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
Reyes	Alzate	Luz Aydee

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 28837171	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 09 MES 11 AÑO 1962	CARRERA 52 47 27 BARRIO LOS FUNDADORES			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	VALLE DEL CAUCA
DEPTO	VALLE DEL CAUCA	MUNICIPIO	SEVILLA		
MUNICIPIO	SEVILLA	TELÉFONO		EMAIL	09aydee1962@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	12	AÑO	2003
										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	10	X		PSICOLOGIA	12	2012	136911

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)

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO

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
SGS	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	80	X		SGS	11	2023

4 IDIOMAS

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (**R**), BIEN (**B**) O MUY BIEN (**MB**)

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SEVILLA VALLE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA	*MUNICIPIO* SEVILLA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 2196903	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	17	*Mes*	03	*Año*	2025	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DE SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 51 50 10 CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SEVILLA VALLE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA	*MUNICIPIO* SEVILLA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 2196903	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	12	*Mes*	07	*Año*	2024	*Día*	20	*Mes*	12	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DE SALUD						*DIRECCIÓN* CALLE 51 - 50 10 CENTRO ADMINISTRATIVO					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SEVILLA VALLE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA	*MUNICIPIO* SEVILLA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3186713307	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	05	*Año*	2024	*Día*	30	*Mes*	05	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DE SALUD					*DIRECCIÓN* CALLE 51 - 50 10 CENTRO ADMINISTRATIVO						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SAN SEBASTIAN DE MARIQUITA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* SAN SEBASTIÁN DE MARIQUITA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 318671330	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	06	*Año*	2023	*Día*	29	*Mes*	12	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR Y COMU					*DIRECCIÓN* CALLE 4 4 4						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SAN SEBASTIAN DE MARIQUITA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* SAN SEBASTIÁN DE MARIQUITA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3186713307	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	27	*Mes*	10	*Año*	2023	*Día*	26	*Mes*	12	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR COMUNI					*DIRECCIÓN* CALLE 4 3 1						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SAN SEBASTIAN DE MARIQUITA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* SAN SEBASTIÁN DE MARIQUITA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3186713307	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	02	*Año*	2023	*Día*	01	*Mes*	06	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR COMUNI					*DIRECCIÓN* CALLE 4 4 4						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SAN SEBASTIAN DE MARIQUITA			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* SAN SEBASTIÁN DE MARIQUITA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3186713307	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	02	*Año*	2023	*Día*	01	*Mes*	06	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR COMUNI					*DIRECCIÓN* CALLE 4 4 4						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE SAN SEBASTIAN DE MARIQUITA	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA

DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* SAN SEBASTIÁN DE MARIQUITA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3186713307	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	12	*Mes*	01	*Año* 2022	*Día*	22	*Mes*	12	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ACOMPAÑMIENTO FAMILIAR Y COMUN					*DIRECCIÓN*					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD CORPORACION MI TIERRA	*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA

DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* FALAN					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 5154233	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	05	*Año* 2020	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* AREA SOCIAL					*DIRECCIÓN*					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL - FUNDACION IMIX	*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA

DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* SAN SEBASTIÁN DE MARIQUITA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 2762372	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	11	*Mes*	02	*Año* 2019	*Día*	20	*Mes*	12	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* APOYO PSICOLOGICO					*DIRECCIÓN* CARRERA 3 A 0 42 -91					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION PARA EL FORTALECIMIENTO HUMANO JUKARUMA	*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA

DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* SAN SEBASTIÁN DE MARIQUITA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 2522108	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	01	*Año* 2017	*Día*	06	*Mes*	03	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* CENTROS DE DESARROLLO INFANTIL					*DIRECCIÓN* CARRERA 11 N 0 3 a 08					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION PARA EL DESAROOLO HUMANO JAKURAMA	*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA

DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* SAN SEBASTIÁN DE MARIQUITA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 2522108	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	10	*Mes*	02	*Año* 2016	*Día*	12	*Mes*	11	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* CENTROS DE DESARROLLO INFANTIL					*DIRECCIÓN* CARRERA 11 N 0 3 a 08					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD AMIGOS CAMINOS CON FUTRURO			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* SAN SEBASTIÁN DE MARIQUITA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3124104531	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	16	*Mes*	12	*Año* 2013	*Día*	30	*Mes*	07	*Año*	2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* APOYO PSICOLOGICO					*DIRECCIÓN* CARRERA 6 C 0 48 -44 BARRIO EL LIMONAR					

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	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	5	2
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 __ 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 Luz Aydee Reyes A.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 **OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS**

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

La República de Colombia
y en su nombre

TERRA INSTITUTO

Autorizado por la Secretaria de Educación del Departamento del Valle del Cauca
Aprobado mediante Resolución No. 2371 de Noviembre de 2002

Confiere a

Luz Aydee Reyes Alzate

C.C. No. 28.897.171 Mariquita

El Titulo de

Bachiller Académico

Por haber finalizado los ciclos lectivos especiales integrados
De la Educación Media Académica,
De acuerdo al Decreto No. 3011 de Educación Formal para Adulto.

TERRA INSTITUTO
EDUCACION FORMAL
RECTOR

Misyer Cruz Delgado
Rector

TERRA INSTITUTO
EDUCACION FORMAL
SECRETARIA ACADEMICA

Fernando Ruiz Fernández
Secretario Académico

Expedido en Santiago de Cali, a los 05 días del mes de diciembre de 2003
Libro ____ Folio ____



TERRA INSTITUTO

Reconocimiento Oficial por la Secretaría de Educación Departamental
RES E.D 2371 y 2368 Noviembre 27 de 2002 Decretos 3011 y 0114

Acta De Grado

En la ciudad de Santiago de Cali, a los cinco (05) días del mes de diciembre del año 2003 se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del **PROGRAMA DE BACHILLERATO ACADÉMICO**, los suscritos Rector y Secretario Académico en la Rectoría de ***TERRA INSTITUTO,*** institución aprobada en el nivel de Educación Formal, para otorgar titulo de **BACHILLER ACADÉMICO**. Según la resolución No. 2371 de la Secretaria de Educación Departamental del Valle del Cauca.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Formal, de acuerdo al Decreto 3011, procedió a otorgar el certificado de **BACHILLER ACADÉMICO**, al graduando cuyo nombre(s), apellido(s) y número de identificación se relacionan a continuación.

LUZ AYDEE REYES ALZATE
C.C. No. 28.837.171 Mariuita

Esta es fiel copia del Acta Original General No. 01 que consta de veinticinco (25) estudiantes, que comienza con el nombre de **RUBIELA ABELLO VERGARA** y cierra con el nombre de **OLIVA ZAPATA CASTRO.**

Dada en Santiago de Cali a los cinco (05) días del mes de diciembre del año 2003, se firma por quienes intervienen en este acto administrativo y cuyas firmas están registradas en el Distrito Educativo 1B.

Firmado y sellado por

MISYER CRUZ DELGADO
Rector

EDUCACION FORMAL
SECRETARIA ACADEMICA

FERNANDO RUIZ FERNANDEZ
Secretario Académico

Calle 2C Nº 65ª - 05 B. La Rivera
Teléfono: 4492009 - 6648815 Cali

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

UNAD

La Universidad Nacional Abierta y a Distancia

Ley 52 de 1981, Ley 396 de 1997 y Decreto 2770 de 2006

Teniendo en cuenta que

Luz Aydee Reyes Alzate

C.C. No. 28837171 de Maxiquita

Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos por la Institución, de conformidad con las normas legales y reglamentarias vigentes, le otorga el título de

Psicólogo

Registro M.E.N. 3274

Dado en Bogotá, D.C., el día 22 del mes de Junio de 2013

Rector

Decano Escuela

Acta de Grado Nº 1441 Fecha 22 de Junio de 2013 Registro de Diploma Nº 60024, Libro 16, Folio 10

Secretario General

65119

UNAD
Universidad Nacional Abierta y a Distancia

Ministerio de Educación Nacional

ACTA DE GRADO No. 1441

ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES, ARTES Y HUMANIDADES

En ceremonia realizada el día 22 de Junio de 2013 en la ciudad de Mariquita y presidida por el Doctor Olmar Quintero Osorio, Director del CEAD, previa delegación de la Rectoría, una vez tomado el juramento reglamentario, confirió el título de:

PSICÓLOGO
REGISTRO ICFES - M.E.N 3274

A :

LUZ AYDEE REYES ALZATE

Identificada con Cédula de ciudadanía No. 28837171 de Mariquita, quien cumplió satisfactoriamente con los requisitos exigidos en los Reglamentos y Normas Legales, habiendo aprobado el trabajo de grado titulado:

COMPONENTES DE LA DINÁMICA FAMILIAR ASOCIADOS A CONDUCTAS NO ASERTIVAS, EN LA INTERACCIÓN DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DE 3 A 4 AÑOS DEL CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL "LA ALEGRÍA DE LOS NIÑOS" EN SAN SEBASTIÁN DE MARIQUITA 2012-2013

Y le otorgó el diploma que lo acredita como tal.

En fe de lo anterior se firma la presente Acta de Grado, en Bogotá, D.C., a los 22 días del mes de Junio de 2013 .

Anotado en el libro de actas No.5
Registro de Diploma No. 68024 Libro 18 Folio 10

Decano Escuela

Secretaria General

República de Colombia
Colegio Colombiano de Psicólogos

Tarjeta Profesional de Psicólogo

Ley 1090 de 2006

No. 136911

LUZ AYDEE REYES ALZATE

C.C. 28.837.171

Expedida: 2013-07-31

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

Si esta tarjeta es encontrada, agradecemos enviarla al Colegio Colombiano de Psicólogos.

Presidente

www.colpsic.org.co

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *

28837171

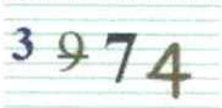
Primer Nombre

LUZ

Primer Apellido

REYES

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

3899

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2026-09-25→1:04:11 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	D
CC	28837171	LUZ	AYDEE	REYES	ALZATE	Vigente	V

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) LUZ AYDEE REYES ALZATE identificado(a) con CC 28837171 registra La siguiente información:

2026-09-25→1:04:11 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	Psicología	2013-10-08	12030	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando

los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

SISPRO

Dirección:
Carrera 13 # 32-76 (piso 1)
Cundinamarca, Bogotá D.C.
Código Postal: 110311

Horario de atención:
Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Contacto

Teléfono
conmutador:
En Bogotá: 601 330 5043 Opción 2
Resto del país: 018000960020 Opción
Correo de notificaciones judiciales:
notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co

Términos y condiciones

Sevilla, Valle del Cauca,30 de junio 2025

SSM-250-0015

LA SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL DEL MUNICIPIO DE SEVILLA, VALLE DEL CAUCA

CERTIFICA

Que la señora Luz Aydee Reyes Alzate, identificada con cedula de ciudadanía No.28837171 de Mariquita (Tolima), prestó sus servicios al Municipio de Sevilla, mediante contratos de prestación de servicios, de la siguiente forma:

AÑO: 2024
CESIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. SSM-2025-102
Tiempo de ejecución: A partir del 2 de mayo hasta el 30 de mayo de 2024
Valor: tres millones ciento treinta y tres mil pesos ($3.133.000) M/CTE
Cargo: Contratista
Supervisor: Fabián Armando Ávila.
Fecha de Inicio: 02 de mayo de 2024.
Fecha de terminación: 30 de mayo de 2024.

OBJETO CONTRACTUAL:

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA REALIZAR LAS ACTIVIDADES EN EL PROCESO DE ATENCIÓN AL USUARIO, RENDICIÓN DE INFORMES DE GESTIÓN DE LA POLÍTICA DE PARTICIPACIÓN SOCIAL, SEGUIMIENTO Y CIERRE DE LAS PETICIONES, ASÍ COMO LA ORIENTACIÓN PERSONAL Y TELEFÓNICAMENTE, DE LOS REQUERIMIENTOS INSTAURADOS POR LOS AFILIADOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y POBLACIÓN POBRE NO ASEGURADA

ACTIVIDADES CONTRACTUALES:

1. Realizar, articular, coordinar y hacer seguimiento al plan de acción de la política pública de participación social en salud según la resolución 2063 de 2017. Con los diferentes actores (COPACO-CTSSS-ASOCIACION DE USUARIOS EN SALUD) del Municipio. Generando acompañamiento y cargue de los informes requeridos, por el departamento y la nación. Generando acta de los mismos o pantallazo del envío de información.

2. Realizar la proyección y elaboración de las respuestas que sale de la oficina del SAC, a través del correo institucional, para las diferentes instituciones de salud y los usuarios del servicio de salud del Municipio de Sevilla,

Scanned with CamScanner

realizando la atención, orientación y asesoría a los usuarios del SAC que consulten personalmente, y de manera virtual. Generando registro diario de atención

3. Capacitar mensualmente a las Asociaciones de Usuarios IPS, EPS y ESE sobre normatividad en salud. Generando acta y registro de asistencia

4. Realizar apertura y seguimiento de los buzones de PQRS de las diferentes EPS, IPS y ESE del municipio, generando acta de visita y seguimiento a las mismas hasta su feliz término.

5. Fortalecer y capacitar a los comités de salud en los mecanismos de participación social en salud, normatividad, deberes y derechos acompañando las ferias de la salud en en barrios y veredas.

6. Fortalecer con el acompañamiento de la defensoría del paciente, regional y departamental el SAC, con enfoque en la defensa de la salud de los usuarios-informe, con el objetivo de eliminar las barreras de acceso.

7. Realizar asistencia técnica a las IPS, EPS Y ESE del municipio en la verificación de la conformación de las asociaciones de usuarios según normatividad. vigente. Generando actas de visita y seguimiento.

8. Convocar, coordinar y apoyar mediante su asesoría, las reuniones con los gerentes y/o coordinadores de las diferentes EPS para asignar compromisos y reuniones, definiendo un enlace en cada una, para dar respuesta oportuna a los usuarios del servicio de salud. Generando informe acta.

9. Realizar la atención, orientación y asesoría a los usuarios del SAC que consulten personalmente, y de manera virtual. Generando registro diario de atención.

10. Participar y hacer seguimiento al Comité de Ética Hospitalaria con las IPS y el Hospital Departamental Centenario de Sevilla ESE, para realizar un trabajo articulado en beneficio de la humanización de los servicios de la salud del Municipio de Sevilla-Acta

11. Realizar las demás actividades inherentes al cumplimiento del objeto del contrato y los diferentes apoyos que el supervisor asigne en cumplimiento del contrato

Scanned with CamScanner

12. Realizar acompañamiento a todas las actividades ejecutadas por la secretaría de salud en beneficio de la comunidad en la zona urbana y rural del municipio de Sevilla.

13. Hacer entrega del archivo de acuerdo a la ley 594 del 2000, igualmente del archivo que se genere de en cumplimiento al contrato.

14. Hacer entrega del informe mensual en medio físico y magnético con registro de asistencia con debido enfoque diferencial, registro fotográfico, y en general todas las evidencias en este proyecto.

15. Entregar de manera mensual la información referente a su programa en cuanto a la atención y beneficiarios de las víctimas del conflicto armado, según formato entregado al FUT por la Secretaría de Salud-enlace de víctimas.

16. Participar de las jornadas de socialización de la normatividad interna del municipio.

17. participar durante la ejecución del contrato en todos los procesos que conlleven a la implementación MIPG.

AÑO: 2024
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. SSM-2025-261
Tiempo de ejecución: A partir de la firma entre las partes del acta de inicio del contrato, hasta el 20 de diciembre de 2024
Valor: quince millones de pesos M/CTE ($815.000.000)
Cargo: Contratista
Supervisor: Fabián Armando Ávila.
Fecha de Inicio: 12 de julio de 2024.
Fecha de terminación: 20 de diciembre de 2024.

OBJETO CONTRACTUAL:

PRESTAR LOS SERVICIOS COMO APOYO A LA GESTIÓN PARA EL CUMPLIMIENTO DE LA POLÍTICA DE PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD (PPSS) Y ENLACE DE EQUIDAD DE GÉNERO PARA LA ATENCIÓN DE LA POBLACIÓN, LGTBIQ+, AFRO (NARP), MUJER, ETNIAS Y POBLACIÓN ROM.

1. Realizar, articular, coordinar, capacitar y hacer seguimiento al plan de acción de la política pública de participación social en salud según la resolución 2063 de 2017. Con los diferentes actores (COPACO-CTSSS-

Scanned with CamScanner

ASOCIACION USUARIOS EN SALUD, COMITÉ DE ETICA HOSPITALARIA, COMITES DE SALUD, VEEDORES DE SALUD, Y CONTROLADORES DE SALUD) del Municipio. Generando, acompañamiento y cargue de los informes requeridos, por el departamento y la nación. Generando acta de estos o pantallazo del envío de información. realizando Capacitación mensualmente a las Asociaciones de Usuarios IPS, EPS y ESE sobre normatividad en salud. Generando acta y registro de asistencia. Y Realizar asistencia técnica a las (8) IPS, (3) EPS Y ESE del municipio en la verificación de la conformación de las asociaciones de usuarios según normatividad. vigente. Generando actas de visita y seguimiento

2. Convocar, coordinar y apoyar mediante su asesoría, las reuniones con los gerentes y/o coordinadores de las diferentes EPS para asignar compromisos y reuniones, definiendo un enlace en cada una, para dar respuesta oportuna a los usuarios del servicio de salud. Generando informe acta, y Fortalecer con el acompañamiento de la defensoría del paciente, regional y departamental el SAC, con enfoque en la defensa de la salud de los usuarios con el objetivo de eliminar las barreras de acceso. Apoyando la proyección elaboración de las respuestas que sale de la oficina del SAC, a través del correo institucional, para las diferentes instituciones de salud y los usuarios del servicio de salud del Municipio de Sevilla.

3. Realizar las demás actividades inherentes al cumplimiento del objeto del contrato y los diferentes apoyos que el supervisor asigne en las actividades ejecutadas por la secretaría de salud en beneficio de la comunidad en la zona urbana y rural del municipio de Sevilla.

4. Realizar 3 talleres de promoción y prevención en las diferentes temáticas psicosociales con la población, LGTBIQ+, AFRO (NARP), MUJER, etnias y población ROM asentada en el territorio de acuerdo con los lineamientos dados por el ministerio del interior y demás entes del orden nacional y/o departamental.

5. Realizar el acompañamiento a la actualización de los censos de la población, LGTBIQ+, afro (NARP), mujer, etnias y población ROM asentadas en el municipio de Sevilla Valle.

6. Realizar la atención y acompañamiento de la población, LGTBIQ+, afro (narp), mujer, etnias y población ROM asentada en el municipio de Sevilla

Scanned with CamScanner

Valle donde se realice 1 mesa con cada población con enfoque diferencial. y atender los requerimientos de los Entes Nacionales y Departamentales.

7. Creación, conformación para generar el plan de acción de la mesa municipal de erradicación de violencia contra la mujer.

8. Realizar actividades para el empoderamiento sobre la Ley 1257 de 2008, normas de sensibilización, prevención, sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres y Apoyar la implementación del Acuerdo Municipal 012 de 2012. Plan de Igualdad de Oportunidades Entre Hombres y Mujeres en el Municipio de Sevilla. Valle del Cauca.

9. Hacer entrega del archivo de acuerdo a la ley 594 del 2000, igualmente del archivo que se genere de en cumplimiento al contrato de manera mensual en medio físico y magnético con registro de asistencia y debido enfoque diferencial, identificando la población víctima del conflicto armado según formato entregado al FUT, y participar de las jornadas de socialización se la normatividad interna del municipio durante la ejecución del contrato en todos los procesos que conlleven a la implementación MIPG y plan de desarrollo municipal

AÑO: 2025
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. SSM-2025-115
Tiempo de ejecución: A partir de la firma entre las partes del acta de inicio del contrato, hasta el 30 de junio de 2025
Valor: Ocho millones setecientos cincuenta mil pesos M/CTE ($8.750.000)
Cargo: Contratista
Supervisor: Fabián Armando Ávila.
Fecha de Inicio: 17 de marzo de 2025.
Fecha de terminación: 30 de junio de 2025.

OBJETO CONTRACTUAL:

PRESTAR LOS SERVICIOS COMO APOYO A LA GESTIÓN PARA EL CUMPLIMIENTO DE LA POLÍTICA DE PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD (PPSS) Y ENLACE DE EQUIDAD DE GÉNERO PARA LA ATENCIÓN DE LA POBLACIÓN, LGTBIQ+, AFRO (NARP), MUJER, ETNIAS Y POBLACIÓN ROM.

Scanned with CamScanner

ACTIVIDADES CONTRACTUALES:

1. Realizar, articular, coordinar, capacitar y hacer seguimiento al plan de acción de la política pública de participación social en salud según la resolución 2063 de 2017. Con los diferentes actores (COPACO-CTSSS-ASOCIACIÓN DE USUARIOS EN SALUD, COMITÉ DE ÉTICA HOSPITALARIA, COMITÉS DE SALUD, VEEDORES DE SALUD, Y CONTROLADORES DE SALUD) del Municipio. Generando, acompañamiento y cargue de los informes requeridos, por el departamento y la nación. Generando acta de éstos o pantallazo del envío de información. Realizando Capacitación mensual a las Asociaciones de Usuarios IPS, EPS y ESE sobre normatividad en salud. Generando acta y registro de asistencia. Y Realizar asistencia técnica a las (8) IPS, (3) EPS Y ESE del municipio en la verificación de la conformación de las asociaciones de usuarios según normatividad vigente. Generando actas de visita y seguimiento.
2. Convocar, coordinar y apoyar mediante su asesoría, las reuniones con los gerentes y/o coordinadores de las diferentes EPS para asignar compromisos y reuniones, definiendo un enlace en cada una, para dar respuesta oportuna a los usuarios del servicio de salud. Generando informe acta, y Fortalecer con el acompañamiento de la defensoría del paciente, regional y departamental el SAC, con enfoque en la defensa de la salud de los usuarios con el objetivo de eliminar las barreras de acceso. Apoyando la proyección elaboración de las respuestas que sale de la oficina del SAC, a través del correo institucional, para las diferentes instituciones de salud y los usuarios del servicio de salud del Municipio de Sevilla.
3. Realizar las demás actividades inherentes al cumplimiento del objeto del contrato y los diferentes apoyos que el supervisor asigne en las actividades ejecutadas por la secretaría de salud en beneficio de la comunidad en la zona urbana y rural del municipio de Sevilla.
4. Realizar 3 talleres de promoción y prevención en las diferentes temáticas psicosociales con la población, LGTBI Q++, afro (NARP), mujer, etnias y población ROM asentada en el municipio de acuerdo con los lineamientos dados por el ministerio del interior y demás entes del orden Nacional y/o Departamental. y realizar el acompañamiento a la actualización de los censos de la población, LGTBIQ+, Afro (NARP), mujer, etnias y población ROM asentadas en el municipio de Sevilla Valle
5. Realizar la atención y acompañamiento de la población, LGTBI Q++, Afro (NARP), mujer, etnias y población ROM asentada en el municipio de Sevilla Valle donde se realice 1 mesa con cada población con enfoque

diferencial. y atender los requerimientos de los Entes Nacionales y Departamentales. y la activación, de la mesa municipal de erradicación de la violencia contra la mujer, para la vigencia 2025 generando plan de acción.

6. Realizar actividades para el empoderamiento sobre la Ley 1257 de 2008, normas de sensibilización, prevención, sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres y Apoyar la implementación del Acuerdo Municipal 012 de 2012. Plan de Igualdad de Oportunidades Entre Hombres y Mujeres en el Municipio de Sevilla. Valle del Cauca.
7. Apoyar a la secretaría de salud en la ferias y eventos de salud, intramural y extramural referente a salidas de campo donde se presenta la oferta institucional al igual las demás actividades inherentes al objeto contractual, realizar apoyo. y participar de las jornadas de socialización se la normatividad interna del municipio durante la ejecución del contrato en todos los procesos que conlleven a la implementación MIPG y plan de desarrollo municipal. al igual que realizar acompañamiento para la apertura de los buzones de PQRSF del Hospital Departamental Centenario de Sevilla de manera semanal.
8. Hacer entrega del archivo de acuerdo a la ley 594 del 2000, igualmente del archivo que se genere de en cumplimiento al contrato de manera mensual en medio físico y magnético con registro de asistencia y debido enfoque diferencial, identificando la población víctima del conflicto armado según formato entregado al FUT,

La presente certificación se expide a solicitud de la parte interesada con el fin de acreditar contrato de prestación de servicios.

Para constancia se firma en Sevilla, Valle del Cauca, a los treinta (30) días del mes de junio de dos mil veinticinco (2025).

Cordialmente

Fabian Armando Ávila Patiño
Secretario de Salud
Sevilla Valle



Elaboró: Patricia Sánchez - Contratista
Reviso y Aprobó: Fabián Armando Ávila- secretario de Salud

EL TÉCNICO ADMINISTRATIVO
CERTIFICA QUE:

Una vez revisada la base de datos de Contratación, se constató que **LUZ AYDEE REYES ÁLZATE** con **C.C** 28.837.171, suscribió con el Municipio de San Sebastián de Mariquita, contratos que a continuación se relacionan, lo cual no generan relación laboral ni prestaciones sociales de acuerdo con lo establecido en el Artículo 32 de la Ley 80 de 1993:

No DEL CONTRATO	PLAZO	OBJETO	VALOR	FECHA DEL CONTRATO	ACTA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACIÓN	ESTADO
108	222 DÍAS	CONTRATAR UN PROFESIONAL EN PSICOLOGÍA PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA EN SALUD MENTAL Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN EL MUNICIPIO DE SAN SEBASTIÁN DE MARIQUITA.	$ 16.280.000	18 MAY 2021	19MAY2021	26 DIC 2021	LIQUIDADO
017	270 DÍAS	CONTRATAR UN PROFESIONAL EN PSICOLOGIA PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA EN SALUD MENTAL Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN EL MUNICIPIO DE SAN SEBASTIÁN DE MARIQUITA	$ 20.097.000	11 ENE 2022	12ENE2022	22 DIC 2022	LIQUIDADO
056	120 DÍAS	CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE UN PROFESIONAL EN PSICOLOGÍA PARA APOYO A LAS ACCIONES Y COMPETENCIAS EN SALUD MENTAL EN EL MARCO DE LA GESTIÓN DE LA SALUD PUBLICA Y FORTALECER LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN EL MUNICIPIO	$11.308.000	01 FEB 2023	02 FEB 2023	01 JUNIO 2023	LIQUIDADO
142	180 DIAS	CONTRATAR LA PRESTACION DE SERVICIOS DE UN PROFESIONAL EN PSICOLOGIA PARA APOYO A LAS ACCIONES Y COMPETENCIAS EN SALUD MENTAL EN EL MARCO DE LA GESTIÓN DE LA SALUD PUBLICA Y FORTALECER LA PARTICIPACION COMUNITARIA EN EL MUNICIPIO	$16.962.000	02 DE JUNIO DE 2023	02 DE JUNIO DE 2023	29 DE DICIEMBRE DE 2023	LIQUIDADO
257	60 DÍAS	CONTRATAR LA PRESTACION DE SERVICIOS DE UN PROFESIONAL EN PSICOLOGIA COMO APOYO A LAS ACCIONES Y COMPETENCIAS DE INSPECCIÓN Y VIGILANCIA ENMARCADAS EN LA GESTIÓN DE SALUD PUBLICA, DE LA POLITICA DE SALUD MENTAL Y SEGUIMIENTO A EVENTOS DE INTERES EN SALUD MENTAL	$6.537.720	27 DE OCTUBRE DE 2023	27 DE OCTUBRE DE 2023	26 DE DICIEMBRE DE 2023	LIQUIDADO

Dada en Mariquita Tolima, a solicitud del interesado(a), el día **VEINTINUEVE** (29) del mes de **DICIEMBRE** de **DOS MIL VEINTITRÉS (2023),** para los fines que estime pertinentes.

WILSON MORENO MORA
OFICINA DE CONTRATACIÓN

EL DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA CORPORACION MI TIERRA

CERTIFICA

Que una vez revisados los archivos de contratos de prestación de servicios en este despacho, se pudo constatar que la corporación Mi Tierra suscribió el siguiente contrato:

INFORMACION DEL CONTRATO

Nombre o razón social del contratista:	Luz Aydee Reyes Álzate
N° de Identificación del contratista:	28.837.171
Clase o Tipo de contrato:	Prestación de servicios
Fecha acta de inicio:	01 de Mayo de 2020
Fecha de terminación:	31 de Julio de 2020
Valor Total:	$ 5.778.000

OBLIGACIONES DESDE EL SERVICIO

FUNCIONES
1. Orientar y hacer seguimiento psicológico a beneficiarios
2. Realizar la atención a los diferentes núcleos familiares
3. Realizar la intervención familiar en los casos que se requiera
4. Capacitar al talento humano en diferentes temáticas que fortalezcan el desarrollo integral de la primera infancia.
5. Mantener estándares de calidad en el servicio según lineamientos del programa
6. Garantizar el apoyo tanto al equipo operativo del programa como de los beneficiarios.
7. Otras de su naturaleza

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los tres (03) días del mes de agosto de dos mil veinte (2.020).

Cordialmente.

MILTON MAURICIO VARON GUZMAN
Representante Legal

FUNDACION IMIX
NIT 900.265.071-5

LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL DE LA

FUNDACION IMIX

CERTIFICA

Que la señor(a) **LUZ AIDEE REYES ALZATE** identificado(a) con cedula de ciudadania N° **28837171**, presto sus servicios a la **FUNDACIÓN IMIX**, como **APOYO PSICOSOCIAL** en la modalidad **FAMILIAR**, municipio de **MARIQUITA**, con el siguiente tiempo dedicado y naturaleza de contrato:

- Contrato(s) de prestación de servicios desde: 11/2/2019 hasta 20/12/2019.

Se expide a solicitud de la interesado(a) a los Veintitrés (23) días del mes de Diciembre de 2019

Atentamente

Eugenia V. de Bahamón

EUGENIA V. ROJAS DE BAHAMON
Representante legal
FUNDACION IMIX

Elaboró Auxiliar Administrativa Talento Humano Martha Bonilla

FUNDACIÓN PARA EL
FORTALECIMIENTO HUMANO
JUKARUMA
NIT 900741343-5

BIENESTAR
FAMILIAR

LA JEFE DE TALENTO HUMANO

HACE CONSTAR

Que la señora LUZ AYDEE REYES , identificada con cédula de ciudadanía N° 28837171, laboró para la Fundación JUKARUMA en el cargo de coordinadora a partir del día dos (02) del mes de enero hasta el 6 de marzodel año 2017, cumpliendo funciones consecuentes con su cargo y a cabalidad, en CDI ANGELITOS EN LOS MUNICIPIOS DE MURILLO, VILLAHERMOSA Y CASABIANCA TOLIMA.

Para constancia se firma en San Sebastián de Mariquita el día CINCO (05) del mes de abril de dos mil diecisiete (2017)

Atentamente,

BRIYITH PAOLA RODRÍGUEZ MEDINA
Jefe de Talento Humano

Escaneado con CamScanner

FUNDACIÓN PARA EL
FORTALECIMIENTO HUMANO
JUKARUMA

NIT 900741343-5

LA JEFE DE TALENTO HUMANO

HACE CONSTAR

Que la señora LUZ AIDE REYES ALZATE, identicada con cédula de ciudadanía N° 28.837.171, labora para la Fundación JUKARUMA en el cargo de coordinadora a partir del día diez (10) del mes de febrero, cumpliendo funciones consecuentes con su cargo y a cabalidad, en el CDI ANGELITOS SEDE 3 Y 5 del municipio de libano, devengando un salario de 1.378.000 mas prestaciones de ley.

Para constancia se firma en San Sebastián de Mariquita el día doce (12) del mes de noviembre de dos mil dieciséis (2016)

Atentamente,

BRIYITH PAOLA RODRÍGUEZ MEDINA

CARRERA 11 N° 3A-08 BARRIO PRIMERO DE MAYO
MARIQUITA – TOLIMA
jukarumamariquita@gmail.com
TELEFONO (098) 252 2108



ACF
Amigos Caminos con Futuro
Res. # 041 del 08-02 de 2000
Nit 809007029-1º

CERTIFICACION

Yo, GLORIA BARBOSA identificada con c.c.28.914.707 de Rovira, Representante Legal de la Corporación Amigos Caminos con Futuro, certificó que la Doctora LUZ AYDEE REYES ALZATE identificada con Cedula de ciudadanía No 28.837.171 de Bolívar Valle, laboro para nuestra Organización, por un periodo de 7 meses y medio a partir del 16 de Diciembre de 2013 y hasta el 30 de Julio de 2014, que se desempeño como Psicóloga del programa Externado con discapacidad Lelio Pardo de Mariquita Tolima.

Que se desempeña con responsabilidad, cumplidor de sus deberes, comprometida, con buen manejo ético y moral.

En constancia se firma a solicitud del interesado, a los 22 días del mes de Agostó de 2014.

Cordialmente

GLORIA BARBOSA
Representante Legal

Carrera 6 a C n48-44 Limonar Ibagué Celular 312 410 45 31

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 28.837.171

REYES ALZATE
APELLIDOS

LUZ AYDEE
NOMBRES

Luz Aydee Reyes Alzate
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 09-NOV-1962
BOLIVAR
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55 O- F
ESTATURA G.S. RH SEXO
26-ENE-1983 MARIQUITA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
SUBARGENTINO RENOLFO LOPEZ

A-2907800-63116781-F-0028837171-20030825 0618603267A 01 134299734

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 141089401233

(415)7707212489984(8020) 000014108940123 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
2 8 8 3 7 1 7 1	6	Impuestos y Aduanas de Ibagué 9	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	2 8 8 3 7 1 7 1	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Tolima 7 3	Mariquita 4 4 3

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
REYES	ALZATE	LUZ	AYDEE

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Tolima 7 3	Mariquita 4 4 3

41. Dirección principal
CR 1 3 37 BRR CENTRO

42. Correo electrónico aydereyes1@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 8 6 7 1 3 3 0 7	

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
7 2 2 0	2 0 2 1 0 4 0 5						4 1 2 3	

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	5	4	9																							

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

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 61. Fecha 2024-08-02 / 10:30:21AM

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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

30516993

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

No.Radicación: 656153

FECHA DE RADICACIÓN: 30 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 AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI [ ] NO [X]
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]
7. CÓDIGO: A424

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO: REYES | SEGUNDO APELLIDO: ALZATE | PRIMER NOMBRE: LUZ | SEGUNDO NOMBRE: AYDEE

9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: C.N. [ ] M.S. [ ] R.C. [ ] T.I. [ ] C.C. [X] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] A.S. [ ] P.T. [ ]
10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 28837171
11. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [X]
12. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [X] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
13. NACIONALIDAD: COLOMBIA
14. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS: COLOMBIA | DEPARTAMENTO: VALLE DEL CAUCA | MUNICIPIO: BOLIVAR
15. FECHA NACIMIENTO: DÍA 09 | MES 11 | AÑO 1962

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA: 6
17. COMUNIDAD INDIGENA:
18. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [X] CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD:
19. TIENE ENCUESTA SISBÉN? SI [ ] NO [X]
20. CLASIFICACIÓN SISBÉN:
NIVEL:
GRUPO:
21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL:
22. ARL: SURA
23. AFP: PORVENIR
24. IBC: $1,750,905.00
25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: $0.00
26. RESIDENCIA
DIRECCIÓN: KR 50 45 71
TELÉFONO FIJO:
TELÉFONO CELULAR: 3186713307
CORREO ELECTRÓNICO: 09aydee1962@gmail.com
DEPARTAMENTO: VALLE DEL CAUCA
MUNICIPIO/ DISTRITO: SEVILLA
LOCALIDAD/COMUNA:
ZONA: CABECERA MUNICIPAL [ ] CENTRO POBLADO [X] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]
IPS: 12627

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

27. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE

28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]
29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:
30. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ]
31. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
32. NACIONALIDAD:
33. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO
34. FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO

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

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO F	39. SEXO M	40. SEXO IDENTIFICACIÓN F	M	T	NB	Otro?	41. LUGAR DE NACIMIENTO PAÍS	DEPART.	MUNICIPIO	42. FECHA DE NACIMIENTO DÍA	MES	AÑO
B1		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															
B2		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															
B3		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															
B4		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															
B5		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															

	Datos complementarios del Beneficiario 43. PARENTESCO	44. ETNIA	45. COMUNIDAD	46. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	47. TIENE ENCUESTA SISBÉN? SI	NO	48. CLASIFICACIÓN SISBÉN NIVEL	GRUPO	49. DISCAPACIDAD SI	NO	CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD	50. INCAPACIDAD PERMANENTE SI	NO	51. Datos de residencia DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/ DISTRITO	ZONA CABECERA MUNICIPAL	CENTRO POBLADO	RURAL DISPERSO	RESTO RURAL
B1							I. II.												
B2							I. II.												
B3							I. II.												
B4							I. II.												
B5							I. II.												

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. VALOR DE LA UPC DEL AFILIADO ADICIONAL	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CÓDIGO DE LA IPS (A REGISTRAR POR LA EPS)
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo documento de Identificación N.I. T.I. C.C. C.E. S.C. P.A. C.D. P.T.	57. Número del documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)

59. Ubicación	DIRECCIÓN	TELÉFONO FIJO O CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/DISTRITO

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. TIPO DE NOVEDAD
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS Código: _____ [ ]
6. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO Código: _____ [ ]
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR [X]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. INSCRIPCIÓN EPS RETORNO AL PAÍS.1. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]
12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
14. MOVILIDAD
A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ]
B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
15. TRASLADO
A) MISMO RÉGIMEN [ ]
B) DIFERENTE RÉGIMEN [ ]
16. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]
21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:
62. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ]
63. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
64. FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO
65. EPS ANTERIOR:
66. FECHA DE NOVEDAD: DÍA 01 | MES 10 | AÑO 2026
67. MOTIVO DE TRASLADO Código:
68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mi. [ ]
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad [ ]
72. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [ ]
75. Autorizo para que la EPS realice el manejo de los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [ ]
76. a). Autorizo mi consentimiento explicito para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos. [X]
b). Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE). [ ]
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y 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 hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario de cabeza de familia o afiliado adicional — Luz Aydee Reyes Alzate

81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

X. ANEXOS

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

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

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

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

94. APELLIDOS Y NOMBRES
Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]
Número del documento de identidad
95. FIRMA DEL FUNCIONARIO
96. FECHA DE RADICACIÓN: DÍA | MES | AÑO
97. FECHA DE VALIDACIÓN: DÍA | MES | AÑO

OBSERVACIONES:

VIGILADO Supersalud

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

- ORIGINAL: E.P.S. -

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

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

Yo, LUZ AYDEE REYES ALZATE identificado (a) con R.C. | T.I. | C.C. CC | C.E. | S.C. | C.D. | P.E. | P.T.

número 28837171 de BOLIVAR, 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. 3186713307

y/o correo electrónico: 09aydee1962@gmail.com

SÍ☐ No☐

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

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

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

Declaración juramentada de convivencia: Declarar que convivo con el(la) señor(a) _____ Identificado(a) con _____

No. _____ desde el día _____ del año _____

Cordialmente,

Firma: Luz Aydee Reyes Alzate

Tipo ID: CC No. ID: 28837171

Fecha de Solicitud: 30/09/2026

Dirección: KR 50 45 71

Tel: 3186713307 Municipio: SEVILLA

Departamento: VALLE DEL CAUCA

Huella

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

Firma: _____

Tipo ID: _____ No. ID: _____

Fecha (dd/mm/aaaa): _____

Dirección: _____

Tel: _____ Municipio: _____

Departamento: _____

Huella

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

Autorizaciones

En virtud de la anterior certificación, autorizo expresamente y conforme a lo dispuesto en los artículos 14 y 15 de la Ley 527 de 1995, a NUEVA EPS S.A. para que me remita información en forma de mensajes de datos, a través de mecanismos como sms -short message service - , correos electrónicos y redes sociales, relacionada con los servicios de NUEVA EPS S.A. y la carta de derecho de deberes.

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

Aviso de privacidad

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

• Acceder los datos personales que hayan sido objeto de tratamiento conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.

• Conocer, actualizar y rectificar los datos personales frente al responsable del tratamiento y al encargado del tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros datos, en relación con datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos datos cuyo tratamiento esté expresamente prohibido o no haya sido autorizado.

• Solicitar prueba de la autorización otorgada al responsable del tratamiento, salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el tratamiento, de conformidad con lo previsto en el artículo 10 de la Ley 1581 de 2012.

• Ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento, previa solicitud, con respecto del uso que le ha dado a los datos personales.

• Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.

• Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. La revocatoria y/o supresión procederá cuando la Superintendencia de Industria y Comercio haya determinado que en el tratamiento el responsable o encargado han incurrido en conductas contrarias a esta ley y a la constitución.

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

Sitio web: www.nuevaeps.co

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

Régimen Subsidiado:
Línea Gratuita: **01 8000 95 2000**
Línea de atención en Bogotá: **(601) 307 7051**

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

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

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

ACTIVIDAD ECONÓMICA	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	POSEE VIVIENDA PROPIA		PRODUCTOR AGROPECUARIO	
				SÍ		SÍ	
INDEPENDIENTE	SURA	PORVENIR	$1750905	NO	X	NO	X

Nivel de Escolaridad								
	Ninguno ☐	Secundaria X	Normalista ☐	Profesional ☐	Doctorado ☐			
	Preescolar ☐	Media académica o clásica (bachillerato básico) ☐	Técnica Profesional ☐	Especialización ☐	Último Grado			
	Básico Primaria ☐	Media técnica (bachillerato básico) ☐	Tecnológica ☐	Maestría ☐	Aprobado _____			

Posición Ocupacional	Patrón/Empleador ☐	Contratista X	Trabaja por su Cuenta ☐
Inicio Contrato 01/10/2026		Fin Contrato	

SEÑOR USUARIO: TRABAJADOR INDEPENDIENTE O CONTRATISTA, RECUERDE REPORTAR LA NOVEDAD DE RETIRO EN LA PLANILLA DE PAGO A PARTIR DEL MOMENTO QUE DECIDA NO CONTINUAR CON LOS SERVICIOS DE SALUD, EL NO HACERLO LE GENERA MORA, LA CUAL TENDRÁ VIGENCIA HASTA EL MOMENTO EN EL QUE REPORTE SU RETIRO AL SISTEMA. DECRETO 806 ART. 57 DE 1998 Y ART. 59 DECRETO 1406 DE 1999.

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

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del ASESOR o PROMOTOR	CÓDIGO ASESOR o PROMOTOR	Nombre de OFICINA	
Edilson Jesus Cortez	A424		CIUDAD Y FECHA

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **LUZ AYDEE REYES ALZATE** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **28837171,** se encuentra afiliado/a desde **01/08/2002** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 28 de septiembre de 2026.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 23 de septiembre de 2026, a las 11:38:19, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	28837171
Código de Verificación	28837171260923113819

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACION COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 303458851

M
11:03:29

Bogotá DC, 23 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) LUZ AYDEE REYES ALZATE identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 28837171:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 11:41:25 AM horas del 23/09/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **28837171**

Apellidos y Nombres: **REYES ALZATE LUZ AYDEE**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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

DIJIN

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 23/09/2026 11:45:19 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **28837171** y Nombre: **LUZ AYDEE REYES ALZATE.**

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. **148258493** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

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

GOV.CO

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 28837171 **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 25/09/2026 01:02 PM

Código Verificación: **97A1UK5WSF**

Válida hasta: **25/12/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 12:16:24 horas del 24/09/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **28837171,** Apellidos y Nombres **REYES ALZATE LUZ AYDEE**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **alcaldia de sevilla** , con NIT **800100527-0** 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

Certificación

Bancaria

Miércoles, 30 de septiembre de 2026

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que LUZ AYDEE REYES ALZATE identificado(a) con CC 28837171, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta de ahorros	38971925083	2017-02-03	Activo	****

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

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

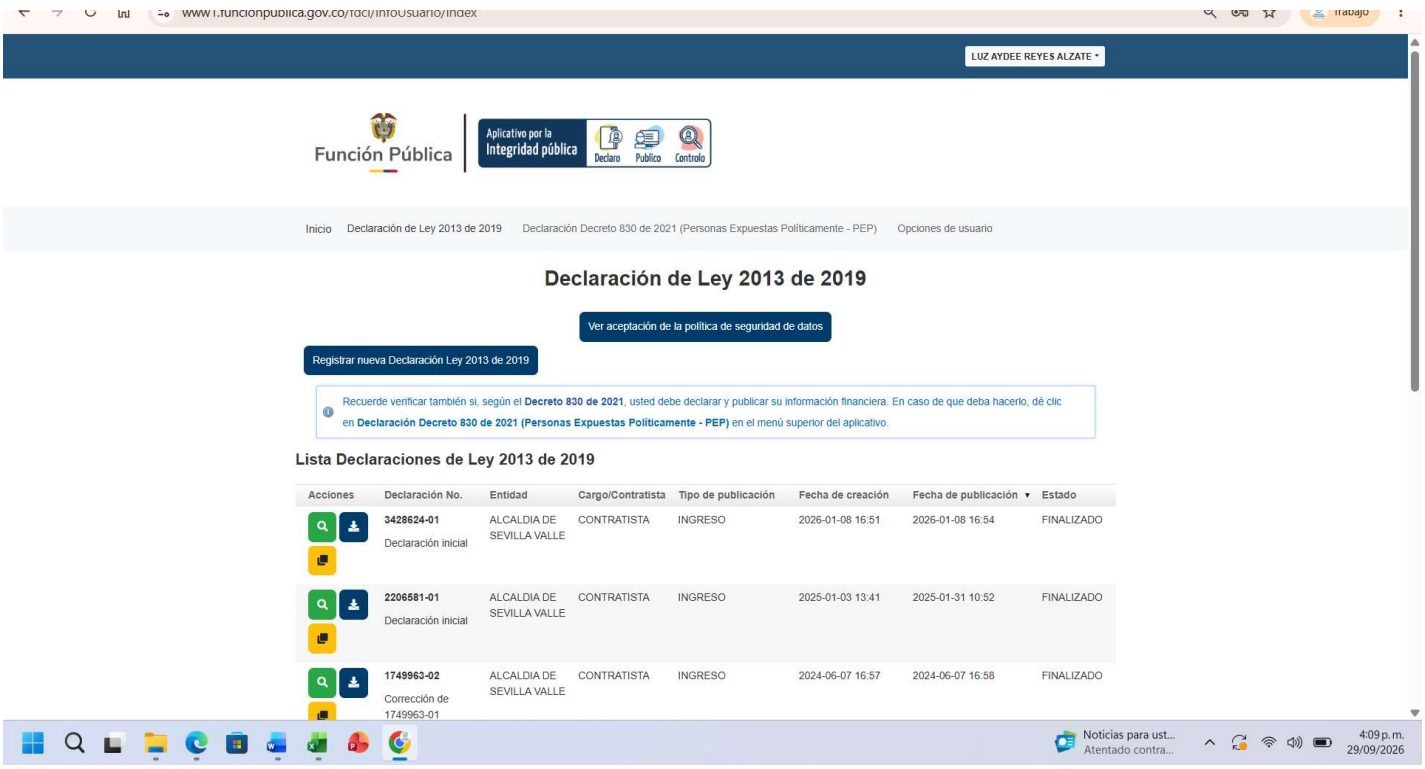


Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento bancario

Bancolombia

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


www1.funcionpublica.gov.co/fdci/infoUsuario/index
LUZ AYDEE REYES ALZATE
Función Pública
Aplicativo por la Integridad pública
Declaro
Publico
Controlo
Inicio
Declaración de Ley 2013 de 2019
Declaración Decreto 830 de 2021 (Personas Expuestas Políticamente - PEP)
Opciones de usuario
Declaración de Ley 2013 de 2019
Ver aceptación de la política de seguridad de datos
Registrar nueva Declaración Ley 2013 de 2019
Recuerde verificar también si, según el Decreto 830 de 2021, usted debe declarar y publicar su información financiera. En caso de que deba hacerlo, dé clic en Declaración Decreto 830 de 2021 (Personas Expuestas Políticamente - PEP) en el menú superior del aplicativo.
Lista Declaraciones de Ley 2013 de 2019
Acciones
Declaración No.
Entidad
Cargo/Contratista
Tipo de publicación
Fecha de creación
Fecha de publicación
Estado
3428624-01
Declaración inicial
ALCALDIA DE SEVILLA VALLE
CONTRATISTA
INGRESO
2026-01-08 16:51
2026-01-08 16:54
FINALIZADO
2206581-01
Declaración inicial
ALCALDIA DE SEVILLA VALLE
CONTRATISTA
INGRESO
2025-01-03 13:41
2025-01-31 10:52
FINALIZADO
1749963-02
Corrección de 1749963-01
ALCALDIA DE SEVILLA VALLE
CONTRATISTA
INGRESO
2024-06-07 16:57
2024-06-07 16:58
FINALIZADO
Noticias para ust...
Atentado contra...
4:09 p. m.
29/09/2026

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	2026-01-08 16:54

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
LUZ	AYDEE	REYES	ALZATE

Documento de identificación

Tipo	Número
CEDULA DE CIUDADANIA	28837171

Lugar de nacimiento

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	VALLE DEL CAUCA	SEVILLA

Lugar de domicilio

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	VALLE DEL CAUCA	SEVILLA

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

Lugar de sede

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	VALLE DEL CAUCA	SEVILLA

Dirección	["Calle 51 No. 50-10"]
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	$25.000.000,00
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	$25.000.000,00

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 [ ] 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:
