CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.118.290.835



Apellidos
LEON LOPEZ

Nombres
JONATHAN SMITH

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.74	M

Fecha de nacimiento
18 FEB 1989

G.S.
B+

Lugar de nacimiento
YUMBO (VALLE)

Fecha y lugar de expedición
23 FEB 2007, YUMBO

Fecha de expiración
15 SEPT 2032

Firma

00

004880842

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL004880842431121<<<<<<<<<<<
8902188M3209158COL1118290835<6
LEON<LOPEZ<<JONATHAN<SMITH<<<<

COLEGIO COOPERATIVO TÉCNICO INDUSTRIAL
"JOSÉ ANTONIO GALÁN"
Yumbo, Valle

ICFES No. 043406 DANE No. 376892000662

ACTA INDIVIDUAL DE GRADUACIÓN

En la ciudad de Yumbo, Valle, el día 7 de diciembre de 2007 se llevó a cabo el acto de graduación, presidido por Mag. Carlos Arturo Tello Becerra (Rector) y Yolanda Sánchez de Vásquez (Secretaria), en el cual el Colegio Cooperativo Técnico Industrial "José Antonio Galán" confirió el título de:

BACHILLER ACADÉMICO

a:

Jonathan Smith León López

Identificado con C.C. No. 1.118.290.835 de Yumbo, Valle

quien cumplió con los requisitos académicos y las exigencias establecidas en los reglamentos y normas legales vigentes. Le fue otorgado el diploma que le acredita como tal.

Esta institución está aprobada hasta Undécimo Grado en el nivel de Educación Media Académica por la Secretaría de Educación Departamental, para otorgar el título de Bachiller Académico, según Resolución No. 2042 del 30 de noviembre de 2005.

Es fiel copia del Acta original en lo pertinente.

En Yumbo, Valle, a los 7 días del mes de diciembre de 2007.

Firmada y Sellada.

Mag. CARLOS ARTURO TELLO BECERRA
C.C. No. 16.445.603 de Yumbo, Valle
Rector

YOLANDA SÁNCHEZ DE VÁSQUEZ
C.C. No. 29.971.846 de Yumbo, Valle
Secretaria

NOTA: No requiere registro, según Decreto No. 921 del 6 de mayo de 1994 expedido por el M.E.N.

La República de Colombia
Y en su nombre, el

Colegio Cooperativo Técnico Industrial "José Antonio Galán"

Yumbo, Valle

Aprobado por la Secretaría de Educación Departamental,
según Resolución No. 2042 del 30 de noviembre de 2005,

Confiere a:

Jonathan Smith León López

Identificado con C.C. No. 1.118.290.835 de Yumbo, Valle

El Título de

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Académica, según el Proyecto Educativo Institucional.

Mag. Carlos Arturo Vello Becerra
Rector

Yolanda Sánchez de Vásquez
Secretaria

Dado en Yumbo, Valle, a 7 de diciembre de 2007

UNICATÓLICA
FUNDACIÓN UNIVERSITARIA CATÓLICA
LUMEN GENTIUM

ACTA DE GRADUACIÓN NO. 181

1 DE DICIEMBRE DE 2022

En las instalaciones de la Fundación Universitaria Católica Lumen Gentium UNICATÓLICA, en Santiago de Cali, República de Colombia, el primero (1) de diciembre del año dos mil veintidós (2022), de conformidad con lo dispuesto por la Resolución de Rectoría No. 570 del veintisiete (27) de octubre de dos mil veintidós (2022), se celebró sesión solemne, con el fin de hacer entrega de los diplomas de formación universitaria a los estudiantes.

La sesión fue presidida por el Dr. Harold Enrique Banguero Lozano, rector de la Institución. En este acto, la Fundación Universitaria Católica Lumen Gentium UNICATÓLICA, previo el cumplimiento de todos los requisitos legales y académicos establecidos por la Institución, otorgó el título de:

ABOGADO

Código SNIES 105802

LEÓN LÓPEZ JONATHAN SMITH

C.C 1.118.290.835 de YUMBO

Acto seguido se tomó al graduando el juramento universitario y se procedió a la entrega del respectivo diploma.

La presente Acta se expide en Santiago de Cali, el primero (1) de diciembre de dos mil veintidós (2022).

Harold Enrique Banguero Lozano
Rector

Jaime Enrique Posso Blandón
Secretario General

Diploma No. 13393 Folio No. 263

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UNICATÓLICA
FUNDACIÓN UNIVERSITARIA CATÓLICA
LUMEN GENTIUM

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA CATÓLICA LUMEN GENTIUM

LEÓN LÓPEZ JONATHAN SMITH

C.C 1.118.290.835 de YUMBO

Ha cumplido con los requisitos académicos exigidos por la Institución,
por lo cual, con las debidas autorizaciones, le otorga el título de

ABOGADO

En testimonio se firma y sella este diploma
en Santiago de Cali, el 1 de diciembre de 2022

RECTOR

Ministerio de Educación Nacional
Resolución 944 del 19 de marzo de 1996

DECANO

SECRETARIO GENERAL

Folio 263 del Libro de Registro No. 2
Diploma No. 13393 acta de grado No. 181

REPUBLICA DE COLOMBIA

RAMA JUDICIAL

Consejo Superior de la Judicatura

CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA
TARJETA PROFESIONAL DE ABOGADO



NOMBRES:
JONATHAN SMITH

APELLIDOS:
LEON LOPEZ

PRESIDENTE CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA
AURELIO ENRIQUE RODRIGUEZ GUZMAN

UNIVERSIDAD
FUND UNIV CATOLICA LUMEN GENTIUM

FECHA DE GRADO
01/12/2022

CONSEJO SECCIONAL
VALLE

CEDULA
1118290835

FECHA DE EXPEDICIÓN
25/01/2023

TARJETA N°
399535

COMISIÓN NACIONAL DE
Disciplina
Judicial

CERTIFICADO DE SANCIONES VIGENTES PARA ABOGADOS

EL SUSCRITO SECRETARIO JUDICIAL DE
LA COMISIÓN NACIONAL DE DISCIPLINA JUDICIAL

CERTIFICA

Que revisados los archivos de antecedentes de esta corporación, el(la) doctor(a) **JONATHAN SMITH LEON LOPEZ**, identificado(a) con número de documento **1118290835** y tarjeta profesional No. **399535, NO** registra sanciones vigentes.

Este certificado no acredita la calidad de abogado

ADVERTENCIA: Esta certificación se expide de conformidad con lo dispuesto en el inciso tercero del artículo 238 de la Ley 1952 del año 2019, que cita «La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes».

De conformidad con el inciso cuarto ibidem, 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.

Por lo que, para esos efectos, se hace necesario informar que los certificados de sanciones vigentes y el de antecedentes disciplinarios en donde se registran aquellas sanciones que el abogado haya presentando durante el ejercicio profesional, se encuentra regulado por medio del Acuerdo 075 del 21 de mayo de 2024, proferido por esta Corporación, "Por el cual se regula la expedición de los certificados de sanciones vigentes y de antecedentes disciplinarios en la Comisión Nacional de Disciplina Judicial".

NOTA: Si el número de cédula, el de la tarjeta profesional o los nombres y/o apellidos, presentan errores, favor dirigirse a la Unidad de Registro Nacional de Abogados (URNA).

DADO EN BOGOTÁ D.C., EL DÍA LUNES 03 DE MARZO DE 2025.

Firmado Por:
William Moreno Moreno
Secretario
Comisión Nacional
De Disciplina Judicial
Bogotá, D.C. - Bogotá D.C.,

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica, conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación: **32812da38b60858469bc38ae0b5432290cf91b2b56b6724735f44ffe117c6ea2**
Documento generado en 03/03/2025 08:54:50 AM

Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:
https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica

Consejo Superior de la Judicatura
Unidad de Registro Nacional de Abogados y Auxiliares de la Justicia

EL DIRECTOR DE LA UNIDAD DE REGISTRO NACIONAL DE ABOGADOS Y AUXILIARES DE LA JUSTICIA DEL CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA

CERTIFICA

Certificado de Vigencia N.: 433694

Que de conformidad con el Decreto 196 de 1971 y la Ley 270 de 1996, Estatutaria de la Administración de Justicia, le corresponde al Consejo Superior de la Judicatura regular, organizar y llevar el Registro Nacional de Abogados y expedir la correspondiente Tarjeta Profesional, previa verificación de los requisitos señalados por la Ley.

En atención a las citadas disposiciones legales y una vez revisado los registros que contienen nuestra base de datos se constató que el (la) señor(a) **JONATHAN SMITH LEON LOPEZ** , identificado(a) con la **Cédula de ciudadanía** No. **1118290835.**, registra la siguiente información.

VIGENCIA

CALIDAD	NÚMERO TARJETA	FECHA EXPEDICIÓN	ESTADO
Abogado Inscrito con Tarjeta Profesional	399535	25/01/2023	Vigente
Observaciones: -			

Se expide la presente certificación, a los **11** días del mes de **marzo** de **2025.**

ANDRÉS CONRADO PARRA RÍOS
Director

Notas 1- Si el número de cédula, los nombres y/o apellidos presentan error, favor dirigirse a la Unidad de Registro Nacional de Abogados y Auxiliares de la Justicia.
2- El documento se puede verificar en la página de la Rama Judicial www.ramajudicial.gov.co a través del número de certificado y fecha expedición.
3- Esta certificación informa el estado de vigencia de la Tarjeta Profesional, Licencia Temporal, Juez de Paz y de Reconsideración

COMUNICACIONES

NIT 901.139.278-7

CERTIFICA QUE:

El señor **JONATHAN SMITH LEON LOPEZ** identificado con cedula de ciudadanía **N.° 1.118.290.835** está vinculado en la empresa MV COMUNICACIONES DEL VALLE S.A.S desde el 05 de diciembre 2022 hasta la fecha, desempeñándose en el cargo de JURIDICO, mediante un contrato de prestación de servicios, devengando mensualmente la suma de **TRES MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($ 3.500.000).**

Para constancia se expide el (04) del mes de junio 2024.

Cordialmente

MONICA GARZON
CC 1118298554
TEL 3105403207
REPRESENTANTE LEGAL
SUP

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 141094581373

(415)7707212489984(8020) 000014109458137 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 1 8 2 9 0 8 3 5	5	Impuestos de Cali 5	

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 1 1 8 2 9 0 8 3 5

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Yumbo 8 9 2

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
LEON	LOPEZ	JONATHAN	SMITH

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Cali 0 0 1

41. Dirección principal: CR 1 12 53 BRR BOLIVAR

42. Correo electrónico: jhonatanleon.18@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 5 0 5 4 1 0 1 5 3	3 1 0 5 4 0 3 2 0 7

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
7 2 1 0	2 0 0 8 0 7 2 9	6 9 1 0	2 0 2 3 0 7 1 0				

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 5 4 9

05- Impto. renta y compl. régimen ordinal

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

54. Código

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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

Fecha generación documento PDF: 11-03-2025 10:09:32AM

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

APOYO MEDERI

Apoyate en Nosotros

Carrera 7 No. 4-46
Teléfono: 556 00 44
Cel.: 311 367 62 13
Yumbo - Valle

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Jonathan smith Leon lopez	EMPRESA:
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 24 MAYO 2024	EMPRESA EN MISION:
DOCUMENTO No.: 1118290835	EDAD: 35 AÑOS
CARGO:	SEXO: Masculino

TIPO DE EXAMEN: [x] INGRESO [ ] RETIRO [ ] PERIODICO [ ] POSTINCAPACIDAD

CONCEPTO DE APTITUD:

- [x] CUMPLE CON EL PERFIL OCUPACIONAL
- [ ] NO CUMPLE CON EL PERFIL OCUPACIONAL
- [ ] CUMPLE CON EL PERFIL OCUPACIONAL CON RECOMENDACION
- [ ] APLAZADO
- [ ] APTO PARA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS
- [ ] NO APTO PARA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS
- [ ] APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS
- [ ] NO APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS
- [ ] APTO PARA TRABAJO CONFINADO
- [ ] NO APTO PARA TRABAJO CONFINADO

TIPO DE RESTRICCION O CAUSA DE APLAZAMIENTO:

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

paciente en buenas condiciones, sin enfermedad de base, tiene vacunacion covid (2 dosis) no alergias, ex: oidos, peso y talla adecuados, no lesiones musculares, no alteracion de marcha, ni deficit funcional, ni enfermedad que le impida realizar su labor, no ha tenido accidentes laborales.

EXAMENES DE LABORATORIO Y DE SALUD OCUPACIONAL

EXAMEN	FECHA	RESULTADOS

CONCEPTO DE RETIRO: [ ] SATISFACTORIO [ ] NO SATISFACTORIO

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES: Realizar ejercicio 3 veces a la semana, pausas activas y alimentacion saludable.

PVE VISUAL		PVE ERGONÓMICO		PVE RESPIRATORIO	
PVE AUDITIVO		PVE CARDIOVASCULAR		PVE PSICOSOCIAL	
REMISION A EPS		REMISION A ARP			

Dr. Oscar Ospina M. Esp. Salud - L.S.O. 1858

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

x 1.118290835

FIRMA Y CEDULA DEL EXAMINADO



Republica De Colombia
Ministerio De Defensa Nacional
Fuerzas Militares
Ejercito Nacional

JONATHAN SMITH LEON LOPEZ
CC 1118290835

Fecha de Exp.
01/10/2024
Distrito Militar
017
Tarjeta Militar
2da Clase
Fecha de la constancia
01/10/2024
Código de verificación
1727794702

Fecha de 1era línea
2019

Pertenece a la reserva de
Fecha de 2da línea
2029

Fecha de 3era línea
2039

Este documento es obligatorio presentarlo para todos los actos públicos y privados determinados por la ley 1861/2017 y demás leyes que lo modifiquen o adicionen.

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA

EJÉRCITO NACIONAL

COMANDO DE RECLUTAMIENTO Y CONTROL RESERVAS

EL SUSCRITO OFICIAL DE ATENCIÓN AL USUARIO

C E R T I F I C A

Que el señor JONATHAN SMITH LEON LOPEZ identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1118290835, presenta los siguientes datos referentes a la definición de su situación militar:

Primer Nombre:	JONATHAN
Segundo Nombre:	SMITH
Primer Apellido:	LEON
Segundo Apellido:	LOPEZ
Tipo Documento:	Cédula de Ciudadanía
Número Documento:	1118290835
Clase Libreta Militar:	Segunda Clase

ESTA CERTIFICACIÓN ES GRATUITA
NO ES VÁLIDA COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN MILITAR
NO REEMPLAZA SU LIBRETA MILITAR

Se firma y se expide en Bogotá D.C. a los 3 días del mes de Marzo de 2025 a las 9:45:57 AM.

Cordialmente,

CR. JUAN MAURICIO DIAZ SÁNCHEZ
Director de Reclutamiento - Ejército Nacional

Generó: Sistema Fénix

Banco de Bogotá

Nit.860.002.964.4
Calle 36 N° 7-47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que JONATHAN LEON, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 1.118.290.835 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuenta Corriente No. 142226166, abierta/o desde el 11/9/2023.

Se expide en Bogotá el día 3 del mes de Marzo del año 2025.

Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO

	ANEXO FORMULARIO DE AFILIACIÓN PBS	Código FT-GEC-AF-010 Versión: 1 Fecha de actualización: 26/12/2024

Las casillas sombreadas son de uso exclusivo de la E P S S O.S

Inicio vigencia del afiliado	1 1 0 3 2 0 2 5	Código Asesor	2234	Sucursal	001	Ciudad/Municipio	Cali

Información para ser diligenciada por el Cotizante o Cabeza de Grupo Familiar

Fecha de Ingreso a la EPS anterior	D D M M A A A A	Fecha de retiro a la EPS anterior	D D M M A A A A

Información de Beneficiarios y Adicionales

	Beneficiario Adicional	Fecha de Afiliación al Sistema AAAA	MM	DD	Entidad promotora de Salud EPS Anterior	Código de EPS Anterior	Fecha de Ingreso a EPS anterior AAAA	MM	DD	Fecha de retiro a EPS Anterior AAAA	MM	DD	Correo Electrónico	Puntaje Sisbén
B1														
B2														
B3														
B4														
B5														

CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

Autorizo la entrega de la Carta de Derechos y Deberes y la Carta de Desempeño en formato electrónico? SI____ NO X
Correo Electrónico:

ENCUESTA DE ENTREGA DE CARTILLA

Con el fin de dar respuesta a la Circular Conjunta Externa 16 de 2013 expedida por el Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud, solicitamos responder el siguiente cuestionario posterior a la lectura que usted realice a la Cartilla del Usuario de nuestra entidad, la cual contiene información de derechos y deberes del afiliado y del paciente y la Carta de Desempeño, ya sea en formato físico o electrónico.

	SI	NO
1. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?	X	
2. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación la EPS le hizo entrega de la carta de desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	X	
3. ¿Leyó el contenido de la Cartilla de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?	X	
4. ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	X	
5. ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS?	X	

AUTORIZACION TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo de manera voluntaria, clara, expresa e informada para dar y/o continuar dando tratamiento a la información relacionada con mis datos personales y los de mis beneficiarios (en caso de afiliaciones PBS). Esta información existe en la base de datos de la EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SOS SA, quien actúa como responsable del tratamiento de mis datos con la debida confidencialidad, seguridad, legalidad y transparencia en los términos y condiciones señalados en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, en armonía con su política de tratamiento de datos personales. La información, datos personales, datos privados, datos sensibles y datos públicos suministrados a EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S O S S.A podrán ser recolectados, almacenados, procesados, usados, suprimidos, actualizados y transmitidos mediante los canales de comunicación previstos por la EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.O S S.A (Físicos, digitales, medios magnéticos, aplicativos tecnológicos y otros) para las siguientes finalidades: a) Aseguramiento del riesgo en salud que incorpora la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y/o tratamiento paliativo de las situaciones de salud que se presenten. b) El suministro y transmisión de información relacionada con el aseguramiento de los riesgos en salud a la red prestadora de servicios de salud (IPS) definida por la EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.O.S S A c) Generar mecanismos de comunicación a través de los diferentes canales que dispone la entidad, para mi acceso a los programas de educación, información y recordación tendientes a contribuir a restablecer y mantener mi condición de bienestar en salud, en conjunto con las IPS. d) Envío de información comercial relacionada con nuevos productos de salud ofrecidos como asegurador e) Invitaciones a participación de eventos en salud, programas de promoción y prevención. f) Encuestas de satisfacción del servicio; encuestas de nuevos productos. g) Envío de publicaciones y folletos para programas y campañas de salud u ofertas comerciales en salud mediante correo electrónico, físico o mensajes de texto.
h) Realización de actualización de datos. Los datos sensibles que serán tratados por la EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.O.S S.A corresponden a datos de salud.
De acuerdo al Artículo 8 de la Ley 1581 de 2012, usted tiene los siguientes derechos: 1) Conocer, actualizar, rectificar y suprimir los datos suministrados,
2) Solicitar prueba de autorización, conocer los usos que se han hecho de la información suministrada, cuando así lo solicite el titular, 3) Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato suministrado cuando en el tratamiento realizado no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales a favor del titular o en el momento que lo desee, 4) Acceder en forma gratuita a sus datos personales que hayan sido objeto de tratamiento, 5) Consultar la Política de Tratamiento de Datos personales a través de la página web www.sos.som.co El titular de la información suministrada podrá ejercer cualquiera de los derechos mencionados, dirigiendo una petición en este sentido a la dirección electrónica defensor del usuario@sos.com co o protección de datos@sos.com.co o a la línea telefónica 018000938777.
La información obtenida para el tratamiento de mis datos personales la he suministrado de forma libre, voluntaria y es verídica. Así mismo, expresó que entiendo los alcances que tiene esta autorización.

SI [X] NO [ ]

Firma del Cotizante
C.C N° 1.113290830

Declaración de Convivencia

Nosotros _____ y _____
identificados como aparece al pie de nuestras firmas, bajo la gravedad del juramento declaramos que a la fecha de diligenciamiento del formulario de afiliación a la Entidad Promotora de salud SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. Convivimos en condición de compañeros permanentes.

Firma del Cotizante C.C N°:	Firma del Compañero(a) C.C N°:

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. De Radicado	Fecha de Radicado
	12 05 2025

I. Datos del tramite

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Contribución Solidaria
A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedad ☑	A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia ☑ - Beneficiario o Afiliado Adicional ☐ B. Colectivo ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	A. Contributivo ☑ B. Subsidiado ☐	SI ☐ No ☑

5. Tipo de Afiliado	6. Tipo de Cotizante	7. Código (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☑ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐	A. Dependiente ☐ B. Independiente ☑ C. Pensionado ☐	

II. DATOS BASICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique a afiliado adicional) — **A. AFILIACION**

8. Apellidos y Nombres			
Primer Apellido: Leon	Segundo Apellido: Lopez	Primer Nombre: Jonathan	Segundo Nombre: Smith

9. Tipo de Documento de Identidad	10. N° de Documento de Identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CC	1118290335	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	Colombiano

14. Lugar de nacimiento				15. Fecha de nacimiento
País: Colombia	Departamento: Valle	Municipio: Yumbo		18 05 1989

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	19. Tiene encuesta SISBEN	20. Clasificación SISBEN	21. Grupo de Población Especial
		SI ☐ No ☒ Categoría de la discapacidad:	SI ☐ No ☐	Nivel: Grupo:	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensión	24. Ingreso Base de Cotización - IBC	25. Tarifa contribución solidaria
	Porvenir	1'300.000	

26. Residencia	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo Electrónico	Zona
Cra 12 # 13-48 Valle Yumbo		3017691672	CONVALLE	Cabecera municipal ☒ Rural disperso ☐ Centro Poblado ☐ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o Compañero(a) Permanente Cotizante

27. Apellidos y Nombres			
Primer Apellido: Cerón	Segundo Apellido:	Primer Nombre: Monica	Segundo Nombre:

28. Tipo de Documento de Identidad	29. N° de Documento de Identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo Identificación	32. Nacionalidad
CC	1118290554	Femenino ☒ Masculino ☐	F ☒ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	Colombiana

33. Lugar de nacimiento			34. Fecha de nacimiento
País: Colombia	Departamento: Valle	Municipio: Yumbo	14 07 1992

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 Documento	37. N° documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico		40. Sexo Identificación						41. Lugar de nacimiento			42. Fecha de Nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	Otro	Cual	País	Departamento	Municipio	
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	
					SI	No	Nivel	Grupo	SI	No	Categoría de discapacidad	SI	No
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

	51. Datos de Residencia		Zona				Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
	Departamento	Municipio / Distrito	Cabecera Municipal	Centro poblado	Rural disperso	Resto rural		
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad /Comuna	Correo electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS)	54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	Comfandi Yumbo	011
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DE PAGO

55. Nombre o Razón Social	56. Tipo de Documento de Identidad	57. Número de Identificación	58. Tipo de Aportante o Pagador de pensiones (a registrar por la EPS)

59. Ubicación				
Dirección	Teléfono	Correo Electrónico	Departamento	Municipio/Distrito

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- ☐ 3. Actualización del documento de identidad.
- ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS Código ☐
- ☐ 6. Reporte de pago a través de un tercero Código ☐
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☑ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- ☐ 10. Terminación de relación laboral o perdida de 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 Régimen ☐
- ☐ 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 ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos Básicos de Identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de Documento de Identidad	Número de documento de identidad	62. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☐	63. Sexo Identificación F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál	64. Fecha de Nacimiento DD / MM / AAAA

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad DD / MM / AAAA	67. Motivo de traslado Código	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☑ 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. Declaracion 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 internacion del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
- ☑ 73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
- ☑ 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- ☑ 75. Autorizacion 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.
- ☑ 76. Autorizacion para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
- ☐ 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
- ☐ 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hara cargo del pago de la Contribución Solidaria

Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de Documento de Identidad:	Numero 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 afiliacion colectiva, institucional o de Oficio

X. ANEXOS

- ☐ 82. Anexo copia del documento de identidad. cantidad de documento de indentidad anexos CN ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ 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 declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- ☐ 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- ☐ 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- ☐ 88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres
- ☐ 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016.
- ☐ 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consta 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	Numero de Documento de Identidad	95. Firma del funcionario

96. Fecha de radicación DD / MM / AAAA	97. Fecha de validación DD / MM / AAAA

OBSERVACIONES:

Radicado Asesor 2234

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

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JONATHAN SMITH LEON LOPEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.118.290.835,** se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 11 de Marzo del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

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: 2025-03-03 11:02

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
JONATHAN	SMITH	LEON	LOPEZ

Documento de identificación

Tipo: CEDULA DE CIUDADANIA

Número: 1118290835

Lugar de nacimiento

País: COLOMBIA

Departamento: VALLE DEL CAUCA

Municipio: YUMBO

Lugar de domicilio

País: COLOMBIA

Departamento: VALLE DEL CAUCA

Municipio: YUMBO

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: GOBERNACION DE VALLE DEL CAUCA

Lugar de sede

País: COLOMBIA

Departamento: VALLE DEL CAUCA

Municipio: CALI

Dirección: ["CARRERA 6 CALLE 9 Y 10 PALACIO SAN FRANCISCO"]

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 2023 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$0,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$48.000.000,00
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$48.000.000,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$3.000.000,00
CUENTA CORRIENTE	COLOMBIA	$100.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

12. PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y/O ASOCIACIONES

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí [ ] No [X]

En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas o Consejos Directivos:

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí [ ] No [X]

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente el registro de la información que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con los intereses de mi cónyuge o compañero(a) permanente, parientes y socios de hecho o de derecho.

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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 [X]

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
MONICA		GARZON	

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 1118298554

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [X]

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño.

De acuerdo con la Ley 2003 de 2019, los congresistas deben registrar sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeñan.

Parentesco	Pariente	Tipo de documento de identidad	Documento de identidad	Descripción del potencial conflicto de interés

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual:

Sí [ ] No [X]

Dentro del año anterior tuve interés directo o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera), y a continuación describo cómo puede influir en las decisiones y acciones de mi cargo actual:

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Los fideicomisos y encargos fiduciarios de los cuales soy constituyente o beneficiario en Colombia y en el exterior son:

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario y otras que tengo en Colombia y en el exterior son:

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta del último año gravable son:

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí [ ] No [X]

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:
> Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
> Establecimientos que posee.
> Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
> Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:
