FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Jaimes	Jaimes	Fabiola

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1098656899	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 18 MES 02 AÑO 1988

PAÍS COLOMBIA

DEPTO SANTANDER

MUNICIPIO BUCARAMANGA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 15 23 36 CASA 1 DE MAYO

PAÍS COLOMBIA DEPTO SANTANDER

MUNICIPIO GIRÓN

TELÉFONO EMAIL fabitoons@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2006
										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).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	3	X		TECNOLOGIA EN SEGURIDAD INDUSTRIAL SALUD OCUPACIONAL Y MEDIO AMBIENTE EN LA	08	2011	

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

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 BUCARAMANGA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA				
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*				
TELÉFONOS 6337000	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	20	*Mes*	01	*Año*	2026	*Día*	19	*Mes*	07	*Año* 2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DEL INTERI0R						*DIRECCIÓN* CARRERA 11 34 52				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD GESTION INTEGRAL			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA				
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*				
TELÉFONOS 6959990	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	05	*Mes*	04	*Año*	2021	*Día*	09	*Mes*	12	*Año* 2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNCIO EN GESTION DOCUMENTAL	*DEPENDENCIA* AREA DE GESTION						*DIRECCIÓN* CALLE 62 17A 76				

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ASISTENCALSALUD			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6828215	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	08	*Año*	2018	*Día*	31	*Mes*	05	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR ADMINISTRATIVA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA					*DIRECCIÓN* CARRERA 31 31 05 oficina 1						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CONSTRUMODULAR LTDA			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* GIRÓN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6466342	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	22	*Mes*	12	*Año*	2017	*Día*	05	*Mes*	06	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASESORA COMERCIAL	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA					*DIRECCIÓN* CALLE 37 31 A 08						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ASISTENCIASALUD			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6828215	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	09	*Año*	2014	*Día*	27	*Mes*	02	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR SISTEMAS DE INFORMACI	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVA					*DIRECCIÓN* CARRERA 31 31 05 OFICINA 1						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ARDISA			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6301519	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	25	*Mes*	06	*Año*	2010	*Día*	13	*Mes*	05	*Año*	2011
CARGO O CONTRATO ACTUAL SALUD OCUPACIONA	*DEPENDENCIA* SALUD					*DIRECCIÓN* CARRERA 15 29 56						

6 **EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE**

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	7	4
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	6
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

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 BUCARAMANGA, 09 DE OCTUBRE DE 2026 Fabiola Jaimes Jaimes

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.

SAN GIL, 09 DE OCTUBRE DE 2026

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	2026-10-05 11:12

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
FABIOLA		JAIMES	JAIMES

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1098656899

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	SANTANDER	Municipio	BUCARAMANGA

Lugar de domicilio					
País	COLOMBIA	Departamento	SANTANDER	Municipio	BUCARAMANGA

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

Lugar de sede					
País	COLOMBIA	Departamento	SANTANDER	Municipio	SAN GIL

Dirección	["CARRERA 12 N 9 06 "]
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$17.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$0,00
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$17.000.000,00

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

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente el registro de la información que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con los intereses de mi cónyuge o compañero(a) permanente, parientes y socios de hecho o de derecho.

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [ ] No [X]

Los intereses personales de mi cónyuge o compañero o compañera permanente son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [ ]

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

Descripción del potencial conflicto de interés con su cónyuge o compañero(a) permanente:

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [X]

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño.

De acuerdo con la Ley 2003 de 2019, los congresistas deben registrar sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeñan.

Parentesco	Pariente	Tipo de documento de identidad	Documento de identidad	Descripción del potencial conflicto de interés

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual: Sí [ ] No [X]

Dentro del año anterior tuve interés directo o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera), y a continuación describo cómo puede influir en las decisiones y acciones de mi cargo actual:

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Los fideicomisos y encargos fiduciarios de los cuales soy constituyente o beneficiario en Colombia y en el exterior son:

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario y otras que tengo en Colombia y en el exterior son:

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta del último año gravable son:

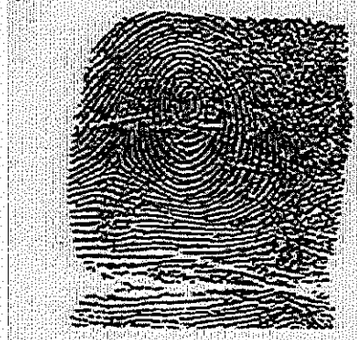
Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí [ ] No [X]

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:
> Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
> Establecimientos que posee.
> Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
> Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:



FECHA DE NACIMIENTO **18-FEB-1988**

BUCARAMANGA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

17-AGO-2006 BUCARAMANGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-2700100-00258053-F-1098656899-20100830 0024185418A 1 3490400

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.098.656.899**

JAIMES JAIMES
APELLIDOS

FABIOLA
NOMBRES



FIRMA

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141283523761

(415)7707212489984(8020) 000014128352376 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1098656899	7	Impuestos y Aduanas de Bucaramanga	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1098656899

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
JAIMES	JAIMES	FABIOLA	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Girón 3 0 7

41. Dirección principal
CL 15 25 36 BRR PRIMERO DE MAYO

42. Correo electrónico	43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
fabitoons@hotmail.com		3175585809	

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
7490	2026/08/07		/ /			4123	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 49

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

54. Código

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 2026-10-05 / 11:48:25AM

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 JAIMES JAIMES FABIOLA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 05-10-2026 11:48:41AM

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

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 1098656899 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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

Se expide en Bogotá el 05/10/2026 10:56 AM

Código Verificación: **J5CHSA9FE6**

Válida hasta: **05/01/2027**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Código: MP-P01-R01-I
Versión: 04
F.A: Nov 1 -2023

CERTIFICADO DE SALUD OCUPACIONAL

efisalud

NOMBRE DE LA EMPRESA	CIUDAD	FECHA	TIPO DE EXAMEN
MEDICINA Y TERAPIAS DOMICILIARIAS S...	BUCARAMANGA	2024-10-30	Ingreso



CARGO
Tecnóloga

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO	F.NACIMIENTO	EDAD	SEXO
FABIOLA JAIMES JAIMES	1098656899	1988-02-18	36	F

APTITUD OCUPACIONAL

Al examen médico no presenta alteraciones ni patología	
Al examen médico presenta condiciones de salud que no disminuyen su capacidad laboral	
Al examen médico presenta condiciones de salud que pueden agravarse con el trabajo	
Al examen médico presenta condiciones de salud que deben ser tratados antes de ingresar	

PRESENTA RESTRICCIONES?	CUALES

INGRESO AL PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICO	AUDITIVO		VISUAL		OSTEOMUSCULAR		QUIMICO		
	RESPIRATORIO		CARDIOVASCULAR		PSICOSOCIAL		BIOLÓGICO		
	RADIACIONES IONIZANTES		MANEJO DE VOZ		OTRO				

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SERVICIOS EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL TELECONSULTA - CUMPLIR NORMAS DE TRABAJO SEGURO ESTABLECIDAS POR LA EMPRESA MANIPULACION MANUAL DE CARGAS ADECUADA HIGIENE POSTURAL PAUSAS ACTIVAS USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL DE MANERA ADECUADA ESTILOS DE VIDA SALUDABLE AUTOCUIDADO. CONTROL DE PESO.

CONCEPTO FINAL DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO SIN LIMITACIONES	X	APTO CON LIMITACIONES		APLAZADO	
NO APTO		APTO PARA ALTURAS		NO APTO ALTURAS	
APTO ESPACIOS CONFINADOS		NO APTO ESPACIOS CONFINADOS			

Consentimiento informado del aspirante o trabajador: Autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi exámen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del exámen, he comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del exámen médico a partir de la asesoria brindada. Entiendo que la realización de este exámen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este exámen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la historia clinica a la EPS a la cual me encuentro afiliado. Finalmente manifiesto que he leido y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

MEDICO	ASPIRANTE O TRABAJADOR
Maribel Sofia Rincon Contreras M Sofia Rincon Contreras MED. ESPECIALISTA SST RM 1037 583376 Lic. 1498 del 2018	Fabiola Jaimes Jaimes
NOMBRE MARIBEL SOFIA RINCON CONTRERAS	NOMBRE FABIOLA JAIMES JAIMES

Boyacá	FORMATO	VERSIÓN: 0
		CÓDIGO: SS-P134-F04
LICENCIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		FECHA: 26/May/2017

RESOLUCIÓN 1898

(19 NOV 2018)

"Por medio de la cual se otorga una licencia en prestación de servicios de Salud Ocupacional "Seguridad y Salud en el Trabajo"

El SECRETARIO DE SALUD DE BOYACÁ

En uso de sus atribuciones legales, en especial las conferidas por la Resolución 04502 del 28 de diciembre de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social

CONSIDERANDO:

Que la Resolución 04502 del 28 de diciembre de 2012, establece que la Expedición, renovación, vigilancia y control de las licencias de salud ocupacional a las personas naturales o jurídicas públicas o privadas que oferten a nivel nacional, servicios de seguridad y salud en el trabajo, definidos por el artículo 1 de la Ley 1562 de 2012, estará a cargo de las Secretarias Seccionales y Distritales de Salud, en cumplimiento de la competencia asignada a estas por el inciso primero del artículo 23 de la citada ley.

Que **MARIBEL SOFÍA RINCÓN CONTRERAS,** identificado (a) con C.C N° 1.057.583.379, ha solicitado licencia para la prestación de servicios en Salud Ocupacional, Seguridad y Salud en el mundo del trabajo" cumpliendo con los requisitos establecidos en los Artículos 2 de la Resolución 04502 del 28 de Diciembre de 2012 y anexando a su petición la documentación exigida para demostrar formación en un área de la Salud Ocupacional.

Que los documentos fueron verificados por la profesional de la Secretaría de Salud, referente del procedimiento de otorgamiento y renovación de las licencias de Salud Ocupacional.

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO, otorgar licencia en prestación de servicios de Salud Ocupacional "Seguridad y Salud en el Trabajo" a **MARIBEL SOFÍA RINCÓN CONTRERAS**, como MÉDICA, ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL Y RIESGOS LABORALES, en los campos de acción:

- Medicina en seguridad y salud en el trabajo
- Investigación en área técnica
- Investigación del Accidente de trabajo de acuerdo con su competencia según formación académica
- Educación, Capacitación
- Diseño, administración y ejecución del Sistema de Gestión de la salud y la seguridad en el trabajo

Boyacá	FORMATO 1898	VERSIÓN: 0
		CÓDIGO: SS-P134-F04
LICENCIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO		FECHA: 26/May/2017

ARTICULO SEGUNDO, la licencia que trata el artículo anterior tiene carácter personal e intransferible y es válida en todo el territorio nacional por una vigencia de diez (10) años contados a partir de la ejecutoria de la presente resolución y podrá ser renovada por un término igual.

ARTICULO TERCERO, Que los titulares de las licencias, deberán cumplir en el ejercicio de sus actividades con las normas, técnicas y éticas para la prestación de servicios de seguridad y salud en el trabajo, que para tal fin expida el Ministerio de Salud y Protección Social

ARTICULO CUARTO, En contra de la presente resolución, procede los recursos de reposición y apelación en primera y segunda instancia, para ante el Secretario de Salud de Boyacá y Gobernador de Boyacá, respectivamente, según el Artículo 13 de la Resolución 4502 del 28 de diciembre de 2012, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes al de su notificación, según lo preceptuado en la Ley 1437 de 2011.

ARTICULO QUINTO, la presente resolución surte efectos a partir de su ejecutoria.

Dado en Tunja a los 19 NOV 2018

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

GERMAN FRANCISCO PERTUZ GONZALEZ
Secretario de Salud de Boyacá

MONICA MARIA LONDOÑO FORERO
Directora Técnica de Salud Publica

Elaboro: Judy Edith Ibáñez R
Profesional Universitario

Tunja, 22 noviembre de 2018
A la fecha notifiqué personalmente al señor(a) Maribel Sofia Rincón Contreras
C.C. No 1.057.583.379
Res No. 1898 fecha expedida 19 Nov 2018
Firma del notificado: Maribel Rincón
Firma Notificador M. Hernandez M. Nuevo
Secretaria de salud
Cargo: Auxiliar administrativo.

La verificación de este acto administrativo puede ser verificada en la página: www.boyaca.gov.co/Dependencias / Secretaría de Salud / Trámites y Servicios / Dirección Técnica Salud Pública / Licencia para la prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo / Relación licencias expedidas por trimestre.

Para Tu usuario ...

Google Forms

Gracias por rellenar este formulario: Perfil Sociodemorgrafico

⚠ Has recibido este correo porque has rellenado el siguiente formulario con tu dirección de correo. Asegúrate de que reconoces este formulario y confías en él antes de copiar o hacer clic en cualquier enlace. Si te parece sospechoso, **denunciarlo**. The content of this form is not created or endorsed by Google.

Esto es lo que se recibió.

Ver puntuación

Perfil Sociodemorgrafico

La información suministrada permite hacer una aproximación de los estilos de vida de los

Responder

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicado: D D M M A A A A

201285850

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

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 x | - 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 x | B. Independiente | C. Pensionado
7. Código (a registrar por la EPS)

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
JAIMES	JAIMES	FABIOLA	

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	Cuál	13. Nacionalidad
cc	1098656899	Femenino x Masculino	F x M T NB Otro		COLOMBIA

14. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
BUCARAMANGA	COLOMBIA	SANTANDER	BUCARAMANGA	18-02-1988

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial
		Si No Categoría de discapacidad	Si No	Nivel Grupo	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
POSITIVA	PORVENIR	$ 1.750.905	

26. Residencia — Dirección | Teléfono Fijo

Teléfono Celular	Correo Electrónico	Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona
3175585809	fabitoons@hotmail.com	SANTANDER	BUCARAMANGA		Cabecera Municipal	Rural Disperso	Centro Poblado x	Resto Rural

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante

27. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	Cual	32. Nacionalidad
		Femenino Masculino	F M T NB Otro		

33. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	34. Fecha de nacimiento
				D D M M A A A A

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

A. AFILIACIÓN

35. Apellidos y nombres

	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico	40. Sexo identificación	41. Lugar de nacimiento	42. Fecha de nacimiento
B1				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	D D M M A A A A
B2				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	D D M M A A A A
B3				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	D D M M A A A A
B4				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	D D M M A A A A
B5				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	D D M M A A A A

Datos complementarios del Beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBEN	48. Clasificación SISBEN	49. Discapacidad	50. Incapacidad permanente
B1					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B2					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B3					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B4					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No
B5					Si No	Nivel Grupo	Si No Categoría de discapacidad	Si No

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/ Distrito	zona	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		
B2			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		
B3			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		
B4			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		
B5			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

201285850

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo documento de Identificación	57. Número del documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
Corporación Autónoma regional de santander	CAS nit:	804000292	

59. Ubicación

Dirección: Carrera 20 # 22-76 Alarcon | Teléfono fijo o Celular:

Correo Electrónico: | Departamento: SANTANDER | Municipio / Distrito: Bucaramanga

60. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identificación.
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código
- [ ] 6. Reporte de pago a través de un tercero Código
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [X] 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. Inscripción EPS retorno al país.
- [ ] 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 14. Movilidad: [ ] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 15. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.
- [ ] 17. Reporte del trámite de protección al cesante.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pre- pensionado.
- [ ] 19. Reporte de la calidad de Pensionado.
- [ ] 20. Ingreso a Contribución Solidaria.
- [ ] 21. Retiro de Contribución Solidaria.

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico (Femenino / Masculino)	63. Sexo identificación (F / M / T / NB / Otro / Cuál)	64. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad (D D M M A A A A)	67. Motivo de traslado (Código)	68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
SANITAS	7 de octubre de 2026		

B. REPORTE DE NOVEDADES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 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.
- [ ] 72. Declaración de no internación 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 vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [ ] 75. 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.
- [ ] 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
- [ ] 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 ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Tipo de documento de identidad	No. del documento de identidad

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio
FABIOLA JAIMES JAIMES	FABIOLA JAIMES JAIMES

X. ANEXOS

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

Total Anexos

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio | Código del departamento | 93. Nombre de la Institución

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y nombres

Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario	96. fecha de radicación (D D M M A A A A)	97. Fecha de validación (D D M M A A A A)

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

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación	Sticker procesamiento
GLORIA AREVALO----1032369636 07/10/2026		

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

FABIOLA JAIMES JAIMES, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.098.656.899**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 5 de Octubre del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

Colegio Luis Carlos Galán Sarmiento

San Juan Girón - Santander

Establecimiento educativo reconocido oficialmente por la Secretaría de Educación Departamental según Resolución
Nº 14169 del 5 de Diciembre de 2.002

Confiere a:

Fabiola Jaimes Jaimes

Identificado (a) con C.C. Nº 1.098.656.899 Expedida en Bucaramanga

El Título de

Bachiller Técnico
Especialidad Informática

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

Rector,

Secretario,
Yenid Jaramillo Soto

Anotado en el control interno del plantel en el
Libro No. 02 Folio No. 025
Diploma Nº 66
Dado en San Juan Girón,
a 15 de DICIEMBRE de 2006

DANE
168307001061

NIT
804.005.438-1

Colegio Luis Carlos Galán Sarmiento
San Juan Girón - Santander

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

En la Ciudad de Girón a los 15 días del mes de Diciembre del año de 2006 se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, Los suscritos Rector(a) y Secretario(a) en la rectoría del **COLEGIO LUIS CARLOS GALÁN SARMIENTO,** Institución Educativa en el nivel de Educación Media Técnica y autorizada por la Secretaria de Educación Departamental mediante **RESOLUCIÓN NO. 14169 DEL 05 DE DICIEMBRE DE 2002** para otorgar el título de Bachiller en la Modalidad **TÉCNICA EN INFORMÁTICA.**

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Técnica, se procedió a otorgar el **TITULO DE BACHILLER TÉCNICO ESPECIALIDAD INFORMÁTICA.**

al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

Jaimes Jaimes Fabiola

C.C. # 1'098.656.899 de Bucaramanga

Es fiel copia tomada del Acta original general No. 09 de fecha Diciembre 15 de 2006 que consta de 136 alumnos y que comienza con el nombre de Marcón Pedraza Nelly Earline y se cierra con el nombre de Zorrilla Quintero Orlando

Firmada y sellada por Orlando Becerra Gamboa (Rector)

y Nelly Serrano Soto (Secretaria)

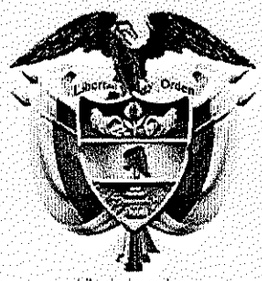
Dada en Girón, a los 15 días del mes de Diciembre de 2006

Firmado y sellado

Orlando Becerra Gamboa
Rector
C.C. No. 5.706.695 de Piedecuesta

Nelly Serrano Soto
Secretaria
C.C. No. 28.212.190 de Iebrija

Diploma No. 01582



Libertad y orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994 y en atención a que

FABIOLA JAIMES JAIMES

Con Cédula de Ciudadanía No. 1.098.656.899

Cursó y aprobó el programa de Formación Profesional Integral y cumplió con las condiciones requeridas por la entidad, le confiere el

Título de

TECNÓLOGO EN SEGURIDAD INDUSTRIAL SALUD OCUPACIONAL Y MEDIO AMBIENTE EN LA CONSTRUCCION

En testimonio de lo anterior, se firma el presente Titulo en Girón, a los ocho (8) días del mes de agosto de dos mil once (2011)

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

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

110095 - 2011/08/08
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 92240029241CC1098656899C.

	CERTIFICADO DE CONTRATOS	Código: F-GAT-8000-238,37-063
		Versión: 1.0
		Fecha Aprobación: Octubre-24-2017
		Pagina: 1 de 2

Número: 34534

MUNICIPIO BUCARAMANGA
NIT. 890.201.222.0

EL (LA) SUSCRITO (A) SECRETARIO(A) ADMINISTRATIVO (A)

CERTIFICA

Que JAIMES JAIMES FABIOLA identificado(a) con cédula de ciudadanía No.1098656899, suscribió con el Municipio de Bucaramanga el(los) siguiente(s) contrato(s):

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN, CONTRATACIÓN DIRECTA No.1081 DE 19 DE Enero DE 2026 Cuyo Objeto es: PRESTAR SERVICIOS APOYO A LA GESTIÓN EN EL MARCO DEL PROYECTO DENOMINADO: "FORTALECIMIENTO DE ACCIONES COMUNITARIAS PARA LA PROMOCIÓN DE LA SEGURIDAD, LA MEDIACIÓN DE CONFLICTOS Y EL APROVECHAMIENTO RESPONSABLE DEL ESPACIO PÚBLICO, EN FAVOR DE LA SANA CONVIVENCIA EN EL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA

OBLIGACIONES ESPECIFICAS:
1. ALCANCE Y OBLIGACIONES ESPECÍFICAS: Para el cumplimiento del objeto contractual el contratista se obliga con el municipio a: 1. Promover la solución alternativa de conflictos a través del fortalecimiento y acompañamiento a los Mediadores Comunitarios del municipio de Bucaramanga.2. Apoyar la proyección y trámite de respuestas a los correos institucionales, alertas tempranas, PQRS, organismos de control y acciones constitucionales de competencia de la Secretaría del Interior y que guarden relación con su objeto y alcance contractual, según lo requiera el supervisor.3. Hacer entrega en medio magnético al finalizar el contrato de toda la documentación producida y clasificarla en razón de sus obligaciones contractuales (formatos Word y PDF), cada documento que sea producido o recibido por la dependencia debe ir dentro de la serie o subserie correspondiente según la TRD vigente.4. Comprometerse de manera expresa, tanto durante la vigencia del contrato, como después de su extinción, a no difundir, transmitir, revelar a terceras personas cualquier información del Municipio de Bucaramanga, a la que tenga acceso como consecuencia del desempeño de su actividad contractual, ni a utilizar tal información en interés propio o de sus familiares o amigos.5. Las demás que le sean asignadas por parte del supervisor y que guarden relación con el objeto contractual.PARAGRAFO: Para efectos de registro o consulta de información de la Entidad necesaria para el cumplimiento del objeto contractual, el Municipio de Bucaramanga le habilitará al contratista credenciales de acceso temporal a las diferentes herramientas tecnológicas, bases de datos o mecanismos de acceso a información, correo institucional, accesos remotos, entre otros. En todo caso el contratista, deberá dar estricto cumplimiento a las disposiciones legales y reglamentarias en materia de protección de datos personales, seguridad y privacidad de la información y solo podrá hacer uso de estas herramientas de información para los asuntos relacionados con el cumplimiento del presente contratoProcuraduría General de la Nación, Contraloría General de la República, Fiscalía General de la Nación, Personería Municipal, Oficina de Control interno y los demás contenidos en su alcance contractual.

VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	DIECIOCHO MILLONES PESOS 18.000.000,00
VALOR TOTAL DEL CONTRATO:	DIECIOCHO MILLONES PESOS 18.000.000,00
VALOR EJECUTADO:	DIECIOCHO MILLONES PESOS 18.000.000,00
PLAZO DEL CONTRATO:	SEIS (6) MESES
PLAZO EJECUTADO:	6 MES(ES) 0 DIA(S).
FECHA DE INICIO:	20 DE Enero DE 2026
FECHA TERMINACIÓN Y/O LIQUIDACIÓN:	19 DE Julio DE 2026

Número: 34534

Es de anotar que el citado contrato por su naturaleza legal, el objeto contractual es de realización temporal o no permanente y el contratista los ejecuta(o) con la autonomía e independencia que este tipo de contratos requiere legalmente. Por tanto no hubo ningún tipo de subordinación o dependencia con la administración.

Se expide en Bucaramanga a los 27 Dia(as) de Agosto de 2026

Se adhiere y anulan estampillas 2502600541920, pro-hospital por valor de cinco mil ochocientos pesos ($5.800,00)

MAYELY GALAN BAUTISTA
Secretaria Administrativa

Proyecto: DOREN JAILETH GUERRA TARAZONA

NIT. 900494687-3

gestiónintegral | fet Todos unidos

LA ASOCIACIÓN DE TRABAJADORES DEL SECTOR DE SERVICIOS ORGANIZACIONALES, INSTITUCIONALES Y DE FOMENTO EMPRESARIAL – "GESTIÓN INTEGRAL AT"

CERTIFICA

Que la señora **FABIOLA JAIMES JAIMES** identificada con cédula de ciudadanía número **1098656899**, como trabajador afiliado participe de **GESTION INTEGRAL**; se encuentra ejecutando el perfil de **TECNICO EN GESTION DOCUMENTAL,** vinculada a contratos colectivos desde el lunes, 05 de abril del 2021 hasta 21 de Octubre del 2024; en desarrollo de las actividades ejecutadas por la Asociación en el Centro Productivo de trabajo **Hospital Universitario De Santander** con una asignación salarial mensual de **$ 1,276,000.**

Se expide a solicitud del interesado en la ciudad de Bucaramanga el día **09 de diciembre del 2023.**

Atentamente;

NANCY OLIVEROS

Nómina y Seguridad Social

Vo.Bo. GIV/VM

Carrera 31 N.31°-05 Oficina 1
Bucaramanga-Santander
Teléfono: (7) 6828215
Celular: 3178949897
asistencialsalud@hotmail.es

LA ASOCIACION SINDICAL DE LA RAMA DE LA SALUD
"ASISTENCIAL SALUD"

CERTIFICA

Nombre: FABIOLA JAIMES JAIMES
C.C.: 1.098.656.899 de Bucaramanga

Se encontraba afiliada a ASISTENCIAL SALUD, desempeñando el cargo de AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE ARCHIVO, en la **E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER,** desde el día 01 de agosto de 2018 al 31 de mayo de 2020.

Se expide en Bucaramanga a solicitud de la interesada a los treinta (30) días del mes de junio de 2020.

ASISTENCIALSALUD
NIT. 900.659.282-6
LINA MARIA MALAGON RODRIGUEZ
LA ASOCIACION SINDICAL DE LA RAMA DE LA SALUD
"ASISTENCIAL SALUD"
Presidenta

CONSTRUMODULAR Ltda.
NIT 900.122.527-8

CERTIFICA A QUIEN LE INTERESE:

Que la Señora FABIOLA JAIMES JAIMES, Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 1.098.656.899, prestó sus servicios de Asesora Comercial, desde el 22 de diciembre del 2017, hasta la fecha el día 5 de Junio del 2018.

Durante este tiempo demostró, honestidad, responsabilidad y calidad en sus las labores realizadas

En caso de ser necesario ampliar dicha información sírvase comunicarse con nuestra oficina que con gusto le atenderemos.

Dada en Girón- Santander, por solicitud de la interesada a los 06 días del mes de Junio del 2018

María Victoria López Contreras
Gerente
Cel. 3174752293

Carrera 31 N.31ª-05 Oficina 1
Bucaramanga-Santander
Teléfono: (7) 6028215
Celular: 3178949897
asistencialsalud@hotmail.es

LA ASOCIACION SINDICAL DE LA RAMA DE LA SALUD
"ASISTENCIAL SALUD"

CERTIFICA

Nombre: FABIOLA JAIMES JAIMES
C.C.: 1.098.656.899 de Bucaramanga

Se encontraba afiliada a ASISTENCIAL SALUD, desempeñando el cargo de AUXILIAR SIAU (SISTEMAS DE INFORMACION Y ATENCION AL USUARIO), en la **E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER,** desde el día 02 de septiembre de 2014 al 27 de febrero de 2016.

Se expide en Bucaramanga a solicitud de la interesada a los treinta (30) días del mes de junio de 2020.

ASISTENCIALSALUD
NO. 900463304
LINA MARIA MALAGON RODRIGUEZ
LA ASOCIACION SINDICAL DE LA RAMA DE LA SALUD
ASISTENCIAL SALUD
Presidenta

ARDISA

MATERIALES PARA CONSTRUCCIÓN Y REMODELACIÓN

Bucaramanga, Mayo 23 de 2012

ARDISA S.A.

CERTIFICA QUE:

El señor (a):	FABIOLA JAIMES JAIMES
Identificado (a) con cédula No.	1.098.656.899 de Bucaramanga
Laboró en nuestra empresa	
Con contrato:	APRENDIZAJE
Desde:	JUNIO 25 DE 2010
Hasta:	MAYO 13 DE 2011
Especialidad:	SALUD OCUPACIONAL
Motivo de Retiro:	TERMINACION ETAPA PRODUCTIVA

Atentamente,

ARDISA

Dirección Administrativa

LAURA MARIA SUAREZ FIGUEREDO

Directora Administrativa y Financiera

JPQP

BUCARAMANGA

Ardisa Centro
Cra.15 No.26-55
PBX:(7) 6301513
FAX:(7) 6425592

Ardisa Centro de Construcción
Cra. 17C No.60-3
PBX:(7) 6444744

Placacentro Mas Ardisa Caldas
Cra.33 No.112-43
TEL:(7) 6315811 / 6315818

Placacentro Mas Ardisa Bucaramanga
Cra.16 No.23-81
TEL:(7) 6426434 / 6425231

BOGOTÁ

Ardisa Bogotá
Calle 20C No.43A
TEL:(1) 2444497

Placacentro Mas Ardisa Bogotá
Calle 13 No.24-45
TEL:(1) 2473016 / (1) 2476638

www.ardisa.com.co

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por Corporación Autónoma Regional De Santander - CAS de lo siguiente:

1. La CAS actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Datos Personales la CAS disponible en SGC en página web de la entidad.
2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, la cual consiste en: La suscripción del contrato.
3. Es de carácter facultativo o voluntario responder preguntas que versen sobre Datos Sensibles o sobre menores de edad.
4. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales.
5. Los derechos pueden ser ejercidos a través de los canales dispuestos por el CAS y observando la Política de Tratamiento de Datos Personales del CAS.
6. Mediante la página web de la entidad www.cas.gov.co , podré radicar cualquier tipo de requerimiento relacionado con el tratamiento de mis datos personales.
7. La CAS garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento. Cualquier cambio será informado y publicado oportunamente en la página web.
8. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la CAS para tratar mis datos personales y tomar mi huella y fotografía de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales la CAS.
9. La información obtenida para el Tratamiento de mis datos personales la he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

Se firma en la ciudad de _San Gil, a los 05 días del mes de octubre del año 2026_.

Firma: Fabiola Jaimes Jaimes

Nombre: FABIOLA JAIMES JAIMES
Identificación: 1098656899 de BUCARAMANGA

cas.gov.co

San Gil 05 de OCTUBRE de 2026

Doctora

CLAUDIA PATRICIA BARAJAS BARAJAS

Secretaria General – CAS

Asunto: Autorización consulta inhabilidades por delitos sexuales contra menores de edad

Estimada Doctora,

FABIOLA JAIMES JAIMES, identificado con C.C. No. 1098656899 expedida el 17 de AGOSTO de 2006 en BUCARAMANGA, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018, reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la Corporación autónoma Regional de Santander - CAS con NIT. 804.000.292-0, a consultar mis datos personales en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra personas menores de edad que administra el Ministerio de Defensa- Policía Nacional de Colombia, de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada cuatro (4) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente. Así mismo, declaro reconozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en www.cas.gov.co, manifestando que he sido informada de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Fabiola Jaimes Jaimes

FABIOLA JAIMES JAIMES

C.C.: 1098656899 de BUCARAMANGA

Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

Función Pública certifica que:

fabiola jaimes jaimes

C.C 1.098.656.899

Participó y completó el curso virtual

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 05 de octubre 2026

Código: 769529118000