Mis datos de usuario
Noticias SECOP
Mis registros
Accesos del usuario
Términos y condiciones de uso

Editar

Información del usuario



Carga	
Título	
Nombre	ALICIA
Apellidos	GÓMEZ JIMÉNEZ
Fecha de Nacimiento	06/05/2004 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
	Usted pertenece a un grupo joven
Nivel Educativo	Universidad Completa
Género	Femenino
¿Tiene alguna discapacidad?	Si ◉ No
Nombre y apellido	ALICIA GÓMEZ JIMÉNEZ
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	1095700076
Dirección	CALLE 8 #16-03
Código postal	684021
Estrato	2
Ubicación	Villanueva
País	COLOMBIA
Correo electrónico	gomezali694@gmail.com
Teléfono	
Celular	3228952951

Configuración

Zona horaria	(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito
Idioma	Español (Colombia)
Configuración regional	Español (Colombia)

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad	¿Cuál es su número de teléfono?
Respuesta	3228952951
SMS para recuperar la contraseña	3228952951

Editar

Barichara, octubre 2026

Arquitecto:
MILTON EDILSON CHAPARRO JIMENEZ
Alcalde Municipal
Barichara – Santander

Ref.: Propuesta Económica

Cordial saludo:

Para los fines pertinentes me permito colocar a su consideración propuesta para el asunto de la referencia:

PROPUESTA

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EJECUTAR ACCIONES DE ENLACE DENTRO DEL DESARROLLO DE LA POLITICA PUBLICA DE LAS MUJERES Y LA EQUIDAD DE GENERO EN BARICHARA.

PLAZO DE EJECUCION CONTRACTUAL:

Para la ejecución del objeto contractual se estima un plazo desde la suscripción del acta de inicio hasta el 25 (veinticinco) de diciembre 2026 de plazo acordado por las partes, contados a partir de la fecha de legalización del contrato.

LUGAR DE EJECUCIÓN:

Municipio de Barichara.

ALCANCE DEL OBJETO.

Las actividades que se desarrollan por parte del contratista son:

1. Brindar apoyo en el desarrollo visitas periódicas de acompañamiento y seguimiento a los colectivos, organizaciones y espacios de participación de mujeres y grupos de género del municipio, con el fin de identificar necesidades, demandas y oportunidades de fortalecimiento. Garantizar la sistematización, organización y entrega de la información en físico recolectada, junto con sus respectivos soportes documentales, de conformidad con la normatividad archivista vigente.
2. Apoyar la implementación, seguimiento de las acciones establecidas en el Plan Operativo Anual (PIO) para el desarrollo de la Política Pública de las Mujeres y Equidad de Género asegurando que las actividades programadas sean previamente concertadas con la secretaría supervisora del contrato, asegurando una adecuada articulación interinstitucional, ejecución oportuna y registro documental de los avances, como insumo para el fortalecimiento de las estrategias municipales de equidad y género.
3. Apoyo en la actualización de manera periódica la base de datos municipal de mujeres del municipio de Barichara, incluyendo mujeres rurales, profesionales y lideresas comunitarias, con información sobre residencia, ocupación, nivel educativo y participación social, como insumo para el seguimiento de la Políticas Pública de las Mujeres y Equidad de Género, garantizando su organización y custodia en el archivo físico de la Secretaria General y de Gobierno, conforme a los lineamientos de gestión documental vigentes.

4. Brindar acompañamiento profesional en la coordinación y articulación de acciones con las diferentes dependencias de la administración municipal, así como con entidades públicas y privadas, orientadas a promover la participación, el liderazgo y la protección de los derechos de las mujeres y grupos de género, incluyendo la organización de capacitaciones, talleres, mesas de trabajo, en concordancia con la Política Publica de las Mujeres y Equidad de Género del municipio.
5. Acompañar los comités afines y complementarios asignados por la Administración Municipal en materia de mujer y equidad de género, brindando apoyo técnico y articulación institucional, así como ejecutar las demás actividades asignadas por el supervisor contractual relacionadas con el objeto del contrato.

VALOR Y FORMA DE PAGO:

El valor del contrato se pagará de forma mensual vencida, mediante cuotas fijas por la suma de **TRES MILLONES DE PESOS ($3.000.000) M/CTE** por cada mes de prestación efectiva del servicio.

En caso de que al finalizar el vínculo contractual no se complete la fracción de mes, el Municipio reconocerá y pagará únicamente los días correspondientes. Los pagos se realizarán a través de actas parciales, quedando el último desembolso sujeto a la suscripción del acta final.

Para efectos de cada desembolso, el contratista deberá presentar: **1)** El informe de actividades sobre la ejecución del objeto contractual, **2)** La respectiva cuenta de cobro, y **3)** La certificación de cumplimiento expedida por el supervisor del contrato (quien para este efecto será el titular de la Secretaría General y de Gobierno del Municipio de Barichara).

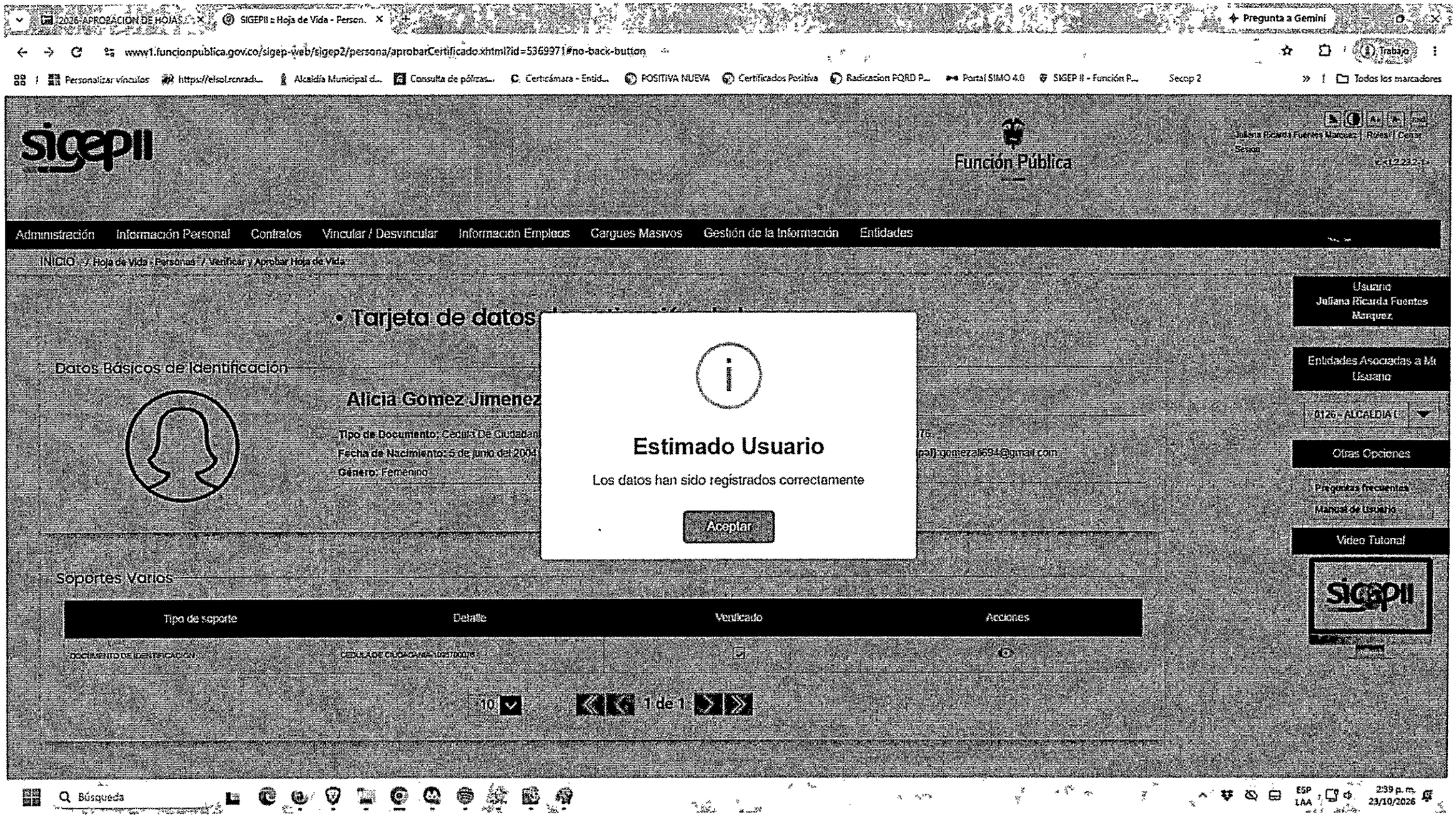
VIGENCIA DE LA PROPUESTA:

La presente propuesta posee una vigencia de un (1) mes.

Declaro bajo la gravedad del juramento que no me encuentro incurso en ninguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidades establecidas en el art. 8 de la Ley 80 de 1993 y demás normas sobre la materia y que tampoco me encuentro incurso en ninguno de los eventos de prohibiciones especiales para contratar con el Estado. No presento antecedentes disciplinarios ante la Procuraduría, General de la Nación. Ninguna entidad distinta de la aquí nombrada tiene intereses en esta propuesta ni el contrato que como consecuencia de ella llegare a celebrarse y por consiguiente solo compromete al firmante. Me comprometo a ejecutar totalmente el contrato en el plazo pactado a partir de la legalización del mismo. Manifiesto que actualmente me encuentro afiliado al Sistema de Seguridad Social en Salud y en pensiones (como independiente). Así mismo, comunico que me afiliare a la ARL.

Acompaño a la presente, hoja de vida con los soportes de Ley;

ALICIA GOMEZ JIMENEZ
C.C. No. 1.095.700.076 de Barichara


2026-APROBACION DE HOJAS
SIGEPII :: Hoja de Vida - Person...
Pregunta a Gemini
www1.funcionpublica.gov.co/sigep-web/sigep2/persona/aprobarCertificado.xhtml?id=5369971#no-back-button
Trabajo
Personalizar vínculos
Alcaldía Municipal d...
Consulta de pólizas...
Certicámara - Entid...
POSITIVA NUEVA
Certificados Positiva
Radicacion PQRD P...
Portal SIMO 4.0
SIGEP II - Función P...
Secop 2
Todos los marcadores
sigepII
Función Pública
Juliana Ricarda Fuentes Marquez | Roles | Cerrar Sesión
Administración
Información Personal
Contratos
Vincular / Desvincular
Información Empleos
Cargues Masivos
Gestión de la Información
Entidades
INICIO / Hoja de Vida - Personas / Verificar y Aprobar Hoja de Vida
• Tarjeta de datos
Datos Básicos de Identificación
Alicia Gomez Jimenez
Tipo de Documento: Cedula De Ciudadani
Fecha de Nacimiento: 5 de junio del 2004
Género: Femenino
Estimado Usuario
Los datos han sido registrados correctamente
Aceptar
Usuario
Juliana Ricarda Fuentes Marquez
Entidades Asociadas a Mi Usuario
0126 - ALCALDIA (
Otras Opciones
Preguntas frecuentes
Manual de Usuario
Video Tutorial
Soportes Varios
Tipo de soporte
Detalle
Verificado
Acciones
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN
CEDULA DE CIUDADANIA 1026780078
10
1 de 1
Búsqueda
ESP LAA
2:39 p. m. 23/10/2026

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
Gomez	Jimenez	Alicia

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No: 1095700076	F ⊗ M ○ NB ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 05 MES 06 AÑO 2004	CALLE 8 16 3			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	SANTANDER
DEPTO	SANTANDER	MUNICIPIO	BARICHARA		
MUNICIPIO	BARICHARA	TELÉFONO	3228952951	EMAIL	gomezali694@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	EDUCACION MEDIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	2021

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	8	X		CRIMINALISTICA	06	2026	

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 IDIOMAS

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

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

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	Día Mes Año	Día Mes Año
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

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	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Función Pública

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

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2026-10-15 16:55

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
ALICIA		GOMEZ	JIMENEZ

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1095700076

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	SANTANDER	Municipio	BARICHARA

Lugar de domicilio					
País	COLOMBIA	Departamento	SANTANDER	Municipio	BARICHARA

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 BARICHARA

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	SANTANDER	Municipio	BARICHARA

Dirección	["calle 5 No. 6-39"]
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

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

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

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

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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	Organo	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 INTERES

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 CONYUGE 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:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA



NÚMERO **1.095.700.076**

GOMEZ JIMENEZ

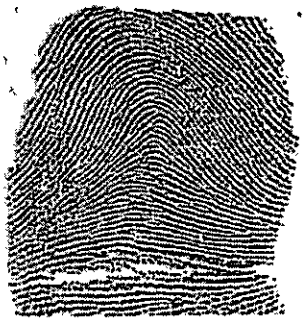
APELLIDOS

ALICIA

NOMBRES

Alicia Gómez J.

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **05-JUN-2004**

BARICHARA
(SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

01-AGO-2022 BARICHARA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-2701600-01321297-F-1095700076-20220927 0086879490G 1 56589086

CERTIFICADO DE NO INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

ALICIA GOMEZ JIMENEZ, identificado con cédula de ciudadanía C.C 1.095.700.076 expedida en Barichara, domiciliado en Barichara, del municipio de Barichara - Santander, manifiesto bajo la gravedad del juramento no estar incurso en las causales de inhabilidades e incompatibilidades establecida en la Constitución y la Ley.

En constancia de lo anterior, se firma en el mes de Octubre del año dos mil veintiséis (2026)

ALICIA GOMEZ JIMENEZ
C.C: 1.095.700.076 expedida en Barichara

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 10:00:20 horas del 16/10/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1095700076**, Apellidos y Nombres **GOMEZ JIMENEZ ALICIA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ALCALDIA MUNICIPAL DE BARICHARA**, con NIT **890210932-1** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

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

E.P.S. Sanitas
Sanitas Internacional

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La EPS SANITAS en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado **EPS SANITAS,**

CERTIFICA

Que **Alicia Gomez Jimenez** identificado(a) con **CEDULA DE CIUDADANIA** número **1095700076,** está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1095700076
NOMBRES Y APELLIDOS	Alicia Gomez Jimenez
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	05/06/2004
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	
FECHA RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	21/10/2026
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 1095700076 Trabajador Independiente Desde 21/10/2026 - Vigente

Generado por mrlizarazo 27/10/2026

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

Protección

Una empresa sura

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **GOMEZ JIMENEZ ALICIA** identificado(a) con **CC** número **1.095.700.076** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 30 de septiembre de 2022 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 15 de octubre de 2026.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 482 33 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80** -
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a **https://customer0001.wolkvox.com/proteccion/index.php**

EPS Sanitas

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

201297285

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

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación
2. Tipo de Afiliado: A. Cotizante
3. Régimen: C. Especial
4. Continuidad: B. Continuidad
5. Tipo de Afiliado: A. Cotizante
6. Tipo de Cotizante: A. Dependiente
7. Código:

Datos Básicos del Afiliado

8. Apellidos y nombres
Primer Apellido: Gomez — Segundo Apellido: Jimenez — Primer Nombre: ALICIA — Segundo Nombre:

9. Tipo de documento de identidad: CC
10. Número del documento de identidad: 1095700076
11. Sexo biológico: F
12. Sexo identificación: F
Cual:
13. Nacionalidad: Colombiana
14. Lugar de nacimiento: Pais: Colombia — Departamento: Santander — Municipio: Villanueva
15. Fecha de nacimiento: 05 06 2001 4

Datos Poblacionales

16. Etnia:
17. Comunidad:
18. Discapacidad: Cuenta con discapacidad:
19. Tiene encuesta SISBEN:
20. Clasificación SISBEN:
21. Grupo de población especial:
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: Positiva
23. Administradora de Pensiones: Proteccion
24. Ingreso base de cotización - IBC: $1'350.905
25. Tarifa Contribución Solidaria:

Datos de Residencia y Ubicación

26. Residencia, Dirección: Calle 8 # 16 con 3 nelson Gomez
Teléfono Fijo:
Teléfono Celular: 3228952951
Correo Electrónico: gomezali894@gmail.com
Departamento: Santander
Municipio / Distrito: Villanueva
Localidad / Corregimiento:
Zona: Cabecera Municipal / Centro Poblado / Rural Disperso / Resto Rural

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: Femenino / Masculino
31. Sexo identificación: F M T ND Cual:
32. Nacionalidad:
33. Lugar de nacimiento: Pais: — Departamento: — Municipio:
34. Fecha de nacimiento:

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

	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							
B2							
B3							
B4							
B5							

Datos complementarios del Beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Discapacidad	48. Cuenta con discapacidad	49. Responsable pensiones
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

Datos de residencia

	Departamento	Municipio / Distrito	Zona	Teléfono	52. Correo electrónico
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		

	Departamento	Municipio / Distrito	Zona	Teléfono	52. Correo electrónico
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

201297285

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		54. Código de la IPS (la otorgará cada EPS)
C	ESE Centro de Salud Camilo Daza Cúllar de V	
B1		10521
B2		
B3		
B4		
B5		

55. Nombre o razón social

56. Tipo documento de identificación | 57. Número del documento de identificación | 58. Fecha de nacimiento (d/m/a)

59. Ubicación
Dirección | Teléfono fijo o Celular

Correo Electrónico | Departamento | Municipio / Distrito

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 paso 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 cumplimiento de condiciones para cotizar.
10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.
11. Invalidación EPS retorno al país.
12. Vinculación a esta entidad administradora para realizar afiliaciones colectivas.
13. Desvinculación de esta entidad administradora para realizar afiliaciones colectivas.
14. Movilidad: A. Régimen Contributivo B. Régimen Subsidiado
15. Traslado: A. Mismo Régimen B. Distinto Régimen
16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.
17. Reporte del cambio de ocupación del cotizante.
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.

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 NS Otro | Cod. | 64. Fecha de nacimiento

65. EPS anterior | 66. Fecha de novedad: 26/10/2026 | 67. Motivo de traslado: Código | 68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones

69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
70. Declaración de la no cotización de afiliado 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 la información 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 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 la 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.

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 | Número de documento de identidad

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando actúe a afiliado adicional

81. Apoderado o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

82. Anexo copia del documento de identidad. Cantidad de folios del documento de identidad anexos: CN TI CC CE PA CD SC PT

83. Copia del concepto de excepciones permanentes 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 patria de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración jurada para 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 de ordene la afiliación de oficio.

Total Anexos: 1

92. Identificación de la Entidad Territorial: Código del municipio | Código del departamento

93. Nombre de la Institución

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: 26/10/2026 | 97. Fecha de validación

OBSERVACIONES: Movilidad Contributivo

Recuerda 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

Identificación y nombre del Ejecutivo Comercial | Sello de Radicación | Sticker precontractual

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 viernes 16 de octubre de 2026, a las 10:02:19, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1095700076
Código de Verificación	1095700076261016100219

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.

LUIS MIGUEL MARTINEZ ROMERO
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 304893803

PIB
10:01:26

Bogotá DC, 16 de octubre 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) ALICIA GOMEZ JIMENEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1095700076:

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 desempeñò 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 10:03:05 AM horas del 16/10/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1095700076**

Apellidos y Nombres: **GOMEZ JIMENEZ ALICIA**

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, 16/10/2026 10:04:09 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1095700076** y Nombre: **ALICIA GOMEZ JIMENEZ.**

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. **149687939** . 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

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 1095700076 **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 16/10/2026 10:26 AM

Código Verificación: **CHSZRA3X6K**

Válida hasta: **16/01/2027**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

Función Pública certifica que:

ALICIA GOMEZ JIMENEZ

C.C 1.095.700.076

Participó y completó el curso virtual

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 16 de octubre 2026

Código: 7611537051000

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 01 Inscripción

4. Número de formulario 141285698960

(415)7707212489984(8020) 000014128569896 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1095700076	1	Impuestos y Aduanas de Bucaramanga 4	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 13	1095700076

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	169	Santander 68	Bucaramanga 079

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GOMEZ	JIMENEZ	ALICIA	

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Santander 68	Villanueva 872

41. Dirección principal: CL 8 # 16 - 3 BRR NELSON GOMEZ

42. Correo electrónico: gomezali694@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3228952951	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades				
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8211	2026-10-14							

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	20																									

20- Obtención NIT

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: 2026-10-14 / 04:15:17PM

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: GOMEZ JIMENEZ ALICIA

985. Cargo: Contribuyente

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

IPS SAS
CEMESO
CENTRO MÉDICO DE EXCELENCIA EN SALUD OCUPACIONAL Y MEDICINA LABORAL

NIT. 901073980 - 4
Carrera 10 No. 16 - 33, San Gil - Santander
Cel. 310 273 2388 - 3167410048 - Tel 7237917
E-mail. cemesoipssas@gmail.com



N° 67.170

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
15 DÍA	10 MES	2026 AÑO	SAN GIL (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PARTICULARES CONTADO	PARTICULARES

CIIU (Actividad Económica) del empleador

SIN REGISTRAR

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
GOMEZ JIMENEZ ALICIA	FEMENINO	22 AÑOS 4 MESES 9 DÍAS	CC (Tipo)	1095700076 (Número)

Cargo

CONTRATISTA

EPS	AFP	ARL
SANITAS	NO REFIERE	NO REFIERE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)

Observaciones: *NO APLICA*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL INGRESO	✓	VISIOMETRÍA	✓
AUDIOMETRÍA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP · EN SITIO DE TRABAJO	HÁBITOS SALUDABLES DIETA Y EJERCICIO
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL MINIMO DOS VECES AL DIA	CONTROL DE PESO
		HACER DEPORTE · 30 MINUTOS DIARIOS POR 5 DIAS A LA SEMANA
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

BUENAS CONDICIONES GENERALES, EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL NORMAL, PORCENTAJE DE SATURACION NORMAL, TEMPERATURA NORMAL, NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, EVALUACION OSTEOMUSCULAR SIN EVIDENCIA DE ALTERACIONES, REPORTE DE AUDIOMETRIA NORMAL, REPORTE DE VISIOMETRIA SE RECOMIENDA CONTINUAR CON EL USO DE LENTES PARA CORRECION VISUAL. PUEDE INICIAR DE LAS ACTIVIDADES LABORALES PARA LAS QUE SERA CONTRATADA.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen 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 examen 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 Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído 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.

Médico

Firma: Fernando Pinzon
Dr. Edgar Fernando Pinzón Laspilla
Médico y Cirujano
Reg. 01419 S.S.S.
Especialista en Salud Ocupacional
Resolución 00-4584 S.S.S.

Nombre: CC: 91071950 - EDGAR FERNANDO PINZON

R. M.: 01419 SSS **L.S.O.:** 004584 SSS

Código de Seguridad
I198O1U67170

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: GOMEZ JIMENEZ ALICIA

CC: 1095700076

EDGAR FERNANDO PINZON LASPRIL

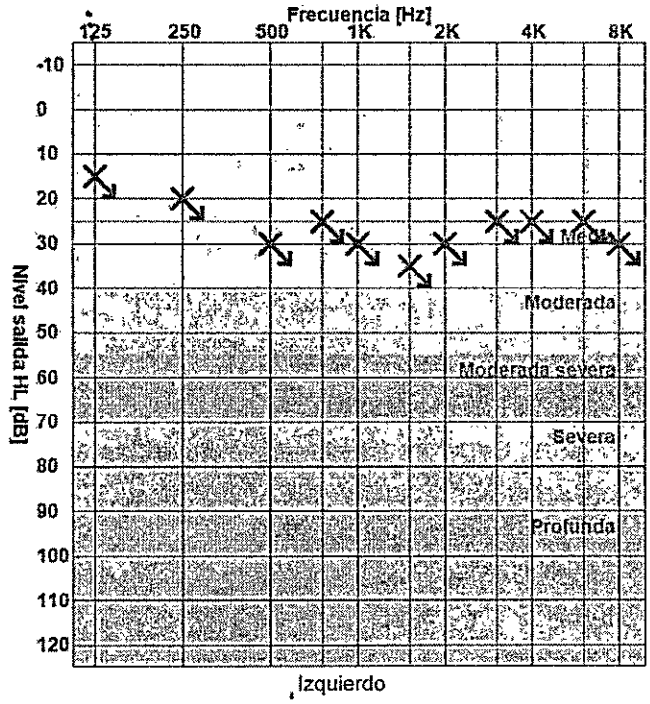
CRA 10 16-33 00 SAN GIL,
COLOMBIA

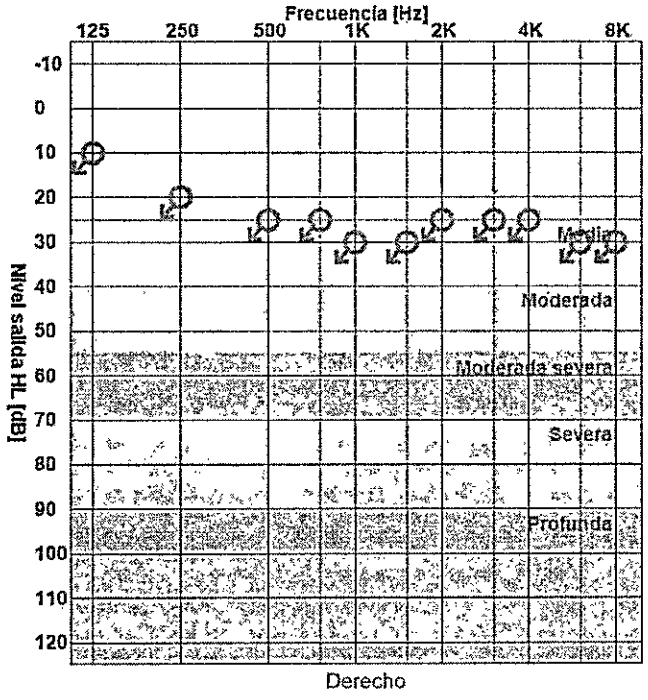
ALICIA GOMEZ JIMENEZ

Nº	1095700076
Fecha nacimiento	5/06/2004
Edad	22
Empresa/ Escuela	PARTICULARES

15/10/2026 7:08 a. m.

	125	250	500	750	1K	1.5K	2K	3K	4K	6K	8K
Aerea izquierda	(15)	(20)	(30)	(25)	(30)	(35)	(30)	(25)	(25)	(25)	(30)
Aereo derecha	(10)	(20)	(25)	(25)	(30)	(30)	(25)	(25)	(25)	(30)	(30)





Notas:

DENTRO DE LOS LIMITES NORMALES –EDGAR FERNANDO PINZON LASPRILLA, 2026-10-15 07:11:09

Legend	L	R
AC	X	O
AC - Masked	□	△
BC	>	<
BC - Masked	⊐	⊏
MCL	M	M
UCL	U	U
AC - Mask Level	—	—
BC - Mask Level	⌐	⌐

Dr. Edgar Fernando Pinzon Lasprilla

Usuario: EDGAR FERNANDO PINZON LASPRILLA

Información del audiometro: Numero de serie. 930-1703-NAES Tipo: Oscilla® SM-930 Fecha de calibración: 20170531

IPS SAS
CEMESO
CENTRO MÉDICO DE EXCELENCIA EN SALUD OCUPACIONAL Y MEDICINA LABORAL

NIT. 901073980 - 4
Carrera 10 No. 16 - 33, San Gil - Santander
Cel. 310 273 2388 - 3167410048 - Tel 7237917
E-mail. cemesoipssas@gmail.com



EXAMEN DE VISIOMETRÍA

DATOS PERSONALES — **Atención Nº: 6,246**

Fecha: 15/10/2026 **Municipio:** SAN GIL (SANTANDER, COLOMBIA) **CC:**1095700076 **Nombre:** GOMEZ JIMENEZ ALICIA **Edad:** 22 AÑOS 4
Genero: FEMENINO **Profesión o Cargo:** CONTRATISTA **Empresa:** PARTICULARES
Eps: SANITAS **Tipo Evaluación Medica:** EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO **F. Último Examen:** NO REFIERE
Lugar del Último Examen: NO REFIERE **Motivo Consulta:** INGRESO LABORAL

ANTECENDENTES VISUALES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NIEGA
ANTECEDENTES PERSONALES	NIEGA
ANTECENDENTES OCUPACIONALES	NIEGA
EXPOSICIÓN LABORAL VISUAL	
LENTES DE CONTACTO	NO USA
MULTIFOCAL	NO
TIPO DE USO	NO APLICA
TRAE RX	NO
ÚLTIMO DIAGNÓSTICO	
USA ANTEOJOS	NO USA

PRUEBAS REALIZADAS

SINTOMATOLOGÍA

ASINTOMÁTICO

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN		AV/VL	AV/VP	PH	AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN	AV/VL	AV/VP
O.D:	NO APLICA	20/ 100	20/100	N/A	NORMAL	20/ 20	20/20
O.I:	NO APLICA	20/ 100	20/100	N/A	NORMAL	20/ 20	20/20
A.O:	NO APLICA	20/ 100	20/100	N/A	NORMAL	20/ 20	20/20

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
Z460	PRUEBA Y AJUSTE DE ANTEOJOS Y LENTES DE CONTACTO	AMBOS	Enfermedad general	PRINCIPAL
H521	MIOPIA	AMBOS	Enfermedad general	RELACIONADO 1

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

CONTROL EN UN AÑO
USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE
USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PARA VISIÓN PRÓXIMA
USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PARA VISIÓN LEJANA
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

VISIOMETRIA SE RECOMIENDACONTINUAR CON EL USO DE LENTES PARA CORRECION VISUAL

OPTOMETRA

Dr. Edgar Fernando Pinzón Leguizamo
Médico y Cirujano
Reg. 01419 S.S.S.
Especialista en Salud Ocupacional
Resolución 00-4584 S.S.S.

Firma:
Nombre: CC: 91071950 - EDGAR FERNANDO PINZON
R. M.: 01419 SSS **L.S.O.:** 004584 SSS

PACIENTE

Firma:
Nombre: GOMEZ JIMENEZ ALICIA
CC: 1095700076

PERFIL SOCIODEMOGRAFICO

Se ha registrado tu respuesta

Ver respuestas anteriores

El formulario se creó en Gobierno en Línea Colombia. · Comunicarse con el propietario del formulario

¿El formulario parece sospechoso? Denunciar

Google Formularios

La República de Colombia y en su nombre, el

Instituto Técnico
Aquileo Parra

Barichara - Santander

Reconocido oficialmente por la Secretaría de Educación Departamental según Resolución No. 2137 del 07 de Julio de 2015,

Confiere a

Alicia Gómez Jiménez

Identificado (a) con T.I. No. 1.095.700.076 Expedida en Barichara

El Título de

Bachiller Técnico
Especialidad Dibujo Técnico

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. - de la Institución.

Rector

INSTITUTO TECNICO AQUILEO PARRA BARICHARA

CIENCIA TECNOLOGÍA Y VALORES

Secretaria

Este Diploma no requiere de registro en Secretaría de Educación
(Decreto Nacional No. 921 de 1994)
Anotado en el control interno del plantel en el
Libro No. 03 Folio No. 79 Diploma No. 005
Dado en Barichara a 7 de Diciembre del año 2021

DANE 168079000017
JORNADA ÚNICA

Acta Individual de Grado

INSTITUTO TÉCNICO "AQUILEO PARRA"

En la ciudad de Barichara a los 7 días del mes de diciembre del año 2021 se reunieron, con el fin de formalizar la proclamación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la rectoría del Instituto Técnico Aquileo Parra, Institución con reconocimiento oficial mediante resolución N°013137 del 7 de julio de 2015 emanada de la Gobernación de Santander para otorgar el título de Bachiller en las modalidades Técnica y Turismo.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos y alumnas que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Técnica, se procedió a otorgar el Título de: **BACHILLER TECNICO – DIBUJO TECNICO** a la graduanda cuyos nombres, apellidos y número de identidad se relacionan a continuación:

ALICIA GOMEZ JIMENEZ T.I 1.095.700.076 de Barichara

Es fiel copia tomada del acta original general. No.073 de fecha 7 de diciembre de 2021 que consta de 58 alumnos que comienza con el nombre de **KEIDY DANIELA BALLESTEROS NEIRA** y cierra con el nombre de **ANDRES CAMILO VIVIESCAS MUÑOZ**

Dada en Barichara a los 7 días del mes de Diciembre de 2021

HENRY BOHORQUEZ SOSA
Rector
C. C .7.466.037 de Barranquilla

CECILIA RODRÍGUEZ CALDERÓN
Secretaria
C.C. 27.988.399 de Barichara

Libertad y Orden

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

UDI UNIVERSIDAD DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO

Personería Jurídica No. 22195 de diciembre 20/1985 del MEN
Resolucion 15422 de agosto 03/2017 del MEN

Confiere el Título de

Profesional en Criminalística

a

ALICIA GOMEZ JIMENEZ

C.C. 1095700076 expedida en Barichara

Quien cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos.

En testimonio de ello otorga el presente

Diploma

En la ciudad de Bucaramanga, Santander, a los 28 días del mes de agosto de 2026.

Rector
Jairo Augusto Castro Castro

Secretario General
Juan Carlos Murillo Mantilla

Registro Oficial

Libro de Diplomas No. 1 Folio No. 3 Acta No. 41 de la UDI.

UDI UNIVERSIDAD DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO

UNIVERSIDAD DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO - UDI

Personería Jurídica No. 22195 de diciembre 20/1985 del MEN
Resolución 15422 de agosto 03/2017 del MEN

ACTA DE GRADO

N°. 1 - 3 - 41

El dia **28 de agosto de 2026,** el Presidente, Rector y Secretario General de la Universidad de Investigación y Desarrollo-UDI, debidamente autorizados por el Consejo Directivo de la Institución, de acuerdo a la:

RESOLUCIÓN No. 008 DEL 12 DE AGOSTO DE 2026

Realizarón el acto solemne de graduación de:

ALICIA GOMEZ JIMENEZ
C.C. 1095700076 expedida en Barichara

por cuanto cursó y aprobó los estudios correspondientes al Programa de

CRIMINALÍSTICA

y cumplió con las disposiciones legales y reglamentarias, presentando el

PROYECTO DE GRADO

EFECTO DEL HIPOCLORITO DE SODIO COMO AGENTE DE LIMPIEZA SOBRE FLUIDO BIOLÓGICO TIPO SANGRE HALLADO EN EL LUGAR DE LOS HECHOS

obteniendo una calificación de **(4.4) Cuatro Punto Cuatro** considerándose por tanto, APROBADO.

Habiendo rendido el juramento de rigor, se le hizo entrega del Diploma que le acredita como

PROFESIONAL EN CRIMINALÍSTICA

En testimonio de lo anterior, se firma el Acta de Grado en la ciudad de Bucaramanga, Santander a los veintiocho **(28) días del mes de agosto de 2026.**

Secretario General
Juan Carlos Murillo Mantilla

Protección

Una empresa sura

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **GOMEZ JIMENEZ ALICIA** identificado(a) con **CC** número **1.095.700.076** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 30 de septiembre de 2022 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 15 de octubre de 2026.

Cordialmente,

Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 482 33 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80** -
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a **https://customer0001.wolkvox.com/proteccion/index.php**

(+57) 300 600 0100
Carrera 48 #18 A 14
Medellín Colombia
www.nequi.com.co

Certificado de depósito de bajo monto

NEQUI S.A. Compañía de Financiamiento

Martes, 20 de octubre de 2026

A quien pueda interesar

Nos permitimos informar que ALICIA GOMEZ JIMENEZ identificado con cédula de ciudadanía 1095700076, al día de hoy es titular de un depósito de bajo monto con las siguientes características:

Número de Deposito Nequi	Numero de producto interno	Estado	Fecha de apertura
3228952951	87058941566	ACTIVA	27-07-2022

Para pagos desde empresas y nómina el código de Nequi en ACH Colombia es 1507.

Un saludo
Equipo Nequi

NEQUI S.A. Compañía de Financiamiento
VIGILADO