VALOR DE LA PROPUESTA:

DIECISÉIS MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS M/CTE. ($16.450.000), incluidos todos los gastos, costos, impuestos, tasas y demás contribuciones o tributos que se generen con ocasión al contrato.

FORMA DE PAGO:

EL CONTRATANTE pagará al **El CONTRATISTA** el valor del presente contrato así: **CUATRO (04) PAGOS PARCIALES** por mensualidades vencidas, cada una por valor de **CUATRO MILLONES CIENTO DOCE MIL QUINIENTOS PESOS ($4.112.500) M/CTE.** Los pagos se realizarán una vez el contratista haya prestado el servicio en cumplimiento del objeto contractual y su alcance.

PLAZO DE EJECUCIÓN:

CUATRO (04) MESES CALENDARIO, contados a partir de la fecha acordada en el acta de inicio.

Nota. En caso de terminación anticipada o ejecución parcial solo habrá lugar al pago proporcional de las actividades de prestación efectiva del objeto contractual.

DECLARACIONES:

La suscrito (a) declara:

- → Conozco el régimen de inhabilidades e incompatibilidades previsto para la contratación estatal especialmente lo establecido en la Constitución Política y la Ley. Por lo anterior, declaro bajo la gravedad de juramento que se entiende prestado con la firma del presente documento, que no me encuentro incurso en causal alguna de inhabilidad e incompatibilidad para celebrar contratos con entidades públicas, particularmente con Empresas Sociales del Estado. Si llegare a sobrevenir inhabilidad o incompatibilidad, cederé el contrato previa autorización escrita de **E.S.E. Hospital Nuestra Señora de Guadalupe, Santander**, o, si ello no fuere posible, renunciará a su ejecución. Cuando la inhabilidad o incompatibilidad sobrevenga dentro de proceso de selección, se entenderá que renuncio a la participación en este y a los derechos surgidos del mismo.
- → Conozco la modalidad de selección empleada y el tipo de contrato a suscribir, por tal motivo, declaró solemnemente que mantendré indemne a la institución por cualquier reclamación derivada del mismo.
- → Ninguna persona o entidad de la aquí nombrada tiene interés en esta propuesta ni en el contrato que como consecuencia llegase a celebrarse y por consiguiente solo compromete al firmante.
- → Manifiesto bajo la gravedad de juramento que es cierto y verdadero que no soy responsable de los aportes parafiscales (Sena, Bienestar Familiar y Cajas de Compensación). Así mismo, comunico que me afiliaré a A.R.L.
- → Que en ejercicio de mi actividad tengo previstas las actividades inherentes al objeto a contratar y la experiencia requerida.
- → Que conozco el sitio donde ejecutara el contrato, que acepto todos los requisitos que implique el desarrollo del objeto contractual y, me someto a cumplir todas las reglamentaciones vigentes en la **E.S.E. Hospital Nuestra Señora de Guadalupe, Santander.**

→ Que me comprometo a realizar todos los trámites tendientes a la legalización del contrato y a firmar el acta de inicio.
→ Que mediante el presente documento manifiesto mi disponibilidad inmediata para desempeñar la prestación de los servicios contratados.

NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA:

En virtud de lo establecido en el Capítulo V, de la Ley 1437 de 2011, ACEPTO voluntariamente ser notificado de los avisos, solicitudes, comunicaciones y demás notificaciones que se deban realizar en virtud de la relación contractual, a través de medio electrónico a la siguiente dirección de correo: ngarcia607@unab.edu.co

OBSERVACIONES:

Adjunto a la presente, proporciono copia de la documentación requerida en la invitación, la cual respalda mi idoneidad y experiencia para llevar a cabo las actividades contempladas en el contrato.

Atentamente,

Natalia García

NATALIA ALEJANDRA GARCÍA ESTÉVEZ
CC. No. 1.007.617.679 DE OIBA, SANTANDER

1 de septiembre de 2026

Doctor:
CARLOS MARIO ARENAS DURÁN
Gerente E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GUADALUPE
Dirección física: Carrera 5 # 5-59
Dirección de correo electrónico: eseguadalupe@hotmail.com - gerenciahospitalguadalupe@gmail.com
Guadalupe, Santander
E.S.D

NATALIA ALEJANDRA GARCÍA ESTÉVEZ, mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía **No. 1.007.617.679** expedida en Oiba, Santander; agradeciendo su amable invitación, me permito presentar la siguiente propuesta para ejecutar el siguiente objeto contractual; ***"PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE PSICOLOGÍA PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES 1, 2 Y 29 DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS – PIC EN EL MUNICIPIO DE GUADALUPE, EN EL MARCO DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO No. CO1.PCCNTR.9592734, SUSCRITO ENTRE EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER – SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL Y LA E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GUADALUPE"***., de acuerdo a lo que a continuación se detalla:

ALCANCE DEL OBJETO CONTRACTUAL:

El contratista prestará los servicios profesionales de psicología con plena autonomía técnica y administrativa, bajo su exclusiva responsabilidad y sin que medie relación laboral, subordinación o dependencia de ningún tipo frente a la E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GUADALUPE.

El contratista organizará y distribuirá su tiempo de manera autónoma, conforme al plan de trabajo y al cronograma mensual que él mismo proponga, **sin sujeción a jornada u horario determinado**.

El desarrollo de las actividades se realizará conforme a los protocolos y lineamientos propios de la profesión, a los lineamientos técnicos del Ministerio de Salud y Protección Social, a la Guía conceptual, metodológica y operativa para el fortalecimiento de los dispositivos comunitarios del Ministerio de Justicia y del Derecho, a los lineamientos de la Secretaría de Salud Departamental de Santander y a lo establecido en la Cláusula 3 (Alcance) del Contrato Interadministrativo No. CO1.PCCNTR.9592734. En la Actividad 29, cuya ejecución el contrato interadministrativo asigna conjuntamente al profesional de psicología, al profesional de enfermería y al auxiliar de enfermería, el contratista concurrirá con dichos perfiles en el desarrollo de la intervención. Las actividades objeto del presente contrato serán ejecutadas de manera conjunta con el otro profesional en psicología vinculado por la E.S.E. para el mismo efecto, conforme a la distribución operativa que se establezca en el plan de trabajo y el cronograma mensual aprobados por la supervisión, y el contratista reportará en su informe mensual las metas efectivamente ejecutadas por él y suscribirá los soportes que produzca, en los siguientes términos:

A. OBLIGACIONES ESPECÍFICAS

ACTIVIDAD 1. Implementar la estrategia de Zona de Orientación Escolar (ZOE) en el entorno educativo, ámbito urbano, en instituciones educativas priorizadas, en todos los momentos de curso de vida. Meta: ochocientas (800) horas.

a) Implementar la estrategia Zona de Orientación Escolar (ZOE) en la institución educativa o sede priorizada del municipio, conforme a los lineamientos técnicos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y a la Guía conceptual, metodológica y operativa para el fortalecimiento de los dispositivos comunitarios del Ministerio de Justicia y del Derecho, orientada a la promoción de la salud mental, la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y la reducción del riesgo suicida en población escolar. La estrategia se desarrollará en fase de alistamiento, fase de socialización y fase de implementación, e incluirá la identificación de las redes sociales y comunitarias que responden a las necesidades y problemas de la comunidad educativa, la reunión de concertación del proceso con las Secretarías de Salud y de Educación, la socialización de la estrategia, sus objetivos, beneficios, metodología y duración, la formalización de los compromisos de participación, la articulación de los programas y procesos existentes que contribuyen con la prevención y la reducción de los riesgos asociados al consumo de drogas y a la salud mental, y la evaluación y sistematización del proceso desarrollado.

Soportes: En la **fase de alistamiento**, durante el primer mes: ficha de caracterización territorial y ficha de caracterización poblacional (ZOE), mapa de red de actores institucionales y comunitarios, y cronograma mensual que describa las acciones y tiempos de atención en ZOE para la vigencia 2026, de acuerdo con el calendario escolar. En la **fase de socialización**: circular de convocatoria a rectoría, Secretaría de Salud, Secretaría de Educación, Comisaría de Familia, E.S.E. y Policía de Infancia; acta de reunión con los compromisos asumidos por cada actor, firmada por los actores convocados; listados de asistencia y registro fotográfico. En la **fase de implementación**: entre treinta (30) y cuarenta y cinco (45) hojas de primer contacto, veinte (20) diarios de campo y veinte (20) canalizaciones en salud a la oferta institucional del municipio de acuerdo con las horas asignadas; fichas técnicas de cada una de las actividades, registros de asistencia y registros fotográficos.

b) Elaborar y presentar a la institución educativa un informe mensual detallado sobre el avance de la estrategia, que incluya las acciones realizadas, el número de adolescentes intervenidos, un análisis del desarrollo de las intervenciones y las conclusiones relevantes; y elaborar, en la mitad y al final de la implementación del dispositivo comunitario ZOE, dos (02) videos con testimonios de experiencias exitosas con docentes y adolescentes.

Soportes: a) Documento mensual de avance de la estrategia con el análisis de la información y acta de recibido del rector de la institución educativa; b) Dos (02) videos para cargar en las páginas oficiales de la Gobernación de Santander y del municipio.

c) Elaborar informe final con todas las evidencias y el análisis del desarrollo de la estrategia ZOE, que contenga objetivo, población objeto, asistencia alcanzada, aspectos positivos, de mejora, oportunidades y observaciones, e incluya los siguientes indicadores: número y porcentaje de personas del territorio abordadas; número y porcentaje de personas por momento de curso de vida que participaron; número y porcentaje de canalizaciones a servicios de salud con atención oportuna; y número y porcentaje de canalizaciones a servicios sociales con atención oportuna.

Soportes: Documento informe final consolidado con ficha de caracterización territorial y poblacional, mapa de red de actores institucionales y comunitarios, cronograma mensual, circular de convocatoria, acta de reunión con compromisos, registro de asistencia en físico por curso de vida con enfoque de género y enfoque diferencial etnocultural y de contexto,

digitalizado, registros fotográficos, hojas de primer contacto, diarios de campo, fichas técnicas de actividades y evidencias del material educativo usado y entregado.

ACTIVIDAD 2. Implementar, monitorear y evaluar Centros de Escucha para la promoción de factores protectores en entorno comunitario, ámbito urbano, dirigido a la población nacional y/o migrante, en todos los momentos de curso de vida. Meta: seiscientas veinte (620) horas.

a) Implementar la estrategia de Centro de Escucha conforme a los lineamientos técnicos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y a la Guía conceptual, metodológica y operativa para el fortalecimiento de los dispositivos comunitarios del Ministerio de Justicia y del Derecho, orientada a la promoción de la salud mental, la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y la reducción del riesgo suicida en la población. Se realizará sensibilización a la comunidad de la población urbana frente a la identificación y fortalecimiento de las redes operativas que se constituyen como minorías activas, la identificación de las redes sociales y comunitarias que responden a las necesidades y problemas que presenta la comunidad, la articulación de los programas y procesos existentes que contribuyen con la prevención y la reducción de los riesgos asociados al consumo de drogas y a la salud mental, y la evaluación y sistematización del proceso desarrollado.

Soportes: En la **fase de alistamiento**, durante el primer mes: ficha de caracterización territorial y ficha de caracterización poblacional (CE), mapa de red de actores institucionales y comunitarios, y cronograma mensual que describa las acciones y tiempos de atención en el Centro de Escucha para la vigencia 2026. En la **fase de socialización**: circular de convocatoria a autoridades locales, presidentes de juntas de acción comunal, comisaría de familia, secretaría de salud, policía y líderes de programas sociales; acta de reunión con los compromisos asumidos por cada actor, firmada por los actores convocados; listados de asistencia y registro fotográfico. En la **fase de implementación**: entre veinticinco (25) y cuarenta (40) hojas de primer contacto, veinte (20) diarios de campo y veinte (20) canalizaciones en salud a la oferta institucional del municipio de acuerdo con las horas asignadas; fichas técnicas de cada una de las actividades, registros de asistencia y registros fotográficos.

b) Elaborar y presentar a las autoridades del municipio un informe mensual detallado sobre el avance del dispositivo Centro de Escucha, que incluya las acciones realizadas, el número de personas intervenidas, un análisis del desarrollo de las intervenciones y las conclusiones relevantes; y elaborar, en la mitad y al final de la implementación del dispositivo, dos (02) videos con testimonios de experiencias exitosas con la comunidad.

Soportes: a) Documento mensual de avance de la estrategia con el análisis de la información y acta de recibido de la Secretaría de Salud Municipal o de quien tenga las funciones en salud en el municipio; b) Dos (02) videos para cargar en las páginas oficiales de la Gobernación de Santander y del municipio.

c) Elaborar informe final con todas las evidencias y el análisis del desarrollo de la estrategia de Centro de Escucha, con el contenido y los indicadores señalados para la Actividad 1.

Soportes: Documento informe final consolidado con ficha de caracterización territorial y poblacional, mapa de red de actores institucionales y comunitarios, cronograma mensual,

circular de convocatoria, acta de reunión con compromisos, registro de asistencia en físico por curso de vida con enfoque de género y enfoque diferencial etnocultural y de contexto, digitalizado, registros fotográficos, hojas de primer contacto, diarios de campo, fichas técnicas de actividades y evidencias del material educativo usado y entregado.

ACTIVIDAD 29. Brindar información en salud para promover una cultura preventiva y de autocuidado que contribuya al mejoramiento de las condiciones de salud y de trabajo de la población de la economía popular y comunitaria, en el entorno laboral, ámbito urbano, en los momentos de curso de vida de juventud, adultez y vejez. Meta: cincuenta (50) trabajadores informales a intervenir.

a) Identificar los trabajadores informales a intervenir, los cuales deben estar caracterizados con el instrumento establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social. Se deben intervenir como mínimo cincuenta (50) trabajadores informales.

Soportes: Base de datos consolidada según el formato establecido.

b) Realizar una (01) reunión en el municipio con el secretario de salud y actores de interés, para socializar la propuesta de la estrategia dirigida a la población de la economía popular y comunitaria, concertar la fecha de ejecución y establecer alianzas institucionales que permitan la articulación y el éxito en el desarrollo de las actividades.

Soportes: a) Acta de reunión con concertación de actividades; b) Registro de reunión; c) Registro fotográfico.

c) Adelantar la difusión del evento mediante flyers, perifoneo y demás medios de difusión.

Soportes: Flyers, jingle o mensaje para perifoneo aprobado por la supervisión.

d) Elaborar un documento descriptivo del desarrollo de la actividad correspondiente a la planeación del evento, que incluya fichas técnicas de fortalecimiento de capacidades sobre uso de elementos de protección personal según la actividad económica priorizada, identificación de los peligros y riesgos asociados a la ocupación, y la gestión de factores protectores que promuevan el bienestar y la salud de los trabajadores.

Soportes: a) Documento descriptivo; b) Fichas de fortalecimiento de capacidades.

e) Desarrollar la jornada de información en un sitio adecuado que disponga de mesa para el registro de las personas que reciban la información, con entrega de material educativo a los participantes.

Soportes: a) Material educativo aprobado por el supervisor; b) Registro de los participantes en físico y digital en los formatos establecidos por el supervisor; c) Consentimientos informados según el modelo entregado por el supervisor.

f) Elaborar informe final con todas las evidencias y el análisis del desarrollo de la estrategia, con el contenido y los indicadores señalados para la Actividad 1

Soportes: Documento informe final consolidado con los indicadores solicitados y demás soportes generados.

REF: CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES -CONFLICTO DE INTERESES

El suscrito declara que:

Conozco las causales de inhabilidad e incompatibilidad para contratar con las Entidades Estatales de conformidad con las Leyes: 80 de 1993, 1150 de 2007, 1474 de 2011 y demás normas sobre la materia.

Así como las sanciones establecidas por transgresión a las mismas en los artículos 26 numeral 7o. y 52 y los efectos legales consagrados en el Art. 44 numeral. 1o. del Estatuto Contractual. Declaro bajo la gravedad del juramento que **no estoy en curso en las causales de inhabilidad e incompatibilidad, ni conozco circunstancia alguna que implique conflicto de intereses,** conforme a las normas mencionadas anteriormente.

Se expide en Oiba a los 25 días del mes de Agosto del año 2026.

Natalia Garcia

NATALIA ALEJANDRA GARCIA ESTEVEZ
CC N° 1.007.617.679 OIBA

NATALIA ALEJANDRA GARCIA ESTEVEZ

Asoprovico, Cra 12 # 13-14
Oiba – Santander
Celular: 3202728512
ngarcia607@unab.edu.co



DATOS PERSONALES

Cédula de Ciudadanía:	1.007.617.679
Estado Civil:	Soltera
Lugar y fecha de nacimiento:	San Gil, 09 de Junio de 2000

PERFIL PROFESIONAL

Psicóloga, egresada de la Universidad Autónoma de Bucaramanga, profesional con optima formación académica, con capacidad de liderazgo, adaptación, pro-actividad y trabajo en equipo, con un alto grado de responsabilidad y con interés de un continuo proceso de aprendizaje, con experiencia en atención individual y grupal en jóvenes, adolescentes y adultos.

FORMACIÓN ACADÉMICA

- Universidad Autónoma de Bucaramanga (UNAB)- Psicología- Bucaramanga, Santander – 2022.
- Escuela Normal Superior – Bachiller académico con profundización en educación – Oiba, Santander- 2016.

OTROS ESTUDIOS

Institución: Fundación universitaria de San Gil- UNISANGIL.

Curso: "La gestión del conocimiento en el abordaje de la trata de personas"

Fecha: 2017

Institución: Fundación universitaria de San Gil- UNISANGIL.

Curso: "Segundo encuentro regional y nacional formación y educación para una Colombia libre de la trata de personas"

Fecha: 2018

Institución: Fundación universitaria de San Gil- UNISANGIL.

Curso: "Salud mental en las organizaciones" "Relevación de la neuropsicología en la nueva política de salud mental"

Fecha: 2019

Institución: organización panamericana de la salud – OPSCVV.

Curso: Prevención de la autolesión y el suicidio: empoderamiento de los profesionales de atención primaria de la salud.

Fecha: 2021

Institución: organización panamericana de la salud – OPS.

Curso: Primera ayuda psicológica (PAP) en el manejo de emergencias.

Fecha: 2021

Institución: Fundación Nuestra Señora de la Esperanza (Instituto para el trabajo y el desarrollo humano)

Curso: Humanización en la prestación de servicios en salud

Fecha: 2026

Institución: Fundación Nuestra Señora de la Esperanza (Instituto para el trabajo y el desarrollo humano)

Curso: Atención Integral al Adulto Mayor

Fecha: 2026

EXPERIENCIA LABORAL PREVIA

Organización: E.S.E Hospital Regional Manuela Beltrán- Socorro.

Modalidad de vinculación: Práctica académica - práctica clínica.

Funciones:

1. Analizar problemas y necesidades psicosociales presentes en la población vinculada a los servicios que brinda la institución.
2. Diseñar y formular estrategias de promoción y prevención en salud mental.
3. Participar en el desarrollo y ejecución de actividades de promoción y prevención en salud mental.
4. Participar en el proceso de evaluación psicológica (entrevista clínica y examen mental).

5. Participar en la formulación de estrategias de intervención psicológica en proceso de psicoterapia.
6. Evaluar el resultado de los procesos realizados en intervención primaria en salud mental.

Tiempo: 09/08/2021 hasta 27/11/2021

Jefe inmediato: Jenny Johana Celis – Profesional Universitario del Talento Humano.

Teléfono: 3163171785

Organización: E.S.E Hospital Regional Manuela Beltrán –Socorro.

Modalidad de vinculación: Práctica académica – Práctica Organizacional.

Funciones:

1. Planeación de actividades.
2. Revisión del plan de capacitación, plan de bienestar y plan de trabajo anual de SG SST.
3. Revisión y planeación de fechas especiales.
4. Base de datos de talento humano, verificación de perfiles y caracterización de la población por generaciones.
5. Plan de trabajo con socialización en temas de riesgo psicosocial.

Tiempo: 07/02/2022 hasta 04/06/2022

Jefe inmediato: Jenny Johana Celis – Profesional Universitario del Talento Humano.

Teléfono: 3163171785

Organización: E.S.E Nuestra Señora de Guadalupe – Guadalupe.

Modalidad de vinculación: Prestación de servicios profesionales.

Funciones: prestación de servicios profesionales como psicóloga para apoyar el desarrollo y ejecución de las actividades contempladas en el COAI-PAS del PIC 2023:

1. Planeación de actividades.
2. Zonas de orientación y centros de escucha APS sobre educación en salud para el fortalecimiento de factores protectores frente al consumo de SPA y alcohol en jóvenes.
3. Actividades de información y ludopedagógicas sobre signos y síntomas para identificar una persona con estado o riesgo de depresión, Alteraciones de salud mental, Resolución de conflictos, Proyecto de vida, Manejo de emociones.

Tiempo: 01/05/2023 hasta 30/11/2023

Jefe inmediato: Claudia Patricia Jaimes Amorocho – Profesional Universitario.

Teléfono: 3214715992

Organización: E.S.E Nuestra Señora de Guadalupe – Guadalupe.

Modalidad de vinculación: Prestación de servicios profesionales.

Funciones: prestación de servicios profesionales como psicóloga para la ejecución y cumplimiento de las actividades contempladas en el anexo técnico Plan de Intervenciones Colectivas del II semestre de la vigencia 2024:

1. Planeación de actividades.
2. Zonas de orientación y centros de escucha APS sobre educación en salud para el fortalecimiento de factores protectores frente al consumo de SPA y alcohol en jóvenes.
3. Actividades de información y ludopedagógicas sobre signos y síntomas para identificar una persona con estado o riesgo de depresión, Alteraciones de salud mental, Resolución de conflictos, Proyecto de vida, Manejo de emociones.
4. Realización y socialización de rutas de atención integral frente al consumo de SPA, ideación suicida, suicidio y violencia.

Tiempo: 02/09/2024 hasta 30/11/2024

Jefe inmediato: Claudia Patricia Jaimes Amorocho – Profesional Universitario.

Teléfono: 3214715992

Organización: E.S.E Nuestra Señora de Guadalupe – Guadalupe.

Modalidad de vinculación: Prestación de servicios profesionales.

Funciones: Prestación de servicios profesionales para la ejecución y cumplimiento de las actividades contempladas en los planes de intervenciones colectivas (PIC) conforme a los contratos suscritos entre el municipio de Guadalupe, así como entre el departamento de Santander y la misma entidad hospitalaria.

1. Planeación de actividades.
2. Zonas de orientación y centros de escucha APS
3. Apoyo en simulacro municipal
4. Ciclos educativos sobre SSR de adolescentes y Jóvenes.
5. Campañas sobre prevención de ITS VIH/SIDA, Prevención del embarazo en adolescentes, Peligros del tabaco y vapeadores, Prevención del cáncer de mama, Promoción en salud mental para toma de conciencia del abuso y maltrato en la vejez
6. Elaborar estrategias 4 x 4 información en salud sobre el fortalecimiento de factores protectores frente a enfermedades crónicas metabólicas, control de enfermedades crónicas oncológicas
7. Jornadas de salud sobre vida saludable y enfermedades no trasmisibles

8. Capacitaciones sobre autocuidado, factores protectores y salud mental
9. Realizar actividades informativas sobre prevención del suicidio, prevención de la violencia de género, salud mental
10. Talleres lúdico - interactivos sobre todo lo reacionado bullying-Ciber bullying, Ciber bullying, Manejo de las emociones, manejo del tiempo libre, descubriendo hobbies, proyecto de vida, valores, resiliencia, uso adecuado de redes sociales y de las adiccione
11. Realizar información en salud para la cesación del tabaquismo y alcoholismo, mediante la aplicación de las herramientas AUDIT Y ASSIST contemplados en la resolución 3280 de 2018

Tiempo: 03/06/2025 hasta 02/12/2025

Jefe inmediato: Carlos Mario Arenas Durán – Gerente E.S.E HNSG

Teléfono: 3158031896

REFERENCIAS

Nombre: SHIRLEY CAMILA SILVA ESTEVEZ

Cargo: Licenciada en Ingles UIS. Docente

Teléfono: 312 426 4853

Correo: shirly.silva19@gmail.com

Nombre: GESELL KATHERINE SILVA

Cargo: Enfermera

Teléfono: 315 633 5199

Correo: gsilva@unab.edu.co

Nombre: LIZETH GABRIELA GOMEZ CHAVARRO

Cargo: Psicóloga

Teléfono: 304 213 0748

Correo: lgomez147@unab.edu.co

Natalia Alejandra Garcia Estevez
1.007.617.679 Oiba

República de Colombia

Universidad Autónoma de Bucaramanga

Autorizada por resolución 2771 de 1987 del Ministerio de Educación Nacional.

El Consejo Académico y el Rector en atención a que

NATALIA ALEJANDRA GARCIA ESTEVEZ

C.C. 1.007.617.679 de Oiba

ha cumplido las normas legales y los requisitos académicos exigidos por la Universidad, le otorgan, con los derechos, obligaciones y prerrogativas correspondientes, el título de

PSICÓLOGA

Se expide el presente diploma en Bucaramanga, el 23 de Septiembre de 2022

Rector | Secretario General y Jurídico | Decano

REGISTRADO AL FOLIO NO. 1643-49788 DEL LIBRO NO. 5 DE 2022

Esta Tarjeta Profesional es personal e intransferible y acredita a su portador como PSICÓLOGA de conformidad con los Artículos 6, 7 y 12 de la Ley 1090 de 2006 y es requisito legal para el ejercicio profesional en Colombia.

GLORIA AMPARO VÉLEZ
Presidente del Consejo Directivo

www.colpsic.org.co

COLEGIO COLOMBIANO DE PSICÓLOGOS



TARJETA PROFESIONAL DE PSICÓLOGA

No. 256898

Fecha de expedición: 31/10/2022

NATALIA ALEJANDRA GARCIA ESTEVEZ

Cédula de Ciudadanía

1007617679

Según la Ley 1090 de 2006, este documento es de carácter nacional y tiene validez territorial, por tanto su vigencia es permanente.

	RESOLUCIÓN	CÓDIGO	AP-JC-RG-89
		VERSIÓN	5
		FECHA DE APROBACIÓN	22/06/2017
		PAGINA	1 de 1

RESOLUCIÓN No. 0 5 4 8 8

Por la cual se concede una autorización para el ejercicio profesional

EL SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL

En uso de las atribuciones legales y en especial las que le confiere la Resolución 8211 de 1989 y el Decreto 1875 de Agosto de 1999 y

CONSIDERANDO

Que NATALIA ALEJANDRA GARCIA ESTEVEZ , identificado (a) con la cédula de Ciudadanía No. 1007617679 expedida en OIBA, ha solicitado la autorización del ejercicio profesional como: PSICOLOGIA

TITULO que le otorgó. UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA-UNAB. el 23 DE SEPTIEMBRE DE 2022.

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a NATALIA ALEJANDRA GARCIA ESTEVEZ , identificaco (a) con la cédula de Ciudadanía No. 1007617679 expedida en OIBA, para ejercer la profesion de : PSICOLOGIA, en todo el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO. - La presente resolucion rige a partir de la fecha de expedición.

COMUNÍQUESE Y CUMPLASE. 23 MAR 2023

JAVIER ALONSO VILLAMIZAR SUAREZ
Secretario de Salud Departamental

Elaboró: JULIO CESAR SALGAR SERRANO
Revisó: YELITZA L. HERNANDEZ GONZALEZ
Vistó: LUIS FELIPE TARAZONA VELASQUEZ

La República de Colombia
y en su nombre la

Escuela Normal Superior Oiba

Oiba - Santander

Aprobado oficialmente por la Secretaría de Educación, según Resolución No. 1232 de octubre 28 de 1999 y No. 006819 del 9 de junio de 2009 y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional para el funcionamiento del programa de formación complementaria **según Resolución No. 6968** de agosto 6 de 2010.

Confiere a:

Natalia Alejandra García Estévez

Identificado(a) con T.I. No. 1.007.617.679 Expedida en Oiba

El Título de

Bachiller Académico
Con Profundización en Educación

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, según los planes y programas vigentes contemplados en el Proyecto Educativo Institucional de la Escuela Normal

Rector

Iván Alirio Suárez Jaimes
C.C. No. [illegible]

Secretaria

Jenny Johanna Cala Luque
C.C. No. [illegible]

Anotado en el control interno del plantel en el
Libro No. 03 Folio No. 52 Diploma No. 041

Dado en Oiba, Santander a 02 de Diciembre del año 2016

No requiere registro según decreto No. 821 del 06 de mayo de 1994 expedido por el MEN



El comité organizador del I Encuentro Nacional de Formación y Educación: la gestión del conocimiento en el abordaje de la trata

Hace constar que:

NATALIA ALEJANDRA GARCIA ESTEVEZ

Documento de identidad: Tarjeta de identidad 1007617679

Asistió al I Encuentro Nacional de Formación y Educación: la gestión del conocimiento en el abordaje de la trata, *realizado en San Gil Santander* los días 27 y 28 de abril de 2017.

EVER JOSÉ LÓPEZ CANTERO
Coordinador del Evento – Profesional Adscrito
Del Laboratorio de Psicología Jurídica de la UNAL

SANDRA MILENA RUIZ GUEVARA
Coordinador del Evento – Profesional Adscrito a la Fundación
Universitaria de San Gil UNISANGIL



El comité organizador del II Segundo Encuentro Regional y Nacional de Formación y Educación para una Colombia Libre de la Trata de Personas

Hace constar que:

Natalia Alejandra Garcia Estevez

Documento de identidad: 1.007.617.679

Participó en calidad de

ASISTENTE

en el Segundo Encuentro Regional y Nacional de Formación y Educación para una Colombia Libre de la Trata de Personas, *realizado en San Gil, Santander* el día 30 de abril de 2018.

JOSÉ IGNACIO RUIZ PÉREZ
Director
Laboratorio de Psicología Jurídica de la U. Nacional de Colombia

SANDRA MILENA RUIZ GUEVARA
Coordinador del Evento – Profesional Adscrito a la Fundación
Universitaria de San Gil UNISANGIL

UNISANGIL
Aliado Estratégico

unab

COLPSIC

CERTIFICA QUE:

Natalia Alejandra García Estévez

C.C: 1.007.617.679

Participó como asistente en las conferencias **"Salud mental en las organizaciones"** y **"Relevancia de la neuropsicología en la nueva política de salud mental"** con una duración de 3 horas, en el marco de la celebración del Día del Psicólogo.

Realizadas en San Gil el día 15 de noviembre de 2019
Para constancia se firma en San Gil, a los 15 días del mes de noviembre de 2019.

Laura Margarita Salazar Ordóñez
Directora Programa de Psicología
UNAB extensión UNISANGIL

Lina Marcela Luna
Presidente Capítulo Santander
COLPSIC

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud certifica que:

Natalia Alejandra Garcia Estevez

ha participado y aprobado el Curso de autoaprendizaje en línea:

Prevención de la Autolesión y el Suicidio: Empoderamiento de los Profesionales de Atención Primaria de Salud

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

3 de octubre de 2021

Horas: 16

Dra. Carissa F. Etienne
Directora

OPS
CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

"La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://www.campusvirtualsp.org/es/diploma/verify.php?code=[illegible]"

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud certifica que:

Natalia Alejandra Garcia Estevez

ha participado y aprobado el Curso Virtual:

Primera ayuda psicológica (PAP) en el manejo de emergencias

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

26 de agosto de 2021

Horas: 10

Dra. Carissa F. Etienne
Directora

OPS
CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

Educación

FUNSE
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Hace Constar que:
Natalia Alejandra Garcia Estevez

CC 1007617679 de Oiba - Santander

Realizó y aprobó el Curso de Humanización en la Prestación de Servicios de Salud - Resolución 3100 -2019 con un total de 48 Horas.

Verificación

Fecha de emisión: 2026-03-25
Fecha de vencimiento: 2028-03-25

FREDDY ARLEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP No 70975 - 051660 Copnia

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermeria
SP 3329
Docente.

ROSA GUZMAN
SP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

Educación

FUNSE
FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3639 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaría de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Hace Constar que:

Natalia Alejandra Garcia Estevez

CC 1007617679 de Oiba - Santander

Realizó y aprobó el Curso de Atención Integral al Adulto Mayor
con un total de 120 Horas.

Fecha de emisión: 2026-03-30
Fecha de vencimiento: 2028-03-30

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP No 70676 - 051680 Cúcuta

DEIBIS STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3205
Docente

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

LA DIRECTORA DE ADMISIONES Y REGISTRO ACADÉMICO DE LA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA "UNAB"

CERTIFICA:

Que **NATALIA ALEJANDRA GARCIA ESTEVEZ,** ID.U00115385, identificado(a) con la **C.C. No 1.007.617.679** de Oiba, graduado(a) del programa de **PSICOLOGÍA, modalidad presencial,** extendido a la ciudad de San Gil, Santander, en convenio con la Fundación Universitaria de San Gil, Unisangil, en cumplimento de su plan de estudios y siendo estudiante activo en la Universidad, desarrolló su práctica profesional en:

Empresa: E.S.E. Hospital regional Manuela Beltrán
NIT: 900.190.045-1
Periodo de desarrollo - Dedicación total en meses: Desde 09/08/2021 hasta 27/11/2021
Horario en el cual se desarrollaron las actividades: lunes y jueves de 06:00am a 12:00pm, miércoles de 06:00am a 09:00pm y 1 hora de trabajo complementario.
Modalidad de vinculación: Convenio docencia servicio- practica académica

Actividades adelantadas relacionadas directamente con el programa académico cursado:

1. Analizar problemas y necesidades psicosociales presentes en la población vinculada a los servicios que brinda la institución.
2. Diseñar y formular estrategias de promoción y prevención en salud mental.
3. Participar en el desarrollo y ejecución de actividades de promoción y prevención en salud mental.
4. Participar en el proceso de evaluación psicológica (entrevista clínica y examen mental).
5. Participar en la formulación de estrategias de intervención psicológica en proceso de psicoterapia.
6. Evaluar el resultado delos procesos realizados en intervención primaria en salud mental.

La experiencia adquirida durante el desarrollo de las actividades que se certifican cuenta como experiencia profesional previa del estudiante, de acuerdo con lo establecido en la **Ley 2039 de 2020 y los Decreto 616 y 952 de 2021.** La Universidad certifica la intensidad horaria dedicada por el estudiante para el desarrollo de las actividades; el porcentaje de equivalencia de experiencia profesional previa deberá calcularlo y reconocerlo la entidad que realiza el proceso de inserción laboral, así:

a) En procesos de inserción laboral en el sector privado: *"el ochenta por ciento (80%) de la intensidad horaria dedicada a la actividad reconocida como experiencia profesional validada"*, artículo 2.2.6.2.5.6. Decreto 616 de 2021.

b) En los procesos de inserción laboral en el sector público: *"el noventa por ciento (90%) de la intensidad horaria certificada"* artículo. 2.2.5.6.3. Decreto 952 de 2021.

El programa de **PSICOLOGIA, modalidad presencial,** con número de registro **SNIES 11900**, cuenta con Registro Calificado por 7 años según Resolución No. 15373 del 18 de agosto de 2021 del Ministerio de Educación Nacional.

La **UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA** fue aprobada mediante Resolución No. 2771 del 14 de abril de 1987 y Acreditación de Alta Calidad por su excelencia académica por 6 años según Resolución No. 10820 del 25 de mayo de 2017 del Ministerio de Educación Nacional.

Se expide en Bucaramanga a los diecisiete (17) días del mes de noviembre de dos mil veintidos (2022).

PATRICIA LEQUERICA MORENO
Directora

La firma impresa en el presente certificado tiene la misma validez que la firma manuscrita y cuenta con autenticidad. En el evento de requerir la validación o autenticación de la información aquí consignada por favor solicitarla al correo electrónico admisiones@unab.edu.co

E.S.E. Hospital Regional
Manuela Beltrán
El Nuevo El Socorro - Santander

LA PROFESIONAL UNIVERSITARIA DEL TALENTO HUMANO
DE LA E.S.E. HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN
SOCORRO - SANTANDER

CERTIFICA QUE:

La estudiante **NATALIA ALEJANDRA GARCIA ESTEVEZ**, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.007.617.679 expedida en Oiba, estudiante del programa Psicología de la Universidad Autónoma de Bucaramanga – UNAB extensión UNISANGIL, desarrolló su práctica académica en la E.S.E Hospital Regional Manuela Beltrán desde el 7 de febrero de 2022 hasta el 4 de junio de 2022, con las características descritas a continuación:

Tipo de vinculación: Practica académica
Total de horas de práctica semanales: 16
En el horario: Lunes 07:00 a.m. A 12:00 p.m. – 02:00 p.m. A 05:00 p.m.
Viernes 07:00 a.m. A 12:00 p.m. – 02:00 p.m. A 05:00 p.m.

Desarrollado las siguientes actividades:

- Planeación de actividades
- Revisión del plan de capacitación, plan de bienestar y plan de trabajo anual de SG SST
- Revisión y planeación de fechas especiales
- Base de datos de talento humano, verificación de perfiles y caracterización de la población por generaciones
- Plan de trabajo con socialización en temas de riesgos psicosociales

Se expide en Socorro Santander, a los cuatro (04) días del mes de junio de 2022 a solicitud del Programa Académico de Psicología de la de la Universidad Autónoma de Bucaramanga – UNAB extensión UNISANGIL.

Se anexa pago de Estampillas Departamentales que validan la presente certificación: Pro-Hospital $3.300; Pro-Desarrollo $1.300 Pro-Electrificación $1.700; Pro-Cultura $3.300; Pro-Bienestar del Adulto Mayor $1.300; Ordenanza 012/05 y Decreto 005/06 $1.090. Total estampillas $11.990. Fecha de Pago 01/06/2022. Recibo No. 2502200348936

JENNY JOHANA CELIS RIVERA
Profesional Universitaria del Talento Humano
E.S.E. Hospital Regional Manuela Beltrán

Hospital Nuevo y Sostenible
NIT 900.190.045-1
Carrera 18 N°9-53 Conmutador (7) 7274000 Ext. 230
ventanillaunica@hospitalmanuelabeltran.gov.co
hospitalhm@socorro2.gamail.com
www.hospitalmanuelabeltran.gov.co
Codigo Postal N° 683561 Socorro-Santander-Colombia


Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda
Recaudo de Estampillas
Recibo N°
2502200348936
Trámite
SYC
Total a Pagar
$11.990
Fecha de Expedición: 2022/06/01
Fecha Límite de Pago: 2022/06/07
PRO HOSPITAL $3.300
PRO ELECTRIFICACIÓN $1.700
PRO CULTURA $3.300
PRO BIENESTAR ADULTO MAYOR $1.300
PRO DESARROLLO $1.300
Total $11.990

LA SUSCRITA PROFESIONAL UNIVERSITARIA DE LA ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GUADALUPE

CERTIFICA QUE

La Doctora NATALIA ALEJANDRA GARCÍA ESTEVEZ identificada con cedula de ciudadanía No. 1.007.617.679 de Oiba Santander, prestó los servicios profesionales como psicóloga para apoyar el desarrollo y ejecución de las actividades contempladas en el COAI- del pic2023, a través de contratos de prestación de servicios según el siguiente detalle:

No. CONTRATO	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	OBJETO
035-2023	01-05-2023	30-11-2023	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICÓLOGA PARA APOYAR EL DESARROLLO Y EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES CONTEMPLADAS EN EL COAI – PAS DEL PIC2023, DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO No. 002-2023, SUSCRITO ENTRE LA ALCALDÍA MUNICIPAL DE GUADALUPE Y LA E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GUADALUPE, SANTANDER

Se anexa y anulan estampillas Departamentales No. 2502400004199, por valor de Quince Mil Seiscientos Veinte pesos Mcte. ($15.620) .

Se expide en Guadalupe Santander por solicitud del interesado a los Nueve (09) días del mes de Enero de 2024

Cordialmente,

CLAUDIA PATRICIA JAIMES AMOROCHO
PROFESIONAL UNIVERSITARIA
E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GUADALUPE



LA PROFESIONAL UNIVERSITARIA DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GUADALUPE, SANTANDER

CERTIFICA

Que **NATALIA ALEJANDRA GARCIA ESTEVEZ**, identificada con la cédula de ciudadanía No. CC. 1.007.617.679 DE OIBA, SANTANDER, Psicóloga en ejercicio, prestó servicios profesionales como Psicóloga de la entidad hospitalaria, de conformidad con los contratos que se especifican a continuación:

NUMERO DE CONTRATO	061-2024
OBJETO DE CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICÓLOGA PARA LA EJECUCIÓN Y CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES CONTEMPLADAS EN EL ANEXO TÉCNICO PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DEL II SEMESTRE DE LA VIGENCIA 2024, SEGÚN CONTRATO INTERADMINISTRATIVO No. MG-CD-056-2024, SUSCRITO ENTRE EL MUNICIPIO DE GUADALUPE Y LA E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GUADALUPE, SANTANDER
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO	NOVENTA (90) DIAS CALENDARIO, CONTADOS A PARTIR DE LA SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO.
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	02 DE SEPTIEMBRE DE 2024
FECHA DE INICIO	02 DE SEPTIEMBRE DE 2024
FECHA DE TERMINACIÓN PROYECTADA	08 DE NOVIEMBRE DE 2024
FECHA DE TERMINACIÓN AMPLIADA	30 DE NOVIEMBRE DE 2024

Nota. La anterior información se toma de los soportes documentales que se encuentran en los archivos que reposan en la E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GUADALUPE, SANTANDER.

Se Anexa y se Anulan estampillas número **2502500011680**, expide en Guadalupe Santander, a solicitud del interesado a los veinte (20) días del mes de Marzo de 2025

Atentamente,

CLAUDIA PATRICIA JAIMES AMOROCHO
Profesional Universitaria
Supervisora

EL SUSCRITO GERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GUADALUPE, SANTANDER

CERTIFICAMOS:

Que, la doctora **NATALIA ALEJANDRA GARCIA ESTEVEZ** identificado con la cedula de ciudadania **No** CC. 1.007.617.679 expedida en Oiba, Santander, prestó servicios profesionales como Psicóloga de la entidad hospitalaria durante la vigencia 2025, de conformidad con los contratos que se especifican a continuación:

AÑO	2025
NÚMERO DE CONTRATO	**069-2025**
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICÓLOGA PARA LA EJECUCIÓN Y CUMPLIMINETO DE LAS ACTIVIDADES CONTEMPLADAS EN LOS PLANES DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC. CONFORME A LOS CONTRATOS INTERADMINISTRATIVOS SUSCRITOS ENTRE EL MUNICIPIO DE GUADALUPE, ASI COMO ENTRE EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER Y LA MISMA ENTIDAD HOSPITALARIA

PLAZO DE EJECUCIÓN	SEIS (06) MESES CALENDARIO, CONTADOS A PARTIR DE LA SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO
VALOR DEL INICIAL DEL CONTRATO	DOCE MILLONES DE PESOS 612.000.000) M/CTE
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	03 DE JUNIO DE 2025
FECHA DE INICIO	03 DE JUNIO DE 2025
FECHA DE TERMINACIÓN PROYECTADA DEL CONTRATO	02 DE DICIEMBRE DE 2025
FECHA DE LIQUIDACIÓN	04 DE DICIEMBRE DE 2025

La anterior información se toma de los soportes documentales que se encuentran en los archivos que reposan en la ESE. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GUADALUPE, SANTANDER.

Se Anexa y se Anulan estampillas número 2502600041679 La presente se expide en Guadalupe, Santander a solicitud del interesado a los **catorce (14) días del mes de ABRIL** del año **DOS MIL VEINTISÉIS (2026)**

Atentamente,

CARLOS MARIO ARENAS DURÁN
Gerente E.S.E. HNSG

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
GARCIA	ESTEVEZ	NATALIA ALEJANDRA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1007617679	F ⊗ M ○ NB ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 09 MES 06 AÑO 2000	CARRERA 12 null null Cra 12 # 13-12			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	SANTANDER
DEPTO	SANTANDER	MUNICIPIO	OIBA		
MUNICIPIO	SAN GIL	TELÉFONO	3202728512	EMAIL	ngarcia607@unab.edu.co

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 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		PSICOLOGIA	06	2022	256898

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 HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GUADALUPE - SANTANDER		PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SANTANDER	MUNICIPIO GUADALUPE					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 3203037846	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	03	Mes	06	Año	2025	Día	02	Mes	12	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL PSICOLOGA PIC	DEPENDENCIA PSICOLOGA PROFESIONAL					DIRECCIÓN CARRERA 3 1 26						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GUADALUPE - SANTANDER		PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA					
DEPARTAMENTO SANTANDER	MUNICIPIO GUADALUPE					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 3203037846	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	02	Mes	09	Año	2024	Día	30	Mes	11	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL PSICOLOGA PIC	DEPENDENCIA PSICOLOGA PROFESIONAL					DIRECCIÓN CARRERA 3 1 26						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GUADALUPE - SANTANDER			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* GUADALUPE					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3203037846	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	05	*Mes*	05	*Año* 2023	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL PSICOLOGA PIC	*DEPENDENCIA* PSICOLOGA PROFESIONAL					*DIRECCIÓN* CARRERA 3 1 26					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN III NIVEL - SOCORRO SANTANDER			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* SOCORRO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 7274000	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	07	*Mes*	02	*Año* 2022	*Día*	04	*Mes*	06	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL	*DEPENDENCIA* PRACTICANTE DE PSICOLOGIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 16 9 53					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN III NIVEL - SOCORRO SANTANDER			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* SOCORRO					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 7274000	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	09	*Mes*	08	*Año* 2021	*Día*	27	*Mes*	11	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL PROFESIONAL	*DEPENDENCIA* PRACTICANTE DE PSICOLOGIA					*DIRECCIÓN* CARRERA 16 9 53					

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	5
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO __ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento Natalia García
julio 2026.

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.007.617.679**

GARCIA ESTEVEZ

APELLIDOS

NATALIA ALEJANDRA

NOMBRES

Natalia Garcia.

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **09-JUN-2000**

SAN GIL
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

27-JUN-2018 OIBA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-2714500-01031762-F-1007617679-20180815 **0062**302517A 1. 50641627

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	OTRO	Fecha de publicación	2026-08-27 13:12

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
NATALIA	ALEJANDRA	GARCIA	ESTEVEZ

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1007617679

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	SANTANDER	Municipio	SAN GIL

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	SANTANDER	Municipio	OIBA

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GUADALUPE - SANTANDER

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	SANTANDER	Municipio	GUADALUPE

Dirección	["Carrera 3 No.1-26 Casco Urbano"]
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	$20.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$20.000.000,00

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

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

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
CREDITO	$8.000.000,00

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
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario: 14905875848

(415)7707212489984(8020) 000001490587584 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 0 7 6 1 7 6 7 9	6	Impuestos y Aduanas de Bucaramanga 4	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 0 7 6 1 7 6 7 9	2 0 1 8 0 6 2 7

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Oiba 5 0 0

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GARCIA	ESTEVEZ	NATALIA	ALEJANDRA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Oiba 5 0 0

41. Dirección principal: CR 12 # 13 - 12 BRR ASOPROVICO

42. Correo electrónico: ngarcia607@unab.edu.co

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 0 2 7 2 8 5 1 2	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 1 0	2 0 2 2 0 9 0 6	7 4 9 0	2 0 1 9 0 3 1 8					

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
4 9																									

53. Código: 49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

54. Código

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 3 61. Fecha: 2023 - 03 - 29 / 18 : 16: 37

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 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre: GARCIA ESTEVEZ NATALIA ALEJANDRA

985. Cargo: Contribuyente

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Declaración de renta y complementario personas naturales y asimiladas residentes y sucesiones ilíquidas de causantes residentes

PRIVADA

210

1. Año: 2024

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 2118735626855

(415)7707212489984(8020) 000211873562685 5

Datos del declarante

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6.DV	7. Primer apellido	8. Segundo apellido	9. Primer nombre	10. Otros nombres	12.Cod. Dirección seccional
1007617679	6	GARCIA	ESTEVEZ	NATALIA	ALEJANDRA	4

24. Actividad económica principal	25. Cód.	26. No. Formulario anterior	27. Fracción año gravable siguiente	28. Uso por parte (1%) de compras con factura electrónica
4923	Si es una corrección indique:			213,000

Patrimonio	Total patrimonio bruto	29	72,189,000	Deudas	30	18,131,000	Total patrimonio líquido	31	54,058,000

Cédula general

Conceptos/rentas		Rentas de trabajo		Rentas de trabajo que no provengan de una relación laboral o legal y reglamentaria		Rentas de capital		Rentas no laborales	
Ingresos brutos		32	8,000,000	43	0	58	10,000	74	76,129,000
Devoluciones, rebajas y descuentos								75	0
Ingresos no constitutivos de renta		33	3,306,000	44	0	59	1,000	76	0
Costos y deducciones procedentes				45	0	60	0	77	50,582,000
Renta líquida		34	4,694,000	46	0	61	9,000	78	25,547,000
Rentas líquidas pasivas - ECE						62	0	79	0
Rentas exentas	Aportes voluntarios AFC, FVP y AVC	35	0	47	0	63	0	80	0
	Otras rentas exentas	36	1,136,000	48	0	64	0	81	0
	Total rentas exentas	37	1,136,000	49	0	65	0	82	0
Deducciones imputables	Intereses de vivienda	38	0	50	0	66	0	83	0
	Otras deducciones imputables	39	150,000	51	0	67	0	84	0
	Total deducciones imputables	40	150,000	52	0	68	0	85	0
Rentas exentas y/o deduc. imputables (Limitadas)		41	1,286,000	53	0	69	0	86	0
Renta líquida ordinaria del ejercicio				54	0	70	9,000	87	25,547,000
Pérdida líquida del ejercicio				55	0	71	0	88	0
Compensaciones por pérdidas				56	0	72	0	89	0
Renta líquida ordinaria		42	3,408,000	57	0	73	9,000	90	25,547,000

Ren. líquida céd. gen.	91	30,250,000	Ren. ex. y ded. imp. li.	92	1,499,000	R. líq. ord. cédula gen.	93	28,751,000	Comp. pérdidas año 2018 y ant.	94	0
Comp. exc. ren. presuntiva	95	0	Rentas gravables	96	0	R. líq. grav. cédula gen.	97	28,751,000	Renta presuntiva	98	0

Cédula de pensiones

Ingresos brutos por rentas de pensiones del país y del exterior	99	0
Ingresos no constitutivos de renta	100	0
Renta líquida	101	0
Rentas exentas de pensiones	102	0
Renta líquida gravable cédula de pensiones	103	0

Cédula de dividendos y/o participaciones

Dividendos y participaciones 2016 y anteriores, y otros	104	0
Ingresos no constitutivos de renta	105	0
Renta líquida ordinaria año 2016 y anteriores	106	0
1a. Subcédula años 2017 y siguientes numeral 3 art. 49 del E.T.	107	0
2a. Subcédula años 2017 y siguientes parágrafo 2 art. 49 del E.T.	108	0
Dividendos y participaciones recibidas del exterior	109	0
Rentas exentas de la casilla 109	110	0
Renta líquida gravable (Cédula general o renta presuntiva, de pensiones y de dividendos y participaciones, art. 241 E.T.)	111	28,751,000

Ganancias ocasionales

Ingresos por ganancias ocasionales del país y del exterior	112	0
Costos por ganancias ocasionales	113	0
Ganancias ocasionales no gravadas y exentas	114	0
Ganancias ocasionales gravables	115	0

Liquidación privada

Impuesto sobre las rentas líquidas gravables

Cédula general, de pensiones y de dividendos y participaciones	116	0
Renta presuntiva, de pensiones y de dividendos y participaciones	117	0
Por dividendos y participaciones año 2017 y siguientes, 2a subcédula (Art. 240 E.T.)	118	0
Por dividendos y participaciones año 2016	119	0
Por dividendos y participaciones recibidas del exterior	120	0
Total impuesto sobre las rentas líquidas gravables	121	0

Descuentos tributarios

Imp. pagados en el exterior	122	0	Donaciones	123	0
Dividendos, particip. y otros	124	0	Total descuentos trib.	125	0

Impuesto neto de renta	125	0
Impuesto de ganancias ocasionales	127	0
Descuento por impuestos pagados en el exterior por ganancias ocasionales	128	0
Total impuesto a cargo	129	0
Anticipo renta liquidado año gravable anterior	130	0
Saldo a favor del año gravable anterior sin solicitud de devolución y/o compensación	131	0
Retenciones año gravable a declarar	132	0
Anticipo renta para el año gravable siguiente	133	0

Saldo a pagar por impuesto	134	0	Sanciones	135	0	Total saldo a pagar	136	0	Total saldo a favor	137	0
Número de dependientes económicos	138	0	Adición por dependientes a la casilla 92	139	0	Ud. sujeto tope inciativo, art. 336-1 del E.T., marque X	140	0	Aporte voluntario	141	0

981. Cód. Representación: ___ Firma del declarante o de quien lo representa

982. Cód. Contador: ___ Firma contador: ___ 994. Con salvedades: ___

983. No. Tarjeta profesional

997. Espacio exclusivo para la entidad recaudadora

DIAN
2025-10-09 / 10:14:52 PM
2025-1[illegible]2:14:52
Firmado

980. Pago total $: 0

996. Espacio para el número interno de la DIAN/ Adhesivo

91900388720946

2025230149830 7

Esta Tarjeta Profesional es personal e intransferible y acredita a su portador como PSICÓLOGA de conformidad con los Artículos 8, 7 y 12 de la Ley 1090 de 2006 y es requisito legal para el ejercicio profesional en Colombia

GLORIA AMPARO VELEZ
Presidenta del Consejo Directivo

www.colpsic.org.co

COLEGIO COLOMBIANO DE PSICÓLOGOS



TARJETA PROFESIONAL DE PSICÓLOGA

No. 256898

Fecha de expedición 31/10/2022

NATALIA ALEJANDRA GARCIA ESTEVEZ

Cédula de Ciudadanía
1007617679

Según la Ley 1090 de 2006, este documento es de carácter vitalicio y tiene validez nacional, por tanto su vigencia es permanente.

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *

Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *

1007617679

Primer Nombre

natalia

Primer Apellido

garcia

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

9766

Limpiar

Resultado General -2026-08-25→4:54:52 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1007617679	NATALIA	ALEJANDRA	GARCIA	ESTEVEZ	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) NATALIA ALEJANDRA GARCIA ESTEVEZ identificado(a) con CC 1007617679 registra La siguiente información:

2026-08-25→4:54:52 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	PSICOLOGIA	2023-03-23	5488	DTS DEPARTAMENTO DE SANTANDER

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

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 301722233

PIB
15:20:24

Bogotá DC, 24 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) NATALIA ALEJANDRA GARCIA ESTEVEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1007617679:

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 lunes 24 de agosto de 2026, a las 15:24:22, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1007617679
Código de Verificación	1007617679260824152422

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

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, 25/08/2026 05:09:56 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadania Nº. **1007617679** y Nombre: **NATALIA ALEJANDRA GARCIA ESTEVEZ.**

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. **146379957** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

Consulta en línea de **Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales**

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 05:11:21 PM horas del 25/08/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1007617679**

Apellidos y Nombres: **GARCIA ESTEVEZ NATALIA ALEJANDRA**

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

Todos los derechos reservados.

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 17:17:03 horas del 25/08/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1007617679,** Apellidos y Nombres **GARCIA ESTEVEZ NATALIA ALEJANDRA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE GUADALUPE**, con NIT **900186802-3** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de seleccion 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

SÍGANOS EN LAS REDES SOCIALES

ENLACES DE INTERÉS

- Portal web DIJIN
- Consulta Antecedentes Judiciales
- Protección de Datos

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

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 1007617679 **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 Bogota el 24/08/2026 03:30 PM

Código Verificación: **YDZJLPWNHT**

Válida hasta: **22/11/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

TRIBUNALES DEONTOLÓGICOS Y BIOÉTICOS DE PSICOLOGÍA

TRIBUNALES DEONTOLÓGICOS Y BIOÉTICOS DE PSICOLOGÍA

La suscrita Directora Ejecutiva de los Tribunales Deontológicos y Bioéticos de Psicología certifica que, una vez consultado el sistema de información y reporte de profesionales sancionados por estos Tribunales, NO se encontró que **Natalia Alejandra Garcia Estevez**, con documento de identificación N° **1007617679**, tenga antecedentes deontológicos disciplinarios en ninguno de ellos.

Este certificado tiene validez de tres (03) meses.

Se expide en Bogotá, D.C., el 24 de agosto de 2026.

DIANA PAOLA PULIDO CASTELBLANCO
Directora Ejecutiva de los Tribunales Deontólogicos y Bioéticos de Psicología

DJBvFp9ev0Pm23qVHArH
Para validar este documento ingrese en el siguiente link:
https://sara.colpsic.org.co/publico/validar-documento

El suscrito Presidente del Consejo Directivo Nacional del Colegio Colombiano de Psicólogos - Colpsic,

HACE CONSTAR:

Que **NATALIA ALEJANDRA GARCIA ESTEVEZ**, identificado(a) con documento de identidad No. CC **1007617679** obtuvo su Tarjeta Profesional de Psicólogo No. 256898 expedida el 31/10/22, por este Colegio al tenor de lo dispuesto en los Artículos No. 6, 7 y 12 de la Ley 1090 de 2006.

Que de acuerdo con el artículo No. 6 de la Ley 1090 de 2006, el(la) portador(a) de la Tarjeta Profesional, está habilitado(a) para el ejercicio profesional de la Psicología en todo el territorio nacional. Este documento es de carácter vitalicio, por tanto, su vigencia es permanente.

Esta constancia se expide sin borrones ni enmendaduras el 24 de agosto de 2026.

Nota: De acuerdo con el parágrafo del artículo 6 de la Ley 1090 de 2006, el cual señala: "Las tarjetas profesionales, inscripciones o registros expedidas a psicólogos por las Secretarías de Salud de los diferentes departamentos, distritos o municipios del país u otra autoridad competente, con anterioridad a la vigencia de la presente ley, conservarán su validez y se presumen auténticas", la experiencia profesional para los psicólogos graduados antes de la Ley 1090 de 2006 (6 septiembre de 2006) se contabilizará desde el momento en que el profesional realizó el respectivo registro, tal como lo ordenaba el artículo 3º de la derogada Ley 58 de 1983. La experiencia profesional para los psicólogos graduados desde la Ley 1090 de 2006 (6 septiembre de 2006) o antes y que no hayan expedido su registro como lo ordenaba la Ley 58 de 1983 se contabilizará desde el momento en que expidió la Tarjeta Profesional con el Colegio Colombiano de Psicólogos.

Cordialmente,

JOSÉ RAÚL JIMÉNEZ MOLINA

Presidente del Consejo Directivo Nacional

314wJVeK3jNbQ58FIX3E
Para validar este documento ingrese en el siguiente link:
https://sara.colpsic.org.co/publico/validar-documento

DR LEONARDO AGUILAR GALVIS

NIT: 91106799

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

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL



PACIENTE: NATALIA ALEJANDRA GARCIA ESTEVEZ		**NÚMERO HIJOS:** 0	**ESTRATO:** 1	**GÉNERO:** Femenino
TIPO IDENTIFICACIÓN: CC	**NÚMERO IDENTIFICACIÓN:** 1007617679	**FECHA NACIMIENTO:** 09/06/2000		**EDAD:** 25 año(s) 11 mes (es) 18 día(s)
EMPRESA CONTRATANTE: TRABAJADOR INDEPENDIENTE				**TIPO EXAMEN:** Ingreso
CARGO DESEMPEÑAR: PSICOLOGO		**JORNADA TRABAJO:** Diurno		**FECHA:** 27/05/2026

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
	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	X	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, Bajar 3 kg, auto cuidado y reporte de condiciones de salud y condiciones de riesgo.

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

PACIENTE:

Natalia Garcia.
NATALIA ALEJANDRA GARCIA ESTEVEZ

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
		PAGINA	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) dias 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.

POSITIVA

POSITIVA

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Diríjase a la Institución Prestadora de Salud (IPS) asignada en la línea Positiva 01 8000 111 170, en Bogotá (601) 330 7000.

Natalia Alejandra Garcia Estevez
CC 1007617679
Afiliación voluntaria decreto 1563
NI 899999998

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

Este carné es personal e intransferible.

POSITIVA

GRUPO BICENTENARIO

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

Natalia Alejandra Garcia Estevez identificado con CC. 1007617679 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

VOLUNTARIO

Fecha de inicio de cobertura	2026/08/26	**Código de ocupación**	12634
Tipo de vinculación	Independiente Voluntario	**Descrición de ocupación**	Psicologos
Clase de riesgo	1	**Estado de afiliación**	Activa

Esta certificación se expide a los 25 días del mes de agosto 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 coberfura.

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: **CC25082026N1007617679G21641928.** Este código es válido por un mes.

CER_AFI_20260310304 05

Cordialmente,

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

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

NATALIA ALEJANDRA GARCIA ESTEVEZ, identificado(a) con cédula de ciudadania **1.007.617.679**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 24 de Agosto del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

30436172

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps

No.Radicación: 574508

FECHA DE RADICACIÓN: 24 08 2026

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN; B. REPORTE DE NOVEDADES: X

2. TIPO DE AFILIADO: B. Cotizante: X

3. RÉGIMEN: A. Contributivo: X

4. CONDICIÓN DE BENEFICIARIO: No

5. TIPO DE AFILIADO: A. Dependiente: X

6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente: X

7. CÓDIGO: N0787

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES

PRIMER APELLIDO: GARCIA
SEGUNDO APELLIDO: ESTEVEZ
PRIMER NOMBRE: NATALIA
SEGUNDO NOMBRE: ALEJANDRA

9. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC
10. NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1007617679
11. SEXO BIOLÓGICO: X
12. SEXO AUTOPERCIBIDO: X

13. PAÍS DE NACIMIENTO: COLOMBIA
14. LUGAR DE NACIMIENTO: COLOMBIA / SANTANDER / SAN GIL
15. FECHA DE NACIMIENTO: 09 06 2000

C. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA: 6
17. DISCAPACIDAD: SI / NO: X
CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD
18. ¿TIENE CREDENCIAL? 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. TOPE CONTRIBUCIÓN VOLUNTARIA: $0,00
26. RESIDENCIA
DIRECCIÓN: KR 12 # 13 - 14

TELÉFONO FIJO
TELÉFONO CELULAR: 3202728515
CORREO ELECTRÓNICO: ngarcia607@unab.edu.co
DEPARTAMENTO: SANTANDER
MUNICIPIO/ DISTRITO: OIBA
LOCALIDAD/COMUNA
ZONA: URBANA: X / RURAL
PAÍS
CÓDIGO POSTAL: 6629

D. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - Diligencie únicamente para el beneficiario 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
31. SEXO AUTOPERCIBIDO
32. NACIONALIDAD
33. LUGAR DE NACIMIENTO
34. FECHA NACIMIENTO

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. FECHA DE NACIMIENTO	41. PAÍS DE RESIDENCIA	42. FECHA DE AFILIACIÓN
30								
31								
32								
33								
34								
35								

Datos complementarios del Beneficiario

	43. PARENTESCO	44. ZONA	45. DISCAPACIDAD	46. CLASIFICACIÓN SISBÉN	47. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL	48. ARL	49. AFP	50. IBC	51. Datos de residencia						
									DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	LOCALIDAD/COMUNA	DIRECCIÓN	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO
30															
31															
32															
33															
34															
35															

	52. TELÉFONO FIJO O CELULAR	53. PAÍS DE LA AFP (NO ESTÁNDAR NACIONAL)	54. DIRECCIÓN	55. LOCALIDAD/ COMUNA	56. CORREO ELECTRÓNICO	57. AFP	58. FECHA DE LA AFP (NO ESTÁNDAR NACIONAL)
30							
31							
32							
33							
34							
35							

E. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O RESPONSABLE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

59. Nombre o razón social
60. Tipo documento de identificación
61. Número del documento de identificación
62. Tipo de aportante (empleador o cotizante que no aporta)
63. Código
64. Dirección
65. Código de sucursal

F. REPORTE DE NOVEDADES

1. TRASLADO ENTRE EPS
2. TRASLADO ENTRE REGÍMENES
3. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
4. ACTUALIZACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR DE COTIZANTE
5. ACTUALIZACIÓN INFORMACIÓN DE COMPONENTES DIFERENCIALES
6. TERMINACIÓN DE LA AFILIACIÓN DE LA EPS (Motivo)
7. RETIRO DE LA EPS POR TRASLADO ENTRE REGÍMENES
8. RETIRO DE LA EPS POR MUERTE DEL COTIZANTE
9. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES
10. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES
11. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES
12. MOVILIDAD
13. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O EXIGENCIA DE CONDICIONES PARA COTIZAR: X
14. SUSPENSIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA COTIZAR
15. RETIRO DE LA EPS POR NO APORTE AL SGSSS
16. RETIRO DE LA EPS POR ACTIVIDAD INDEPENDIENTE
17. RETIRO DE LA EPS POR PENSIÓN
18. RETIRO DE LA EPS POR AFILIACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS
19. RETIRO DE LA EPS POR AFILIACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES
20. NOVEDAD
21. TRASLADO
22. INCAPACIDAD TEMPORAL
23. LICENCIA MATERNIDAD
24. LICENCIA PATERNIDAD
25. LICENCIA LUTO
26. LICENCIA REMUNERADA
27. SUSPENSIÓN TEMPORAL DE LA AFILIACIÓN
28. REINTEGRO
29. REINTEGRO POR CAMBIO DE RÉGIMEN
30. REINTEGRO POR CAMBIO DE EPS
31. REINTEGRO POR CAMBIO DE EPS Y RÉGIMEN
32. REINTEGRO POR CAMBIO DE EPS Y RÉGIMEN
33. REINTEGRO POR CAMBIO DE EPS Y RÉGIMEN
34. REINTEGRO POR CAMBIO DE EPS Y RÉGIMEN
35. REINTEGRO POR CAMBIO DE EPS Y RÉGIMEN
36. REINTEGRO POR CAMBIO DE EPS Y RÉGIMEN
37. REINTEGRO POR CAMBIO DE EPS Y RÉGIMEN
38. REINTEGRO POR CAMBIO DE EPS Y RÉGIMEN
39. REINTEGRO POR CAMBIO DE EPS Y RÉGIMEN
40. REINTEGRO POR CAMBIO DE EPS Y RÉGIMEN
41. REINTEGRO POR CAMBIO DE EPS Y RÉGIMEN
42. REINTEGRO POR CAMBIO DE EPS Y RÉGIMEN
43. REINTEGRO POR CAMBIO DE EPS Y RÉGIMEN
44. REINTEGRO POR CAMBIO DE EPS Y RÉGIMEN
45. REINTEGRO POR CAMBIO DE EPS Y RÉGIMEN
46. REINTEGRO POR CAMBIO DE EPS Y RÉGIMEN
47. REINTEGRO POR CAMBIO DE EPS Y RÉGIMEN
48. REINTEGRO POR CAMBIO DE EPS Y RÉGIMEN
49. REINTEGRO POR CAMBIO DE EPS Y RÉGIMEN
50. REINTEGRO POR CAMBIO DE EPS Y RÉGIMEN
51. REINTEGRO POR CAMBIO DE EPS Y RÉGIMEN
52. REINTEGRO POR CAMBIO DE EPS Y RÉGIMEN
53. REINTEGRO POR CAMBIO DE EPS Y RÉGIMEN
54. REINTEGRO POR CAMBIO DE EPS Y RÉGIMEN
55. REINTEGRO POR CAMBIO DE EPS Y RÉGIMEN
56. REINTEGRO POR CAMBIO DE EPS Y RÉGIMEN
57. REINTEGRO POR CAMBIO DE EPS Y RÉGIMEN
58. REINTEGRO POR CAMBIO DE EPS Y RÉGIMEN
59. REINTEGRO POR CAMBIO DE EPS Y RÉGIMEN
60. REINTEGRO POR CAMBIO DE EPS Y RÉGIMEN
61. REINTEGRO POR CAMBIO DE EPS Y RÉGIMEN
62. REINTEGRO POR CAMBIO DE EPS Y RÉGIMEN
63. REINTEGRO POR CAMBIO DE EPS Y RÉGIMEN
64. REINTEGRO POR CAMBIO DE EPS Y RÉGIMEN
65. REINTEGRO POR CAMBIO DE EPS Y RÉGIMEN
66. REINTEGRO POR CAMBIO DE EPS Y RÉGIMEN
67. REINTEGRO POR CAMBIO DE EPS Y RÉGIMEN
68. REINTEGRO POR CAMBIO DE EPS Y RÉGIMEN
69. REINTEGRO POR CAMBIO DE EPS Y RÉGIMEN
70. REINTEGRO POR CAMBIO DE EPS Y RÉGIMEN
71. REINTEGRO POR CAMBIO DE EPS Y RÉGIMEN
72. REINTEGRO POR CAMBIO DE EPS Y RÉGIMEN
73. REINTEGRO POR CAMBIO DE EPS Y RÉGIMEN
74. REINTEGRO POR CAMBIO DE EPS Y RÉGIMEN
75. REINTEGRO POR CAMBIO DE EPS Y RÉGIMEN
76. REINTEGRO POR CAMBIO DE EPS Y RÉGIMEN
77. REINTEGRO POR CAMBIO DE EPS Y RÉGIMEN
78. REINTEGRO POR CAMBIO DE EPS Y RÉGIMEN
79. REINTEGRO POR CAMBIO DE EPS Y RÉGIMEN
80. REINTEGRO POR CAMBIO DE EPS Y RÉGIMEN
81. REINTEGRO POR CAMBIO DE EPS Y RÉGIMEN
82. REINTEGRO POR CAMBIO DE EPS Y RÉGIMEN
83. REINTEGRO POR CAMBIO DE EPS Y RÉGIMEN
84. REINTEGRO POR CAMBIO DE EPS Y RÉGIMEN
85. REINTEGRO POR CAMBIO DE EPS Y RÉGIMEN
86. REINTEGRO POR CAMBIO DE EPS Y RÉGIMEN
87. REINTEGRO POR CAMBIO DE EPS Y RÉGIMEN
88. REINTEGRO POR CAMBIO DE EPS Y RÉGIMEN
89. REINTEGRO POR CAMBIO DE EPS Y RÉGIMEN
90. REINTEGRO POR CAMBIO DE EPS Y RÉGIMEN
91. REINTEGRO POR CAMBIO DE EPS Y RÉGIMEN
92. REINTEGRO POR CAMBIO DE EPS Y RÉGIMEN
93. REINTEGRO POR CAMBIO DE EPS Y RÉGIMEN
94. REINTEGRO POR CAMBIO DE EPS Y RÉGIMEN
95. REINTEGRO POR CAMBIO DE EPS Y RÉGIMEN
96. REINTEGRO POR CAMBIO DE EPS Y RÉGIMEN
97. REINTEGRO POR CAMBIO DE EPS Y RÉGIMEN
98. REINTEGRO POR CAMBIO DE EPS Y RÉGIMEN
99. REINTEGRO POR CAMBIO DE EPS Y RÉGIMEN
100. REINTEGRO POR CAMBIO DE EPS Y RÉGIMEN

G. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO
SEGUNDO APELLIDO
PRIMER NOMBRE
SEGUNDO NOMBRE
62. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD
63. NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD
64. SEXO BIOLÓGICO
65. SEXO AUTOPERCIBIDO
66. FECHA NACIMIENTO
67. EPS ENTIENDE
68. FECHA DE NOVEDAD: 24 08 2026
69. MOTIVO DE TRASLADO
70. N.A.A. EN CUMPLIMIENTO DE LA NOVEDAD

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

62. Declaración de libre elección económica de los beneficiarios o afiliados adicionales. Declaro bajo la gravedad de juramento que estos beneficiarios cumplen con el requisito de no tener ingresos mensuales superiores a un (1) SMLMV.
71. Declaración de la no obligación de afiliar al Régimen Contributivo. Cotizante o no cotizante.
72. Declaración de existencia de vínculos de hecho (unión o cese) bajo los cuales se entiende la afiliación de los integrantes que acreditan la condición de beneficiarios. Artículo 2.2.1.6.2.3 del Decreto 780 de 2016.
73. Declaración de no cotización de personas cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
74. Autorización para que la EPS solicite y obtenga todos los datos de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
75. Autorización para que la EPS suprima la información que se genere de la afiliación y del registro de novedades o la base de datos de afiliados registrados a la que tengan acceso terceros que por sus funciones lo requieran.
76. Autorización para que la EPS realice el tratamiento de los datos personales suministrados (captura de huella) de los beneficiarios o afiliados adicionales. Se entiende que el consentimiento se otorga con la firma del presente formulario.
77. Autorización para que la EPS no genere pagos no reconocidos a cuenta de UPC. Diario. Página Web. Multiservicios Por Ventanilla. Mensual. Semestral. Anual. Otro. Cuál?
78. Autorización para que la EPS no genere pagos no reconocidos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los siguientes periodos: Mensual. Semestral. Anual. Otro. Cuál?
79. Autorización para que la EPS no genere pagos no reconocidos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los siguientes periodos: Mensual. Semestral. Anual. Otro. Cuál?
80. Autorización para que la EPS no genere pagos no reconocidos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los siguientes periodos: Mensual. Semestral. Anual. Otro. Cuál?
81. Autorización para que la EPS no genere pagos no reconocidos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los siguientes periodos: Mensual. Semestral. Anual. Otro. Cuál?
82. Autorización para que la EPS no genere pagos no reconocidos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los siguientes periodos: Mensual. Semestral. Anual. Otro. Cuál?
83. Autorización para que la EPS no genere pagos no reconocidos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los siguientes periodos: Mensual. Semestral. Anual. Otro. Cuál?
84. Autorización para que la EPS no genere pagos no reconocidos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los siguientes periodos: Mensual. Semestral. Anual. Otro. Cuál?
85. Autorización para que la EPS no genere pagos no reconocidos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los siguientes periodos: Mensual. Semestral. Anual. Otro. Cuál?
86. Autorización para que la EPS no genere pagos no reconocidos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los siguientes periodos: Mensual. Semestral. Anual. Otro. Cuál?
87. Autorización para que la EPS no genere pagos no reconocidos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los siguientes periodos: Mensual. Semestral. Anual. Otro. Cuál?
88. Autorización para que la EPS no genere pagos no reconocidos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los siguientes periodos: Mensual. Semestral. Anual. Otro. Cuál?
89. Autorización para que la EPS no genere pagos no reconocidos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los siguientes periodos: Mensual. Semestral. Anual. Otro. Cuál?
90. Autorización para que la EPS no genere pagos no reconocidos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los siguientes periodos: Mensual. Semestral. Anual. Otro. Cuál?
91. Autorización para que la EPS no genere pagos no reconocidos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los siguientes periodos: Mensual. Semestral. Anual. Otro. Cuál?
92. Autorización para que la EPS no genere pagos no reconocidos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los siguientes periodos: Mensual. Semestral. Anual. Otro. Cuál?
93. Autorización para que la EPS no genere pagos no reconocidos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los siguientes periodos: Mensual. Semestral. Anual. Otro. Cuál?
94. Autorización para que la EPS no genere pagos no reconocidos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los siguientes periodos: Mensual. Semestral. Anual. Otro. Cuál?
95. Autorización para que la EPS no genere pagos no reconocidos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los siguientes periodos: Mensual. Semestral. Anual. Otro. Cuál?
96. Autorización para que la EPS no genere pagos no reconocidos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los siguientes periodos: Mensual. Semestral. Anual. Otro. Cuál?
97. Autorización para que la EPS no genere pagos no reconocidos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los siguientes periodos: Mensual. Semestral. Anual. Otro. Cuál?
98. Autorización para que la EPS no genere pagos no reconocidos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los siguientes periodos: Mensual. Semestral. Anual. Otro. Cuál?
99. Autorización para que la EPS no genere pagos no reconocidos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los siguientes periodos: Mensual. Semestral. Anual. Otro. Cuál?
100. Autorización para que la EPS no genere pagos no reconocidos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los siguientes periodos: Mensual. Semestral. Anual. Otro. Cuál?

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO
SEGUNDO APELLIDO
PRIMER NOMBRE
SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
FIRMA

Natalia Garcia-

99. El cotizante, beneficiario o afiliado adicional
100. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

X. ANEXOS

1. Copia del documento de identidad del cotizante
2. Copia del documento de identidad del beneficiario o afiliado adicional
3. Copia del documento de identidad del cabeza de familia, cónyuge o compañero(a) permanente
4. Copia del documento de identidad del padre o madre cuando el cotizante sea menor de edad
5. Copia del registro civil de nacimiento
6. Copia del documento de identidad del padrastro o madrastra
7. Copia del documento de identidad del hijastro
8. Copia del documento de identidad del hijo adoptivo
9. Copia del documento de identidad del hijo de crianza
10. Copia del documento de identidad del hermano huérfano de padre y madre
11. Copia del documento de identidad del hijo con discapacidad
12. Copia del documento de identidad del hijo mayor de 25 años que dependa económicamente del cotizante
13. Copia del documento de identidad del padre o madre del cotizante
14. Copia del documento de identidad del padrastro o madrastra del cotizante
15. Copia del documento de identidad del hijastro del cotizante
16. Copia del documento de identidad del hijo adoptivo del cotizante
17. Copia del documento de identidad del hijo de crianza del cotizante
18. Copia del documento de identidad del hermano huérfano de padre y madre del cotizante
19. Copia del documento de identidad del hijo con discapacidad del cotizante
20. Copia del documento de identidad del hijo mayor de 25 años que dependa económicamente del cotizante
21. Copia del documento de identidad del padre o madre del cotizante
22. Copia del documento de identidad del padrastro o madrastra del cotizante
23. Copia del documento de identidad del hijastro del cotizante
24. Copia del documento de identidad del hijo adoptivo del cotizante
25. Copia del documento de identidad del hijo de crianza del cotizante
26. Copia del documento de identidad del hermano huérfano de padre y madre del cotizante
27. Copia del documento de identidad del hijo con discapacidad del cotizante
28. Copia del documento de identidad del hijo mayor de 25 años que dependa económicamente del cotizante
29. Copia del documento de identidad del padre o madre del cotizante
30. Copia del documento de identidad del padrastro o madrastra del cotizante
31. Copia del documento de identidad del hijastro del cotizante
32. Copia del documento de identidad del hijo adoptivo del cotizante
33. Copia del documento de identidad del hijo de crianza del cotizante
34. Copia del documento de identidad del hermano huérfano de padre y madre del cotizante
35. Copia del documento de identidad del hijo con discapacidad del cotizante
36. Copia del documento de identidad del hijo mayor de 25 años que dependa económicamente del cotizante
37. Copia del documento de identidad del padre o madre del cotizante
38. Copia del documento de identidad del padrastro o madrastra del cotizante
39. Copia del documento de identidad del hijastro del cotizante
40. Copia del documento de identidad del hijo adoptivo del cotizante
41. Copia del documento de identidad del hijo de crianza del cotizante
42. Copia del documento de identidad del hermano huérfano de padre y madre del cotizante
43. Copia del documento de identidad del hijo con discapacidad del cotizante
44. Copia del documento de identidad del hijo mayor de 25 años que dependa económicamente del cotizante
45. Copia del documento de identidad del padre o madre del cotizante
46. Copia del documento de identidad del padrastro o madrastra del cotizante
47. Copia del documento de identidad del hijastro del cotizante
48. Copia del documento de identidad del hijo adoptivo del cotizante
49. Copia del documento de identidad del hijo de crianza del cotizante
50. Copia del documento de identidad del hermano huérfano de padre y madre del cotizante
51. Copia del documento de identidad del hijo con discapacidad del cotizante
52. Copia del documento de identidad del hijo mayor de 25 años que dependa económicamente del cotizante
53. Copia del documento de identidad del padre o madre del cotizante
54. Copia del documento de identidad del padrastro o madrastra del cotizante
55. Copia del documento de identidad del hijastro del cotizante
56. Copia del documento de identidad del hijo adoptivo del cotizante
57. Copia del documento de identidad del hijo de crianza del cotizante
58. Copia del documento de identidad del hermano huérfano de padre y madre del cotizante
59. Copia del documento de identidad del hijo con discapacidad del cotizante
60. Copia del documento de identidad del hijo mayor de 25 años que dependa económicamente del cotizante

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

101. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL
Código del Municipio
Código del Departamento
103. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

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

104. APELLIDOS Y NOMBRES
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
NÚMERO DE IDENTIDAD
105. FIRMA DEL FUNCIONARIO
106. FECHA DE ELABORACIÓN
107. FECHA DE RECEPCIÓN

OBSERVACIONES

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 2012)

Yo, NATALIA ALEJANDRA GARCIA ESTEVEZ identificado (a) con CC número 1007617679 de SAN GIL, certifico que:

1 ¿Previo el diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SI☐ NO☐
2 ¿Previo el 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?	SI☐ NO☐
3 ¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SI☐ NO☐
4 ¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	SI☐ NO☐
5 ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue atendido adecuadamente por la EPS?	SI☐ NO☐

Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al teléfono celular No.: 3202728515
y/o correo electrónico: ngarcia607@unab.edu.co
SI☐ NO☐
Autorizo la entrega de la carta de Derechos y Deberes del Afiliado y carta de Desempeño, en formato electrónico. SI☐ 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 anexadas con el cuerpo. SI☐ NO☐

Declaración juramentada de convivencia: Declaro que convivo con el(la) señor(a) _____ identificado(a) con _____ No. _____ Nacido en la ciudad _____ del año _____

Cordialmente: Natalia Garcia-

Firma

Tipo ID: CC No ID: 1007617679

Fecha de Solicitud: 24/08/2026

Dirección: KR 12 # 13 - 14

Tel: 3202728515 Municipio: OIBA

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

Mediante 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 para NUEVA EPS S.A. es esencial para el cumplimiento de fines previstos en la NUEVA EPS S.A.

Autorizaciones

En virtud de la anterior certificación, autorizo expresamente y confirmo a lo dispuesto en los artículos 14 y 15 de la Ley 527 de 1999, a NUEVA EPS S.A. para que me remita información en forma de mensajes de datos, a través de mecanismos como sms, short message service – correos electrónicos y redes sociales, relacionada con los servicios de NUEVA EPS S.A. y la carta de derecho de deberes.

Autorizo de manera expresa a NUEVA EPS S.A. y/o a la persona natural o jurídica a quien este 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 a mis 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 mis datos personales frente al responsable del tratamiento y el 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 mis 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 informamo 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 85A No. 46A - 66 Piso 2

Si (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. Habeas Data: dicho tratamiento podrá implicar la trasferencia, trasmisión y/o revelación de sus datos, a el cual se realizará a través de la 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	SI	PRODUCTOR AGROPECUARIO	SI
INDEPENDIENTE	NINGUNA	PORVENIR	1750905	NO	X	NO	X

Nivel de Escolaridad: Ninguno, Preescolar, Básica Primaria, Básica Secundaria, Básica Incompleta o Media Completa, Básica Primaria Incompleta, Básica Secundaria Incompleta, Técnica, Tecnológica X, Profesional, Técnico Profesional, Tecnológico, Especialización, Maestría, Doctorado, Otros Cuál, Ignorado

Posición Ocupacional: Patrón/Empleador, Trabajador Independiente, Cotizante, Trabajo por su Cuenta X

Inicio Contrato: 24/08/2026 Fin Contrato:

NÚMERO UNICO DE TRAMITES Y CONSULTAS: EL USUARIO TIENE DERECHO A LA ATENCIÓN DE TODAS LAS PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS Y SOLICITUDES QUE PRESENTE EN RELACIÓN CON EL SERVICIO DE SALUD. EL SISTEMA PONE A SU DISPOSICIÓN LA LÍNEA TELEFÓNICA GRATUITA NACIONAL 018000 954400 EN EL CUAL PODRÁ SOLICITAR EL APOYO QUE REQUIERA ALGUNO DE LOS ACTORES DEL SISTEMA. CUANDO ESTIME QUE NO ESTÁ RECIBIENDO UNA ATENCIÓN OPORTUNA Y EFICAZ, ACUDA A LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD.

SÓLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE INDEPENDIENTE PAGO POR TERCERO — Nombre del Tercero | Tipo de Identificación: NIT, C.C., C.E., T.I., P.A. | Identificación del Tercero que realiza el Aporte

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del ASESOR o PROMOTOR	CÓDIGO ASESOR o PROMOTOR	Nombre de OFICINA
Mary Luz Peñaranda Gomez	N0787	

CIUDAD Y FECHA

Certificación
Bancaria

Lunes, 07 de septiembre de 2026

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que NATALIA ALEJANDRA GARCIA ESTEVEZ identificado(a) con CC 1007617679, 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	29055735741	2023-08-02	Activo	*****

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

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

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