



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

ENTIDAD RECEPTORA

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

## 1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO <b>BALLESTAS</b>		SEGUNDO APELLIDO ( O DE CASADA ) <b>CORPAS</b>		NOMBRES <b>HAIDER BERT</b>		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. <b>9.147.693</b>		SEXO F <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/>	NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>		PAÍS	
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input checked="" type="radio"/>		NÚMERO <b>9.147.693</b>		D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA <input type="text" value="26"/> MES <input type="text" value="11"/> AÑO <input type="text" value="2023"/> PAÍS <b>COLOMBIA</b> DEPTO <b>BOLIVAR</b> MUNICIPIO <b>CARTAGENA</b>		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA <b>PEDRO SALAZAR MZ 11 LT 17</b> PAÍS <b>COLOMBIA</b> DEPTO <b>BOLIVAR</b> MUNICIPIO <b>CARTAGENA</b> TELÉFONO <b>3122094923</b> EMAIL _____				

## 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:			
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES	<input type="text" value="12"/>	AÑO	<input type="text" value="1997"/>

**EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)**  
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:  
**TC** (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA 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	

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

# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.			
<b>EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE</b>			
<small>EMPRESA O ENTIDAD</small> <b>PERSONARIA DISTRITAL CARTAGENA</b>	<small>PÚBLICA</small> <input checked="" type="checkbox"/>	<small>PRIVADA</small> <input type="checkbox"/>	<small>PAÍS</small> <b>COLOMBIA</b>
<small>DEPARTAMENTO</small> <b>BOLIVAR</b>	<small>MUNICIPIO</small> <b>CARTAGENA</b>		<small>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</small> HAIDERBALLESTAS@GMAIL.COM
<small>TELÉFONOS</small> <b>3122094923</b>	<small>FECHA DE INGRESO</small> DÍA <input type="text" value="27"/> MES <input type="text" value="06"/> AÑO <input type="text" value="2023"/>		<small>FECHA DE RETIRO</small> DÍA <input type="text" value="27"/> MES <input type="text" value="10"/> AÑO <input type="text" value="2023"/>
<small>CARGO O CONTRATO ACTUAL</small> <b>CONTRATISTA</b>	<small>DEPENDENCIA</small>		<small>DIRECCIÓN</small> <b>AV. PEDRO DE HEREDIA</b>
<b>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</b>			
<small>EMPRESA O ENTIDAD</small> <b>SERVIAUTOS EL ROBLE SAS</b>	<small>PÚBLICA</small> <input type="checkbox"/>	<small>PRIVADA</small> <input checked="" type="checkbox"/>	<small>PAÍS</small> <b>COLOMBIA</b>
<small>DEPARTAMENTO</small> <b>BOLIVAR</b>	<small>MUNICIPIO</small> <b>CARTAGENA</b>		<small>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</small> CONDUCTORESELROBLE@GMAIL.COM
<small>TELÉFONOS</small> <b>3006349845</b>	<small>FECHA DE INGRESO</small> DÍA <input type="text" value="01"/> MES <input type="text" value="05"/> AÑO <input type="text" value="2020"/>		<small>FECHA DE RETIRO</small> DÍA <input type="text" value="20"/> MES <input type="text" value="08"/> AÑO <input type="text" value="2023"/>
<small>CARGO O CONTRATO</small> <b>MENSAJERO</b>	<small>DEPENDENCIA</small>		<small>DIRECCIÓN</small> <b>AV. PEDRO DE HEREDIA</b>
<b>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</b>			
<small>EMPRESA O ENTIDAD</small>	<small>PÚBLICA</small>	<small>PRIVADA</small>	<small>PAÍS</small>
<small>DEPARTAMENTO</small>	<small>MUNICIPIO</small>		<small>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</small>
<small>TELÉFONOS</small>	<small>FECHA DE INGRESO</small> DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		<small>FECHA DE RETIRO</small> DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
<small>CARGO O CONTRATO</small>	<small>DEPENDENCIA</small>		<small>DIRECCIÓN</small>
<b>EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR</b>			
<small>EMPRESA O ENTIDAD</small>	<small>PÚBLICA</small>	<small>PRIVADA</small>	<small>PAÍS</small>
<small>DEPARTAMENTO</small>	<small>MUNICIPIO</small>		<small>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</small>
<small>TELÉFONOS</small>	<small>FECHA DE INGRESO</small> DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		<small>FECHA DE RETIRO</small> DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
<small>CARGO O CONTRATO</small>	<small>DEPENDENCIA</small>		<small>DIRECCIÓN</small>

**NOTA:** SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA .

FORMATO ÚNICO  
**HOJA DE VIDA**

Persona Natural

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

**4 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	1	
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	3	
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	10	
<b>TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA</b>	<b>14</b>	

**5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA**

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE  SÍ  NO ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD 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 Cartagena de Indias, 13 de Marzo de 2024

*HAIDER B.*

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

La República de Colombia



y en su nombre

# Institucion Educativa Liceo de Bolivar

CARTAGENA

Aprobado mediante resolución No. 0775 de Mayo 10 de 1.990 para los niveles de Educación Prescolar, Básica y Media Académica, por la Secretaria de Educación Distrital

Contiene a

*Hayder Bert Ballestas Corpas*

C.C. No.

de

El título de:

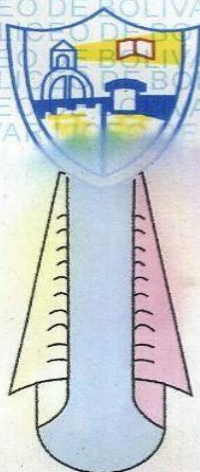
## Bachiller Academico

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

REPUBLICA DE COLOMBIA

INSTITUCION EDUCATIVA  
LICEO DE BOLIVAR

SECRETARIA  
Institucion Educativa Liceo de Bolivar



*[Signature]*

Rector

*[Signature]*

Secretaria

Este Diploma no requiere de registro en Secretaria de Educación

(Decreto Nacional No. 121 de 1994)

Anotado en el control interno del plantel

Cartagena Distrito Turístico y Cultural, 10 de Diciembre de 1997

Anotado al Folio 221 del Libro de Registro No. 034 Registro No. 214

**FORMULARIO UNICO  
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS  
Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA  
PERSONA NATURAL  
(LEY 190 DE 1995)**

ENTIDAD RECEPTORA

**1. DECLARACION JURAMENTADA**

**1.1. DE BIENES Y RENTAS**

YO, **HAYDER BERT BALLESTAS CORPAS**,  
 IDENTIFICADO CON: C.C.X C.E. T.I. N° **9.147.693** CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:  
 País **COLOMBIA** Departamento **BOLIVAR** Municipio **CARTAGENA**  
 Dirección **B.Canapote cl. 62 No.15-61** Teléfonos **312 2094 923**

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
TILDA CORPAS ORTEGA		MADRE
ANA MILENA PADILLA LANS		ESPOSA
TRIANA MARCELA BALLESTASRAMIREZ		HIJA
HOWARD STITH HERAZO PADILLA		HIJASTRO

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,  PARA TOMAR POSESION  PARA RETIRARME  PARA ACTUALIZACION  PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE, QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS <b>INDEPENDIENTE</b>	1.200.000.00
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 1.200.000.00</b>

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
DAVIVIENDA	AHORRO			

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
-0-	-0-	-0-

EMPLEADOR O CONTRATANTE

**1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)**

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
-0-	-0-	-0-
-0-	-0-	-0-
-0-	-0-	-0-
-0-	-0-	-0-
-0-	-0-	-0-
-0-	-0-	-0-

**1.2. DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES**

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO
De Ninguna entidad, ni oficial ni privada	-0-

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO
De ninguna entidad nprivada ni oficial	-0-

c) En la actualidad: **SI X NO** tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE <b>ANA MILENA PADILLA LANS</b>	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. <b>X</b> C.E. T.I.	N°
---	--	----

**2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA**

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION
MI ACTIVIDAD ES: GESTION EN OCUPACION SOCIAL	NO ACTIVO EN EL MOMENTO.

**3. FIRMA**

*Hayder Ber Ballestas*  
**HAYDER BER BALLESTAS CORPAS**  
 FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

**CARTAGENA, 22 DE JUNIO/2023**  
 CIUDAD Y FECHA

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACIÓN PERSONAL  
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **9.147.693**

APELLIDOS  
**BALLESTAS CORPAS**

NOMBRES  
*Hayder Ballestas*

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **26-NOV-1980**

**CARTAGENA**  
(BOLIVAR)  
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.80**  
ESTATURA

**A+**  
G.S. RH

**M**  
SEXO

**12-FEB-1999 CARTAGENA**  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL  
JUAN CARLOS GALINDO VÁZQUEZ



A-0500100-00882413-M-0009147693-20170209 0053573000A 3 47483353

CONSECUTIVO No.

No. de Radicación  
441565

Fecha de Radicación  
14 | 03 | 20 | 24

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite A. Afiliación <input checked="" type="checkbox"/> B. Reporte de Novedades <input type="checkbox"/>		2. Tipo de Afiliación A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia <input checked="" type="checkbox"/> - Beneficiario o afiliado adicional <input type="checkbox"/> B. Colectiva <input type="checkbox"/> C. Institucional <input type="checkbox"/> D. De oficio <input type="checkbox"/>		3. Régimen A. Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> B. Subsidiado <input type="checkbox"/>	
4. Tipo de afiliado A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>		5. Tipo de cotizante A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input checked="" type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>		Código (a registrar por la EPS)	

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

6. Apellidos y nombres Primer apellido: <b>BALLESTAS</b> Segundo apellido: <b>CORPAS</b>		Primer nombre: <b>HAIDER</b> Segundo nombre: <b>BERT</b>	
7. Tipo de documento de identidad (CC)	8. Número del documento de identidad 9147693	9. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	10. Fecha de nacimiento 26   11   1980

III. DATOS COMPLEMENTARIOS  
Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad Tipo: F N M Condición: T P	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL <b>SURA</b>	16. Administradora de Pensiones <b>PROTECCION</b>	17. Ingreso base de cotización - IBC 1.300.000	
18. Residencia <b>PEDRO SALAZAR MZ 11 LT 17</b> Municipio/Distrito: <b>CARTAGENA</b> Zona: Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>		Teléfono Fijo: <b>3122094923</b> Localidad/Comuna: <b>BOLIVAR</b> Departamento: <b>BOLIVAR</b>	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres Primer apellido: _____ Segundo apellido: _____ Primer nombre: _____ Segundo nombre: _____	
20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad
22. Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	
23. Fecha de nacimiento D D M M A A A A A A	

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

24. Apellidos y nombres		25. Tipo de documento de identidad		26. Número del documento de identidad		27. Sexo		28. Fecha de nacimiento	
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Femenino	Masculino	D	D	M	M
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									

Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo: F N M Condición: T P
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

32. Datos de residencia Municipio/Distrito: _____ Zona: Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Departamento: _____ Teléfono fijo y/o celular: _____	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (A registrar por la EPS)
B1	
B2	
B3	
B4	
B5	

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS C	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
B	
B	
B	
B	
B	

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

35. Nombre o razón social <b>HAIDER B. BALLESTAS CORPAS</b>	36. Tipo de documento de identificación (CC)	37. Número del documento de identificación 9147693	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación Dirección: _____ Teléfono: _____ Correo electrónico: _____	Municipio/Distrito: <b>CTG</b>	Departamento: <b>BOLIVAR</b>	



**B. REPORTE DE NOVEDADES**

**40. Tipo de Novedad**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de identificación.  | <input type="checkbox"/> 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas        |
| <input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación.  | <input type="checkbox"/> 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas    |
| <input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identidad.   | <input checked="" type="checkbox"/> 13. Movilidad: <input checked="" type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo |
| <input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios.                                    | <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado   |
| <input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS.<br>Código <input type="text"/>                 | <input type="checkbox"/> 14. Traslado: <input type="checkbox"/> A. Mismo Régimen                               |
| <input checked="" type="checkbox"/> 6. Reinscripción en la EPS.   | <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen  |
| <input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.                                  | <input type="checkbox"/> 15. Reporte de fallecimiento.   |
| <input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.                                  | <input type="checkbox"/> 16. Reporte del trámite de protección al cesante.                                     |
| <input type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.                   | <input type="checkbox"/> 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.  |
| <input type="checkbox"/> 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando. | <input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de Pensionado.  |

**VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD**

**41. Datos básicos de identificación**

<b>BALLESTAS</b> <small>Primer apellido</small>	<b>CORPAS</b> <small>Segundo apellido</small>	<b>HAIDER</b> <small>Primer nombre</small>	<b>BERT</b> <small>Segundo nombre</small>
Tipo de documento de identidad <input checked="" type="checkbox"/> CC	Número del documento de identidad <b>9147693</b>	Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino	Fecha de nacimiento <b>26/11/1980</b>
43. EPS anterior <b>SALUD TOTAL</b>		44. Motivo de traslado Código <input type="text"/>	42. Fecha <b>14/03/2014</b>
		45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	

**VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES**

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
49. Declaración de no internación de cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución Prestadora de Servicios de Salud.
50. 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.
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
52. 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.
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

**VIII. FIRMAS**

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de Oficio
--	--

**IX. ANEXOS**

56. Anexo copia del documento de Identidad:  CN  RC  TI  CC  PA  CE  CD  SC

Cantidad:  Total

57. Copia del dictamen de Incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.

58. Copia del registro civil de matrimonio, o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.

59. 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.

60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.

61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.

62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.

63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.

65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

**X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL**

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio <input type="text"/>	67. Datos del SISBÉN Código del departamento <input type="text"/>	Número de ficha <input type="text"/>	Puntaje <input type="text"/>	Nivel <input type="text"/>	68. Fecha de radicación D   D   M   M   A   A   A   A   A	69. Fecha de validación D   D   M   M   A   A   A   A   A	
70. Datos del funcionario que realiza la validación				65. Firma del funcionario			
Primer apellido <input type="text"/>	Segundo apellido <input type="text"/>	Primer nombre <input type="text"/>	Segundo nombre <input type="text"/>				
Tipo documento de identidad <input type="text"/>	Número del documento de identidad <input type="text"/>						

**OBSERVACIONES:**

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

---

# Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **BALLESTAS CORPAS HAYDER BERT** identificado(a) con **CC** número **9.147.693** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a **PROTECCIÓN**, desde el día 29 de octubre de 2001 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 14 de marzo de 2024.

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:

Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**

Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**

[www.proteccion.com](http://www.proteccion.com)

2024031409075



## CERTIFICADO MÉDICO DE PREINGRESO OCUPACIONAL

Fecha: 2023-06-20

### 1. INFORMACIÓN GENERAL

Empresa Usuaría:	Particular	Actividad económica:	Servicios
Nombre:	HAYDER BERT BALLESTAS CORPAS	Documento:	CC 9147693
Fecha de nacimiento:	1980-11-26	Lugar de nacimiento:	Cartagena (Bolívar)
Edad:	42 años	Género:	Masculino
Estado civil:	Unión libre	No. hijos vivos:	1
Dirección actual:	CANAPOTE CLL 62 N 15-61	Municipio:	
Teléfono:	3122094923	Escolaridad:	Secundaria_completa
Ocupación:	DERECHOS HUMANOS	EPS:	Salud Total
Responsable**:	ANA MILENA (ESPOSA)	Teléfono:	3166205151
Acompañante:	El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante.		



\*\* La información de responsable se encuentra actualizada de acuerdo a la última suministrada por el paciente en la historia para efectos de un contacto oportuno ante cualquier eventualidad.

### INMUNIZACIONES Relación de biológicos aplicados:

1. Vacuna: Covid-19 - Dosis 1 - Ultima dosis: 2022/09/15 JANSSEN

### PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Visiometría: NO REALIZADA.  
Audiometría: NO APLICA.  
Espirometría computarizada: NO REALIZADA.

### CONCLUSIONES OCUPACIONALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a HAYDER BERT BALLESTAS CORPAS con documento de identificación No. 9147693 se considera no presenta restricciones para desempeñar la ocupación de DERECHOS HUMANOS del sector económico Servicios

### RECOMENDACIONES GENERALES (Para el manejo de enfermedades generales o comunes)

No se generan recomendaciones médicas

### CONCEPTO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

**ENFASIS EN EL EXAMEN DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR:** En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

Es de vital importancia para PROTEGERNOS DEL CORONAVIRUS:

- Lavar nuestras manos regularmente con abundante agua y jabón.
- Usar tapabocas convencionales todo el tiempo en espacios donde sea imposible mantener distancias mayores a 1 metro, como: transporte público, taxis, supermercados, bancos, entre otros.
- Si se usa transporte masivo usar siempre tapabocas y lavarse las manos después de usarlo.
- Evitar tocarse la cara, especialmente después de tener contacto con superficies contaminadas o personas enfermas.
- Limpiar constantemente con desinfectante las superficies con las que tenemos contacto.
- Mantener una distancia no inferior a un metro con otras personas: No salude de beso ni de mano y evite el contacto físico.
- SI TIENE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS: Fiebre, Tos, Dificultad para respirar, dolor para tragar, notifíquelo a su empleador y su EPS, No vaya a lugares públicos, es ideal que se aísle preventivamente.

Luisa Fernanda Caceres Lozano  
Médico Especialista SST  
Universidad de Boyacá  
Res No. 116 - 14/02/2022  
Cartagena

HAYDER BERT BALLESTAS CORPAS  
Documento: 9147693



Índice der





Escanee el código si desea verificar datos

**CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES DE INGRESO:** Las Resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección Social) reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales de ingreso, con el objeto de determinar la existencia de restricciones para el trabajo a

desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo. También establece que la Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MÉDICO DE INGRESO del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clínica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, según lo establecido en la Resolución 1918 de Junio 5 de 2009 y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hacen parte integral de su historial médico.

**Manga 4 Av. 21-149 Cartagena - Colombia PBX: 605-6921616**  
www.laboquimico.com laboquimico@metrotel.net.co

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	15-09 2022	Janssen	202F 21A	 <b>SALUD Y BIENESTAR DEL CARIBE</b> <small>UN SERVICIO PARA TODOS PARA VIVIR</small> NIT. 900.674.245-2	<b>Yoleima R. Lang</b> AUXILIAR DE ENFERMERIA CC 1.047.392.977	
	2						



**MiVacuna**  
Covid-19

[www.minsalud.gov.co](http://www.minsalud.gov.co)



La salud es de todos

Minsalud



**Certificado de vacunación**

Nombres: **Hayder Bert**

Apellidos: **Ballestus Corpas**

Documento de identidad: C.C.  T.I.  Pasaporte  PEP  otro  cuál:

No. **9147693**

Fecha de nacimiento: Día **26** Mes **11** Año **1980**

2. Concepto **1 3** Actualización de oficio

4. Número de formulario

14632356128



(415)7707212489984(8020) 000001463235612 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT) **9 1 4 7 6 9 3 9** 6. DV **9** 12. Dirección seccional **Impuestos de Cartagena** 14. Buzón electrónico **6**

**IDENTIFICACIÓN**

24. Tipo de contribuyente **Persona natural o sucesión ilíquida** 25. Tipo de documento **Cédula de Ciudadanía** 26. Número de Identificación **9 1 4 7 6 9 3** 27. Fecha expedición **1 9 9 9, 0 2, 1 2**  
 Lugar de expedición 28. País **COLOMBIA** 29. Departamento **Bolívar** 30. Ciudad/Municipio **Cartagena**  
 31. Primer apellido **BALLESTAS** 32. Segundo apellido **CORPAS** 33. Primer nombre **HAYDER** 34. Otros nombres **BERT**  
 35. Razón social

36. Nombre comercial 37. Sigla

**UBICACIÓN**

38. País **COLOMBIA** 39. Departamento **Bolívar** 40. Ciudad/Municipio **Cartagena**

41. Dirección principal **BRR CANAPOTE CL 62 15 61**

42. Correo electrónico

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

**CLASIFICACIÓN**

Actividad económica				Ocupación			
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		51. Código	52. Número establecimientos
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1		
<b>8 2 9 9</b>	<b>2 0 1 2, 0 1, 1 8</b>						

**Responsabilidades, Calidades y Atributos**

53. Código **4 9**  
 49 - No responsable de IVA

**Obligados aduaneros**

54. Código

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
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  60. No. de Folios: **0** 61. Fecha **2023 - 06 - 22**

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 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016  
 Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.  
 Firma autorizada:

984. Nombre **ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA**  
 985. Cargo



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 jueves 14 de marzo de 2024, a las 09:11:07, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	9147693
Código de Verificación	9147693240314091107

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.



YEID LOZANO PUENTES  
Contralor Delegado





**CERTIFICADO DE ANTECEDENTES**  
**CERTIFICADO ORDINARIO**  
**No. 243422582**



PIB  
09:14:22  
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 14 de marzo del 2024

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) HAYDER BERT BALLESTAS CORPAS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 9147693:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

**ADVERTENCIA:** La certificación de antecedentes deberá contener 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. (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 ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: <https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx>

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA  
Jefe División de Relaciónamiento Con El Ciudadano

**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.

División de Relaciónamiento con el Ciudadano.  
Línea gratuita 018000910315; [quejas@procuraduria.gov.co](mailto:quejas@procuraduria.gov.co)  
Carrera 5 No. 15 - 60 Piso 1; Pbx 5878750 ext. 13170; Bogotá D.C.  
[www.procuraduria.gov.co](http://www.procuraduria.gov.co)

## Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

### La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 09:18:42 AM horas del 14/03/2024, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **9147693**

Apellidos y Nombres: **BALLESTAS CORPAS HAYDER BERT**

### **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.

[Volver al Inicio](#)



# Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC


 Consulta Ciudadano


## La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 14/03/2024 09:22:58 a. m. para el N° de Expediente o Comparendo N°. **9147693**

### 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. **87643558** . 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 Búsqueda

 Imprimir

Información

515 9000



**Dios y  
Patria**

**Policía Nacional de Colombia**  
Dirección General - Cra. 59 N° 26 - 21  
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.  
Línea de atención: 018000-910112





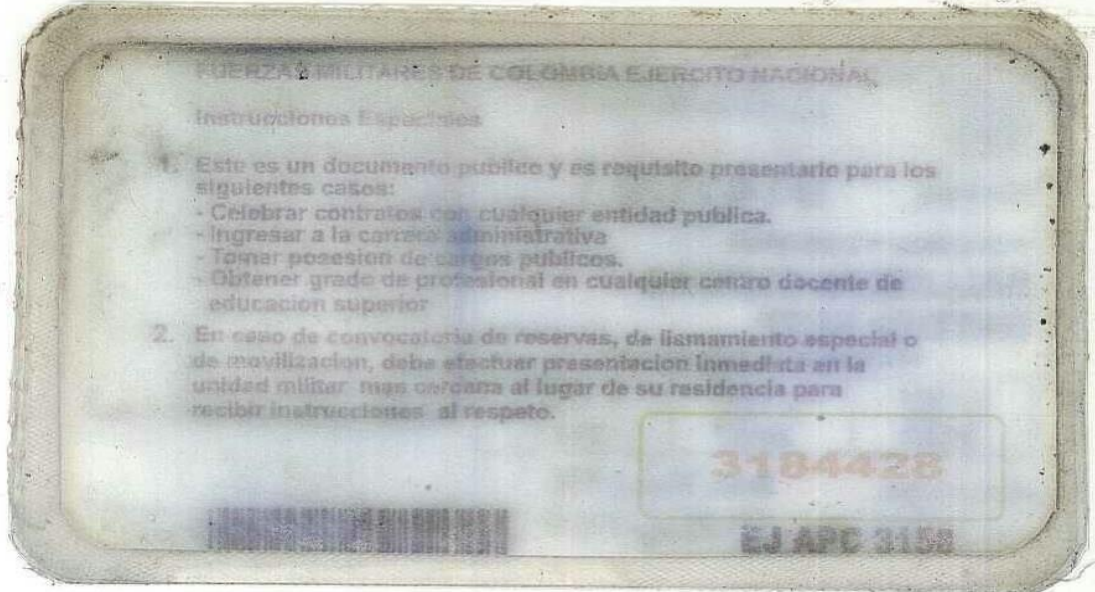
FUERZA MILITARES DE COLOMBIA EJERCITO NACIONAL

9147893

BALLESTAS CORBAS HAYDER BERT

PROFESOR AL BACHILLER

2017	2017	2017
2017	2017	2017



FUERZA MILITARES DE COLOMBIA EJERCITO NACIONAL

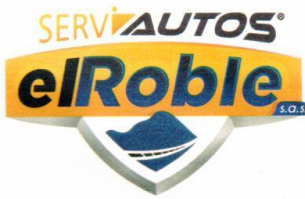
Instrucciones Especiales

1. Este es un documento publico y es requisito presentarlo para los siguientes casos:
  - Celebrar contratos con cualquier entidad publica.
  - Ingresar a la carrera administrativa
  - Tomar posesion de cargos publicos.
  - Obtener grado de profesional en cualquier centro docente de educacion superior
2. En caso de convocatoria de reservas, de llamamiento especial o de movilizacion, debe efectuar presentacion inmediata en la unidad militar mas cercana al lugar de su residencia para recibir instrucciones al respecto.

3184428



EJ APC 3158



Cartagena de Indias D. T. H. y C., 28 de Febrero de 2024

**A QUIEN INTERESE**

Por medio de la presente certificamos que el señor **HAIDER BERT BALLESTAS CORPAS** identificado con cedula de ciudadanía No 9.147.693, laboro con nosotros desempeñando el cargo de MENSAJERO desde el 01 de Mayo del 2019 hasta el 28 de noviembre de 2023 con un contrato a término INDEFINIDO, devengando un salario básico de \$1.160.000 demostrando durante este periodo ser una persona responsable, honrada y cumplidora de sus deberes.

Se expide a solicitud del interesado a los 28 días del mes de Febrero de 2024.

Atentamente,

  
DANI 900.735.751-7  
Daniel Fernando Narvaez

**DANIEL FERNANDO NARVAEZ HENAO**  
**GERENTE**