REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.101.682.609**

DIAZ CASTRO
APELLIDOS

JOHN ALEXANDER
NOMBRES

John A. Diaz Castro
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **19-FEB-1986**
SOCORRO
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **M** SEXO

27-ABR-2004 SOCORRO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

P-271[illegible]2-M-1101682609-20040913 0084504257A 03 163112810

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJÉRCITO NACIONAL

COMANDO DE RECLUTAMIENTO Y CONTROL RESERVAS
EL SUSCRITO OFICIAL DE ATENCIÓN AL USUARIO
C E R T I F I C A

Que el señor **JOHN ALEXANDER DIAZ CASTRO** identificado con CC No. 1101682609, presenta los siguientes datos referentes a la definición de su situación militar:

Primer Nombre:	JOHN
Segundo Nombre:	ALEXANDER
Primer Apellido:	DIAZ
Segundo Apellido:	CASTRO
Tipo Documento:	CC
Número Documento:	1101682609
Estado Libreta Militar:	RESERVISTA - 2DA CLASE

ESTA CERTIFICACIÓN ES GRATUITA
NO ES VÁLIDA COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN MILITAR
NO REEMPLAZA SU LIBRETA MILITAR

Se firma y se expide en BOGOTÁ, D.C. a los 5 días del mes de AGOSTO de 2026, a las 17:19:16.

Cordialmente,

CR. ROBERTO MOYA CARMONA
Director de Reclutamiento - Ejército Nacional

SISTEMA GENERADOR RECOR

PATRIA HONOR LEALTAD
COMANDO DE RECLUTAMIENTO DEL EJÉRCITO



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
Diaz	Castro	John Alexander

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1101682609	F ○ M ⊗ NB ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ⊗ NÚMERO 1101682609 D.M. 33

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 19 MES 02 AÑO 1986	CALLE 20 7 3 SOCORRO SANTANDER			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	SANTANDER
DEPTO	SANTANDER	MUNICIPIO	BARBOSA		
MUNICIPIO	SOCORRO	TELÉFONO	3175041654	EMAIL	johnalexanderdiazcastro@gmail.

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	2004

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	10	X		INGENIERIA AMBIENTAL	11	2015	

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)

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO
SENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	40	X		REGLAMENTO TECNICO DE INSTALACIONES ELÉCTRICAS (RETIE)	10	2012
SENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	120	X		MONTAJE DE REDES ELECTRICAS AEREAS DE MEDIA TENSION	12	2013
SENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	40	X		SENSIBILIZACION AL TURISMO DE AVENTURA	12	2014
SENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	40	X		AVANZADO TRABAJO SEGURO EN ALTURAS	06	2018
SENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	20	X		REENTRENAMIENTO NIVEL AVANZADO TRABAJO SEGURO EN ALTURAS	09	2019
SENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	16	X		FORTALECIMIENTO EN LAS EMOCIONES Y SENTIMIENTO DEL SER Y EN ACTUAR A NIVEL LABORAL	11	2022
SENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	48	X		PRIMEROS AUXILIOS PSICOLOGICOS	12	2022
SENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	48	X		SERVICIO AL CLIENTE DESDE LAS UNIDADES ADMINISTRATIVAS DE LA ORGANIZACION	03	2023

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS DE BARBOSA ESBARBOSA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BARBOSA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3133762319	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	12	*Año*	2021	*Día*	23	*Mes*	05	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL GERENTE GENERAL	*DEPENDENCIA* ADMINISTRACION Y GERENCIA						*DIRECCIÓN*					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CONSORSIO BARBOSA BJR			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BARBOSA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	18	*Mes*	02	*Año*	2020	*Día*	18	*Mes*	08	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL RESIDENTE AMBIENTAL	*DEPENDENCIA* AREA DE RESIDENTE DE OBRA						*DIRECCIÓN* Sin dirección					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CONSORSIO ALIANZA YDN SOCORRO			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* SOCORRO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	18	*Mes*	10	*Año*	2016	*Día*	14	*Mes*	02	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL RESIDENTE AMBIENTAL	*DEPENDENCIA* INGENIERA RESIDENTE DE OBRA						*DIRECCIÓN* Sin dirección					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD EMPSACOL S.A.E.S.P			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BARBOSA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2015	*Día*	01	*Mes*	01	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASESOR AMBIENTAL	*DEPENDENCIA* AREA DE ASESORIA TECNICA						*DIRECCIÓN* Sin 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	2	5
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	5	9
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 _____

_____

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*

La República de Colombia

y en su nombre el

Colegio Universitario

Socorro - Santander

Autorizado por la Gobernación del Departamento, Según Resoluciones Nos. 12501 del 28 de Octubre y 13488 de Noviembre 18 de 2002



Confiere a

John Alexander Diaz Castro

Identificado(a) con C.C. No. 1.101.682.609 de Socorro - Sder

El Título de

Bachiller Académico

Por haber cursado los logros de formación integral correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, de acuerdo al Proyecto Educativo Institucional - P.E.I. - del Colegio.

Rector

Secretaria

CUS

SIC ITUR AD ASTRA

Anotado en el control interno del plantel en el

Libro No. 01 Folio No. 115

Dado en El Socorro, a los 03 días del mes de diciembre del año 2004.

República de Colombia

La Universidad Libre

Personería Jurídica No. 192 de 1946

y en su representación el Rector y los Profesores, en atención a que

John Alexander Díaz Castro

C.C. No. 1101682609 de Socorro

ha completado los estudios y demás requisitos que los reglamentos exigen para optar al título de

Ingeniero Ambiental

en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación Nacional, le expide el presente Diploma que acredita su idoneidad. En testimonio de lo cual se firma y rubrica con el sello mayor de la Institución.

El Decano

En la ciudad de Socorro

01 de Abril del 2016

Acta 304 Folio 304 Libro 01

El Rector

El Secretario General

Oficina de Admisiones y Registro

01 de Abril del 2016

Registro 5479 Folio 740 Libro de Registro 02

Jefe de Admisiones y Registro

cr 131945

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

JOHN ALEXANDER DIAZ CASTRO

Con Cedula de Ciudadania No. 1.101.682.609

Cursó y aprobó la acción de Formación

MONTAJE DE REDES ELECTRICAS AEREAS DE MEDIA TENSION

con una duración de 120 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Socorro, a los dieciseis (16) dias del mes de diciembre de dos mil trece (2013)

Firmado Digitalmente por
CLAUDIA CELINA MARIN ARIZA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

CLAUDIA CELINA MARIN ARIZA
SUBDIRECTORA
CENTRO INDUSTRIAL DE MANTENIMIENTO INTEGRAL
REGIONAL SANTANDER

17116283 - 16/12/2013
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 922400641508CC1101682609C.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

JOHN ALEXANDER DIAZ CASTRO

Con Cédula de Ciudadanía No. 1.101.682.609

Cursó y aprobó la acción de Formación

REGLAMENTO TECNICO DE INSTALACIONES ELÉCTRICAS (RETIE)

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Bogotá, a los diecinueve (19) días del mes de octubre de dos mil doce (2012)

Firmado Digitalmente por
SONIA CRISTINA PRIETO ZARTHA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

SONIA CRISTINA PRIETO ZARTHA
SUBDIRECTOR
CENTRO DE ELECTRICIDAD, ELECTRÓNICA Y TELECOMUNICACIONES
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

10239390 - 19/10/2012
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 921000417560CC1101682609C.

OEI UNIPAZ

TODOS POR UN NUEVO PAÍS

EL INSTITUTO UNIVERSITARIO DE LA PAZ - UNIPAZ
CERTIFICA QUE:

JHON ALEXANDER DÍAZ CASTRO

CC 1.101'682.609

Cursó y Aprobó

SEMINARIO - TALLER EN BUENAS PRÁCTICAS DE PRODUCCIÓN AGRÍCOLA Y PECUARIA

Con una intensidad de 50 horas
Dado en el Socorro (Santander) el 10 de septiembre de 2016

Ing. **OSCAR ORLANDO PORRAS ATENCIA MSc**
Rector Instituto Universitario de la Paz - UNIPAZ

ANGEL MARTÍN PECCIS
Director Regional - Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura - OEI

Carné Digital de Vacunación Colombia

Salud

Esquema de Vacunación

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 569afa64-c9d6-4b2e-96be-662a68faac9c

Nombres y apellidos / Full name: JOHN ALEXANDER DIAZ CASTRO

Tipo de identificación / ID Type: CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number: 1 1 0 1 6 8 2 6 0 9

Fecha de nacimiento / Date of birth: 19/02/1986

País nacimiento / Country of birth: COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number: NO REGISTRA

Correo electrónico / e-mail:

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
		Dia / Day	Mes / Month	Año / Year				
COVID ASTRAZENECA	Segunda	16	12	2021	Oxford-AstraZeneca	77904	BARBOSA ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO	ANGELA LILIANA NEMPEQUE RODRIGUEZ
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	27	02	2024	BUTANTAN	230047	BARBOSA ESE HOSPITAL INTEGRADO SAN BERNARDO	MONICA ALEXANDRA SEDANO SANCHEZ
Fiebre Amarilla	Única	25	05	2025	Fabricante	24G0082	PALMAS DEL SOCORRO ESE HOSP MANUELA BELTRAN NODO	ESTRELLA PIERINA VARGAS NOGUERA - CC1143452252 - ACTIVO

El Mnisterio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraidos del Sistema deInformación **PAIWEB** del **Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.**

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Mnistery of Health and Social Protection certifies that the informatión in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141266987230

(415)7707212489984(8020) 000014126698723 0

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

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Santander 6 8	Socorro 7 5 5

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
DIAZ	CASTRO	JOHN	ALEXANDER

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CR 8 A 5 44

42. Correo electrónico: johnalexanderdiazcastro@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 7 5 0 4 1 6 5 4	

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 7 1 1	2 0 2 0 0 2 2 4	4 7 6 1	2 0 2 5 0 1 0 1	1 8 1 1	7 1 1 2		

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 2 2 4 9

22- Obligado a cumplir deberes formales a

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros	Exportadores
54. Código	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 2026-08-10 / 08:05:25PM

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 DIAZ CASTRO JOHN ALEXANDER

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 10-08-2026 08:06:50PM

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	2026-08-10 16:08

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
JOHN	ALEXANDER	DIAZ	CASTRO

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1101682609

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	SANTANDER	Municipio	SOCORRO

Lugar de domicilio					
País	COLOMBIA	Departamento	SANTANDER	Municipio	SOCORRO

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	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE SANTANDER

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	SANTANDER	Municipio	SAN GIL

Dirección	["CARRERA 12 N 9 06 "]
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 2024 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$23.465.588,00
Cesantías e intereses de cesantías	$2.536.000,00
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	$60.000.000,00
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$86.001.588,00

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
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$200.000,00
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$200.000,00

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 [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
LAURA	ISABEL	CORDERO	GUEVARA

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 1101691347

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:

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, 08/09/2026 08:16:36 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1101682609** y Nombre: **JOHN ALEXANDER DIAZ CASTRO.**

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. **147204165** . 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

Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Carrera 59 # 26 - 21
Centro Administrativo Nacional CAN , Bogotá D.C
Línea de atención: 018000-910112

GOV.CO

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 05:31:09 PM horas del 12/08/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1101682609**

Apellidos y Nombres: **DIAZ CASTRO JOHN ALEXANDER**

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

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 301033196

PIB
08:45:18

Bogotá DC, 12 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) JOHN ALEXANDER DIAZ CASTRO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1101682609:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 12 de agosto de 2026, a las 08:44:16, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1101682609
Código de Verificación	1101682609260812084416

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

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 17:30:43 horas del 12/08/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1101682609,**
Apellidos y Nombres **DIAZ CASTRO JOHN ALEXANDER**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **hospital manuela beltran socorro santander** , con NIT **900190045-1** 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.

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 1101682609 **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 05:15 PM

Código Verificación: **ADTE8NM3CY**

Válida hasta: **03/11/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

DR LEONARDO AGUILAR GALVIS

NIT: 91106799

CONTACTOS
3178702891 - 3176856186
especialistasgsst17@gmail.com
Carrera 15 No. 15 - 39
Socorro (Santander)

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL



PACIENTE: JOHN ALEXANDER DIAZ CASTRO		**NÚMERO HIJOS:2**	**ESTRATO:** 1	**GÉNERO:** Masculino
TIPO IDENTIFICACIÓN: CC	**NÚMERO IDENTIFICACIÓN:** 1101682609	**FECHA NACIMIENTO:** 19/02/1986		**EDAD:** 40 año(s) 5 mes(es) 17 día(s)
EMPRESA CONTRATANTE: TRABAJADOR INDEPENDIENTE - INGENIERO AMBIENTAL				**TIPO EXAMEN:** Ingreso
CARGO DESEMPEÑAR: OPS CONTRATISTA	**JORNADA TRABAJO:** Diurno			**FECHA:** 05/08/2026

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

1. RECOMENDACIONES GENERALES

							Ninguna
	1.1. Remisión a EPS		1.3. Completar esquema vacunación		1.5. Suspender tabaquismo		1.7. Control de peso y nutrición
X	1.2. Continuar manejo médico	X	1.4. Inicio o continuar actividad física		1.6. Reducir consumo de alcohol		1.8. Otras

2. RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

							Ninguna
	2.1. Calificación de origen		2.4. Ingreso programa vigilancia epidemiológica	X	2.7. Pausas activas		2.9. Uso diario de bloqueador solar
	2.2. Recomendaciones para el manejo de cargas		2.5. Uso de elementos de protección personal		2.8. Uso de corrección visual		2.10. Otros
	2.3. Seguimiento por ARL		2.6. Pautas ergonómicas				

3. RESTRICCIONES

						X	No Aplica
	3.1. Trabajo en alturas > 1.5 mts		3.4. Trabajos en temperaturas bajas		3.7. Trabajo en espacios confinados		3.10. Cargas
	3.2. Trabajo en altitudes > 2.500 mts		3.5. Trabajo en temperaturas altas		3.8. Para conducción de vehiculos		3.11. Viajes
	3.3. Trabajos en ambientes hiperbáricos		3.6. Trabajos con riesgo eléctrico		3.9. Manipulación de alimentos		3.12. Otros

4. CONCEPTO MÉDICO

Tipo Examen: _X_ Ingreso ___ Periódico ___ Retiro ___ Post Incapacidad ___ Cambio Cargo ___ Trabajos Especiales

X	Concepto Sin Restricciones para el cargo		Sin Restricciones para trabajo eléctrico		Requiere evaluar reubicación laboral		Sin restricción para continuar su labor actual
	Concepto Con Restricciones para el cargo (ver restricciones)		Sin Restricciones para trabajo en temperaturas extremas		Requiere nueva valoración		Sin diagnóstico de enfermedad laboral
	Aplazado		Sin Restricciones para trabajo en espacios confinados		Satisfactorio		Presenta patologías que requieren calificación de origen EPS / ARL
	Sin Restricciones para manipulación de alimentos		Sin Restricciones para Conducción de Vehículos / Operación de Maquinaria		Enfermedades de origen común		Secuela de accidente de trabajo / enfermedad laboral
	Sin Restricciones para trabajo en alturas						

5. EXÁMENES REALIZADOS

	Examen Físico		Rx Tórax		Perfil Lipídico		TSH		Frotis Faríngeo
X	Examen Físico con Énfasis Osteomuscular		Rx Columna Lumbo Sacra		Perfil Hepático		Serología		KOH Uñas
	Audiometría		Cuadro Hemático		Perfil Renal		Ácido Úrico		Coprológico
	Optometría		Glicemia		Frotis Sangre Periférica		Tamizaje Drogas		Baciloscopia
	Espirometría		Electrocardiograma		Hemoclasificación		Alcohol		Evaluación Neuropsicológica
	Visiometría		Parcial de Orina		Espermograma		Colinesterasa		Otro

6. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES

Examen físico con énfasis osteomuscular, cardio cerebro vascular y de equilibrio dentro de parámetros normales, Examen de ingreso sin restricción, paciente con patología de origen común que no limita la labor, se educa en estilos de vida saludable Dieta baja en sal, afinamiento de tensión arterial, Bajar 4 kg, auto cuidado y reporte de condiciones de salud y condiciones de riesgo. continuar programa riesgo cardio vascular toma de colesterol, triglicéridos y glicemia.

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada el día de hoy y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante. El paciente firmó la historia clínica como constancia de haber comprendido las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre su estado de salud y de recibir la información que puede obtener la copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

FUNCIONARIO RESPONSABLE:

Leonardo Aguilar Galvis
Médico y Cirujano R.M. 1262/98
Esp. Salud Ocupacional
Lic. 25208/2025

Leonardo Aguilar Galvis
Médico y Cirujano R.M. 1262/98
Esp. Salud Ocupacional
Lic. 25208/2025

LEONARDO AGUILAR GALVIS
Medicina especializada, Medicina Ocupacional
Registro Profesional: 1262/98LSO25208/2025

PACIENTE:

JOHN ALEXANDER DIAZ CASTRO

Naxvan Soft
www.naxvansoft.com

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

RESOLUCIÓN NÚMERO 25208 **DE 2025**

Por la cual se renueva una Licencia de Seguridad y Salud en el Trabajo

EL SECRETARIO DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE SANTANDER

En uso de sus facultades legales, y en especial las que le confiere la Ley 1562 de 2012 y la Resolución 908 de 2025, y

CONSIDERANDO

Que, **AGUILAR GALVIS LEONARDO** identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 91106799, 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 como -MÉDICO Y CIRUJANO - ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL título otorgado por LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA MANUELA BELTRAN el 14/04/2000.

Que, al peticionario le fue otorgada la Licencia de Prestación de Servicios de Seguridad y Salud en el Trabajo, mediante Resolución No 24646 de 24/12/2015 por la Secretaría de Salud del Departamento de Santander y concedida por un término de diez (10) años contados a partir de la expedición de la Resolución, la cual ha cumplido su vigencia.

Que, de conformidad con el Artículo 12 de la Resolución 908 del 15 de mayo de 2025, el peticionario ha presentado la documentación solicitada para la Renovación de la Licencia para la prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo y cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes.

Que, por lo antes expuesto el Secretario de Salud Departamental,

RESUELVE

Artículo 1°: RENOVAR Licencia para la prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo A: **AGUILAR GALVIS LEONARDO** identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 91106799, como - MÉDICO Y CIRUJANO -ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL , en los campos de acción de Medicina del trabajo o de seguridad y salud en el trabajo, Investigación en área técnica, Investigación de accidentes de trabajo y enfermedad laboral, Capacitación en seguridad y salud en el trabajo, 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 y podrá ser renovada por un témino igual.

Artículo 3°: Esta Licencia es válida en todo el Territorio Nacional y tendrá carácter personal e intransferible.

Artículo 4°: Contra la presente Resolución proceden los recursos de reposición y apelación en primera y segunda instancia el cual podrá interponerse al correo licenciassst_santander@santander.gov.co dentro de los diez (10) días hábiles siguientes al de su notificación de conformidad con lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

Artículo 5°: La presente Resolución rige a partir de la fecha de su expedición y deroga la Resolución No 24646 de 24/12/2015.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Expedida en Bucaramanga, 20 NOV 2025

EDWIN ANTONIO PRADA RAMIREZ
Secretario de Salud del Departamento de Santander

Aprobó: Diana Vanessa Rincon Vergel - Directora de Desarrollo de Servicios Inspección Vigilancia y Control
Revisó: Yelitza Lilibeth Hernández González - Coordinadora Grupo de Acreditación en Salud y SOGC
Proyectó: Magaly Andrea Mariño Bayona - Grupo de Acreditación en Salud SOGC

POR REALIZACIÓN EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL.

Ingeniería y Servicios abc e.u.
Nit. 900.181.076-1

Construcción, Obras Civiles, Remodelación
Montajes e Industrias Metalmecanica
Impermeabilización, Recuperación Estructural
Asesoría y Diseño de Proyectos.
Pintura y Mantenimiento General

HACE CONSTAR QUE:

El señor **JOHN ALEXANDER DIAZ CASTRO,** identificado con cedula de ciudadanía Nº 1.101.682.609 del municipio de Socorro laboro con nosotros como operador logístico desde el día 15 de septiembre de 2021 hasta el día 28 de noviembre de 2021

En constancia de lo anterior se firma en Barranquilla a los 29 días del mes de noviembre de 2021

Cordialmente,

EDUARDO ABUCHAIBE FORTICH
C.C. 72.271.075
Representante Legal
Ingenieria y Servicios ABC E.U.

Cra 43B No. 85 111 Tel: 3000270 - 3017605537
E-mail: ingenieriayserviciosabc@hotmail.com
Barranquilla - Colombia

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:

JOHN ALEXANDER DIAZ CASTRO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.101.682.609**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 10 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.

30408150

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

No.Radicación: 546141

FECHA DE RADICACIÓN: 10 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: A1689

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO: DIAZ | SEGUNDO APELLIDO: CASTRO | PRIMER NOMBRE: JOHN | SEGUNDO NOMBRE: ALEXANDER

9. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT — CC
10. NÚMERO DE IDENTIDAD: 1101682609
11. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [X]
12. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [X] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
13. NACIONALIDAD: COLOMBIA
14. LUGAR DE NACIMIENTO: COLOMBIA | SANTANDER | SOCORRO
15. FECHA NACIMIENTO: 19 | 02 | 1986

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA: 6
17. COMUNIDAD INDÍGENA:
18. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [X] — CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD:
19. TIENE ENCUESTA SISBÉN?: SI [ ] NO [X]
20. CLASIFICACIÓN SISBÉN: NIVEL: | GRUPO:
21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL:
22. ARL: NINGUNA
23. AFP: PORVENIR
24. IBC: $1,750,905.00
25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: $0.00
26. RESIDENCIA
DIRECCIÓN: CL 20 7 03 BR JOSE ANTONIO GALAN
TELÉFONO FIJO:
TELÉFONO CELULAR: 3175041654
CORREO ELECTRÓNICO: johnalexanderdiazcastro@gmail.com
DEPARTAMENTO: SANTANDER
MUNICIPIO/ DISTRITO: SOCORRO
LOCALIDAD/COMUNA:
ZONA: CABECERA MUNICIPAL [X] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]
IPS: 4844

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 DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: TI CC CE SC CD PT
29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
30. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ]
31. SEXO IDENTIFICACIÓN: F M T NB Otro — Cual?
32. NACIONALIDAD
33. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO
34. FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO

Datos básicos de identificación 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 IDENTIFICACIÓN	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 SISBÉN: SI	NO	48. CLASIFICACIÓN SISBÉN: 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 IPC DEL AFILIADO ADICIONAL	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CÓDIGO DE LA EPS (A REGISTRAR POR LA EPS)
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN 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: NIT TI CC CE SC PA CD PT
57. Número del documento de identificación
58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
59. Ubicación: DIRECCIÓN | TELÉFONO FIJO 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 INSCRIPCIÓN 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. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. INSCRIPCIÓN EPS RETORNO AL PAÍS.1. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]
12. 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 CONTRIBUCIÓN 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: TI CC CE SC CD PT
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
62. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ]
63. SEXO IDENTIFICACIÓN: F M T NB Otro — Cual?
64. FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO
65. EPS ANTERIOR
66. FECHA DE NOVEDAD: 10 | 08 | 2026
67. MOTIVO DE TRASLADO Código
68. CAJA DE COMPENSACIÓN 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. [ ]
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
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. [ ]
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. [ ]
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. [ ]
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. [ ]
76. a) Autorizo mi consentimiento explícito 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) Autorización 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). [ ]
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y da realizar los pagos correspondientes. [ ]
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente. [ ]

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: TI CC CE SC CD PT
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario o aplique o afiliado adicional — John Pro
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 emitido 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 suscrita 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 da 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
Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC CE SC CD PT
Número del documento de identidad
95. FIRMA DEL FUNCIONARIO
96. FECHA DE RADICACIÓN: DÍA | MES | AÑO
97. FECHA DE VALIDACIÓN: DÍA | MES | AÑO

OBSERVACIONES:

VIGILADO Supersalud

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

- ORIGINAL: E.P.S. -

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, JOHN ALEXANDER DIAZ CASTRO identificado (a) con R.C | T.I. | C.C. | C.E. | S.C. | C.D. | P.E. | M.T.
número 1101682609 de SOCORRO, 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. 3175041654
y/o correo electrónico: johnalexanderdiazcastro@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, John Pira
Firma: _____
Tipo ID: CC No. ID: 1101682609
Fecha de Solicitud: 10/08/2026
Dirección: CL 20 7 03 BR JOSE ANTONIO GALAN
Tel: 3175041654 Municipio: SOCORRO
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 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.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 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 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 Términos 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	SÍ		PRODUCTOR AGROPECUARIO	SÍ	
INDEPENDIENTE	NINGUNA	PORVENIR	$1750905		NO	X		NO	X

Nivel de Escolaridad									
	Ninguno ☐	Secundaria ☐	X Normalista	Profesional ☐	Doctorado ☐	Posición Ocupacional	Patrón/Empleador ☐	Contratista ☐	Trabaja por su Cuenta X
	Preescolar ☐	Media académica o clásica (bachillerato básico) ☐	Técnica Profesional ☐	Especialización ☐	Último Grado	Inicio Contrato 10/08/2026		Fin Contrato	
	Básico Primaria ☐	Media técnica (bachillerato básico) ☐	Tecnológica ☐	Maestría ☐	Aprobado _____				

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. 59 DECRETO 1406 DE 1999.

SÓLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE INDEPENDIENTE PAGO POR TERCERO	Nombre del Tercero	Tipo de Identificación NIT ☐ C.C. ☐ C.E. ☐ P.A. ☐ T.I. ☐ C.D. ☐	Identificación del Tercero que realiza el Aporte	DV

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del ASESOR o PROMOTOR	CÓDIGO ASESOR o PROMOTOR	Nombre de OFICINA	CIUDAD Y FECHA
Damaris Trujillo Centeno	A1689		

Socorro, 26 de agosto de 2026

Doctor
Robinson Sarmiento García
Gerente
E.S.E. Hospital Regional Manuela Beltrán

ASUNTO: INFORME DE VERFICACIÓN DE REQUISITOS- CONDICIONES Y CALIDADES DE LOS OFERENTES.

MODALIDAD: PROCESO DE CONTRATACIÓN DIRECTA

OBJETO: **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO LOGÍSTICO, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES DE LOS PLANES DE INTERVENCIONES COLECTIVAS – PIC Y PARA LAS ACTIVIDADES INSTITUCIONALES Y ADMINISTRATIVAS DE LA E.S.E. HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRÁN.**

PRESUPUESTO OFICIAL: **CIENTO SETENTA MILLONES DE PESOS M/CTE ($170.000.000).**

A continuación, se procede a realizar la verificación de los requisitos condiciones y calidad del oferente señor JOHN ALEXANDER DIAZ CASTRO

PROPONENTE: JOHN ALEXANDER DIAZ CASTRO		
	CUMPLE	
REQUISITOS DE ORDEN LEGAL	**SI**	**NO**
CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA O COTIZACION DEL BIEN O SERVICIO A OFERTAR.	X	
CEDULA DE CIUDADANIA DEL PROPONENTE. Fotocopia de la cedula de ciudadanía del proponente si es persona natural o del representante legal del proponente, si es persona jurídica.	X	
LIBRETA MILITAR DEL PROPONENTE O REPRESENTANTE LEGAL. En cao de ser persona Jurídica, menor de 50 años,	X	
HOJA DE VIDA FUNCIÓN PÚBLICA PERSONA NATURAL O REPRESENTANTE LEGAL.	X	

RUT ACTUALIZADO. Se debe anexar el Registro Único Tributario expedido por la DIAN de las personas naturales, de las personas jurídicas, y de cada uno de los integrantes de las uniones Temporales y Consorcios que llegaren a presentarse.	X	
CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL. los proponentes Personas Jurídicas, deberán acreditar su existencia y Representación Legal, mediante la presentación del Certificado otorgado por la Cámara de Comercio o por la entidad competente, con fecha de expedición no superior a 30 días, contados retroactivamente a partir de la fecha de cierre del presente proceso, dicho certificado debe estar renovado y vigente a la fecha de la presentación de la oferta. En caso de que el Proponente sea Persona Natural, deberá estar inscrito en la Cámara de Comercio, para lo cual debe presentar el respectivo Registro Mercantil.	N/A	N/A
CERTIFICADO MEDIDAS CORRECTIVAS PERSONA NATURAL O REPRESENTANTE LEGAL PERSONA JURÍDICA	X	
ANTECEDENTES JUDICIALES PERSONA NATURAL O REPRESENTANTE LEGAL PERSONA JURIDICA. Ningún Proponente, podrá presentar antecedentes judiciales vigentes que impliquen inhabilidad para contratar con e estado, a la fecha establecida para el cierre del presente proceso, para lo cual es proponente deberá adjuntar dicho certificado.	X	
ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS PERSONA NATURAL O REPRESENTANTE LEGAL PERSONA JURIDICA. Ningún proponente, podrá presentar antecedentes disciplinario-vigentes que implique inhabilidad para contratar con el estado, a la fecha establecida para el cierre del presente proceso, de conformidad con lo establecido en la Ley 1238 de 2008, para lo cual el proponente deberá adjuntar dicho certificado.	X	
ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS EMPRESA / PERSONA JURÍDICA. Ningún proponente, podrá presentar antecedentes disciplinarios vigentes que impliquen inhabilidad para contratar con el estado, a la fecha establecida para el cierre del presente proceso, de conformidad con lo establecido en el Ley 1238 de 2008, para lo cual el proponente deberá adjuntar dicho certificado.	X	
ANTECEDENTES FISCALES PERSONA NATURAL O REPRESENTANTE LEGAL PERSONA JURIDICA. De conformidad con lo consagrado en el artículo 60 Ley 610 de 2000 y el parágrafo primero del artículo 38 de la Ley 734 de 2002, ningún proponente, podrá estar registrado en el boletín de responsables Fiscales de la Contraloría General de la Republica vigente a la fecha de cierre del presente proceso, para lo cual el proponente deberá adjuntar dicho certificado. Para el caso de consorcios o Uniones Temporales cada uno de los miembros que lo componen debe cumplir con este requisito.	X	

ANTECEDENTES FISCALES EMPRESA / PERSONA JURIDICA. De conformidad con lo consagrado en el artículo 60 Ley 610 de 2000 y el parágrafo primero del artículo 38 de la Ley 734 de 2002, ningún proponente, podrá estar registrado en el Boletín de responsables Fiscales de la Contraloría General de la Republica vigente a la fecha de cierre del presente proceso, para lo cual el proponente deberá adjuntar dicho certificado. Para el caso de Consorcios Uniones Temporales cada uno de los miembros que lo componen debe cumplir con este requisito.	X	
CERTIFICADO DE INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES CONTRA NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES.	X	
REDAM-REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS	X	
CERTIFICACIÓN DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES. El proponente debe acreditar que se encuentra al día en el pago de Seguridad Social Integral, así como los parafiscales de Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), de la caja de Compensación Familiar cuando a ello hubiere lugar. Cuando se trate de un oferente que actúa en calidad de persona jurídica directamente o en Consorcio o Unión Temporal, deberá anexar una certificación expedida por el Revisor Fiscal, cuando éste exista de acuerdo con los requerimientos de Ley, o por el Representante Legal de la sociedad, en la que se acredite el pago de los aportes de sus empleados, a los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), cuando a ello hubiere lugar, correspondiente a los últimos seis (6) meses. Los proponentes, personas naturales, deberán manifestar expresamente bajo la gravedad del juramento, en documento separado presentado con la oferta, si tiene o no a su cargo un número de personas que de acuerdo con cada uno de los regímenes de pensiones, salud, aportes a las cajas de compensación familiar, ICBF y SENA, le hacen obligatoria la afiliación y pago por sus trabajadores a esos sistemas, adicionalmente deberán acreditar el pago de los aportes parafiscales y seguridad social de los últimos seis meses.	X	
DECLARACIÓN JURAMENTADA INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES Y COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN. Podrán participar en el presente proceso las personas en las cuales NO se tipifique alguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidad consagradas en la Constitución y la Ley. En caso de presentarse inhabilidades o incompatibilidades sobrevivientes dentro del presente proceso, se entenderá que la proponente renuncia a la participación en dicho proceso y a los derechos que surgieren del mismo. Igualmente deberá registrar la información en el compromiso anticorrupción.	X	

EXPERIENCIA	CUMPLE SI / NO
Acreditar experiencia específica en actividades iguales o similares al objeto del presente proceso de contratación, que deberá ser acreditada presentando una certificación de contrato y/o acta de liquidación.	**SI**

Dado en Socorro, a los veintiséis (26) días del mes de agosto de 2026

JAZBLEIDY JULIED SARMIENTO CORREA
Subdirector Administrativo y Financiero
E.S.E. Hospital Regional Manuela Beltran

Proyectó:
Eliana María Bonilla Mora
Apoyo Profesional

POSITIVA

GRUPO BICENTENARIO

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

JOHN ALEXANDER DIAZ CASTRO identificado con CC. 1101682609 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE			
Nombres y/o Razón	ESE HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN		
Tipo y Numero de Documento	NI - 900190045		
INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2026/09/08	**Fecha Inicio contrato**	2026/09/08
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	**Fecha de fin contrato**	2026/12/28
Riesgo	3	**Código actividad económica**	3861001 - Actividades de hospitales y clinicas, con internacion, comprende las actividades que consisten principalmente en
Estado afiliación	Activa		
Fecha retiro	2026/12/28	**Estado del contrato**	Inactiva

Esta certificación se expide a los 7 días del mes de septiembre del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC07092026N1101682609A22207583.** Este código es válido por un mes.

CER_AFI_2026031609595

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.