Santa Marta, D.T.C.H. NOVIEMBRE 2026

Señor (a)
**EYLEEN ESTHER RUIZ RAPIA**
**SECRETARIA DE PROMOCIÓN SOCIAL, INCLUSIÓN Y EQUIDAD.**
**Santa Marta**

**ASUNTO:** Propuesta de Servicios.

Cordial saludo,

En atención a su invitación, me permito presentar propuesta de prestación de servicios, la cual tiene como propósito ejecutar la **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA EL FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL EN LA SECRETARIA DE PROMOCION SOCIAL, INCLUSION Y EQUIDAD DEL DISTRITO DE SANTA MARTA.** Aceptando por tanto las condiciones establecidas en los estudios previos.

Atentamente,




**DAVID CABALLERO CAMPO**
Contratista Persona Natural
**CC. 1082836345**
**1ce93262de05-2461362001637-71fc43117267**

Cendiatra

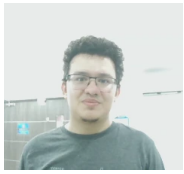
## CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

**SEDE:**CENDIATRA SANTA MARTA **DIRECCIÓN:**Carrera 20 No 15-34 barrio jardín **CIUDAD DE LA SEDE:**SANTA MARTA

**TELÉFONO:**6054358314 **EMAIL:**santamarta@cendiatra.com **FECHA ATENCIÓN:**2026-11-11

**Nombres y apellidos:**DAVID CABALLERO CAMPO
**Fecha de nacimiento:**28/01/1995
**Empresa:**PARTICULAR
**Empresa usuaria:**
**Cargo:**CONTRATISTA
**Departamento:**MAGDALENA
**ARL:**NO REFIERE
**Fondo de Pensiones:**NO REFIERE

**CC:**1082836345
**Edad:**31 **Sexo:**MASCULINO
**Celular:**3127113791
**Estado Civil:**SOLTERO
**Fecha ingreso:**2026-11-11 / 10:57:56
**Fecha salida:**2026-11-11 / 11:03:51
**Actividad Económica:**0010 - ASALARIADOS
**EPS:**EPS FAMILIAR DE COLOMBIA



### EXÁMENES REALIZADOS

• EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

**CONCEPTO DE APTITUD:** APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO
**:**

**SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:**
CONDICIÓN VISUAL:

**RECOMENDACIONES:**
ACUDIR A CONSULTA MÉDICA EN SU EPS PARA MANEJO Y CONTROL POR:: NUTRICION
NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA:
VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: CONTROL ANUAL

La presente certificación se expide con base en la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 1843 de 2025. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve principalmente para constatar quien presento la valoración. De acuerdo con lo indicado por el empleador, se constata que al trabajador se le comunicaron los resultados de las evaluaciones médicas ocupacionales, los cuales quedarán registrados en su historia médica ocupacional, la cual se encuentra bajo custodia de esta ips. Su salud es el recurso más valioso para alcanzar sus metas personales, familiares y laborales. El cumplimiento constante de las recomendaciones médicas, la asistencia a los controles indicados y la adopción de hábitos de autocuidado constituyen herramientas fundamentales para preservar su bienestar, prevenir complicaciones y mantener una adecuada calidad de vida. Cada acción que realice hoy en favor de su salud representa una inversión en su futuro.

Martha Liliana Abello Vanegas
Medico SST
Resolución Nº 069 del 10/10/2023

MARTHA LILIANA ABELLO VANEGAS
CC: 1082969669
RP: 1082969669
LIC-SST: 069
Firma y sello del médico

DAVID CABALLERO CAMPO
CC: 1082836345
Firma del paciente

Código de verificación digital.

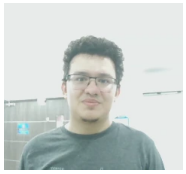
Cendiatra

## RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

**SEDE:**CENDIATRA SANTA MARTA
**DIRECCIÓN:**Carrera 20 No 15-34 barrio jardín
**CIUDAD DE LA SEDE:**SANTA MARTA
**TELÉFONO:**6054358314
**EMAIL:**santamarta@cendiatra.com
**FECHA ATENCIÓN:**2026-11-11

**Nombres y apellidos:**DAVID CABALLERO CAMPO
**Fecha de nacimiento:**28/01/1995
**Empresa:**PARTICULAR
**Empresa usuaria:**
**Cargo:**CONTRATISTA
**Departamento:**MAGDALENA
**ARL:**NO REFIERE
**Fondo de Pensiones:**NO REFIERE

**CC:**1082836345
**Edad:**31 **Sexo:**MASCULINO
**Fecha ingreso:**2026-11-11 / 10:57:56
**Fecha salida:**2026-11-11 / 11:03:51
**Actividad Económica:**0010 - ASALARIADOS
**EPS:**EPS FAMILIAR DE COLOMBIA



Las presentes recomendaciones se expiden con base a su historial clínico ocupacional.

**Recomendaciones generales, laborales y extralaborales:**

1. ACUDIR A CONSULTA MÉDICA EN SU EPS PARA MANEJO Y CONTROL POR:: NUTRICION
2. NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA:
3. VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: CONTROL ANUAL

Martha Liliana Abello Vanegas
Medico SST
Resolución Nº 069 del 10/10/2023

MARTHA LILIANA ABELLO VANEGAS
CC: 1082969669
RP: 1082969669
LIC-SST: 069
Firma y sello del médico

DAVID CABALLERO CAMPO
CC: 1082836345
Firma del paciente

Firma responsable del SG-SST de la empresa.

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 domingo 08 de noviembre de 2026, a las 21:46:49, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 1082836345 |
| Código de Verificación | 1082836345261108214649 |

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 MARTÍNEZ ROMERO

Contralor Delegado

Generó: WEB

# 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 22:35:33 horas del 08/11/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1082836345,**

**NO REGISTRA INHABILIDAD**

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **Alcaldia Distrital de Santa Marta**, con NIT **891780009-4** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

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

MARIO ALBERTO SALCEDO DAZA - eace5500ca38-2461362093302-d4fe03a34bbe

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, 08/11/2026 10:43:43 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1082836345** y Nombre: **DAVID CABALLERO CAMPO.**

## 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. **151188860** . 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

MARIO ALBERTO SALCEDO DAZA - 954f665ee1a6-2461362093310-949a6a021ca5

# 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 1082836345 **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 08/11/2026 10:38 PM

Código Verificación: **MAN5LJBPXV**

Válida hasta: **09/02/2027**

---

## Dirección de Gobierno Digital

## MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

## Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 09:04:56 PM horas del 08/11/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1082836345**
Apellidos y Nombres: **CABALLERO CAMPO DAVID**

**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.

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

MARIO ALBERTO SALCEDO DAZA - c8d7bf504663-2461362093333-f74c810573cb

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO
## No. 306103427

PIB
21:07:34


Bogotá DC, 08 de noviembre 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) DAVID CABALLERO CAMPO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1082836345:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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



MARIO ALBERTO SALCEDO DAZA - b84361f4a35b-2461362093321-ee5f78f24147







MARIO ALBERTO SALCEDO DAZA - 1559b164c02f-2461362093352-fec92f987325
JOHN MARIO MORENO LOPEZ - 1559b164c02f-2461363151804-bcc7ab03afe1

La República de Colombia y en su nombre el

# El Colegio Mayor Del Caribe

Santa Marta, Magdalena
Aprobado por el Ministerio de Educación Nacional Mediante
Resolución No. 1435 del 10 de Diciembre/2008

Confiere a:

## David Caballero Campo

Identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 1082836345 Santa Marta

El Título de

## Bachiller Académico

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

Rectora

Secretaria

Libro 01 Folio 045 Acta 005 Año 2013

Dado en Santa Marta D.C.T.H, a los 29 días del mes de Noviembre del 2013

MARIO ALBERTO SALCEDO DAZA - b4a188b36c7b-2461362093430-ddfe30dbd879

SANTA MARTA DISTRITO TURISTICO, CULTURAL E HI...
Secretaría de Educación

LA DIRECCIÓN DE ... ORGANIZACIÓN ESCOLAR

Que El Colegio Mayor del Caribe

No Oficial

NOTARÍA SEGUNDA DEL CÍRCULO DE SANTA MARTA
TESTIMONIO DE AUTENTICIDAD

Santa Marta., 2023-05-29 08:18:45 Cod: 4649-1c95b24f

IRINA MARGARITA CARTAGENA VILLAR NOTARIA (E) 2 DEL CIRCULO DE SANTA MARTA previa confrontación declara que la firma que aparece en el presente documento corresponde a la Autografa registrada ante mi por:

**ALVEAR PEÃ'A DIANA DURVIS**

**Identificado con C.C. 34980057**

Ingrese a www.notariaenlinea.com para verificar este documento
hyd8y

IRINA MARGARITA CARTAGENA VILLAR
NOTARIA (E) 2 DEL CIRCULO DE SANTA MARTA

SECRETARÍA
DE EDUCACIÓN

SANTA MARTA
El cambio es Imparable

**EL SECRETARIO(A) DE EDUCACIÒN DEL DISTRITO TURÌSTICO CULTURAL E HISTÒRICO DE SANTA MARTA HACE CONSTAR**

**Que el** Diploma de David Caballero Campo
**Identificado (a) con el D.I. No.** 1082 836 345 Santa Marta Expedido como Bachiller Académico
**Durante el año lectivo** 2013 Colegio Mayor del Caribe **en la** Ciudad de Santa Marta
**Expedido por el rector (a)** Diana Durvis Alvear Peña
**es válido.**
**Se expide la presente a petición del interesado (a) válido únicamente para estudios en el exterior.**
**Santa Marta** Primer (1) día Junio 2023

Lic. Antonio José Peralta Silvera
**Secretario (a) de Educación del Distrito de Santa Marta**

MARIO ALBERTO SALCEDO DAZA - b4a188b36c7b-2461362093430-ddfe30dbd879

ALCALDÍA DE SANTA MARTA
Distrito Turístico, Cultural e Histórico

SAM2024LR000025

**SECRETARIA DE EDUCACIóN DE SANTA MARTA**

CERTIFICA:

Para todos los efectos legales y académicos en el exterior que la institución que expide el presente documento, está debidamente reconocida y autorizada por el Gobierno Nacional de Colombia.

**Titular: DAVID CABALLERO CAMPO**
**Documento: DIPLOMA DE GRADO**
**Institución: COLEGIO MAYOR DEL CARIBE**

La autenticidad de este certificado puede ser verificada con el número de radicado **SAM2024LR000025** y el código de verificación **Y184HX** en la siguiente página web:
https://sac2.gestionsecretariasdeeducacion.gov.co/Ciu_Apl_Red/?u=SAC_SANTAMARTA&a=Ciu_Leg_Control

Se firma y se expide el presente certificado a los 27 días del mes de Febrero de 2024.

SANDRA PATRICIA MUÑOZ DORADO
SECRETARIA DE EDUCACIÓN DISTRITAL
DESPACHO SECRETARIO DE EDUCACION

La Secretaría de Educación no asume responsabilidad del texto del documento legalizado.



MARIO ALBERTO SALCEDO DAZA - b4a188b36c7b-2461362093430-ddfe30dbd879

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario 141291953208

(415)7707212489984(8020) 000014129195320 8

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 0 8 2 8 3 6 3 4 5 | 3 | Impuestos y Aduanas de Santa Marta 1 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 | 1 0 8 2 8 3 6 3 4 5 |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Magdalena 4 7 | Santa Marta 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| CABALLERO | CAMPO | DAVID | |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Magdalena 4 7 | Santa Marta 0 0 1 |

41. Dirección principal
URB VILLA DANIA

42. Correo electrónico jdcc19.95@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 1 2 7 1 1 2 7 9 1 | |

## CLASIFICACIÓN

| Actividad económica | | | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | |
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código 1 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8 5 6 0 | 2 0 2 2 0 2 1 5 | | | | | |

## 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 2026-11-16 / 01:31:20AM

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:

MARIO ALBERTO SALCEDO DAZA - 9538e24eb852-2461362093237-0f38b6c93e1c

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre CABALLERO CAMPO DAVID

985. Cargo Contribuyente

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

| Declarant | Download | Entity | Position/Contractor | Publication type | Declaration number | Publication date | Declaration status |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DAVID CABALLERO CAMPO<br>CEDULA DE CIUDADANIA - 1082836345 | Law 2013 of 2019 Declaration | ALCALDIA DISTRITAL DE SANTA MARTA, DISTRITO TURISTICO, CULTURAL E HISTORICO | CONTRATISTA | INGRESO | **4197757-01**<br>Initial declaration | 2026-11-08 22:27 | FINALIZADO |

EPS Sanitas

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicado

201431724

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

## I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación X B. Reporte de Novedades X
2. Tipo de Afiliación: A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia X - Beneficiario o Afiliado adicional; B. Colectiva; C. Institucional; D. De Oficio
3. Régimen: A. Contributivo X; B. Subsidiado
4. Contribución solidaria: Si No
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 (a registrar por la EPS)

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

8. Apellidos y nombres

| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|
| Caballero | Campo | David. | |

9. Tipo de documento de identidad: CC
10. Número del documento de identidad: 1082836345
11. Sexo biológico: Femenino / Masculino X
12. Sexo identificación: F / M X / T / NB / Otro / Cual
13. Nacionalidad: Colomb
14. Lugar de nacimiento: País Colombia. Departamento Municipio
15. Fecha de nacimiento: 28011995.

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

16. Etnia
17. Comunidad
18. Discapacidad: Si / No / Categoría de discapacidad
19. Tiene encuesta SISBEN: Si / No
20. Clasificación SISBEN: Nivel / Grupo
21. Grupo de población especial
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL
23. Administradora de Pensiones
24. Ingreso base de cotización - IBC: $1.750.905.
25. Tarifa Contribución Solidaria
26. Residencia: Dirección Villa Daria. Mz U1 Cs 4. Teléfono Fijo
Teléfono Celular 3127112791 Correo Electrónico jdcc19.95@gmail.com
Departamento Magdalena Municipio / Distrito Santa Marta Localidad / Comuna Zona: Cabecera Municipal / Rural Disperso / Centro Poblado X / Resto Rural

## IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

27. Apellidos y nombres: Primer Apellido / Segundo Apellido / Primer Nombre / Segundo Nombre
28. Tipo de documento de identidad
29. Número del documento de identidad
30. Sexo biológico: Femenino / Masculino
31. Sexo identificación: F / M / T / NB / Otro / Cual
32. Nacionalidad
33. Lugar de nacimiento: País / 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. Tiene encuesta SISBEN | 48. Clasificación SISBEN | 49. Discapacidad | 50. Incapacidad permanente |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | | |

51. Datos de residencia

| | Departamento | Municipio/ Distrito | | zona | Teléfono fijo y o celular | 52. Valor de la UPC del afiliado adicional |
|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | | |
| B2 | | | | | | |
| B3 | | | | | | |
| B4 | | | | | | |
| B5 | | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | | |
| B2 | | | | | | |
| B3 | | | | | | |
| B4 | | | | | | |
| B5 | | | | | | |

MARIO ALBERTO SALCEDO DAZA - a15cff70b30d-2461362093741-beb25d1a73e6

Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS

201431724

81 clf Sanitas Santa Marta
82
83
84
85

51. Código de la IPS (a registrar por la EPS) 278413 - 13981

V. DATOS DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD O DE LA ENTIDAD ADMINISTRADORA DE PLANES DE BENEFICIOS - AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLE DE PAGO

55. Nombre o razon social | 56. Tipo documento de identificacion | 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

60. Tipo de Novedad

[ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
[ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
[ ] 3. Actualización del documento de identificación.
[ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
[ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código [ ]
[ ] 6. Reporte de pago a través de un tercero Código [ ]
[ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
[ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
[X] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
[ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.
[ ] 11. Inscripción EPS retorno al país.
[ ] 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
[ ] 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
[ ] 14. Movilidad [ ] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
[ ] 15. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Regimen
[ ] 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia
[ ] 17. Reporte del tramite de protección al cesante.
[ ] 18. Reporte de la calidad de Pre- pensionado
[ ] 19. Reporte de la calidad de Pensionado
[ ] 20. Ingreso a Contribución Solidaria.
[ ] 21. Retiro de Contribución Solidaria

VI. DATOS DEL AFILIADO

61. Datos básicos de identificación
Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | 62. Sexo biológico Femenino Masculino | 63. Sexo identificación F M T NB Otro Cuál | 64. Fecha de nacimiento

65. EPS anterior 30 Nueva | 66. Fecha de novedad 11/11/2026 | 67. Motivo de traslado Codigo | 68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

[X] 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
[ ] 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
[ ] 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
[ ] 72. Declaración de no afiliación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
[X] 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.
[X] 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
[X] 75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
[X] 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
[X] 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
[X] 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisben vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria
Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Tipo de documento de identidad | No. del documento de identidad

IX. FIRMAS

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

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

X. ANEXOS

[ ] 82. Anexo copia del documento de identidad. Cantidad de documentos de identidad anexos: CN RC TI CC CE PA CD SC PT
[ ] 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
[ ] 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
[ ] 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declara 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 e acta de entrega del menor.
[ ] 87. Copia de la orden judicial o del acta administrativa de custodia.
[ ] 88. Documento en que conste 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 acta administrativa o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

Total Anexos

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

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

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

94. Apellidos y nombres
Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | 95. Firma del funcionario | 96. Fecha de radicación | 97. Fecha de validación

OBSERVACIONES

EPS Sanitas

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

Doc Identificación y nombre del Ejecutivo Comercial

Sello de Radicación POR EPS | Sticker procesamiento

RECIBIDO POR:

clf Santa Marta.

MARIO ALBERTO SALCEDO DAZA - a15cff70b30d-2461362093741-beb25d1a73e6

N/A



REPÚBLICA DE COLOMBIA

FUERZAS MILITARES

Tarjeta Reservista Segunda Clase

NÚMERO 1082836345

APELLIDOS Y NOMBRES

CABALLERO CAMPO

DAVID

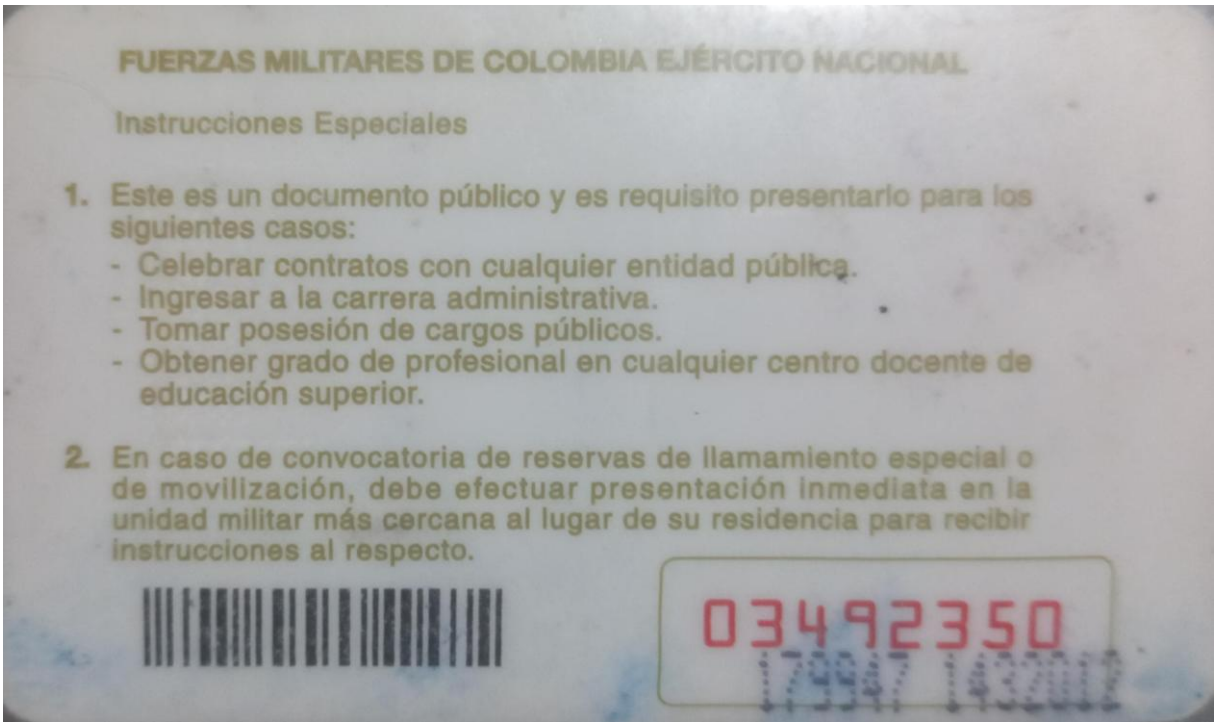
PERTENECE AL EJÉRCITO DE:

| 1ª LÍNEA | 2ª LÍNEA | 3ª LÍNEA |
|---|---|---|
| 31 - 12 - 2025 | 31 12 2036 | 31 12 2045 |

PROFESIÓN BACHILLER

FECHA DE EXP.: 13 FEB 2015

CDTE. DE DISTRITO



FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJÉRCITO NACIONAL

Instrucciones Especiales

1. Este es un documento público y es requisito presentarlo para los siguientes casos:
   - Celebrar contratos con cualquier entidad pública.
   - Ingresar a la carrera administrativa.
   - Tomar posesión de cargos públicos.
   - Obtener grado de profesional en cualquier centro docente de educación superior.
2. En caso de convocatoria de reservas de llamamiento especial o de movilización, debe efectuar presentación inmediata en la unidad militar más cercana al lugar de su residencia para recibir instrucciones al respecto.

03492350

MARIO ALBERTO SALCEDO DAZA - 6cae26030b98-2461362093345-cdbb2aa03688

Protección

Una empresa sura

## Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

## NIT 800.229.739

**Hace constar que:**

El(la) Señor(a) **CABALLERO CAMPO DAVID** identificado(a) con **CC** número **1.082.836.345** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 09 de julio 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 17 de noviembre 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**

MARIO ALBERTO SALCEDO DAZA - 2cdef983471e-2461362122104-48a72ee2ef44

N/A

N/A

Agencia Nacional de Contratación Pública Colombia Compra Eficiente

Aumentar el contraste | UTC -5 11:56:47

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Configuraciones del usuario
David Caballero Campo
CAT: 2528662
Configuración Entidad Estatal / Proveedor
17 Nov, 2026(UTC -5) 11:56:47
Salir

# Escritorio

**OPORTUNIDADES RECIENTES**

No se han encontrado

**ÚLTIMAS OFERTAS**

No se han encontrado

| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
|---|---|---|---|---|
| Suscripciones | En edición | Adjudicaciones pendientes | Invitaciones directas | Nuevos informes |

## Sugerencias SECOP




**El Servicio de proveedor ya se encuentra disponible.**
Haga clic aquí para activarlo. Después de la activación la disponibilidad del servicio podrá tardar hasta 10 minutos.

**Ya está asociado a una empresa**
Si es necesario, para solicitar acceso a otra empresa, puede ir a 'Configuraciones del Usuario » Mis registros'.

## Mensajes

Todos

*Sin mensajes…*

Más información .

## Oportunidades de neg

Recibidas

*Sin oportunidades*

Más información .

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) | NOMBRES |
|---|---|---|
| Caballero | Campo | David |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | GENERO | NACIONALIDAD | PAÍS |
|---|---|---|---|
| C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1082836345 | F ( ) M (X) NB ( ) | COL. (X) EXTRANJERO ( ) | COLOMBIA |

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NÚMERO 1082836345 D.M. 12

| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO | | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA | |
|---|---|---|---|
| FECHA | DIA 28 MES 01 AÑO 1995 | | |
| PAÍS | COLOMBIA | PAÍS | DEPTO |
| DEPTO | MAGDALENA | MUNICIPIO | |
| MUNICIPIO | SANTA MARTA | TELÉFONO | EMAIL jdcc19.95@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 | 2013 |
| | | | | | | | | | | 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 | 8 | | X | NEGOCIOS INTERNACIONALES | | | |

## 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)



MARIO ALBERTO SALCEDO DAZA - 497fc17c8127-2461362122048-0e4f411be9d4

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* |
| FRANCÉS | X | | | | | X | | | X |
| INGLÉS | | | X | | | X | | | X |
| PORTUGUÉS | | | X | | | X | | | X |

## 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

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| 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

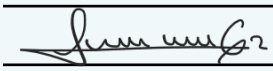
| OCUPACIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|---|---|---|
| | AÑOS | MESES |
| SERVIDOR PÚBLICO | 0 | 0 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 0 | 0 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 0 | 0 |
| EXPERIENCIA DOCENTE | 0 | 0 |

## 8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

*Ciudad y fecha de diligenciamiento* En Santa Marta, a 17 de noviembre de 2026



*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

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

Santa Marta, a 17 de noviembre de 2026

*Ciudad y fecha*

*NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*