				
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	19	*Mes*	03	*Año*	2015	*Día*	18	*Mes*	02	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL III	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* CALLE 24N ° 23 -68					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPAS S.A ESP			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA				
DEPARTAMENTO NTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*				
TELÉFONOS 6342220	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	19	*Mes*	03	*Año*	2015	*Día*	18	*Mes*	02	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL	*DEPENDENCIA*						*DIRECCIÓN* CALLE 24N ° 23 -68					

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA			*PÚBLICA*		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA				
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* MÁLAGA						*CORREO ELECTRÓNICO*				
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día:	23	*Mes:*	09	*Año:*	2019	*Día:*	27	*Mes:*	07	*Año:*	2021
AREA DE CONOCIMIENTO	*NIVEL EDUCATIVO* PREGRADO						*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	1	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	3	4
EXPERIENCIA DOCENTE	1	10

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 _____

_____

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	2026-08-05 07:49

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
SEBASTIAN	CAMILO	URUETA	ATENCIO

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1098710912

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	SANTANDER	Municipio	BUCARAMANGA

Lugar de domicilio					
País	COLOMBIA	Departamento	SANTANDER	Municipio	MÁLAGA

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	E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE GARCIA ROVIRA

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	SANTANDER	Municipio	MÁLAGA

Dirección	["Carrera 7 N° 15 - 80"]
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	
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	$18.000.000,00
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$18.000.000,00

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	$500.000,00

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:

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141232498343

(415)7707212489984(8020) 000014123249834 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 9 8 7 1 0 9 1 2	6	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	1 0 9 8 7 1 0 9 1 2	

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
URUETA	ATENCIO	SEBASTIAN	CAMILO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Málaga 4 3 2

41. Dirección principal
CR 8 11

42. Correo electrónico uruetasebastian16@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 3 8 1 3 7 6 7 9	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica					Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1 2	51. Código	52. Número establecimientos
5 6 1 2	2 0 1 9 0 1 0 1	8 5 5 2	2 0 1 6 0 2 0 1		4 1 1 4	

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	Exportadores
54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 / 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20	55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3 / 57. Modo / 58. CPC

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2026-01-29 / 07:58:26AM

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 URUETA ATENCIO SEBASTIAN CAMILO
985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 05-08-2026 07:45:52AM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 300707732

PIB
07:26:16

Bogotá DC, 05 de agosto 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) SEBASTIAN CAMILO URUETA ATENCIO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1098710912:

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 miércoles 05 de agosto de 2026, a las 07:24:28, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1098710912
Código de Verificación	1098710912260805072428

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 07:27:16 AM horas del 05/08/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1098710912**

Apellidos y Nombres: **URUETA ATENCIO SEBASTIAN CAMILO**

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, 05/08/2026 07:35:20 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1098710912** y Nombre: **SEBASTIAN CAMILO URUETA ATENCIO.**

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. **145240231** . 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

Fecha
09/08/2025

CERTIFICADO MEDICO DE INGRESO
OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

NIT 900808079-5



INFORMACIÓN BÁSICA

Empresa:	INDEPENDIENTE	**Fecha de Nac.:**	09/09/1991	**Edad.:**	33
Nombre:	SEBASTIAN CAMILO URUETA ATENCIO	**Documento:**	C.C. 1098710912	**Escolaridad:**	PREGRADO
Cargo:	CONTRATISTA	**Actividad Economica:**	VARIOS	**Genero:**	MASCULINO
Estado Civil:	SOLTERO	**Dirección:**	MALAGA SEÑORIAL CASA 3		
Municipio:	MALAGA	**Teléfono:**	3138137679	**AFP:**	NO REFIERE
EPS:	NUEVA E.P.S.	**ARL:**	NO REFIERE	**IMC:**	24.80

EXAMENES REALIZADOS

Servicio	Fecha	Resultado	Restriccion
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	09/08/2025	Normal	

CONCEPTO MEDICO

SATISFACTORIO PARA INGRESO

RECOMENDACIONES

Higiene Postural
pausas activas

OBSERVACIONES FINALES

N/A

RESTRICCIONES

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

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

N/A

VACUNA COVID-19

Refuerzo Pfizer

REMISIONES

N/A

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes paraclinicos 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 fisico 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 presiones 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 clinicos y paraclinico solicitados según 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 corresponden, 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 asi mismo AUTORIZO a SERSALUD S.A.S. a realizar la evaluacion de salud.

IPS SerSalud
Dra. Olga Ramirez R.
Medico Esp. en Seguridad y Salud en el Trabajo
RM 06027 No. Licencia 07162

SEBASTIAN CAMILO URUETA ATENCIO
(1098710912)

OLGA RAMIREZ
63396654
Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
RM 06027 LIC 07162

Fecha
09/08/2025

ANEXO OSTEOMUSCULAR

NIT 900808079-5



INFORMACIÓN BÁSICA

Empresa:	INDEPENDIENTE	**Fecha de Nac.:**	09/09/1991
Nombre:	SEBASTIAN CAMILO URUETA ATENCIO	**Edad.:**	33
Documento:	C.C. 1098710912	**Actividad Economica:**	VARIOS
Estado Civil:	SOLTERO	**Genero:**	MASCULINO
Dirección:	MALAGA SEÑORIAL CASA 3	**Municipio:**	MALAGA
Teléfono:	3138137679	**AFP:**	NO REFIERE
EPS:	NUEVA E.P.S.	**ARL:**	NO REFIERE

Antecedentes Patológicos Osteomusculares

No refiere ninguna sintomatologia de enfermedad.

Exámen Físico General

Paciente orientado en las 3 esferas, con signos vitales dentro de limites normales, adecuado desarrollo muscular, marcha normal y estado mental aparentemente sano

Exámen Físico Miembros Superiores

Examen de miembros superiores se encuentra sin alteración

Exámen Físico Miembros Inferiores

Examen de miembros inferiores se encuentra sin alteración

Arcos de Movimiento en grado de los miembros superiores e inferiores

Examen fisico del arco de movimiento de sus miembros superiores o inferiores se encuentra sin alteración

Exámen Físico de Columna

Examen fisico de la columna y de la pelvis se encuentra sin alteración

Recomendación

Higiene Postural
pausas activas

Restricción

N/A

Conclusiones finales

Este examen se realiza en condiciones de reposo. No se encontraron patologías o secuelas de estas que pudieran constituir una limitación o un riesgo para que el trabajador movilice cargas o realice actividades que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos.

SEBASTIAN CAMILO URUETA ATENCIO
(1098710912)

SerSalud
Dra. Olga Ramírez R.
Médico Esp. en Seguridad y Salud en el Trabajo
RM 06027 No. Licencia 07162

OLGA RAMIREZ
53396554
Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
RM 06027 LIC 07162

30404331

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

No.Radicación: 542265

FECHA DE RADICACION: 06 08 2026

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI [ ] NO [X]
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]
7. CÓDIGO: N1109

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO: URUETA | SEGUNDO APELLIDO: ATENCIO | PRIMER NOMBRE: SEBASTIAN | SEGUNDO NOMBRE: CAMILO

9. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC | 10. NÚMERO DE IDENTIDAD: 1098710912 | 11. SEXO BIOLÓGICO: M [X] | 12. SEXO IDENTIFICACIÓN: M [X] | Cual?

13. NACIONALIDAD: COLOMBIA | 14. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS: COLOMBIA | DEPARTAMENTO: SANTANDER | MUNICIPIO: MALAGA | 15. FECHA NACIMIENTO: 09 09 1991

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA: 6 | 17. COMUNIDAD INDÍGENA | 18. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [X] | CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD | 19. TIENE ENCUESTA SISBEN: SI [ ] NO [X] | 20. CLASIFICACIÓN SISBEN | NIVEL | GRUPO | 21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL | 22. ARL: SURA

23. AFP: PORVENIR | 24. IBC: $1,750,905.00 | 25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: $0.00 | 26. RESIDENCIA | DIRECCIÓN: KR 8 B 70 39

TELÉFONO FIJO | TELÉFONO CELULAR: 3138137679 | CORREO ELECTRÓNICO: uruetasebastian16@gmail.com | DEPARTAMENTO: SANTANDER

MUNICIPIO/ DISTRITO: MALAGA | LOCALIDAD/COMUNA | ZONA: CABECERA MUNICIPAL [X] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ] | IPS: 5004

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

27. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE

28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 30. SEXO BIOLÓGICO: M [ ] | 31. SEXO IDENTIFICACIÓN: M [ ] | Cual?

32. NACIONALIDAD | 33. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | 34. FECHA NACIMIENTO: DÍA MES AÑO

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

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO	40. SEXO IDENTIFICACION	41. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS	DEPART.	MUNICIPIO	42. FECHA DE NACIMIENTO: DÍA	MES	AÑO
B1												
B2												
B3												
B4												
B5												

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

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

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

55. Nombre o razón social | 56. Tipo documento de identificación | 57. Número del documento de identificación | 58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)

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

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. TIPO DE NOVEDAD
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCION EN LA EPS. Código: [ ]
6. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO. Código: [ ]
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR [X]
10. TERMINACION DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. INSCRIPCION EPS (RETORNO AL PAIS.). [ ]
12. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]
13. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
14. MOVILIDAD [ ]
A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO
B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO
15. TRASLADO [ ]
A) MISMO RÉGIMEN
B) DIFERENTE RÉGIMEN
16. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
20. INGRESO A CONTRIBUCION SOLIDARIA. [ ]
21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 62. SEXO BIOLÓGICO: M [ ] | 63. SEXO IDENTIFICACIÓN: M [ ] | Cual?

64. FECHA NACIMIENTO: DÍA MES AÑO | 65. EPS ANTERIOR | 66. FECHA DE NOVEDAD: 05 08 2026 | 67. MOTIVO DE TRASLADO. Código | 68. CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí. [X]
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [X]
71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad [ ]
72. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud [X]
73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [X]
74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [X]
75. Autorizo para que la EPS realice el manejo de los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 [X]
76. a). Autorizo mi consentimiento expreso para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos [X]
b). Autorizo para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE) [X]
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. [X]
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente. [X]

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

IX. FIRMAS

80. El cotizante, beneficiario o afiliado adicional: Sebastian Uruetа

81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] MS [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] SC [ ] PA [ ] CD [ ] AS [ ] PT [ ] Cantidad [ ] Total [ ]

83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitida por la autoridad competente. [ ]
84. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. [ ]
86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración jurada por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. [ ]
89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016 [ ]
90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en las que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. [ ]

Total Anexos [ ]

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES

92. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL | Código del Municipio [ ] | Código del departamento [ ] | 93. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

XII. DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN.

94. APELLIDOS Y NOMBRES

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 95. FIRMA DEL FUNCIONARIO | 96. FECHA DE RADICACIÓN: DÍA MES AÑO | 97. FECHA DE VALIDACIÓN: DÍA MES AÑO

OBSERVACIONES:

VIGILADO SUPERSALUD

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

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

Yo, SEBASTIAN CAMILO URUETA ATENCIO identificado (a) con CC número 1098710912 de MALAGA, certifico que:

1	¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SÍ☐ No☐
2	¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	SÍ☐ No☐
3	¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SÍ☐ No☐
4	¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	SÍ☐ No☐
5	¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS?	SÍ☐ No☐

Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al teléfono celular No. 3138137679
y/o correo electrónico: uruetasebastian16@gmail.com
SÍ☐ No☐
Autorizo la entrega de la carta de Derechos y Deberes del Afiliado y carta de Desempeño, en formato electrónico. SÍ☐ No☐
Consulte la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño en el micrositio Web https://www.nuevaeps.com.co/carta-derechos-deberes
Evitando impresiones para ser amigable con el planeta SI ☐ NO ☐

Declaración juramentada de convivencia: Declarar que convivo con el(la) señor(a) _____ identificado(a) con _____ No. _____ desde el día _____ del año _____

Cordialmente
Firma: Sebastian Urueta
Tipo ID: CC No. ID: 1098710912
Fecha de Solicitud: 06/08/2026
Dirección: KR 8 B 70 39
Tel: 3138137679 Municipio: MALAGA
Departamento: SANTANDER
Huella

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

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

Autorizaciones

En virtud de la anterior certificación, autorizo expresamente y conforme a lo dispuesto en los artículos 14 y 15 de la Ley 527 de 1995, a NUEVA EPS S.A. para que me remita información en forma de mensajes de datos, a través de mecanismos como sms -short message service - , correos electrónicos y redes sociales, relacionada con los servicios de NUEVA EPS S.A. y la carta de derecho de deberes.
Autorizo de manera expresa a NUEVA EPS S.A. y/o a la persona natural o jurídica a quien ésta encargue, para que recolecte, almacene, use, haga circular, actualice o suprima mis datos personales, para acceder a los servicios de la NUEVA EPS S.A. y para el cumplimiento de la carta de derechos y deberes.

Aviso de privacidad

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

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

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

Sitio web: www.nuevaeps.co
Régimen Contributivo:
Línea Gratuita: 01 8000 954400
Línea de atención en Bogotá: (601) 307 7022
Régimen Subsidiado:
Línea Gratuita: 01 8000 95 2000
Línea de atención en Bogotá: (601) 307 7051
Oficinas de atención al afiliado de NUEVA EPS S.A.
Conmutador: (601) 419 3000
Dirección Administrativa: Carrera 85k No 46A – 66 Piso 2

Sr.(a) afiliado(a), la información por usted suministrada en este formato, así como la relacionada en el formulario de afiliación y/o demas documentos anexos, serán utilizados por NUEVA EPS S.A. como responsable del tratamiento de la información únicamente para los fines específicos relacionados con la administración y prestación de servicios en salud de Plan Obligatorio de Salud, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 "Hábeas Data"; dicho tratamiento podrá implicar la trasferencia, trasmisión y/o recepción de los datos, y el cual se realizará a través de sí misma, terceros encargados de tratamiento de información o de sus aliados comerciales, para fines comerciales y para la correcta prestación del servicio, de la forma indicada en los 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 COTIZACION	POSEE VIVIENDA PROPIA	SÍ		PRODUCTOR AGROPECUARIO	Si	
INDEPENDIENTE	SURA	PORVENIR	1750905		NO	X		NO	X

Nivel de Escolaridad										
	Ninguno ☐	Secundaria ☐	Normalista ☐	Profesional ☐	Doctorado ☐	Posición Ocupacional	Patrón/Empleador ☐	Contratista ☐	Trabaja por su Cuenta	X
	Preescolar ☐	Media académica o clásica (bachillerato básico) ☐	Tecnica Profesional X	Especializacion ☐	Ultimo Grado					
	Básico Primaria ☐	Media técnica (bachillerato básico) ☐	Tecnológica ☐	Maestria ☐	Aprobado	Inicio Contrato	05/08/2026		Fin Contrato	

SEÑOR USUARIO: TRABAJADOR INDEPENDIENTE O CONTRATISTA, RECUERDE REPORTAR LA NOVEDAD DE RETIRO EN LA PLANILLA DE PAGO A PARTIR DEL MOMENTO QUE DECIDA NO CONTINUAR CON LOS SERVICIOS DE SALUD, EL NO HACERLO LE GENERA MORA LA CUAL TENDRÁ VIGENCIA HASTA EL MOMENTO EN EL QUE REPORTE SU RETIRO AL SISTEMA. DECRETO 806 ART. 57 DE 1998 Y ART. 58 DECRETO 1406 DE 1999

| SÓLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE INDEPENDIENTE PAGO POR TERCERO | Nombre del Tercero | | | | | | | | | |

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

SEBASTIAN CAMILO URUETA ATENCIO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.098.710.912**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.**

La presente certificación se expide el 5 de Agosto 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.

Certificación
Bancaria

Lunes, 10 de agosto de 2026

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que SEBASTIAN CAMILO URUETA ATENCIO identificado(a) con CC 1098710912, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

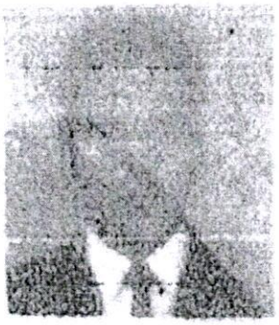
Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta de ahorros	09094566785	2025-11-25	Activo	*****

*Importante: Está constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.
*Si deseá verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 90 - Bogotá - Local: (57-1) 343 90 07 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 018000 91 2345. Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14

Catalina Cortes Uribe
Gerente Services Contact Center & BPO

Bancolombia

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



FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJÉRCITO NACIONAL

[illegible]

[illegible]

[illegible]

0345723
118366 1432012

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 1098710912 **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 05/08/2026 07:59 AM

Código Verificación: **Z6G3HTQCPW**

Válida hasta: **03/11/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

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 08:01:16 horas del 05/08/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1098710912,** Apellidos y Nombres **URUETA ATENCIO SEBASTIAN CAMILO**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **E.S.E HOSPITAL REGIONAL DE GARACIA ROVIRA** , con NIT **900067169-9** 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.

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E INTERPOL

Área de Administración de Información Criminal

ENLACES DE INTERÉS

› Portal web DIJIN

› Consulta Antecedentes Judiciales

› Protección de Datos

SÍGANOS EN LAS REDES SOCIALES

Consulta de Inhabilidades - Ley 1918 de 2018 | Ley 2375 de 2024

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

La República de Colombia

y en su nombre el

Instituto Técnico Industrial

"Emeterio Duarte Suárez"

Málaga - Santander

Reconocido oficialmente por la Secretaría de Educación Departamental de Santander,
Mediante Resolución No. 14968 del 03 de Diciembre de 2008

Confiere a

Sebastián Camilo Urueta Atencio

Identificado(a) con T. I. No. 910909-20044 Expedida en Bucaramanga

El Título de

Bachiller Técnico Industrial

Especialidad Dibujo Técnico

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

Rector
Prof. Rafael Antonio Castellanos Galvis
C. C. 13.811.096 de Bucaramanga

Instituto Técnico Indus...
Emeterio Duarte Suárez
Secretaria
Rafaela González de Cáceres
c.c. 63.390.075 de Málaga (Sd...

Este Diploma no requiere de registro en Secretaría de Educación
(Decreto Nacional No. 921 de 1994)
Anotado en el control interno del plantel en el

Libertad y Orden

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

Corporación Universitaria de Investigación y Desarrollo UDI

UDI UNIVERSITARIA DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO

Personería Jurídica No. 22395 de 1981 del Ministerio de Educación Nacional
Resolución 18789 del 16 de Diciembre de 1992 del Ministerio de Educación Nacional
Resolución 1855 de Agosto 01 de 2002 del Ministerio de Educación Nacional
Resolución 731 de Abril 11 de 2003 del Ministerio de Educación Nacional

Confiere el Título de

Profesional en Entrenamiento Deportivo y Preparación Física

A

Sebastián Camilo Urueta Atencio

C.C. No. 1.098.710.912 Expedida en Bucaramanga

Quien cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos.

En testimonio de ello otorga el presente

Diploma

En la Ciudad de Bucaramanga, Santander, a los 5 días del mes de Diciembre de 2014

Rector

Vicerrector Académico

Registro Oficial

Libro de Diplomas No. 1 Folio No. 31 de la Institución

EMPAS
EMPRESA PUBLICA DE ALCANTARILLADO DE SANTANDER S.A. E.S.P.
NIT 900.115.931-1

GH - 149 2016

LA ASESORA DE GESTIÓN HUMANA DE LA EMPRESA PÚBLICA DE ALCANTARILLADO DE SANTANDER EMPAS S.A. E.S.P. NIT. 900115931-1

HACE CONSTAR:

Que el señor **SEBASTIAN CAMILO URUETA ATENCIO**, identificado con cédula de ciudadania No. 1.098.710.912, estuvo vinculado laboralmente en esta Empresa desde el diecinueve (19) de marzo de 2015 hasta el 18 de febrero de 2016, vinculado mediante Contrato Laboral a término indefinido en calidad de trabajador oficial. Desempeñaba las actividades de **PROFESIONAL 3** y devenga ingresos mensuales por concepto de salario la suma **DOS MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS MCTE. ($2.988.768).**

Esta constancia se expide a solicitud del interesado, con destino personal. En Bucaramanga a los siete (07) dias del mes de abril de 2016.

KENY PAOLA BRICEÑO LARA

Elaboro: Marta Becerra Gómez -Técnico Administrativo

INSTITUTO TÉCNICO INDUSTRIAL

EMETERIO DUARTE SUÁREZ - MÁLAGA (S)

Dirección: Carrera 10 No. 17-125, Málaga (S) - Teléfax 660 7463 Email: ittemeteriosuarez@gmail.com

Institución Educativa de carácter oficial
Resolución No. 20945 del 23 de Octubre de 2015
Secretaría de Educación, Gobernación de Santander
Nit 890.204.972-1

EL RECTOR Y SECRETARIA DEL INSTITUTO TÉCNICO INDUSTRIAL "EMETERIO DUARTE SUÁREZ" DE MÁLAGA, INSTITUCIÓN EDUCATIVA DE CARÁCTER OFICIAL, JORNADA ÚNICA, CON EL CÓDIGO ANTE EL ICFES No. 014894, CALENDARIO A, CON EL REGISTRO EN EL DANE 168432000034-01 Y APROBADO POR LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DEPARTAMENTAL SEGÚN RESOLUCIÓN NÚMERO 20945 DEL 23 DE OCTUBRE DE 2015

CERTIFICA:

Que **SEBASTIAN CAMILO URUETA ATENCIO** identificado Documento de Identidad No. 1.098.710.912 Bucaramanga, laboró en esta Institución como Docente Provisional Temporal, en el área de Educación Física Recreación y Deporte, desde el 12 de Agosto de año 2019 hasta el 27 de Julio del 2021.

Desempeño su labor como orientar con responsabilidad.

Se adhiere y anula estampilla No. 2502100320071

Se expide dicha certificación en Málaga a los treinta un (31) días del mes de Agosto del 2021 A solicitud del interesado, como requisito exigido para trámites legales

Msc. MARIO RODRIGUEZ ROA
Rector

ADRIANA JUDITH SOTA BONILLA
Secretaria

ACTA DE LIQUIDACION.

En Málaga, Santander a los 26 DIC 2025, el Gerente de la ESE HOSPITALREGIONAL DE GARCIA ROVIRA, Doctor ***CESAR AUGUSTO BECERRA CORREA***, mayor de edad, identificado con cedula de ciudadanía número ***7.169.545*** Expedida en la Tunja, actuando en calidad de Gerente nombrado según Decreto número 375 de fecha veintidós (22) de marzo de dos mil veinticuatro (2024) emanado de la Gobernación de Santander debidamente posesionado mediante acta número 022 de fecha primero (01) de abril de dos mil veinticuatro (2024); quien actúa en nombre y representación legal de la ESE HOSPITAL REGIONAL DE GARCIA ROVIRA, por otra parte ***SEBASTIAN CAMILO URUETA ATENCIO*** mayor de edad, identificado con Cédula de Ciudadanía No. C.C. 1.098.710.912 expedida en **BUCARAMANGA en** su calidad de CONTRATISTA y el Doctor ***MILTON JULIO REYES REYES SUBGERENTE DE SERVICIOS,*** de la ESE HOSPITAL REGIONAL DE GARCIA ROVIRA, en su condición de SUPERVISORES con el fin de proceder a efectuar la liquidación bilateral del Contrato.

1. ***INFORMACION GENERAL***

Tipo de Contrato:			**Prestación de servicios de apoyo a la gestión**
Fecha de suscripción			14 de agosto de 2025
Fecha último informe de supervisión			21 de noviembre de 2025
Contrato No:			126-2025
Fecha de inicio:			**15 de agosto de 2025**
Certificado de Disponibilidad Presupuestal -CDP			
Concepto	Numero	Fecha de expedición (dd/mm/aaa)	Valor Causado
Contrato	390	14 de agosto de 2025	$ 6.000.000
Fecha de finalización Programada:			15 de noviembre de 2025
Fecha de finalización efectiva:			15 de noviembre de 2025
Valor Inicial del Contrato:			$ 6.000.000
Objeto del Contrato:			Prestación de servicios de apoyo a la gestión, para el desarrollo de las actividades del contrato interadministrativo CO1.PCCNTR 7719484, suscrito entre la secretaria de salud departamental y la E.S.E Hospital Regional de García Rovira.
Nombre del Contratista:			***SEBASTIAN CAMILO URUETA ATENCIO***
Documento de Identificación:			1.098.710.912

En ese orden de ideas y producto de la concertación de las partes y la revisión de la ejecución contractual, se establece el siguiente resultado:

2. ***REVISION JURIDICA:***

Garantías exigidas:				
Aseguradora	Núm. de póliza	Concepto del amparo	Vigencia	
			Desde (Dia/Mes/Año)	Hasta (Dia/Mes/Año)
Aseguradora solidaria de Colombia	400-47-994000109365	Cumplimiento	14/08/2025	15/05/2026
INFORMACION PRESUPUESTAL				
Certificado de Registro Presupuestal -RP				
Concepto	**Numero**	Fecha de Expedición (dd/mm/aaaa)	Valor causado	

Contrato	412	15 de agosto de 2025	$ 6.000.000
Adición:		No aplica	
Suspensiones:		No aplica	
Prorrogas:		No aplica	
Valor total del contrato		$ 6.000.000	
Ultimo pago de seguridad social Salud		Noviembre de 2025	
Ultimo pago de Seguridad Social Pensión		Noviembre de 2025	
Multas:		No aplica	

3. *REVISION FINANCIERA*

NUMERO Y COMPROBANTE DE EGRESO	CONCEPTO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
CE-440	Prestación de servicios de apoyo a la gestión, para el desarrollo de las actividades del contrato interadministrativo CO1.PCCNTR 7719484, suscrito entre la secretaria de salud departamental y la E.S.E Hospital Regional de García Rovira.	25 de noviembre de 2025.	$ 6.000.000
TOTAL, PAGADO CONTRATO	**La suma de: seis millones de pesos M/CTE ($ 6.000.000)**		
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA	**$ 0**		
SALDO A FAVOR DE LA ENTIDAD	**$ 0**		

4. *CONSTANCIAS Y DECLARACIONES*

Las partes contratantes hacen constar, que se encuentran a paz y salvo por todo concepto en relación con las obligaciones surgidas de la ejecución del contrato, por lo cual el contratista renuncia expresamente a cualquier reclamación administrativa o judicial, que tenga como fundamento lo pactado en el contrato objeto de la presente liquidación.

En constancia de lo anterior y en señal de aceptación se suscribe por los intervinientes. A los 2 5 DIC 2025, en dos originales del mismo tenor y valor.

DR: CESAR AUGUSTO BECERRA CORREA
C.C. 7.169.545. expedida en Tunja -Boyacá
GERENTE E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE GARCÍA ROVIRA

SEBASTIAN CAMILO URUETA ATENCIO
CONTRATISTA.

DR: MILTON JULIO REYES REYES
SUPERVISOR.

Elaboró:	Dr: Milton Julio Reyes Reyes (Supervisor del Contrato)	Firma:	
Revisó:	Dr: Juan Esteban Pinzón Vega (Asesor Jurídico contratación)	Firma:	
Aprobó:	Dr: Cesar Augusto Becerra Correa (Gerente)	Firma:	