La Paz, Cesar 17 de septiembre de 2026

Doctor
WILSON RINCÓN ÁLVAREZ
Alcalde Municipal de La Paz-Cesar

Ref. Propuesta Formal Para Contratación.

Cordial saludo:

NEFER JOSE ZEQUEIRA TORRES, mayor de edad identificado civilmente como parece al pie de mi firma, con el respeto que me caracteriza me dirijo ante su despacho con el fin de presentar propuesta para prestar mis servicios, cuyo objeto será. **"APOYAR LAS ACCIONES DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES DE INTERES EN SALUD PUBLICA EN LA SECRETARIA DE DESARROLLO Y PROTECCION SOCIAL LA PAZ CESAR VIGENCIA 2026.".**

PLAZO: TRES (3) MESES

VALOR: SEIS MILLONES DE PESOS MCTE ($6.000.000 MCTE).

ACTIVIDADES:

1. Apoyar las investigaciones epidemiológicas y seguimiento de campo de los eventos de interés en salud pública en zona rural y urbana.
2. Apoyar la realización de cerco epidemiológico de los eventos de interés en salud pública en zona rural y urbana.
3. Apoyar las intervenciones de búsqueda activa comunitaria casa a casa, y vigilancia, de los eventos de interés en salud publica en zona urbana y rural.
4. Apoyar seguimiento según protocolo del evento de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia en zona urbana y rural.
5. Apoyar monitoreo mensual de vacunación 25 casas efectivas en zona rural y urbana según territorio priorizado.
6. Apoyar censo, visitas de inspección y vigilancia a establecimientos de interés en salud pública
7. Apoyar en organizar jornadas de recolección de inservibles, brindar educación que es la enfermedad del dengue, como evitarla; sobre el manejo de desechos, reciclaje eliminación de criaderos, orientaciones para el lavado y cepillado de tanques e información en salud. entre otros. para mitigar la proliferación del vector en zona rural y urbana.
8. Las demás acciones delegadas por el supervisor del contrato

De conformidad con la Ley 1581 de 2012 y demás normas complementarias, autorizo para el tratamiento y manejo de mis datos personales, el cual consiste en recolectar, almacenar, depurar, usar, analizar, circular, actualizar, cruzar información propia y publicar con el fin de facilitar la contratación de prestación de servicios. Además de mis nombres, apellidos y documento de identidad, los datos y documentos que se someten a tratamiento y son autorizados.

Declaro que soy responsable de la veracidad de los datos suministrados. Así mismo autorizo efectuar sus procedimientos de notificación y comunicación a la dirección de correspondencia y/o correo electrónico, citado en la hoja de vida del *Sistema de Información y Gestión del Empleo Público - SIGEP*.

Declaro que conozco los derechos que me asisten como titular y de la identificación, dirección y teléfono del responsable de tratamiento de mis datos, de conformidad con la Ley 1581 de 2012, la Ley 1712 de 2014, la ley 1437 de 2011, LEY 1918 DE 2018, Decreto 753 de 2019 y demás normas concordantes.

No me hallo incurso en ninguna causal de inhabilidad, incompatibilidad previstas por la Constitución Política, los artículos 8 y 9 de la Ley 80 de 1993, la Ley 610 de 2000, la Ley 863 de 2003, el artículo 18 de la Ley 1150 de 2007, y demás normas concordantes; y tampoco me encuentro incurso en evento alguno de los previstos como prohibiciones especiales para contratar.

Ninguna persona diferente a mi tiene interés en esta oferta ni en el contrato que como consecuencia de ella se llegare a celebrar y que, por consiguiente, solo me compromete a mí.

En caso de que sea aceptada mi propuesta, autorizo a la entidad para que realice la correspondiente publicación de la presente propuesta en el SECOP II y me comprometo a
suscribir el contrato respectivo, en el lapso señalado en la invitación, y a realizar todos los trámites que me correspondan y sean necesarios para su perfeccionamiento y ejecución.

Me encuentro registrado (a) en el SECOP II en calidad de Proveedor con la finalidad de participar y celebrar contratos, realizados por las Entidad Municipio de La Paz, en el SECOP II. (Anexo pantallazo del registro en el SECOP II).

Notificaciones:

Dirección:	CRA 8 11-70
Correo electrónico:	neferzequeira02@gmail.com

Anexos: Anexo todos los documentos y certificaciones solicitados por la entidad, en la solicitud de propuesta para la celebración del contrato de prestación de servicios.

A la espera de su respuesta.

NEFER JOSE ZEQUEIRA TORRES
C.C: 77.036.459 de La Paz

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
ZEQUEIRA	TORRES	NEFER JOSE

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 77036459	F ○ M ⊗ NB ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ⊗ NÚMERO 77036459 D.M. 15

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 02 MES 10 AÑO 1965	CARRERA 8 11 70			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	CESAR
DEPTO	CESAR	MUNICIPIO	LA PAZ		
MUNICIPIO	LA PAZ	TELÉFONO		EMAIL	neferzequeira02@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	1987
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

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 ALCALDIA DE LA PAZ ROBLES - CESAR			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CESAR	*MUNICIPIO* LA PAZ						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 5771240	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	16	*Mes*	12	*Año*	2025	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL NO APLICA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL						*DIRECCIÓN* CARRERA 7 8 9					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE LA PAZ ROBLES - CESAR			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CESAR	*MUNICIPIO* LA PAZ						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 5771240	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	05	*Mes*	05	*Año*	2025	*Día*	05	*Mes*	09	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL 054/2014 APOYO TECNICO ATENCIO	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL						*DIRECCIÓN* CARRERA 7 8 9					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE LA PAZ ROBLES - CESAR			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CESAR	*MUNICIPIO* LA PAZ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 5771240	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	31	*Mes*	10	*Año*	2024	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO TECNICO SALUD PUBLICA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DE DESARROLLO Y PROTECCION						*DIRECCIÓN* CARRERA 7 8A 0 9					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE LA PAZ ROBLES - CESAR			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CESAR	*MUNICIPIO* LA PAZ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 5771240	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	24	*Mes*	04	*Año*	2024	*Día*	24	*Mes*	06	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO TECNICO SALUD PUBLICA	*DEPENDENCIA* ALCALDIA - SECRETARIA DE SALUD						*DIRECCIÓN* CARRERA 7 8A 9 Palacio Municipal					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CONCEJO DE LA PAZ			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CESAR	*MUNICIPIO* LA PAZ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3016629126	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	05	*Año*	2000	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2000
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONCEJAL	*DEPENDENCIA* CONCEJAL MUNICIPAL						*DIRECCIÓN* CARRERA 8 11 70 FRAY JUAQUIN					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MARINO ZULETA RAMIREZ - LA PAZ			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CESAR	*MUNICIPIO* LA PAZ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	09	*Año*	1999	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	1999
CARGO O CONTRATO ACTUAL 04014928 AUXILIAR	*DEPENDENCIA* AREA DE PROMOCION SALUD						*DIRECCIÓN* CARRERA 8 11 70 FRAY JUAQUIN					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE LA PAZ ROBLES - CESAR			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CESAR	*MUNICIPIO* LA PAZ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3016629126	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	26	*Mes*	05	*Año*	1998	*Día*	15	*Mes*	06	*Año*	1999
CARGO O CONTRATO ACTUAL DIRECTOR DE PROTECCION	*DEPENDENCIA* PROTECCION AL CONSUMIDOR						*DIRECCIÓN* CARRERA 8 11 70 FRAY JUAQUIN					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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*					

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	2	1
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 _____

_____

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Función Pública

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACION DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERES
(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)

Tipo de declaración	PERIÓDICO	Fecha de publicación	2026-01-13 17:02

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
NEFER	JOSE	ZEQUEIRA	TORRES

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	77036459

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	CESAR	Municipio	LA PAZ

Lugar de domicilio					
País	COLOMBIA	Departamento	CESAR	Municipio	LA PAZ

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	ALCALDIA DE LA PAZ ROBLES - CESAR

Lugar de sede					
País	COLOMBIA	Departamento	CESAR	Municipio	LA PAZ

Dirección	["Carrera 7 No. 8A-09 Palacio Municipal"]
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019: Persona natural y jurídica, pública o privada, que presten función pública, que presten servicios públicos respecto de la información directamente relacionada con la prestación del servicio público.

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente mi declaración de bienes y rentas y manifiesto que los únicos bienes y rentas que poseo a la fecha, en forma personal o por interpuesta persona, son los que relaciono a continuación.

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2025 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$0,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE 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: Si [ ] 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:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **77.036.459**
ZEQUEIRA TORRES

APELLIDOS
NEFER JOSE

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **02-OCT-1965**

LA PAZ
(CESAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

20-JUN-1984 LA PAZ
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1282500-00203339-M-0077036459-20091215 **0019052067A 1** 26197081

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14958246762

(415)7707212489984(8020) 000001495824676 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
7 7 0 3 6 4 5 9	2	Impuestos y Aduanas de Valledupar	2 4	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	7 7 0 3 6 4 5 9	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cesar 2 0	La Paz 6 2 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ZEQUEIRA	TORRES	NEFER	JOSE

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cesar 2 0	La Paz 6 2 1

41. Dirección principal: CR 8 11 70

42. Correo electrónico: neferzequeira02@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 2 6 7 6 0 6 3 7	3 0 1 6 6 2 9 1 2 6

CLASIFICACIÓN

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	4	9																								

49 - No responsable de IVA

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

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2023-10-20 / 06:14:15PM

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

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ZEQUEIRA TORRES NEFER JOSE

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 28 de julio de 2026, a las 12:10:03, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	77036459
Código de Verificación	77036459260728121003

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

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 300187691

PIB
12:09:35

Bogotá DC, 28 de julio del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) NEFER JOSE ZEQUEIRA TORRES identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 77036459:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 12:08:54 PM horas del 28/07/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **77036459**

Apellidos y Nombres: **ZEQUEIRA TORRES NEFER JOSE**

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

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 28/07/2026 12:08:07 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **77036459** y Nombre: **NEFER JOSE ZEQUEIRA TORRES.**

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. **144687204** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 12:07:18 horas del 28/07/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **77036459,** Apellidos y Nombres **ZEQUEIRA TORRES NEFER JOSE**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **MUNICIPIO LA PAZ**, con NIT **800096605-1** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E INTERPOL

Área de Administración de Información Criminal

ENLACES DE INTERÉS

› Portal web DIJIN

› Consulta Antecedentes Judiciales

› Protección de Datos

SÍGANOS EN LAS REDES SOCIALES

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

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

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 77036459 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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

Se expide en Bogotá el 28/07/2026 12:12 PM

Código Verificación: **Y3TEFCN6UM**

Válida hasta: **28/10/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

NIT 800.130.907-4

CONSECUTIVO No

No. de Radicación | Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual: -Cotizante o Cabeza de Familia [ ] -Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [ ] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [ ] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ] Código (a registrar por la EPS) [ ]

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres: Zequeira | Torres | Nefer | José

7. Tipo de documento de identidad: C.C
8. Número del documento de identidad: 77036459
9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]
10. Fecha de nacimiento: 02 10 1965

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia [ ]
12. Discapacidad: Tipo [ ] Condición [ ]
13. Puntaje SISBEN [ ]
14. Grupo de población especial [ ]
15. Administradora de Riesgos Laborales -ARL
16. Administradora de Pensiones
17. Ingreso base de cotización -IBC

18. Residencia: Carrera 8 No 11-70 | 3016629126 | nefer2equeira02@gmail.

Municipio/Distrito | Zona: Urbana [ ] Rural [ ] | Localidad/Comuna | Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres

20. Tipo de documento de identidad [ ]
21. Número del documento de identidad
22. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]
23. Fecha de nacimiento

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

24. Apellidos y nombres

	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad: Tipo F	N	M	Condición T	P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

	32. Datos de residencia: Municipio/Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (A registrar por la EPS)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social
36. Tipo de documento de identificación [ ]
37. Número del documento de identificación
38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicación: Dirección | Teléfono | Correo electrónico | Municipio/Distrito | Departamento

Anexo 2

INSTRUCTIVO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Los campos con asterisco (*) son obligatorios. Si no aplica, escriba NO APLICA. Si no conoce un dato, escriba NO SABE. Si no tiene información, escriba NO TIENE. Los campos marcados con (**) son obligatorios para el régimen subsidiado.

ENCABEZADO

Logo de la EPS: Espacio destinado a la EPS.

Número de radicación: Número o clave que la EPS asigna al momento de recibir el formulario para identificarlo en sus sistemas.

Fecha de radicación: Día, mes y año en que la EPS recibe físicamente el formulario de afiliación o registro de novedades. Diligencie obligatoriamente un solo formato impreso, no fotocopias.

Quien realiza el trámite debe verificar que la información registrada en el formulario corresponda exactamente a la del documento de identidad vigente del afiliado.

CAPÍTULO I. DATOS DEL TRÁMITE

Tenga presente que, de acuerdo con la Resolución 1515 de 2020, el formulario físico o electrónico que no cumpla con los requisitos de información establecidos será devuelto a la EPS para su corrección, sin que se entienda radicada la solicitud hasta que se subsanen las inconsistencias.

1. Tipo de trámite

A. Afiliación

Marque cuando se formaliza una primera vez el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en condición de cotizante, beneficiario o afiliado adicional.

B. Reporte de novedades

Marque cuando se reporta algún cambio en los datos de identificación, ubicación, parentesco o estado de un afiliado ya activo en la EPS, como cambio de dirección, de teléfono, de régimen, de categoría, de tipo de afiliación, de EPS, fallecimiento, traslado a otro municipio o retiro del sistema.

2. Tipo de afiliación

A. Individual

La afiliación de afiliado individual aplica cuando el cotizante o el cabeza de familia realizan directamente la afiliación y el reporte de novedades a sus beneficiarios, familiares, entidades o instituciones.

Se debe solicitar una cuenta de cobro para cada cotizante, cabeza de familia o beneficiario.

B. Colectiva

La afiliación colectiva consiste en trasladar, independiente o en conjunto, a un grupo de personas, a su grupo familiar o a su empresa, a la EPS, para el reporte de novedades y pago de aportes. Se puede realizar a través de cooperativas, agremiaciones, sindicatos, juntas, cajas, fondos, asociaciones, cooperativas, fundaciones, entre otros.

C. Institucional

La afiliación institucional aplica cuando el personal que va a ser afiliado se encuentra a cargo de una institución de protección o la afiliación es realizada por el mismo empleador.

D. De oficio

La afiliación de oficio aplica cuando la afiliación es realizada por un ente territorial, Superintendencia, Juzgado, Defensoría del Pueblo o Procuraduría, entre otros, o la Registraduría Nacional del Estado Civil, entregando a la entidad administradora del régimen subsidiado (ADRES) el listado de personas que cumplen con los requisitos para ser afiliadas al régimen subsidiado. También aplica cuando la afiliación es realizada por autoridades indígenas. También aplica para los beneficiarios del régimen subsidiado.

3. Régimen

Marque con una X la opción que corresponda.

Contributivo: Régimen al que pertenecen las personas que tienen capacidad de pago y cotizan mediante un aporte económico.

Subsidiado: Régimen al que pertenecen las personas que no tienen capacidad de pago y son afiliadas sin cotizar.

4. Tipo de afiliado

Marque con una X la opción correspondiente a la condición de quien realiza la afiliación o reporta la novedad.

Cotizante: Cotizante es la persona que realiza el aporte a la seguridad social. Cotizante afiliado: Persona cotizante de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en el régimen Contributivo.

Cabeza de familia: Opción cuando la persona que se afilia o a la que se reporta la novedad se le registrará como cabeza de su núcleo familiar. Régimen subsidiado.

Beneficiario: Es la persona que integra el núcleo familiar y cumple las condiciones para ser reconocida como beneficiaria de un cotizante en el régimen Contributivo o de un cabeza de familia en el régimen Subsidiado.

5. Tipo de cotizante

Marque con una X la opción que corresponda.

Dependiente: Es el cotizante cuya vinculación laboral es formalizada mediante un contrato laboral y percibe con este el pago de los aportes a salud y pensiones.

Independiente: Es el cotizante no está vinculado a un empleador mediante una relación laboral y que tiene la capacidad y el deber de cubrir los aportes que exige la ley de la salud.

Pensionado: Es el cotizante que ya recibe una pensión y a cargo de salud y pensiones y no empleador y su cargo.

Código: Este espacio debe ser diligenciado por el EPS y corresponde al código de pensión establecido por la Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales.

A. AFILIACIÓN

En la afiliación es necesario diligenciar los datos:

- Diligencie la afiliación del cotizante, cabeza de familia o beneficiario, de acuerdo con los datos de identificación, correspondientes a su documento de identidad vigente.
- Diligencie el código de actividad económica del cotizante, cabeza de familia o beneficiario, en el mismo orden de afiliación.
- Diligencie los datos del cotizante, cabeza de familia o beneficiario, de acuerdo con el documento de identidad vigente, verificado a la vigencia de la afiliación, y la fecha de nacimiento, de acuerdo con el documento de identidad vigente, verificado a la vigencia de la afiliación. Si el cotizante, cabeza de familia o beneficiario no cuenta con documento de identidad vigente, diligencie los datos del documento de identidad vencido, verificado a la vigencia de la afiliación.
- Diligencie los datos de ubicación del cotizante, cabeza de familia o beneficiario, de acuerdo con los datos de residencia, verificados a la vigencia de la afiliación.
- Diligencie los datos de contacto del cotizante, cabeza de familia o beneficiario, de acuerdo con los datos de contacto, verificados a la vigencia de la afiliación.
- Diligencie los datos de cotización del cotizante, cabeza de familia o beneficiario, de acuerdo con los datos de cotización

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS S

NIT 800.130.907-4

Vigilada Superintendencia Nacional de Salud

CONSECUTIVO No.

No. de Radicación

Fecha de Radicación

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- ☐ 3. Actualización del documento de identidad.
- ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código ☐
- ☐ 6. Reinscripción en la EPS.
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- ☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.
- ☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 13. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ 14. Traslado: ☐ A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Regimen
- ☐ 15. Reporte de fallecimiento.
- ☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante.
- ☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- 18. Reporte de la calidad de Pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Tipo de documento de identidad ☐		Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	Fecha de nacimiento	42. Fecha
43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código ☐	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☐ 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- ☐ 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- ☐ 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- ☐ 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución Prestadora de Servicios de Salud.
- 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- ☐ 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- ☐ 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- ☐ 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, Cabeza de familia o Beneficiario

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ CD ☐ SC ☐

Cantidad ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total ☐

- ☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- ☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- ☐ 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- ☐ 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- ☐ 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- ☐ 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- ☐ 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Tipo documento de identidad ☐	Número del documento de identidad	65. Firma del funcionario

OBSERVACIONES:

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

VIGILADO Supersalud

FSAS-FUA V1 - 5.2016

Empresa de Salud Ocupacional

NIT 900272056 - 5

CONCEPTO APTITUD LABORAL



Paciente: NEFER JOSE ZEQUEIRA TORRES

Identificación: [illegible]

Edad: [illegible]

Cargo: CONTRATISTA

Empresa en labor: ALCALDÍA DE LA SAL

Empresa: PARTICULAR

No. Orden [illegible] Fecha atención: [illegible]

Realizado en: Valledupar - Cesar Fecha salida: [illegible]

Tipo evaluación: Examen medico ocupacional de Ingreso-Osteomuscular

Examenes realizados

EXAMEN MEDICO [illegible] EN [illegible]

Recomendaciones Laborales:	Manejo por EPS/ARP:	Habitos y estilos de vida:	Incluir en SVE
Higiene postural Estilos de vida saludables [illegible] [illegible] [illegible]	[illegible]	Dieta baja en carbohidratos [illegible] baja en grasas [illegible] baja en sodio	No aplica

Restricciones laborales:

No aplica

Concepto aptitud laboral:

Aptitud con patología no incapacitante

Aptitud para tareas especificas:

No aplica

Observación:

No aplica

Jairo Martinez Rojas
Reg: 4610
Lic: 1070

Firma del Profesional: JAIRO ALFONSO MARTINEZ ROJAS

Firma del Paciente: NEFER JOSE ZEQUEIRA TORRES

Identificación: [illegible]

www.jmrsaludocupacional.com - e-mail:jmrsaludocupacional@hotmail.com

Tel. [illegible] - Calle 11 # 11A - 17 - Valledupar

La República de Colombia

y en su Nombre,

Colegio Nacionalizado Ciro Pupo Martínez

La Paz . Cesar

Aprobado por el Ministerio de Educación Nacional según Resolución No. 17472 del 22 de Noviembre de 1.978

Confiere a:

NEFER JOSE ZEQUEIRA TORRES

Identificado(a) con C.C. No. 77.036.459 de La Paz - Cesar

El Título de:

Bachiller Académico

Por razón de haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, según los planes y programas vigentes.

Rector(a)

Secretario(a)

En La Paz 29 de Noviembre de 1.987.

Anotado al folio No. 056-3 del Libro de Registro No. 32

Secretario de Educación

Dado en Valledupar a los 29 días del mes de Noviembre de 1.987

Colegio Nacionalizado "CIRO PUPO MARTINEZ"

LA PAZ - CESAR

Inscripción DANE: 120621-00235. Código FER B-I-0

Registro Secretaría de Educación No. 070-III-20-87.

ACTA DE GRADO

En la ciudad de La Paz, a los 29 días del mes de NOVIEMBRE del Año de 1.987 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría del Colegio Nacionalizado "Ciro Pupo Martínez" modalidad ACADEMICO Institución aprobada hasta DUEVA VISITA en el nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad ACADEMICO, según Resolución (es) Número (s) 17472 NOVIEMBRE 22/78.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el Título de BACHILLER, al graduando cuyo número de orden, nombre, apellidos y número del documento de identificación se relacionan a continuación:

No. NOMBRE

84 NEFEE JOSE ZEQUEIRA TORRES.

DOCUMENTO DE IDENTIDAD 77.036.459 LA PAZ (CESAR)

Es fiel copia tomada del Acta original No. 007 de fecha NOVIEMBRE 29/87 que consta de 92 alumnos graduados, comienza con el nombre de ASKAS SANCHEZ HUMER y se cierra con el nombre de ZULETA PUENTES YESID ENRIQUE

firmado y sellado por LIBIA TORRES DE ARAUJO. (Rector) y EDITH M. DE CALLE. (Secretario(a)

Dada en La Paz, a los 29 días del mes de NOVIEMBRE de 1987

En constancia se firma la presente, por quienes intervinieron, en cumplimiento de lo ordenado en el artículo 7o. del Decreto 180 de 1981.

Firmado y Sellado

El Rector o Director (a) — El Secretario (a)

c.c. No. 26.992.662 FONSECA — c.c. No. 26.868.894 ROBLES

Powered by CamScanner

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

NEFER JOSE ZEQUEIRA TORRES

Con Cedula de Ciudadania No. 77.036.459

Cursó y aprobó la acción de Formación

FUNDAMENTOS PARA LIDERES EN SALUD OCUPACIONAL

con una duración de 56 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Valledupar, a los trece (13) días del mes de diciembre de dos mil diecisiete (2017)

Firmado Digitalmente por
EDUARDO OLIVER MENA RODRIGUEZ
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
Autenticidad del Documento
Bogota - Colombia

EDUARDO OLIVER MENA RODRIGUEZ
Subdirector
CENTRO BIOTECNOLOGICO DEL CARIBE
REGIONAL CESAR

49581279 - 13/12/2017
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9114001594318CC77036459C.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

NEFER JOSE ZEQUEIRA TORRES

Con Cédula de Ciudadanía No. 77036459

Cursó y aprobó la acción de Formación

MANIPULACION DE ALIMENTOS

con una duración de 48 horas

En testimonio de lo anterior. se firma el presente en La Paz. a los diecisiete (17) dias del mes de diciembre de dos mil veinticinco (2025)

Firmado Digitalmente por

JOSE PEÑA CACERES
Subdirector (E)
CENTRO BIOTECNOLOGICO DEL CARIBE
REGIONAL CESAR

105935230 - 17/12/2025
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9114003247776CC77036459C.

SENA
REGIONAL CESAR

EL CENTRO BIOTECNOLOGICO DEL CARIBE

CERTIFICA

Que NEFER JOSE ZEQUEIRA TORRES identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No 77.036.459 de , realizó y aprobó el curso de MANIPULACION HIGIENICA DE ALIMENTOS con una intensidad horaria de Cuarenta (40) y obtuvo una evaluación Apto (A) con una equivalencia de (4.5).

Equivalencia de Evaluaciones:
D: Reprobo
A: Aprobo

Se expide en La Paz, a los veintiseis (26) días del mes de julio de dos mil once (2011)

Firmado Digitalmente por
FARITH HERNANDO PABA RUBIO
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
Autenticidad del Documento
Bogota - Colombia

FARITH HERNANDO PABA RUBIO
SUBDIRECTOR CENTRO BIOTECNOLOGICO DEL CARIBE
REGIONAL CESAR

SENA: Una Organización con Conocimiento

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 911400242916CC77036459E.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

NEFER JOSE ZEQUEIRA TORRES

Con Cedula de Ciudadania No. 77.036.459

Cursó y aprobó la acción de Formación

MANEJO BÁSICO DE HERRAMIENTAS OFIMATICAS I

con una duración de 50 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en La Paz, a los veintisiete (27) días del mes de octubre de dos mil diecisiete (2017)

Firmado Digitalmente por
ORLANDO FABIAN SAAVEDRA ZULETA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogota - Colombia

ORLANDO FABIAN SAAVEDRA ZULETA
Subdirector (E)
CENTRO BIOTECNOLOGICO DEL CARIBE
REGIONAL CESAR

47743562 - 27/10/2017
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9114001534654CC77036459C.

UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

CENTRO DE INVESTIGACIÓN PARA EL DESARROLLO CID
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS
SEDE BOGOTÁ

CERTIFICAN QUE

Nefer Jose Zequerira Torres

CON IDENTIFICACIÓN C.C 77036459

ASISTIO Y APROBÓ EL DIPLOMADO

DIPLOMADO EN COMPETENCIAS TÉCNICAS EN CONTROL SOCIAL Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA A USUARIOS Y LÍDERES DEL SECTOR SALUD

REALIZADO DEL 01 DE SEPTIEMBRE AL 30 DE NOVIEMBRE DE 2020 EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C. CON UNA INTENSIDAD DE 120 HORAS

DADO EN BOGOTÁ D.C. EL 30 DE NOVIEMBRE DE 2020

EDGARDO ALBERTO FANDIÑO CHITIVA
SECRETARIO A. ACADÉMICO A.
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Escaneado con CamScanner

21

LA PAZ

ALCALDIA MUNICIPAL DE LA PAZ
EL TECNICO AREA SALUD DEL MUNICIPIO DE LA PAZ - CESAR

CERTIFICA QUE:

NEFER JOSE ZEQUEIRA TORRES
C.C. No. 77.036.459 expedida en La Paz - Cesar

Participo
En la capacitación sobre E. T. V, ZOONOSIS, MANIPULACION DE ALIMENTOS, CALIDAD DE AGUA, VACUNACION CANINA Y EQUINA CONTRA LA ENCEFALITIS EQUINA VENEZOLANA. En el tiempo comprendido del 5 al 16 de marzo de 2007.

Dado en La Paz - Cesar a los dieciséis (16) dias del mes de Marzo de 2007.

DAVID GUTIERREZ LENGUA
Tecnico Area Salud La Paz - Cesar

Scanned with CamScanner

HOSPITAL MARINO ZULETA

EL HOSPITAL MARINO ZULETA RAMIREZ E.S.E.

CERFICA QUE

NEFER ZEQUEIRA TORRES

PARTICIPÓ
EN LA CAPACITACIÓN DE AGENTES
SOCIALES PARA LA VIGILANCIA EN SALUD

DADO EN LA PAZ–CESAR A LOS SIETE (7) DIAS DEL MES DE DICIEMBRE DE 2007

JOSE JAVIER FUENTES CALDERON
GERENTE

SORAIMA COTES COTES
COORDINADORA PAI Y AIEPI

CamScanner

LA SECRETARIA DE DESARROLLO Y PROTECCION SOCIAL DE LA OFICINA DE LA ALCALDÍA MUNICIPAL DE LA PAZ – CESAR.

CERTIFICA:

Que el señor, **NEFER JOSE ZEQUEIRA TORRES**, identificado con la cedula de ciudadanía N. **77.036.459**, de La Paz – Cesar, Laboró los siguientes contratos de prestación de servicio.

Contrato de prestación de servicios CPS- 114-2024 PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LAS ACTIVIDADES EN TORNO A LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA PRESENTADOS EN EL MUNICIPIO DE LA PAZ, CESAR con un plazo de ejecución de dos (02) meses, desde el 24 de Abril hasta el 24 de Junio de 2024.

Contrato de prestación de servicios CPS-345 -2024 "PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LAS ACTIVIDADES EN TORNO A LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA PRESENTADOS EN EL MUNICIPIO DE LA PAZ." Con un plazo de ejecución de dos (02) meses, desde el 31 de Octubre hasta el 31 de Diciembre de 2024.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado de conformidad a los archivos que se llevan en esta entidad. Para mayor constancia se firma el presente documento en La Paz – César, el día 21 del mes de Marzo de 2025.

ANLLELIS CAROLINA RAMÍREZ GONZÁLEZ
Secretaria de Desarrollo y protección social

LA SECRETARIA DE DESARROLLO Y PROTECCION SOCIAL DE LA OFICINA DE LA ALCALDÍA MUNICIPAL DE LA PAZ – CESAR.

CERTIFICA:

Que el señor, **NEFER JOSE ZEQUEIRA TORRES,** identificado con la cedula de ciudadanía N. **77036459** de La Paz – Cesar, Laboró los siguientes contratos de prestación de servicio.

Contrato de prestación de servicios cps-**151--2025, PARA AMPARAR EL APOYO A LAS ACCIONES DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES DE INTERES EN SALUD PUBLICA EN LA SECRETARIA DE DESARROLLO Y PROTECCION SOCIAL, LA PAZ CESAR VIGENCIA 2025 EN LA SECRETARIA DE SALUD DEL MUNIICPIO DE LA PAZ CESAR**, con un plazo de ejecución de Cuatro (04) meses, desde el 05 de mayo hasta el 05 de septiembre de 2025.

Contrato de prestación de servicios cps-**373--2025, PARA AMPARAR EL APOYO A LAS ACCIONES DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES DE INTERES EN SALUD PUBLICA EN LA SECRETARIA DE DESARROLLO Y PROTECCION SOCIAL, LA PAZ CESAR VIGENCIA 2025 EN LA SECRETARIA DE SALUD DEL MUNIICPIO DE LA PAZ CESAR**, con un plazo de ejecución de quince (15) días, desde el dieciséis (16) de diciembre hasta el 31 de diciembre de 2025.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado de conformidad a los archivos que se llevan en esta entidad. Para mayor constancia se firma el presente documento en La Paz – César, el día 27 del mes de enero de 2026.

ANLLELIS CAROLINA RAMÍREZ GONZÁLEZ
Secretaria de Desarrollo y protección social

Bogotá, Línea
Quito

Contrato firmado

Contrato en ejecucion

Información del objeto

Tipo de proceso	Contratación directa
Unidad de contratación	Secretaría de Desarrollo y Protección Social
Proceso de Contratación	APOYO EN LAS ACCIONES URBANAS Y RURALES DE INTERES EN SALUD PUBLICA DE LA SECRETARIA DE DESARROLLO Y
Título de la oferta	N/A
Cuantía del contrato	800.000,00 COP

© VORTAL 2019 018000-52-0808 Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

Certificación
Bancaria

Viernes, 10 de julio de 2026

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que NEFER JOSE ZEQUEIRA TORRES identificado(a) con CC 77036459, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
CUENTA AHORROS	52477135072	2017-05-25	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.

VIGILADO BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario

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

N°1310

PAZ Y SALVO DE IMPUESTO PREDIAL

EL SUSCRITO(A) FUNCIONARIO(A) AUTORIZADO(A) DEL MUNICIPIO DE LA PAZ CESAR

LIP No. 0710 3

CERTIFICA QUE:

Se encuentra a paz y salvo con el Municipio de la Paz en el Departamento del Cesar por concepto del Impuesto Predial Unificado y complementario de Sobretasa Ambiental, Sobretasa Bomberil y Contribución por Valorización, hasta el 31 de Diciembre del 2026.

Propietario(s):		
FREDY ALBERTO ARAUJO TORRES - C 5087945 KATRIN LORENA MEJIA ZEQUEIRA - C 1065633222 NEFER JOSE ZEQUEIRA TORRES - C 77036459	Número del predio	01-01-0000-0010-000 NPN/ 01-01-00-00-0010-0002-0-00-00-0000
	Dirección del predio	C 10 10 36
	Área de terreno	931 Mts
	Área construida	256 Mts
	Avalúo	$ 141.575.000

Se expide en el municipio de la Paz – Cesar a los DIECISIETE (17) días del mes Julio de 2026

NOTA: EL PRESENTE PAZ Y SALVO ES VALIDO HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DEL 2026

JAMER YAMID RODRIGUEZ RACHECO
Secretario de Hacienda

Elaboración
Usuario:
Fecha: viernes, 10 de julio de 2026

Impresión
Usuario: BELCY LUZ MORA CALDERON
Fecha: viernes, 17 de julio de 2026

Resumen

ID del contrato en SECOP	CO1.SLCNTR.16303788
Numero del contrato	CPS-373-2025
Version del contrato	1
Objeto del contrato	APOYO EN LAS ACCIONES URBANAS Y RURALES DE INTERES EN SALUD PUBLICA DE LA SECRETARIA DE DESARROLLO Y PROTECCION SOCIAL DE LA PAZ - CESAR. VIGENCIA 2025
Tipo de contrato	Prestación de servicios
Fecha de terminacion del contrato	14 días para terminar 30/12/2025 11:59:00 PM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito
Duracion del contrato	15 Dias
Tiempo adiciones en dias	0 dias
Proveedor(es) seleccionado(s)	Si No
Estado del contrato	Firmado
Liquidación	Si No
Obligaciones Ambientales	Si No
Obligaciones Pos Consumo	Si No
Reversion	Si No

Entidad Estatal

MUNICIPIO DE LA PAZ

Proveedor Seleccionado

NEFER JOSE ZEQUIER TORRES

Cuenta bancaria del proveedor

Proveedor	Nombre del banco	Tipo de cuenta	Numero de cuenta
NEFER JOSE ZEQUEIRA TORRES			

Aprobación del contrato

Aprobador – Proveedor

Aprobado por: NEFER JOSE ZEQUEIRA TORRES *Fecha de aprobación:* 16/12/2025 5:29:42 PM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito

Aprobador – Entidad Estatal

Aprobado por: WILSON RINCON ALVAREZ *Fecha de aprobación:* 16/12/2025 5:42:15 PM (UTC-05:00)

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **NEFER JOSE ZEQUEIRA TORRES** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **77036459,** se encuentra afiliado/a desde **07/07/1998** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 13 de enero de 2026

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.