Libertad y Orden

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 |
|---|---|---|
| Paez | Rivera | Cristian Camilo |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | SEXO | NACIONALIDAD | PAÍS |
|---|---|---|---|
| C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1056768025 | F ○ M ⊗ NB ○ | COL. ○ EXTRANJERO ○ | |

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

| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA |
|---|---|
| FECHA DIA 28 MES 10 AÑO 2003 | |
| PAÍS | PAÍS DEPTO |
| DEPTO | MUNICIPIO |
| MUNICIPIO | TELÉFONO EMAIL camilo.paez1@udea.edu.co |

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

***EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA***

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

| EDUCACIÓN BÁSICA | | | | | | | | | | | TÍTULO OBTENIDO | BASICA SECUNDARIA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO | | | |
| 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | 7° | 8° | 9° | 10° | 11° | MES | 11 | AÑO | 2022 |

***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 | 4 | X | | TECNICO EN PROMOTORIA SOCIOAMBIENTAL EN GRUPOS ETNICOS | 11 | 2022 | |

## 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 ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EMPRESA O ENTIDAD: ALMACEN FLORIDO | | | PÚBLICA | | PRIVADA: X | | PAÍS: COLOMBIA | | | | | |
| DEPARTAMENTO: BOYACÁ | MUNICIPIO: PUERTO BOYACÁ | | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | |
| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | |
| | Día | 02 | Mes | 02 | Año | 2023 | Día | 28 | Mes | 12 | Año | 2023 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL: 04011483 AUXILIAR | DEPENDENCIA: ADMINIASTRATIVO | | | | | | DIRECCIÓN: CARRERA 4 12 22 CENTRO | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD: SURTIHOGARES FLORIDO | | | PÚBLICA | | PRIVADA: X | | PAÍS: COLOMBIA | | | | | |
| DEPARTAMENTO: BOYACÁ | MUNICIPIO: PUERTO BOYACÁ | | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | |
| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | |
| | Día | 03 | Mes | 12 | Año | 2022 | Día | 28 | Mes | 01 | Año | 2023 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL: 04011483 AUXILIAR | DEPENDENCIA: ADMINISTRACION | | | | | | DIRECCIÓN: CARRERA 4 12 20 | | | | | |

## 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 | 1 | 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* Puerto Boyacá 24/02/25

*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*

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.056.768.025
PAEZ RIVERA
APELLIDOS
CRISTIAN CAMILO
NOMBRES

Camilo Paez
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 28-OCT-2003
PUERTO BOYACA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.74 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

02-FEB-2022 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEJANDRA VEGA ROCHA

P:2000100-0127078?-M-1056768025-20220204 0078050720A 1 8504029484

Policía Nacional de Colombia (https://www.policia.gov.co/)

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, 03/02/2025 09:28:30 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1056768025 .**

## 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. **109599519** . 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

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141163025221

(415)7707212489984(8020) 000014116302522 1

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 0 5 6 7 6 8 0 2 5 | 5 | Impuestos y Aduanas de Tunja 2 0 | |

## 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 5 6 7 6 8 0 2 5 | |

| Lugar de expedición 26. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Tolima 7 3 | Ibagué 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| PAEZ | RIVERA | CRISTIAN | CAMILO |

35. Razón social

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

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Boyacá 1 5 | Puerto Boyacá 5 7 2 |

41. Dirección principal
CR 4 # 12 - 20 BRR CENTRO

42. Correo electrónico paezcamilo336@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 2 3 4 8 4 1 1 6 2 | |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

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

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código (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)

### Usuarios 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 [X] 60. No. de Folios: 0

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 PAEZ RIVERA CRISTIAN CAMILO

985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

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 lunes 03 de febrero de 2025, a las 09:26:54, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 1056768025 |
| Código de Verificación | 1056768025250203092654 |

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO
## No. 263331255

PIB
09:25:40


Bogotá DC, 03 de febrero del 2025

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) CRISTIAN CAMILO PAEZ RIVERA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1056768025:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento 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.**

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES

**Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales**

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 09:29:20 AM horas del 03/02/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1056768025**

Apellidos y Nombres: **PAEZ RIVERA CRISTIAN CAMILO**

**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.

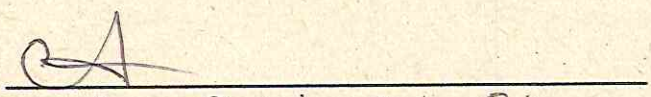
Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

# FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES CONTRA NIÑOS NIÑAS Y ADOLESCENTES

El(la) suscrito(a) Cristian Camilo Paez Rivera identificado con C.C./ C.E./ P.P No. 1056768025 expedida en Ibagué, Tolima, fecha de expedición del documento: 02-02-2022 autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, al MUNICIPIO DE PUERTO BOYACÁ con NIT. 891.800.466-4, a consultar mis datos personales en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra personas menores edad que administra el Ministerio de Defensa-Policía Nacional de Colombia, de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada cuatro (4) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normativa vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de Puerto Boyacá, el día 02-02-2024 (02) de Febrero de 2024.

Firma 
Nombre Cristian Camilo Paez Rivera
Cédula 1056768025

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 1056768025 **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 03/02/2025 09:39 AM

Código Verificación: **TRNDYJFA19**

Válida hasta: **04/05/2025**

---

**Dirección de Gobierno Digital**

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

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

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 09:33:06 horas del 03/02/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1056768025,** Apellidos y Nombres **PAEZ RIVERA CRISTIAN CAMILO**

**NO REGISTRA INHABILIDAD**

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ALCALDIA MUNICIPAL DE PUERTO BOYACÁ,** con NIT **891800466-4** 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

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Colpensiones

**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **CRISTIAN CAMILO PAEZ RIVERA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1056768025,** se encuentra afiliado/a desde **23/01/2024** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES.**

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 03 de febrero de 2025.

**Rosa Mercedes Nino Amaya**
**Dirección de Afiliaciones**

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

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

## CRISTIAN CAMILO PAEZ RIVERA

*Con Cédula de Ciudadanía No. 1096788028*

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

**Título de**

## TÉCNICO EN
## PROMOTORIA SOCIOAMBIENTAL EN GRUPOS ETNICOS

*En testimonio de lo anterior, se firma el presente Título en Puerto Boyacá, a los dieciseis (16) días del mes de noviembre de dos mil veintidos (2022)*

Firmado Digitalmente por

MILTON HERNANDO PEREZ ORDOÑEZ
Subdirector CENTRO PECUARIO Y AGROEMPRESARIAL
REGIONAL CALDAS

74441918 - 16/11/2022
No. y FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://verificacion.sena.edu.co bajo el número 9515012[illegible]1096788028

La República de Colombia

y en su nombre la

# Institución Educativa San Pedro Claver

Puerto Boyacá – Boyacá

Autorizada por la Secretaría de Educación de Boyacá
según Resolución Nº. 000056 de enero 16 de 2009

Confiere a:

## Cristian Camilo Páez Rivera

Identificado (a) con C.C. Nº. 1.056.768.025 de Ibagué

El Título de:

# Bachiller Académico

Por haber alcanzado y aprobado los logros de Formación Integral correspondientes al Nivel de Educación Media Académica de acuerdo al Proyecto Educativo Institucional – P.E.I.

INSTITUCION EDUCATIVA
PUERTO BOYACA
HONOR, CIENCIA Y VIRTUD

Fredy Manzano
C.C. Nº. 10.185.550 de La Dorada
Rector

Alberto Zapata Gómez
C.C. Nº. 7.248.802 de Puerto Boyacá
Auxiliar Administrativo

Anotado al Folio Nº. 146 Acta General de Graduación Nº. 081 Libro No. 07

Dado en Puerto Boyacá - Boyacá, a los 09 días del mes de diciembre de 2022

No requiere registro de la Secretaría de Educación, según Decretos 921 del 6 de mayo de 1994, 2150 del 5 de diciembre de 1995 y 1075 del 26 de mayo de 2015 de la Presidencia de la República

ALMACEN FLORIDO CENTRO DE SERVICIO

# CERTIFICADO LABORAL

Yo URIEL FLORIDO BELTRAN identificado con cedula de ciudadanía 7.252.237 expedida en Puerto Boyacá, Boyacá, como propietario del ALMACEN Y CENTRO DE SERVICIO FLORIDO ubicado en la cra 4 # 12-22 centro, hago constar que el señor CRISTIAN CAMILO PAEZ RIVERA identificado con cédula de ciudadanía 1056768025 de Ibagué Tolima, laboró en esta empresa como auxiliar de ventas, desde el día 2 de Febrero del 2023, bajo la modalidad de contrato a término indefinido hasta la fecha, 28 de Diciembre devengando un salario mensual de ($1.160.000) un millón siento sesenta mil pesos, más auxilio de transporte, demostrando ser una persona capaz, honesta y cumplidora de sus funciones.

Se expide la presente a los 18 días del mes de Enero, a solicitud de la persona interesada.

Cordialmente

ALMACEN Y CENTRO DE SERVICIO "FLORIDO"
Cra. 4a. N° 12-22 Pto Boyacá
Tels. 7383647-311 2337805

Uriel Florido Beltrán

NIT. 7.252.237

Cel 3127837338

almacenflorido@hotmail.com

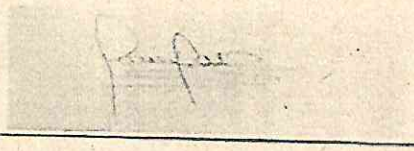
Surtihogares
FLORIDO

# CERTIFICADO LABORAL

Yo Omaira Rivera Guzmán identificada con la cedula 46646969 expedida en Puerto Boyacá (Boyacá) como propietaria del ALMACEN SURTIHOGARES FLORIDO ubicado en la cra 4 #12-20 centro, hago constar que el señor CRISTIAN CAMILO PAEZ RIVERA identificado con cedula de ciudadanía 1056768025 de Ibagué (Tolima); laboró en esta empresa como auxiliar de ventas desde el día 3 de Diciembre del 2022 hasta el día 28 de Enero del 2023 devengando un salario mensual de ($1.160.000) un millón siento sesenta mil pesos más auxilio de trasporte, demostrando ser una persona capaz, honesta y cumplidora de sus funciones.

Se expide la presente a los 18 días del mes de enero, solicitud de la persona interesada.

Cordialmente



Omaira Rivera Guzmán

Nit 46646969-1

Cel 321 778 7334

| | | |
|---|---|---|
| Med-Lab | **CERTIFICADO PARA EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL** | CODIGO: GAP-FR-02<br>VERSION:01<br>Página: 1/1 |

FECHA: 23 Enero 2024

| | |
|---|---|
| Empresa:<br>Alcaldía Municipal | Cargo:<br>Enlace de Juventudes |
| Nombre completo:<br>Cristian Camilo Páez Rivera | Identificación:<br>1056768025 |
| Fecha nacimiento:<br>28 octubre 2003 | Edad:<br>20 Años |
| Tipo de examen:<br>INGRESO | EPS:<br>Famisanar |

**EXAMENES REALIZADOS:**

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL X Énfasis: OSTEOMUSCULAR

**CONCEPTO MEDICO:**

| | |
|---|---|
| **APTO SIN RESTRICCIONES** | X |

RECOMENDACIONES MÉDICAS: Ejercicio _, Bajar de peso _, Mejorar hábitos alimentarios _, dejar de fumar _ Optometría ahora _, Optometría anual **X**, Audiometría anual __, Estiramiento diario **X**, Pausas activas **X** Odontología__, Remisión a EPS _, ARL__, Remisión a Especialista__.
Otras recomendaciones:

INGRESO A P.V.E. (PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA) VISUAL__, AUDITIVO Y RIESGO POR RUIDO___, CARDIOVASCULAR _, **ERGONÓMICO X**, QUÍMICO___, BIOLÓGICO _, ODONTOLÓGICO____

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES:
- Uso de elementos de protección individual según labores del cargo.
- Promover estilos de vida saludables.
- Acatar procedimientos de trabajo seguro para evitar accidentes o enfermedades laborales.
-Buscar ergonomía en su puesto de trabajo, Realizar pausas activas, mantener orden y aseo en su puesto de labor.
- Avisar cualquier incidente o evento para la salud que le suceda inmediatamente por pequeño que este parezca, Conocer los riesgos en el desarrollo de su labor.

**RESTRICCIONES:** NINGUNA

Carolina Pulgarín Gutiérrez
MÉDICO ESPECIALISTA EN
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
RM: 17215 - LIC. 73036
UNIVERSIDAD CES

FIRMA MEDICO- LIC. SO: 73036

FIRMA DE PACIENTE

DAVIVIENDA

*BANCO DAVIVIENDA S.A.*

*CERTIFICA:*

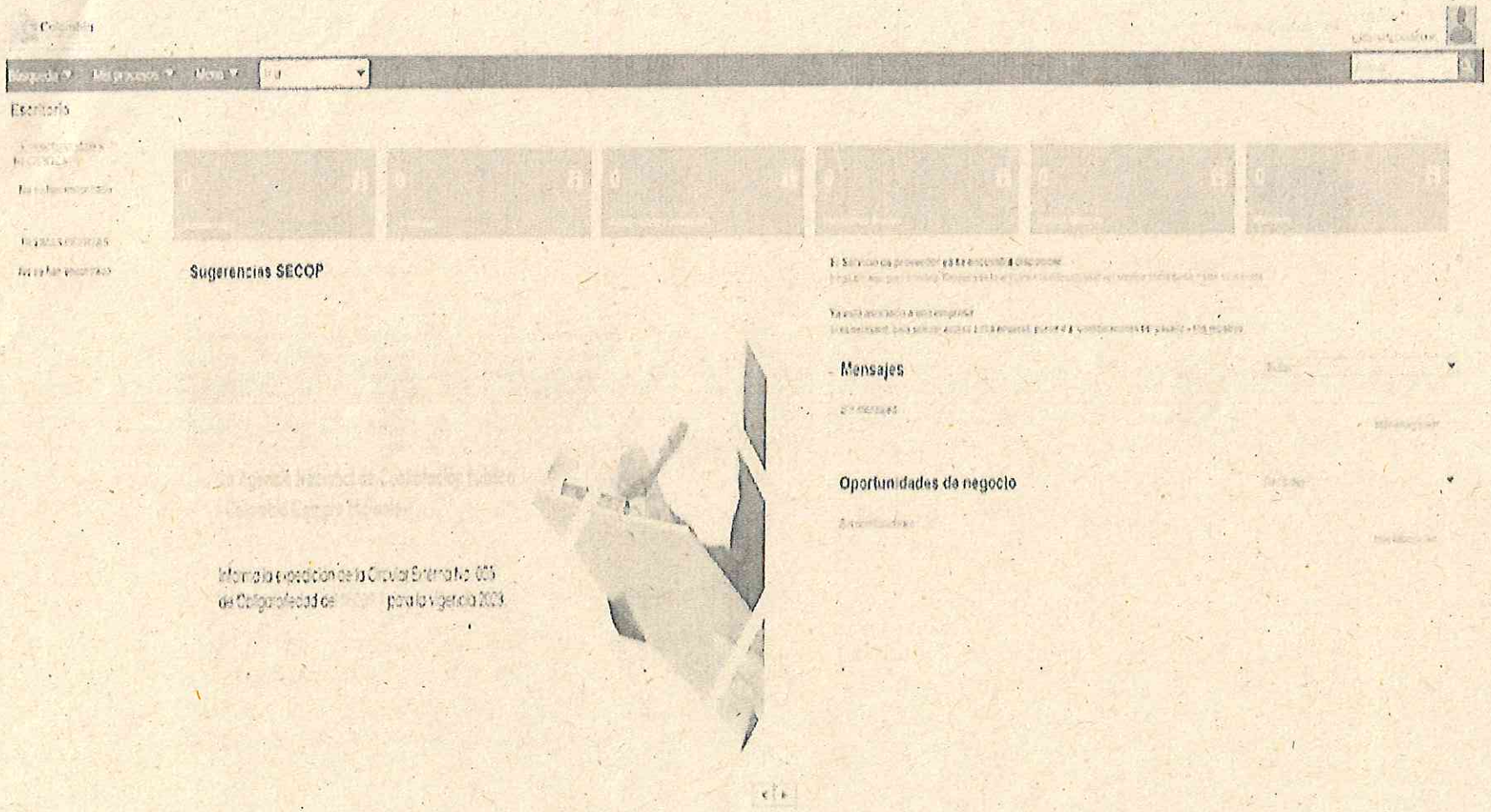
Que CRISTIAN CAMILO PAEZ R, quien se identifica con cédula de ciudadanía No 1056768025, posee en el Banco Davivienda el producto DaviPlata número 3234841162.

A solicitud del interesado, se expide en Bogotá D.C., a los 17 días de Enero del año 2024.

Atentamente,

BANCO DAVIVIENDA S.A.

TICKET: 12294151


Escritorio
Sugerencias SECOP
Mensajes
Oportunidades de negocio

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 | 2025-02-19 11:08 |
|---|---|---|---|

Nombres y apellidos completos

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| CRISTIAN | CAMILO | PAEZ | RIVERA |

Documento de identificación

| Tipo | Número |
|---|---|
| CEDULA DE CIUDADANIA | 10567680251 |

Lugar de nacimiento

| País | Departamento | Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA | BOYACÁ | PUERTO BOYACÁ |

Lugar de domicilio

| País | Departamento | Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA | BOYACÁ | PUERTO BOYACÁ |

| | |
|---|---|
| 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 PUERTO BOYACA |

Lugar de sede

| País | Departamento | Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA | BOYACÁ | PUERTO BOYACÁ |

| | |
|---|---|
| Dirección | ["Carrera 2a No 9-47"] |
| 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 2024 fueron:

| 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 CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| | | | |

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

[ ]

## 2.2. INFORMACION 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]

## 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:

| |
|---|
| |

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9011813389

9011813389

No. de Radicación: 28938785

Fecha de Radicación: 19 02 2025

I. DATOS DEL TRÁMITE — Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

| 1. Tipo de trámite | 2. Tipo de Afiliación | 3. Régimen | 4. Tipo de afiliado | 5. Tipo de cotizante | Código (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|---|---|
| A. Afiliación X<br>B. Reporte de novedades | A. Individual, + Cotizante o cabeza de familia X<br>+ Beneficiario o afiliado adicional<br>B. Colectivo<br>C. Institucional<br>D. Oficio | A. Contributivo<br>B. Subsidiado X<br>C. Especial<br>D. Excepción | A. Cotizante X<br>B. Cabeza de familia<br>C. Beneficiario | A. Dependiente<br>B. Independiente X<br>C. Pensionado | 3 |

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

| 6. Apellidos y nombres | | | | |
|---|---|---|---|---|
| PAEZ | RIVERA | CRISTIAN | CAMILO | |

| 7. Tipo de documento de identidad | 8. Número del documento de identidad | 9. Sexo | 10. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| CC | 1056768025 | Femenino Masculino X | 28 10 2003 |

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

| 11. Etnia | 12. Discapacidad (Tipo / Condición) | 13. Puntaje SISBÉN | 14. Grupo de población especial | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 6 | | 0 | 20 | POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | PORVENIR S. A. |

| 17. Ingreso mensual (en pesos) | 18. Residencia | | | |
|---|---|---|---|---|
| $1.423.500 | CAR 7A CALLE 13B 34 BARRIO EL PROGRESO | | NT | 3206409924 |
| Juventudpuertoboyaca@gmail. | PUERTO BOYACA | Zona Urbana X Rural | | BOYACA |

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 | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

| 20. Tipo de documento de identidad | 21. Número del documento de identidad | 22. Sexo | 23. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| | | Femenino Masculino | |

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

| 24. Apellidos y nombres | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | |
| B2 | | | | |
| B3 | | | | |
| B4 | | | | |
| B5 | | | | |

| | 25. Tipo de documento de identidad | 26. Número del documento de identidad | 27. Sexo (Femenino / Masculino) | 28. Fecha de nacimiento | Datos complementarios: 29. Parentesco | 30. Etnia |
|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | | |
| B2 | | | | | | |
| B3 | | | | | | |
| B4 | | | | | | |
| B5 | | | | | | |

| | 31. Discapacidad (Tipo / Condición) | 32. Datos de residencia: Municipio / Distrito | Zona (Urbana / Rural) | Departamento | Teléfono fijo sin indicativo | 33. Valor de la UPC (en afiliación 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 | Código de la IPS (a registrar por la EPS) |
|---|---|
| C MI IPS SAS - PUERTO BOYACA | 7619 |
| B | |
| D | |
| B1 | |

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 | 36. Tipo de documento de identificación | 37. Número de documento de identificación | 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| PAEZ RIVERA CRISTIAN CAMILO | CC | 1056768025 | |

| 39. Dirección | | | | |
|---|---|---|---|---|
| CAR 7A CALLE 13B 34 BARRIO | NT | PUERTO BOYACA | BOYACA | |

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación ☐ 3. Actualización de documento de identidad ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS ☐ Código ☐ 6. Reinscripción en la EPS ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐ 9. Pérdida de afiliación laboral y preservación de condiciones para cotizar ☐ 10. Terminación de la relación laboral o servicio de los cotizantes que siguen cotizando ☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐ 13. Movilidad A. Régimen Contributivo X B. Régimen Subsidiado ☐ 14. Traslado A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen ☐ 15. Reporte de fallecimiento ☐ 16. Reporte del traslado de protección al cesantía ☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado ☐ 18. Reporte de la calidad de Pensionado ☐

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

| Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | Sexo (Femenino / Masculino) | Fecha de nacimiento | 42. Fecha novedad |
|---|---|---|---|---|
| | | | | 19 02 2025 |

| 43. EPS anterior | 44. Motivo de traslado (Código) | 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones |
|---|---|---|
| NINGUNA | | |

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

| | |
|---|---|
| 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales. | X |
| 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 interrupción del 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. | X |
| 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. | X |
| 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. | X |
| 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. | X |

VIII. FIRMAR

IX. ANEXOS

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 56. Anexo copia del documento de identidad: | TI | RC | CE | PA | PEP | CD | NUIP | | |
| | Cantidad: | | | | | Total: | | | |

57. Copia del dictamen de invalidez permanente emitido por la autoridad competente.
58. Copia del registro civil de matrimonio o de la 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. Copia del documento en que conste la filiación 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 | Código del departamento | 67. Datos del SISBÉN: Número de la ficha | Puntaje | Nivel | 68. Fecha de radicación | 69. Fecha de validación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |

70. Datos del funcionario que realiza la validación

| Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | OBSERVACIONES: |
|---|---|---|
| | | |

Versión 2

Famisanar

NIT 830.003.564-7

9011813389

9011813389

## CUESTIONARIO ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO

| | SI | NO |
|---|---|---|
| ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y deberes del Afiliado y del Paciente? | X | |
| ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking? | X | |
| ¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente? | X | |
| ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS? | X | |
| ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS? | X | |
| ¿Autoriza a EPS Famisanar S.A.S el envío de la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño al correo electrónico? | | X |

## AUTORIZACIÓN PREVIA PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y DATOS PERSONALES SENSIBLES

En mi calidad de cotizante, manifiesto de manera clara, expresa, libre, inequívoca y espontánea que le otorgo a la EPS FAMISANAR S.A.S en su calidad de RESPONSABLE del tratamiento de mis datos personales, mi consentimiento previo para recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, reportar y en general para tratar los DATOS PERSONALES, DATOS PERSONALES SENSIBLES y demás información susceptible de tratamiento, registrada a mi nombre y/o de los beneficiarios de mi grupo familiar en sus Bases de Datos, con la finalidad de realizar las actividades propias del aseguramiento en salud y en los términos previstos en su POLITICA DE TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN y AVISO DE PRIVACIDAD, disponibles en www.famisanar.com.co, todo lo cual conforme lo establecido en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y demás normas que la sustituyan, adicionen, reglamenten, complementen o modifiquen.

Así mismo manifiesto que mis derechos como titular de los datos son los consagrados en la Constitución Nacional y la Ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y, a suprimir mi información personal y revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales cuando ello fuera procedente (artículo 9° Decreto 1377 de 2013).

*"Datos sensibles: Se entiende por datos sensibles aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo uso indebido puede generar su discriminación, tales como aquellos que revelen el origen racial o étnico, la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, la pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales, de derechos humanos o que promueva intereses de cualquier partido político o que garanticen los derechos y garantías de partidos políticos de oposición así como los datos relativos a la salud, a la vida sexual, y los datos biométricos." (Numeral 3° artículo 3° Decreto 1377 de 2013).*

Firma del afiliado:

Nombres y Apellidos: CRISTIAN CAMILO PAEZ RIVERA
Identificación: CC 1056768025

## AUTORIZACIÓN DONACIÓN DE ORGANOS Y TEJIDOS - LEY 1805 DE 2016

De acuerdo a lo definido en el artículo 4° de la Ley 1805, manifiesto a continuación que mi voluntad de ser donante de órganos y tejidos es

SI ☐ NO X

Firma del afiliado:

Nombres y Apellidos: CRISTIAN CAMILO PAEZ RIVERA
Identificación: CC 1056768025

*ARTÍCULO 15. Los menores de edad podrán ser donantes de órganos y tejidos, siempre y cando sus representantes legales expresen su consentimiento informado para la donación de organos y/o tejidos dentro de las (8) horas siguientes a la concurrencia de la muerte cerebral. El medico responsable deberá informales sus derechos y los beneficios de la donación.

## FIRMA A RUEGO

A ruego del señor (a) _____ identificado (a) con el documento _____ No. _____ quien manifiesta no poder o no saber firmar, lo hace en su nombre el (la) señor(a) _____ quien es mayor de edad y sin ningun impedimento para dar fe de la información que está recibiendo.

Como testigo, da fe de todo lo anterior y certifica que la huella aqui impuesta pertenece al señor (a) _____

Firmante a Ruego:

Nombres y Apellidos: _____
Identificación: _____

Nombres y Apellidos de quien no sabe o no puede firmar: _____