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
URREGO	BRAVO	ALEXANDER

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 79559015	F ○ M ⊗ NB ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ⊗ NÚMERO 79559015 D.M. 02

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 02 MES 10 AÑO 1970	CARRERA 45A 17 70 Barrio Urbanización Cimarrón			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	META
DEPTO	BOGOTÁ. D.C.	MUNICIPIO	ACACÍAS		
MUNICIPIO	BOGOTÁ. D.C.	TELÉFONO	3228438669	EMAIL	alexanderurregobravo@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	1989

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		ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS AGROPECUARIAS	10	1997	TP72132

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	60	X		CONTABILIDAD EN LAS ORGANIZACIONES	11	2011
POLITECNICO DE COLOMBIA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	120	X		DIPLOMADO EN GESTION AMBIENTAL ISO 14001	03	2015
FUNDACION UNIVERSITARIA COMPENSAR	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	8	X		TALLER DE APOYO	11	2021
FUNDACION UNIVERSITARIA COMPENSAR	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	40	X		TALLER DE COMPETENCIAS TRANSVERSALES	11	2021
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	40	X		MANEJO DE HERRAMIENTAS MICROSOFT OFFICE 2016 - eXCEL	03	2022
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	60	X		CONTROL DE INVENTARIOS CON HERRAMIENTAS DIGITALES	07	2022
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	40	X		APLICACIÓN DE OPERACIONES CONTABLES BASICAS	07	2022
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	48	X		CONTABILIDAD; RECONOCIMIENTO DE RECURSOS FINANCIEROS	08	2022
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	40	X		ATENCION Y SERVICIO AL CLIENTE	09	2022
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	48	X		DISEÑO: LIQUIDACION Y PAGO DE NOMINA	09	2022

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
INGLÉS		X			X			X	

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FOMEQUE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* FÓMEQUE						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 328438669	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	10	*Año*	2022	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO AREA SALUD	*DEPENDENCIA* SALUD -ADMINISTRACION						*DIRECCIÓN* CALLE 4 No. 5-00					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FOMEQUE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* FÓMEQUE						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3228438669	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	08	*Año*	2022	*Día*	26	*Mes*	12	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO	*DEPENDENCIA* ADAMINISTRATIVO						*DIRECCIÓN* CALLE 4 5 01 fomeque					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD TECNIFUMIGAR DEL LLANO			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3143681412	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	28	*Mes*	01	*Año*	2022	*Día*	30	*Mes*	05	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO A LA GESTION -TECNICO	*DEPENDENCIA* ADMINISTRACION GENERAL						*DIRECCIÓN* CARRERA null 15 26 APTO 201 BARRIO ESTERO					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FOMEQUE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* FÓMEQUE						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3226836193	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	23	*Mes*	04	*Año*	2021	*Día*	30	*Mes*	09	*Año*	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA						*DIRECCIÓN* CARRERA 4N 5 00					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CONFIARCHIVOS			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* FÓMEQUE						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3112668989	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	12	*Año*	2011	*Día*	30	*Mes*	03	*Año*	2012
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR CONTABLE	*DEPENDENCIA* CONTABILIDAD						*DIRECCIÓN* Bogota					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR													
EMPRESA O ENTIDAD SERVICAMPO S.A.			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* FÓMEQUE						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3108743370	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*						
	Día	01	*Mes*	05	*Año*	2002	*Día*	30	*Mes*	08	*Año*	2011	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO	*DEPENDENCIA* AUXILIAR ADMINISTRATIVO						*DIRECCIÓN* CALLE 5N 3 27						

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	0	5
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	10	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	5
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO X 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 Acacías Meta - Septiembre 7/2026

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

Función Pública

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

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2026-09-07 15:49

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
ALEXANDER		URREGO	BRAVO

Documento de identificación

Tipo	Número
CEDULA DE CIUDADANIA	79559015

Lugar de nacimiento

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	BOGOTÁ. D.C.	BOGOTÁ. D.C.

Lugar de domicilio

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	META	ACACÍAS

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 MUNICIPAL DE ACACIAS

Lugar de sede

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	META	ACACÍAS

Dirección	["DIAGONAL 15 No 26-21 SAN JOSE"]
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	$1.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$1.000.000,00

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

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

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País
JAC URBANIZACION CIMARRON	CONSEJO DIRECTIVO	TESORERO	COLOMBIA

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:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 79.559.015

URREGO BRAVO

APELLIDOS

ALEXANDER

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 02-OCT-1970

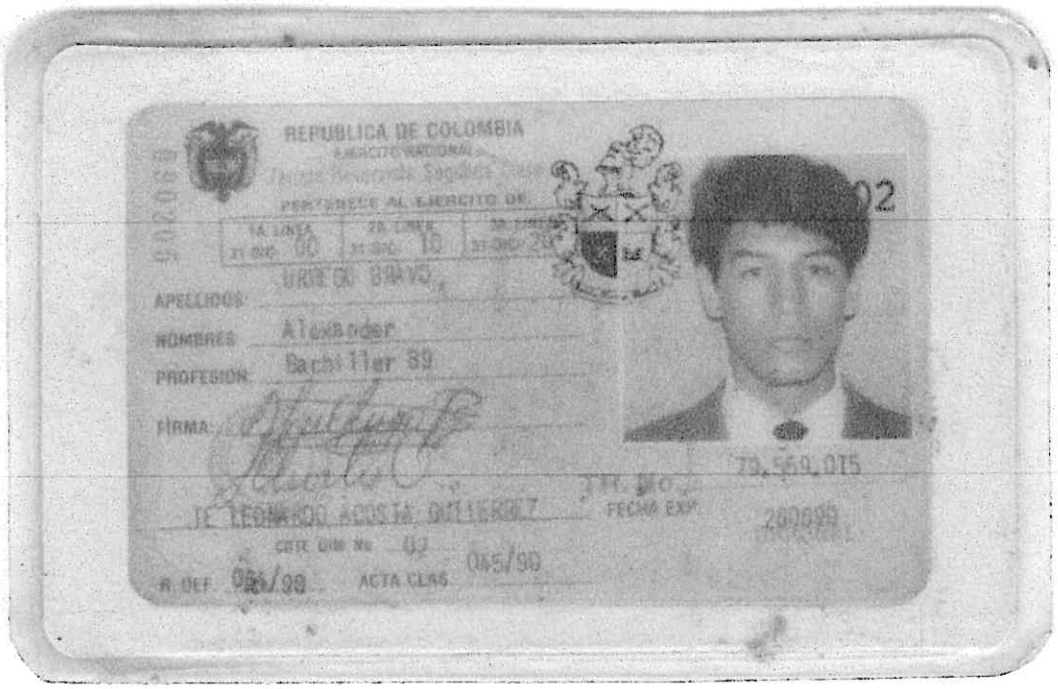
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.80 ESTATURA | A+ G.S. RH | M SEXO

23-ENE-1989 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1507900-00228482-M-0079559015-20100325 0021778020A 1 33522131



REPUBLICA DE COLOMBIA

EJERCITO NACIONAL

Tarjeta Reservista Segunda Clase

PERTENECE AL EJERCITO DE

1A. LINEA	2A. LINEA	3A. LINEA
31 DIC. 00	31 DIC. 10	31 DIC. 20

APELLIDOS: URREGO BRAVO

NOMBRES: Alexander

PROFESION: Bachiller 89

FIRMA:

TE LEONARDO ACOSTA GUTIERREZ

COTE DIM No. 02

R. DEF. 064/90 ACTA CLAS. 045/90

TIT. No. 79.569.015

FECHA EXP. 260090

02

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141185193898

(415)7707212489984(8020) 000014118519389 8

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

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 9 5 5 9 0 1 5

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
URREGO	BRAVO	ALEXANDER	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Meta 5 0	Acacías 0 0 6

41. Dirección principal
CR 45 A 17 70 BRR CIMARRON

42. Correo electrónico alexanderurregobravo@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 2 8 4 3 8 6 6 9	

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
9 4 1 1	2 0 2 0 0 9 2 6	7 0 1 0	2 0 1 5 1 0 2 3	8 2 9 9			

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

53. Código 2 2 4 9

22- Obligado a cumplir deberes formales a

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

54. Código

11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

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

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

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre URREGO BRAVO ALEXANDER

985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

La República de Colombia

y en su nombre

El Colegio Distrital Enrique Olaya Herrera

Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional, Según
Resolución No. 004800 del 16 de Diciembre de 1.980

Confiere a

Alexander Urrego Bravo

Identificado(a) con C. C. No. 79'559.015 de BOGOTA

El Título de

Bachiller en Ciencias

Modalidad Ciencias Humanas

Opción Idiomas

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

Rector

Secretario

Bogotá, D. E. 7 de Diciembre de 19 89.

Anotado al folio 11-0 Libro de Registro No. 30

Secretario de Educación

Dado en Bogotá, D. E. a 20 de [illegible] de 1990

KAMAY - BOGOTA

LA UNIVERSIDAD DE LA SALLE

Personería Jurídica
Resolución 0597 del 12 de Febrero de 1965

EN ATENCION A QUE

Alexander Urrego Bravo

c.c. 79'559.015 de Bogotá, D.C.

HA CURSADO TODOS LOS ESTUDIOS Y CUMPLIDO LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS POR LA UNIVERSIDAD Y LAS DISPOSICIONES LEGALES PARA OPTAR EL GRADO UNIVERSITARIO EN LA FACULTAD DE

Administración de Empresas Agropecuarias

LE OTORGA
EN NOMBRE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA
Y POR AUTORIZACION DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

EL TITULO DE **Administrador de Empresas Agropecuarias**

EN FE DE LO CUAL FIRMAMOS Y SELLAMOS ESTE DIPLOMA

EN SANTA FE DE BOGOTA, D.C. A LOS 24 DIAS DEL MES DE Julio AÑO DE 1998

Fabio Gallego Arias, f.s.c.
RECTOR

Aquileo Parra Ortega
DECANO

Guillermo Panqueva Morales
SECRETARIO GENERAL

015127

Registro Oficial 120
Anotado al Folio 4 Libro 1
Santa Fe de Bogotá D.C., República de Colombia
Día 24 Mes Julio Año 1998

UNIVERSIDAD DE LA SALLE

COPIA ACTA DE GRADO No. 15565

En la ciudad de Santafé de Bogotá, D.C., el día 24 de JULIO de 1998 se llevó a cabo el acto de graduación, presidido por el Hno. FABIO GALLEGO ARIAS, en el cual la Universidad de La Salle autorizada para el efecto según Acuerdo 007 del día 11 del mes de abril de 1996 del Consejo Directivo y previo juramento reglamentario, confirió el título de

ADMINISTRADOR DE EMPRESAS AGROPECUARIAS

a ALEXANDER URREGO BRAVO

Identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 79.559.015 de Bogotá, quien cumplió con los requisitos académicos, con las exigencias establecidas en los Reglamentos de la Universidad y con las normas legales, y le otorgó el Diploma No. 15127 que lo (a) acredita como Profesional, para lo cual presentó el trabajo de grado titulado: "INFORME DE PRACTICA SOBRE EL CONVENIO CAJA AGRARIA ASOBANCARIA EN LOS MUNICIPIOS DE FOMEQUE Y UBAQUE". Calificado como APROBADO. En fe de lo anterior se firma la presente acta de grado, en la ciudad de Santafé de Bogotá, D.C., a los veinticuatro (24) días del mes de JULIO de 1998.

"El original de la presente Acta, se encuentra firmado por el Rector y el Secretario General".

Es fiel copia tomada del original, en lo pertinente.

Santafé de Bogotá, D.C. 24 de Julio de 1998

GUILLERMO PANQUEVA MORALES
Secretario General

Elahyza

UNIVERSIDAD DE LA SALLE
120
Acta No. 4 Folio 1
Santafé de Bogotá Colombia
Día 24 Mes VII Año 1998

CONSEJO PROFESIONAL
de Administración de Empresas

Integridad, Servicio y Excelencia.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
Ministerio de Comercio, Industria y Turismo

T.P. 72132



ALEXANDER
URREGO BRAVO

C.C. 79559015 BOGOTA, D.C.

Universidad DE LA SALLE

Titulo ADMINISTRADOR DE EMPRESAS AGROPECUARIAS

Fecha de Titulo 24/07/98

72319

La presente tarjeta se expide en virtud de la Resolución No. 44 del 19/08/14

Presidente

Esta Tarjeta Profesional acredita al titular para el ejercicio de la profesión de conformidad con lo dispuesto por la Ley 60 de 1981, el Decreto 2718 de 1984 y la Ley 20 de 1988.

30473380

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

No.Radicación: 612020

FECHA DE RADICACIÓN: 09 09 2026

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]
2. TIPO DE AFILIADO: A. Individual [ ] a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI [ ] NO [X]
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] Pensionado [ ]
7. CÓDIGO: A608

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
URREGO	BRAVO	ALEXANDER	

9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC
10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 79559015
11. SEXO BIOLÓGICO: X
12. SEXO IDENTIFICACIÓN: X — Cual?
13. NACIONALIDAD: COLOMBIA
14. LUGAR DE NACIMIENTO: COLOMBIA / DISTRITO CAPITAL / BOGOTA
15. FECHA NACIMIENTO: 02 10 1970

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. EDAD: 6
17. COMUNIDAD INDÍGENA
18. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [X]
CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD
19. TIENE ENCUESTA SISBEN? SI [ ] NO [X]
20. CLASIFICACIÓN SISBEN
NIVEL
GRUPO
21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL
22. ARL: NINGUNA
23. AFP: PORVENIR
24. IBC: $2,500,000.00
25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: $0.00
26. RESIDENCIA
DIRECCIÓN: KR 45A 17 70
TELÉFONO FIJO
TELÉFONO CELULAR: 3228438669
CORREO ELECTRÓNICO: alexanderurrego@gmail.com
DEPARTAMENTO: META
MUNICIPIO / DISTRITO: ACACÍAS
LOCALIDAD/COMUNA
ZONA: CABECERA MUNICIPAL [X] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ]
SITIO (CÓD.)
IPS: 11600

19. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - Datos de identificación del beneficiario (compañ o compañera (o) permanente del cotizante)

27. PRIMER APELLIDO	28. SEGUNDO APELLIDO	29. PRIMER NOMBRE	30. SEGUNDO NOMBRE	31. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	32. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	33. SEXO BIOLÓGICO	34. SEXO IDENTIFICACIÓN	35. NACIONALIDAD	36. LUGAR DE NACIMIENTO	37. FECHA NACIMIENTO

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

38. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	39. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	40. NÚMERO DE IDENTIDAD	41. NACIONALIDAD	42. SEXO	43. SEXO IDENTIFICACIÓN	44. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS	DEPTO	MUNICIPIO	45. FECHA DE NACIMIENTO: DÍA	MES	AÑO
01											
02											
03											
04											
05											

Datos complementarios del Beneficiario

	46. ESTADO CIVIL	47. ETNIA	48. GRUPO POBLACIONAL ESPECIAL	49. ¿TIENE ENCUESTA SISBEN? SI	NO	50. CLASIFICACIÓN SISBEN: NIVEL	GRUPO	51. DISCAPACIDAD SI	NO	52. ¿ACEPTA SER DONANTE? SI	NO	53. Datos de residencia: DEPARTAMENTO	MUNICIPIO / DISTRITO	ZONA: CABECERA MUNICIPAL	CENTRO POBLADO	RURAL DISPERSO
01						I	II									
02						III	IV									
03						V	VI									
04						VII	VIII									
05						IX	X									

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	55. VALOR DE LA UPC (DEL AFILIADO ADICIONAL)	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	56. IPS	57. CÓDIGO DE LA IPS (A DESIGNAR POR LA EPS)
01							
02							
03							
04							
05							

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

58. Nombre o razón social
59. Tipo documento de identificación
60. Número del documento de identificación
61. Tipo de cotizante o aportante (asignado por la EPS)
62. Ubicación: DEPARTAMENTO / MUNICIPIO / LOCALIDAD/COMUNA / DIRECCIÓN / TELÉFONO

D. REPORTE DE NOVEDADES

63. 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 O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS Código: [ ]
6. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE OTRO EPS Código: [ ]
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR [X]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. INSCRIPCIÓN EPS RETORNO AL PAÍS, EL TIEMPO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]
12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
14. TRASLADO: a) AL MISMO REGIMEN [ ] b) DIFERENTE REGIMEN [ ]
15. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
16. REPORTE DEL TRAMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
17. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
18. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]
19. REPORTE DE LA CALIDAD DE BENEFICIARIO [ ]
20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]
21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

64. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
65. SEXO BIOLÓGICO
66. SEXO IDENTIFICACIÓN — Cual?
67. FECHA NACIMIENTO
68. EPS ANTERIOR
69. FECHA DE NOVEDAD: 09 09 2026
70. MOTIVO DE TRASLADO Código
71. ESTA SE COMPROMETIDA EN UN PROCESO DE PRESUNTOS

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

IX. FIRMAS

83. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional
84. El empleador, operante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

X. ANEXOS

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

83. Copia del acta/acta de inicio/unión marital permanente emitida por la autoridad competente.
84. Copia del registro civil de nacimiento o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
85. Copia de la sentencia judicial o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital
86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
87. Copia de la orden judicial o del acta administrativa de custodia
88. Documento en que conste la petición de la patria potestad y el certificado de valoración de los padres o de la madre cuando esta sola por el incumplimiento de los deberes de uno de los dos padres.
89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.1 del Decreto 780 de 2016
90. Certificación de la residencia o una escritura pública para realizar afiliaciones colectivas.
91. Copia del acta administrativa o de presencia de las autoridades competentes en las que conste la calidad de beneficiario o no exterior la afiliación de oficio.

Total Anexos: [ ]

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

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

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

94. APELLIDOS Y NOMBRES
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
95. FIRMA DEL FUNCIONARIO
96. FECHA DE RADICACIÓN: DÍA MES AÑO
97. FECHA DE VALIDACIÓN: DÍA MES AÑO

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.

- ORIGINAL: E.P.S. -

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

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

Yo, ALEXANDER URREGO BRAVO identificado (a) con CC

número 79559015 de BOGOTA, certifico que:

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

Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al teléfono celular No. 3228438669

y/o correo electrónico: alexanderurrego@gmail.com

SÍ☐ No☐

Autorizo la entrega de la carta de Derechos y Deberes del Afiliado y carta de Desempeño, en formato electrónico. SÍ☐ No☐

Consulte la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño en el micrositio Web https://www.nuevaeps.com.co/carta-derechos-deberes

Evitando impresiones para ser amigable con el planeta SI☐ NO☐

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

Cordialmente,

Firma: _____

Tipo ID: CC No. ID: 79559015

Fecha de Solicitud: 09/09/2026

Dirección: KR 45A 17 70

Tel: 3228438669 Municipio: ACACIAS

Departamento: META

Huella

Afiliado manifiesta que no sabe o no puede firmar, autoriza a:

Firma: _____

Tipo ID: _____ No. ID: _____

Fecha (dd/mm/aaaa): _____

Dirección: _____

Tel: _____ Municipio: _____

Departamento: _____

Huella

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

Autorizaciones

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

Autorizo de manera expresa a NUEVA EPS S.A. y/o a la persona natural o jurídica a quien ésta encargue, para que recolecte, almacene, use, haga circular, actualice o suprima mis datos personales, para acceder a los servicios de la NUEVA EPS S.A. y para el cumplimiento de la carta de derechos y deberes.

Aviso de privacidad

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

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

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

Sitio web: www.nuevaeps.co

Régimen Contributivo:
Línea Gratuita: 01 8000 954400
Línea de atención en Bogotá: (601) 307 7022

Régimen Subsidiado:
Línea Gratuita: 01 8000 95 2060
Línea de atención en Bogotá: (601) 307 7051

Oficinas de atención al afiliado de NUEVA EPS S.A.
Conmutador: (601) 419 3000
Dirección Administrativa: Carrera 85k No 46A – 66 Piso 2

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

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

ACTIVIDAD ECONÓMICA	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	POSEE VIVIENDA PROPIA	SÍ		PRODUCTOR AGROPECUARIO	SÍ	
INDEPENDIENTE	NINGUNA	PORVENIR	2500000		NO	X		NO	X

Nivel de Escolaridad									Posición Ocupacional	Patrón/Empleador		Contratista	X	Trabaja por su Cuenta	
	Ninguno		Secundaria	X	Normalista		Profesional		Doctorado						
	Preescolar		Media académica o clásica (bachillerato básico)		Técnica Profesional		Especialización		Último Grado		Inicio Contrato	09/09/2026		Fin Contrato	
	Básica Primaria		Media técnica (bachillerato básico)		Tecnológica		Maestría		Aprobado						

SEÑOR USUARIO, TRABAJADOR INDEPENDIENTE O CONTRATISTA, RECUERDE TRASLADAR LA NOVEDAD DE RETIRO EN LA PLANILLA DE PASO A PARTIR DEL MOMENTO QUE DEJE DE APORTAR CON LOS RECURSOS DE SALUD. EL NO HACERLO LE GENERA MORA LA CUAL TENDRÁ VIGENCIA HASTA EL MOMENTO EN EL QUE GARANTICE SU DERECHO AL SISTEMA. (DECRETO 0047 DE 01 DE ENERO DE 2013)

SÓLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE INDEPENDIENTE PAGO POR TERCERO	Nombre del Tercero	Tipo de Identificación	NIT	C.C.	C.E.	Identificación del Tercero que realiza el Aporte	DV
			PA	TI	CD		

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del ASESOR o PROMOTOR	CÓDIGO ASESOR o PROMOTOR	Nombre de OFICINA	CIUDAD Y FECHA
Ninfa Baron Duran	A608		

CC. 79.559.015

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

ALEXANDER URREGO BRAVO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **79.559.015**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.**

La presente certificación se expide el 7 de Septiembre del 2026.

cc 79.559.015

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co *y actualice su Historia Laboral.*

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 07 de septiembre de 2026, a las 19:42:25, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	79559015
Código de Verificación	795590152609071942 25

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.

79.559.015

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 302561853

PIB
13:32:37

Bogotá DC, 08 de septiembre 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) ALEXANDER URREGO BRAVO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 79559015:

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)

CC 79.559.015

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

INICIO CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES LEY 2455 / 2025 "LEY ÁNGEL"

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 08:42:50 PM horas del 07/09/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **79559015**

Apellidos y Nombres: **URREGO BRAVO ALEXANDER**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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

79.559.015

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, 07/09/2026 08:51:15 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **79559015** y Nombre: **ALEXANDER URREGO BRAVO.**

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. **147194216** . 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

CC. 79.559.015

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 20:56:00 horas del 07/09/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **79559015,** Apellidos y Nombres **URREGO BRAVO ALEXANDER**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **hospital municipal acacias** , con NIT **892000264-4** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

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



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 79559015 **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 10/09/2026 10:54 AM

Código Verificación: **WE2VS5RY37**

Válida hasta: **10/12/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CC 79.559.015

HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACÍAS

ÁREA DE VACUNACIÓN

Acacías, Meta

CERTIFICACIÓN DE VACUNACIÓN

Por medio de la presente, el Área de Vacunación del Hospital Municipal de Acacías certifica que el señor ALEXANDER URREGO BRAVO, identificado con cédula de ciudadanía No. 79.559.015 de Bogotá D.C., recibió el día 3 de septiembre de 2026 la vacuna contra la Influenza.

De acuerdo con las recomendaciones establecidas por el servicio de vacunación, se le informa que deberá esperar un período de un (1) mes posterior a la aplicación de la vacuna contra la Influenza para proceder con la aplicación de las vacunas correspondientes a Fiebre Amarilla y Tétanos, según valoración y disponibilidad del servicio.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, para los fines que estime convenientes.

Se firma en Acacías, Meta, a los diez (10) días del mes de septiembre de 2026.

Responsable Área de Vacunación
Hospital Municipal de Acacías
Firma y sello

Fecha de vacunación	3 de septiembre de 2026
Vacuna aplicada	Influenza
Paciente	Alexander Urrego Bravo
C.C.	79.559.015 de Bogotá D.C.

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 4f3310c4-074e-415b-96b7-d6463a22ab

Nombres y apellidos / Full name: ALEXANDER URREGO BRAVO

Tipo de identificación / ID Type: CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number: 7 9 5 5 9 0 1 5

Fecha de nacimiento / Date of birth: 02/10/1970

País nacimiento / Country of birth: COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number: 3228438669

Correo electrónico / e-mail: NOTIENECORREO@GMAIL.COM

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna	Dosis	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio	Número de Lote	IPS Vacunadora	Nombres y apellidos del vacunador
Vaccine	Doses	Día / Day	Mes / Month	Año / Year	Laboratory	Vaccine Batch	Administering Center	Full name Vaccinator
TD Adulto	Primera	23	04	2021		2338L024F	FOMEQUE ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	FLOR ALBA FUENTES VILLALOBOS
COVID MODERNA	Segundo Refuerzo	14	09	2022	Moderna Biotech	066B22-2A	UNIDAD DE SERVICIOS CALLE 42	YESICA ALEJANDRA MARIN MOYANO
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	03	09	2026	GC BIOPHARMA CORP	V50526006	HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS ESE	JENNY BIBIANA CRISTANCHO CORDERO - CC53074620 - ACTIVO

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

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

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

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

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

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

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

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

Este carné es válido en Colombia.
Podrá ser solicitado para entrar a zonas de riesgo.

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados, los cuales podrá consultar en la página oficial de la Secretaría de Salud de su entidad territorial.

Salud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Alexander

Apellidos: Urrego Bravo

Documento de identidad: C.C. X C.E. P.A. C.D. S.C. P.E. P.P.T. D.E.

Número de documento: 79559015.

Fecha de nacimiento: Día 02 Mes 10 Año 1970

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única	10/9/26	Y3H23	Yenny C.
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Tdap acelular Una dosis por embarazo				
Virus Sincitial Respiratorio Una dosis por embarazo				

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH Dos dosis en personas inmunosuprimidas	1			
	2			
Influenza estacional	Anual			
	Anual			
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Covid 19				
Otras				

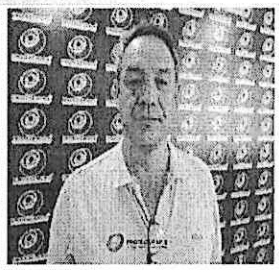
PROTEGER I.P.S.
PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD

LABORATORIO CLINICO PROTEGER I.P.S.
PROFESIONALES EN SALUD OCUPACIONAL Y CALIDAD S.A.S.
Nit. 900434629
Acacías
Tel. 3134117421 - 3123209605
gerente@protegerips.com

CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICO OCUPACIONAL

DATOS DEL CERTIFICADO Y LA EMPRESA

FOTOGRAFÍA



Tipo Examen: EVALUACION MEDICA PRE-INGRESO | # Orden: 6236 | Fecha: 2026-09-10 10:29
Empresa: PARTICULARES | NIT: 01 | Sector: -
Ent. Misión: PARTICULARES | NIT: 01 | Ciudad: BOGOTA, D.C.

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRES: ALEXANDER | APELLIDOS: URREGO BRAVO
IDENTIFICACIÓN: 79559015 | FECHA NAC: 02 de Octubre de 1970 | EDAD: 55
ESTADO CIVIL: UNION LIBRE | NIVEL EDUC: PROFESIONAL | CARGO: CONTRATISTA
EPS: NUEVA EPS | ARL: POSITIVA | AFP: Porvenir

EXÁMENES REALIZADOS

Anexo Osteomuscular - Examen Medico Ocupacional

RESULTADO PARA LA VALORACIÓN MEDICO OCUPACIONAL

RESULTADO: Con Recomendaciones

DEFINICIÓN DE CASOS PARA EL SVE OSTEOMUSCULAR

Caso Descartado

RECOMENDACIONES MÉDICO OCUPACIONALES

1. Evite el levantamiento manual de cargas que superen los límites seguros para no incrementar la presión intraabdominal.
2. Limitar actividades que generen aumento severo de la presión intraabdominal para proteger la integridad de la pared anterior.
3. Modifique las tareas que requieran empujar o arrastrar objetos pesados para reducir el estrés mecánico en la zona central.
4. Gestione con su médico tratante el seguimiento de la hernia umbilical para detectar cambios en tamaño o síntomas.
5. Use las medias de compresión indicadas en la pierna izquierda diariamente para mejorar el retorno venoso.
6. Rompa el sedentarismo o la bipedestación prolongada con pausas activas de movilidad para la pierna izquierda.
7. Active la circulación de la pierna izquierda moviendo el tobillo arriba y abajo mientras está sentado o de pie.
8. Controle su peso para disminuir la carga sobre las venas de la extremidad inferior izquierda y mejorar el retorno.
9. Solicite a su EPS la valoración vascular si observa cambios en la coloración o volumen de la pierna izquierda.
10. Mantenga una adherencia estricta al esquema de manejo farmacológico establecido para el control de la presión.
11. Realice mediciones periódicas de sus cifras tensionales y lleve un registro para su control personal y médico.
12. Continúe asistiendo a sus controles periódicos por Medicina Interna para el ajuste de metas terapéuticas.

RECOMENDACIONES NO LABORALES

1. Consulte con Cirugía General para evaluar la necesidad de corrección del defecto de la pared.
2. Mantenga un peso saludable para disminuir la tensión constante sobre el anillo umbilical.
3. Use una faja de soporte abdominal si debe realizar alguna actividad física moderada inevitable.
4. Eleve sus piernas por encima del nivel del corazón al descansar en casa para ayudar a su lado izquierdo.
5. Proteja su piel de la pierna izquierda manteniéndola hidratada para evitar resequedad o lesiones cutáneas.
6. Practique actividades físicas de bajo impacto como natación o caminata para fortalecer su retorno venoso.
7. Mantenga hábitos nutricionales bajos en sodio en su alimentación familiar para el control de cifras.
8. Acuda puntualmente a los controles del programa de riesgo cardiovascular de su EPS para ajustes de manejo.

NOTA ACLARATORIA: De conformidad con la Resolución 1843 de 2025, los dictámenes de «Apto» o «No Apto» solo se otorgarán cuando la normativa legal vigente lo exija explícitamente para el cargo evaluado. De lo contrario, el concepto médico ocupacional se limitará a la descripción de las Restricciones y Recomendaciones Laborales correspondientes.

Dra. Ingrid Díaz
RM 2037/2001- BOLIV
MEDICINA GENERAL

Atendido por: DIAZ CUBILLOS INGRID SHIRLEY
Registro Médico: 50779
Licencia S.O.: RESOLUCION 1839-2022

VERIFICACIÓN



Paciente: URREGO BRAVO ALEXANDER
Identificación: 79559015

Documento autenticado digitalmente. Para validar este certificado, escanee el código QR o ingrese a: http://www.jarvis.protegerips.com/validar_certificado/1165392?token=1d68a6275b988896721f8e9d0c823

Banco Caja Social
Su banco amigo.

UNA EMPRESA DE FUNDACIÓN GRUPO SOCIAL

HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

ALEXANDER URREGO BRAVO Identificado con CC 79559015

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina ACACIAS, con las siguientes características:

Cuentamiga

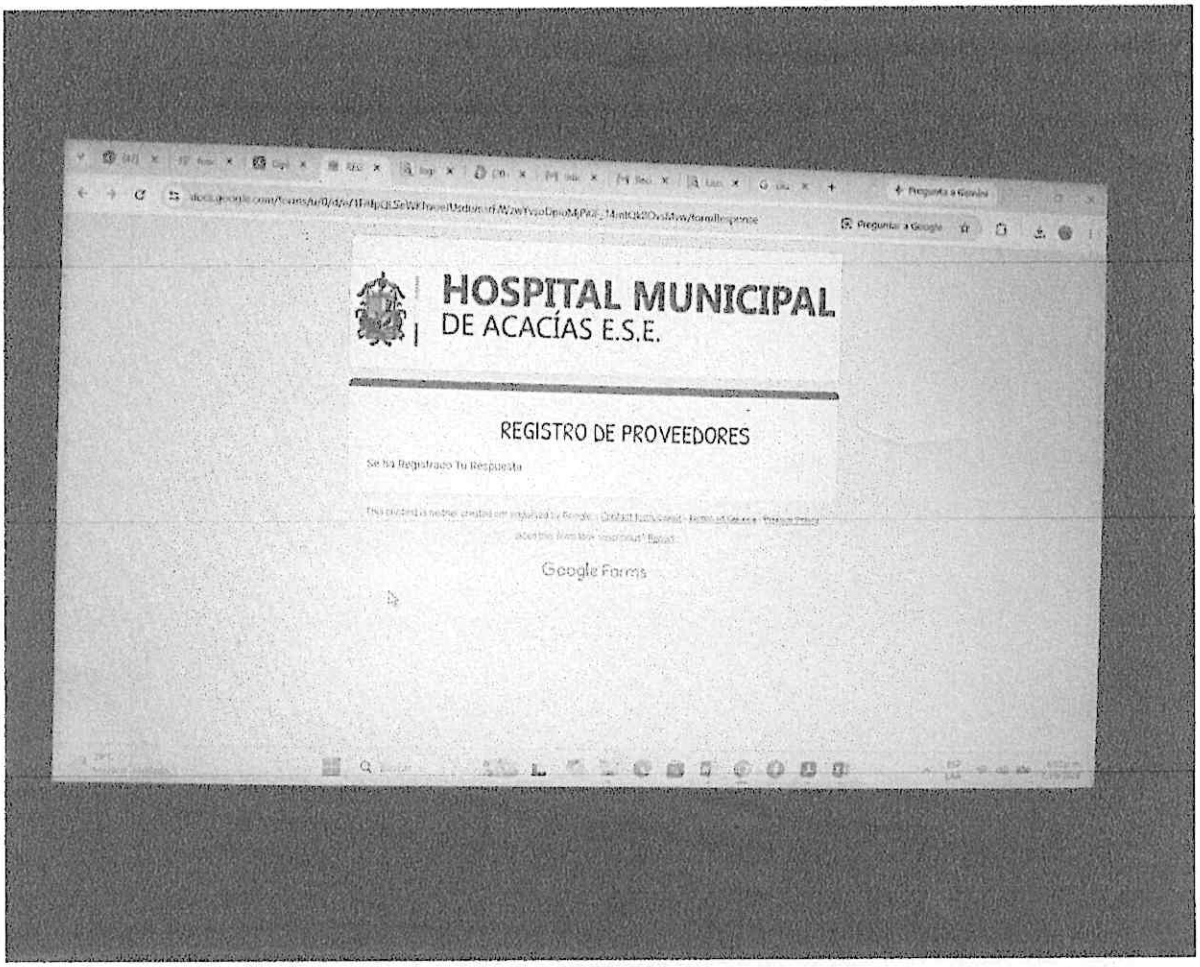
Número:	24153212330
Fecha de apertura:	24 de Febrero de 2026
Condiciones de uso:	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
Estado:	Cuenta activa

VIGILADO

Esta constancia se expide con destino a QUIEN INTERESE, realizada en la Oficina 0528 ACACIAS de la ciudad de ACACIAS, el día Martes, 08 de Septiembre de 2026.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva


HOSPITAL MUNICIPAL
DE ACACÍAS E.S.E.
REGISTRO DE PROVEEDORES
Se ha Registrado Tu Respuesta
Google Forms

HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS E.S.E
NIT. 892.000.264 – 4
PROCESO PLANEACIÓN ESTRATÉGICA
FORMATO SARLAFT PERSONA NATURAL

Fecha: 15/05/2024	Código: PE-SP1-FR-06	Versión: 02

FORMULARIO UNICO DE CONOCIMIENTO - PERSONA NATURAL

I. CONOCIMIENTO DEL CLIENTE

1. Datos Generales

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
URREGO	BRAVO	ALEXANDER	

fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento	Departamento
	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.

Sexo: F [X] M [ ] — Tipo de Identificación: C.C. [X] T.I. [ ] C.E. [ ] — Número de Identificación: 79559015

fecha de Expedición	Lugar de Expedición	Departamento
23/01/1989	23 DE ENERO DE 1989	BOGOTA D.C.

Nivel Educativo
Primaria [ ] Tecnológico [ ]
Secundaria [ ] Universitario [X]
Técnico [ ] Especialización [ ]

Ocupación
Empleado [ ]
Independiente [X]
Pensionado [ ]

Profesión/oficio	Empresa donde labora o negocio donde desarrolla su actividad	Nit
ADMINISTRADOR	CIGARRERIA MARLY	40315041-0

Tipo de Empresa	Cargo/Actividad	Antigüedad (años)	Pasatiempo
TIENDA	ADMINISTRADOR	3	LECTURA

Por su cargo o actividad administra recursos públicos? SI [ ] NO [X]
Tiene vínculos familiares o parentesco con Persona Públicamente expuesta? SI [ ] NO [X]
Por su cargo o actividad, detenta algún grado de poder público? SI [ ] NO [X]
Por su actividad y oficio goza de reconocimiento público general? SI [ ] NO [X]

Si alguna de las anteriores es afirmativa por favor especifique:

Tipo de Vivienda
Propia [ ] Familiar [X]
Arrendada [ ] Estrato

Nombre del Arrendador | Teléfono | Si la vivienda es arrendada — Antigüedad (Años)

Estado Civil
Soltero [X]
Casado [ ] Divorciado [ ]
Unión Libre [ ] Viudo [ ]

Tiene Hijos? SI [X] NO [ ]
Número de Hijos: 1

Número de personas a cargo

Datos básicos del cónyuge: Nombre | Identificación | Teléfono

2. Localización

Dirección de Residencia	Barrio	Ciudad	Departamento
CRA 45 A 17 70	URBANIZACION CIMARRON	ACACIAS	META

E-mail Personal	Teléfono	Celular
alexanderurrego60@gmail.com		3228438669

Dirección Oficina	Barrio	Ciudad	Departamento

E-mail Oficina	Teléfono	Celular

Envío de Correspondencia: Residencia [X] Oficina [ ] Otra Cuál?

3. Datos Tributari

Responsable de IVA
Común [ ]
Simplificado [ ]
No Aplica [X]

Tipo de Retención
Sujero a retención [X]
Retención especial [ ]

4. Referencias

Referencia Financiera
Nombre de la Entidad
Ciudad | Departamento
Clase de producto o número de la cuenta

Personal/Familiar Nombre
Parentesco
Ciudad | Departamento
Dirección
Teléfono

5. Operaciones Internacionale

Realiza operaciones en moneda extranjera SI [ ] NO [X]

Tipo de Operaciones que normalmente realiza:
Importaciones [ ] Pago servicios [ ] Inversiones [ ]
Exportaciones [ ] Prestamos [ ] Ingresos por donaciones [ ]
Transferencias [ ] Cambio divisas [ ] Otros

Tiene cuentas o productos financieros en moneda extranjera SI [ ] NO [ ]
Tipo de producto
Identificación del Producto
Entidad
Ciudad
Pais
Moneda | Monto

6. Información Financiera

Ingresos Mensuales	Egresos Mensuales
Por actividad principal: 1,000,000	Cuotas Préstamos:
*Otros Ingresos:	Gastos de Sostenimiento: 600000
	Otros Gastos:
Total Ingresos Mensuales: 1,000,000	Total Egresos Mensuales: 600000

Total Activos	Total Pasivos	Total Patrimonio
5000000	3000000	2000000

*Explique Otros Ingresos

	HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS E.S.E NIT. 892.000.264 – 4		
	PROCESO PLANEACIÓN ESTRATÉGICA		
	FORMATO SARLAFT PERSONA NATURAL		
	Fecha: 15/05/2024	Código: PE-SP1-FR-06	Versión: 02

FORMULARIO UNICO DE CONOCIMIENTO - PERSONA NATURAL

II. DECLARACION DE ORIGEN DE LOS FONDOS

Obrando en mi propio nombre de manera voluntaria y expresanto que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración de origen de fondos a la entidad, con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a la normatividad legal vigente establecida por la SUPERINTENDENCIA DE SALUD, el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (Decreto 663 de 1993, Leyes 190 de 1996 y 1474 de 2011, y demás normas legales concordantes con la apertura y manejo de operaciones financieras.

1. Los recursos que entrego, deposito y/o administro provienen de las siguientes fuentes: (Detalle de la ocupación, oficio, profesión, actividad, negocio, etc)

Los ingresos que obtengo son por la actividad de comercio como independiente

2. Declaro que mis recursos no provienen de ninguna actividad ilícita

3. Declaro que no admitiré que terceros efectúen pagos en mi nombre ni depósitos en mis cuentas con fondos provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efecturaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.

III. AUTORIZACIONES

Autorizo de manera expresa e irrevocable al **HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS ESE** para:

1. Terminar cualquier relación en el caso de infracción de cualquiera de los numerales contenidos en este formulario, o cuando no actualice oportunamente los datos contenidos en el mismo por cambios en la información reportada o por solicitud de la entidad, eximiendo a las entidades mencionadas anteriormente de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado. En constacia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, firmo el presente documento en el espacio destinado para tal fin.
2. Reportar, procesar, solicitar, divulgar y consultar a la Listas de Riesgo que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información referente a mi comportamiento como Contratista o Funcionario del HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS ESE. La autorización se acoge al reglamento de la Centrales de Riesgoo cualquier entidad que administre o maneje bases de datos con los mismos fines y a la normatividad vigente sobre bases de datos.
3. Suministrar esta información a cualqueirda de dichas entidades, en caso de mi eventual vinculación con alguna de ellas, y/o la posible contratación de otros productos ofrecidos por las mismas.
4. Que graben en cintas magnetofónicas o cualquier otro medio idóneo para el amacenamiento de información, las conversaciones telefónicas o la transmisión de órdenes o acuerdos de negocio que surjan en desarrollo de las operaciones celebradas entre el suscrito y sus apoderados (si hubiere) y las entidades anteriormente mencionadas. Dichas grabaciones solamente pueden ser empleadas como medio de prueba de las obligaciones contraídas y los acuerdos celebrados entre las partes. Su utilización con fines distintos o la divulgación a terceras personas requiere autorización expresa de mi parte.
5. Que recolecten y entreguen la ifnormación tanto financiera como demográfica solicitada por autoridades extranjeras, directa o indirectamente o a través de autoridades, lo mismo que para efectuar las retenciones a que haya lugar y asumo las consecuencias y responsabilidades por lo que tengan que hacer las entidades anteriormente mencioandas, como consecuencia de los requerimientos u órdenes de tales autoridades. Todo lo anterior bajo el entendido que sean apliables las disposiciones sobre la Ley de Cumplimiento Tributario de Cuentas Extranjeras -FATCA (Foreign Account Tax Compliance Act) u otras órdenes similaes por otros estados.

Entiendo y acepto que la correcta utilización por parte del HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS ESE, de la autorización que aquí se le confiere, no viola los derechos constitucionales o legales de quien suscribe el presente formulario.

IV. DECLARACIO

Declaro bajo mi responsabilidad que la información consignada en este formulario es verza y podrá ser confirmada por el HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS ESE y me comprometo a entregar los documentos y soportes rqueridos.

Firma

Nombre ALEXANDER URREGO

Documento 79569015



Huella Indice derecho

V. ESPACIO EXCLUSIVO PARA LA ENTIDAD

Verificacón de la Información

fecha

Nombre del Funcionario

Cargo:

Firma

Resultado de la verificación:

CERTIFICADO DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD

Acacias (Meta), 7 de Septiembre de 2.026

Señores
HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS E.S.E.

Bajo la gravedad de Juramento YO, ALEXANDER URREGO BRAVO mayor de edad Identificado (a) con cedula de ciudadanía No. 79.559.015, expedida en Bogotá D.C.

CERTIFICO:

Bajo la gravedad del juramento que se entiende con la mera presentación de este escrito, que no me encuentro incurso en ninguna de las causales de procesos de alimentos, de inhabilidad e incompatibilidades para contratar con el Estado Colombiano, de acuerdo al artículo 8 y 9 de la ley 80 de 1993, articulo 127 de la Constitución Nacional, articulo 18 de la Ley 1150 del 2007, Ley 311 de 1996, y demás normas aplicables.

En Constancia de lo aquí aseguro, firmo con esta certificación en la fecha arriba consignada.

Atentamente,

Cc. 79.559.015 de Bogotá D.C.

El presente documento no requiere ningún otro tipo de formalidad de conformidad a lo inserto en el artículo 25 de la ley 962 de 2005 modificado por el artículo 7 del decreto ley 019 de 2012.

Educación

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

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:

Alexander Urrego Bravo

CC 79559015 de Acacías - Meta

Realizó y aprobó el Curso Misión Médica
con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-09-07
Fecha de vencimiento: 2028-09-07

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.com.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista