

Santiago de Cali, Julio de 2025

Doctor

GUILLERMO LONDOÑO RICAURTE

Secretario de Convivencia y Seguridad Ciudadana

Cordial Saludo,

Me permito presentar a su consideración mi Hoja de Vida con sus respectivos soportes con el fin de prestar mis servicios a la Secretaría de Convivencia y Seguridad Ciudadana a través de la suscripción de un contrato de prestación de servicios como Profesional

Por lo tanto, desde ahora manifiesto que cumpliré con el objeto contractual pertinente, así como con todas y cada una de las actividades y obligaciones que se deriven del mismo.

Para tal efecto mi Hoja de Vida se encuentra soportada con los documentos de identificación y constancias que acreditan mi idoneidad y experiencia, con el propósito de ejecutar las actividades a contratar de acuerdo a mi perfil.

Las actividades que se establezcan en el posible contrato, conforme a mi perfil Profesional y experiencia, las cuales puedo cumplir a partir del momento que se me solicite.

Igualmente, manifiesto no me encuentro incurso en ninguna de las causales de inhabilidades e incompatibilidades y conflicto de interés para contratar con el Estado.

Lo anterior para su consideración y aprobación.

Atentamente,



PABLO JOSÉ SEGURA LÓPEZ

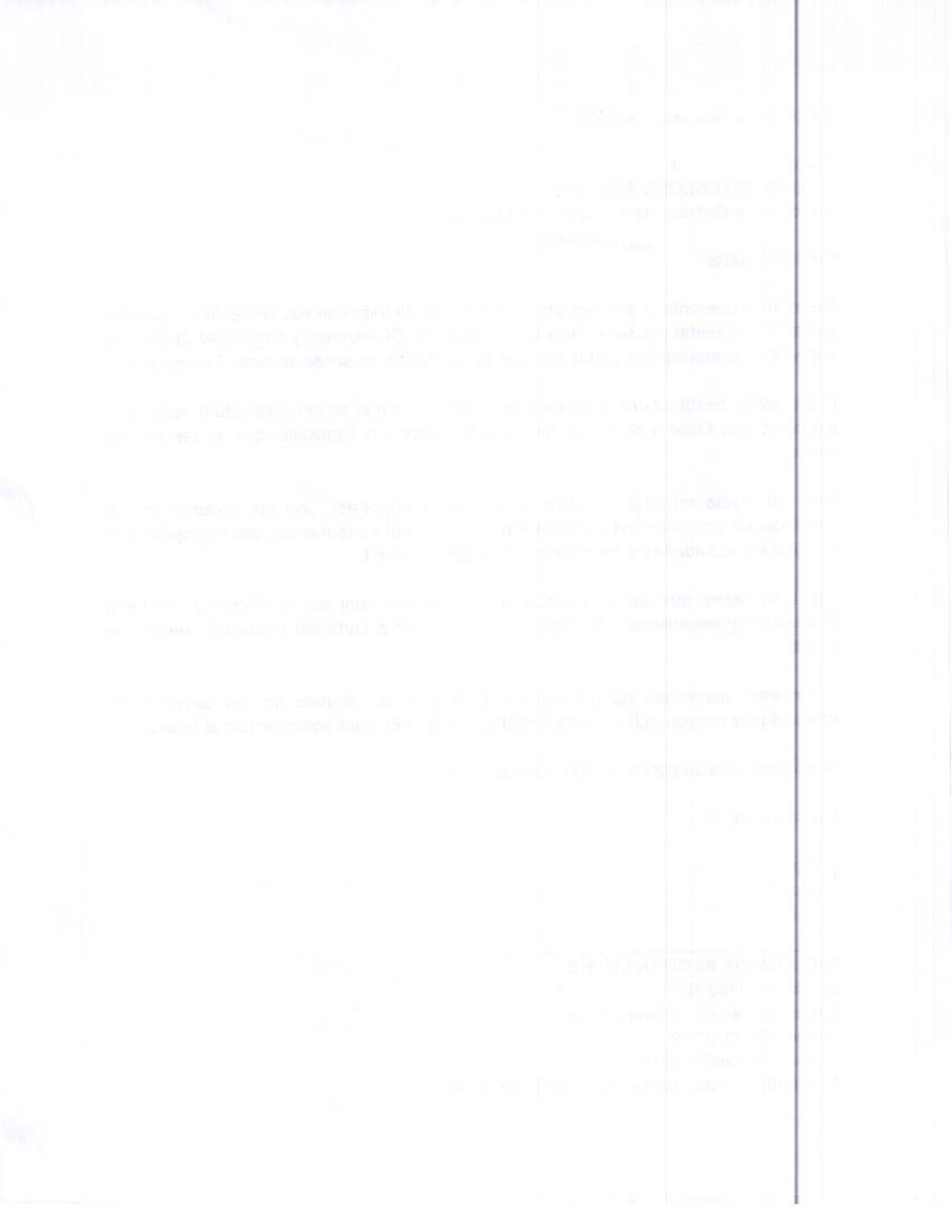
C.C. N.º 1007820767

Dirección: Carrera 2ª Norte #6-24

Teléfono: 3208016772

Ciudad: Roldanillo, Valle

Correo electrónico: pablojoseslo001@gmail.com



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NÚMERO 1.007.820.767

SEGURA LOPEZ

APELLIDOS

PABLO JOSE

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 12-SEP-2001
ROLDANILLO
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.81

O+

M

ESTATURA

G.S. RH

SEXO

16-SEP-2019 ROLDANILLO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GARCIA VACA



P.0109100-01108185-61-1007820767-20191107

9068754024A 2

92013242



REPÚBLICA DE COLOMBIA
 MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
 FUERZAS MILITARES
 EJERCITO NACIONAL
 TARJETA MILITAR DE SEGUNDA CLASE
 RESERVA DE FUERZAS MILITARES





1007920762

NOMBRES: **PABLO JOSE**

APELLIDOS: **PEREZ Y**

Bachiller



ESTE DOCUMENTO ES OBLIGATORIO PRESENTARLO PARA TODOS LOS ACTOS PÚBLICOS Y PRIVADOS DETERMINADOS POR LA LEY 1891 DE 2017

PERTENECE A LA RESERVA DE:

FECHA DE 1ª LÍNEA 2031	FECHA DE 2ª LÍNEA 2041	FECHA DE 3ª LÍNEA 2051
---------------------------	---------------------------	---------------------------

FECHA DE EXPEDICIÓN: 29/10/2024

DISTRITO MILITAR: 030



CR. JUAN ANTONIO GONZALEZ

DIRECTOR DE RECLUTAMIENTO DEL EJERCITO

P369386







Document Title: [Illegible]
Page Number: [Illegible]



Document Title: [Illegible]
Page Number: [Illegible]



Gimnasio Los Alpes

LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO #1108 13 ABRIL 1982
LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO #4032 09 DICIEMBRE 2009

NIT. 16630883-8

CODIGO DANE 376622000679

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO
COLEGIO GIMNASIO LOS ALPES

En la ciudad de Roldanillo a los 24 días del mes de noviembre del año 2017, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Director y Secretaria en la Institución, aprobada hasta undécimo grado en el nivel de Educación Media Académica y acreditada por el Ministerio de Educación Nacional.

Otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad *académica* Según resolución No 3064 de 23 de noviembre del 2011, reconocida oficialmente por la Secretaria de Educación Departamental y Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios hasta el Nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el **TITULO DE BACHILLER ACADEMICO CON PROFUNDIZACION EN GESTION EMPRESARIAL**

Al graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación:

PABLO JOSE SEGURA LOPEZ

T.I. 1.007.820.767 expedida en Roldanillo Valle

Es fiel copia tomada del Acta original general No 07 de fecha 24 de noviembre de 2017 que consta de 17 alumnos que comienza con el nombre de Agudelo Lasso Esteban Mauricio, y termina con el nombre de Villa Balcalcer Valentina, firmada por ANGELA MARIA MAYOR PARRA (Directora Administrativa) y JIMENA TEJADA MONTES (Secretaria).

Dada en Roldanillo Valle a los 24 días del mes de noviembre de 2017.

Firmado y Sellado

Directora Administrativa
C.C 66.701.400 de Roldanillo

Secretaria
C.C 1.113.782.246 de Roldanillo

CHINESE 101

COMPARISON OF CHINESE AND ENGLISH

THE CHINESE LANGUAGE IS A VERY DIFFERENT ONE FROM THE ENGLISH LANGUAGE.

IT IS A VERY OLD LANGUAGE AND HAS A LONG HISTORY.

IT IS A VERY DIFFICULT LANGUAGE TO LEARN.

THE CHINESE LANGUAGE IS A VERY DIFFERENT ONE FROM THE ENGLISH LANGUAGE. IT IS A VERY OLD LANGUAGE AND HAS A LONG HISTORY. IT IS A VERY DIFFICULT LANGUAGE TO LEARN.

THE CHINESE LANGUAGE IS A VERY DIFFERENT ONE FROM THE ENGLISH LANGUAGE. IT IS A VERY OLD LANGUAGE AND HAS A LONG HISTORY. IT IS A VERY DIFFICULT LANGUAGE TO LEARN.

THE CHINESE LANGUAGE IS A VERY DIFFERENT ONE FROM THE ENGLISH LANGUAGE. IT IS A VERY OLD LANGUAGE AND HAS A LONG HISTORY. IT IS A VERY DIFFICULT LANGUAGE TO LEARN.

THE CHINESE LANGUAGE IS A VERY DIFFERENT ONE FROM THE ENGLISH LANGUAGE. IT IS A VERY OLD LANGUAGE AND HAS A LONG HISTORY. IT IS A VERY DIFFICULT LANGUAGE TO LEARN.

THE CHINESE LANGUAGE IS A VERY DIFFERENT ONE FROM THE ENGLISH LANGUAGE. IT IS A VERY OLD LANGUAGE AND HAS A LONG HISTORY. IT IS A VERY DIFFICULT LANGUAGE TO LEARN.

THE CHINESE LANGUAGE IS A VERY DIFFERENT ONE FROM THE ENGLISH LANGUAGE. IT IS A VERY OLD LANGUAGE AND HAS A LONG HISTORY. IT IS A VERY DIFFICULT LANGUAGE TO LEARN.

THE CHINESE LANGUAGE IS A VERY DIFFERENT ONE FROM THE ENGLISH LANGUAGE. IT IS A VERY OLD LANGUAGE AND HAS A LONG HISTORY. IT IS A VERY DIFFICULT LANGUAGE TO LEARN.

THE CHINESE LANGUAGE IS A VERY DIFFERENT ONE FROM THE ENGLISH LANGUAGE. IT IS A VERY OLD LANGUAGE AND HAS A LONG HISTORY. IT IS A VERY DIFFICULT LANGUAGE TO LEARN.

THE CHINESE LANGUAGE IS A VERY DIFFERENT ONE FROM THE ENGLISH LANGUAGE. IT IS A VERY OLD LANGUAGE AND HAS A LONG HISTORY. IT IS A VERY DIFFICULT LANGUAGE TO LEARN.

THE CHINESE LANGUAGE IS A VERY DIFFERENT ONE FROM THE ENGLISH LANGUAGE. IT IS A VERY OLD LANGUAGE AND HAS A LONG HISTORY. IT IS A VERY DIFFICULT LANGUAGE TO LEARN.



**Instituto de Educación Técnica Profesional
de Roldanillo, Valle - INTEP**

Establecimiento Público Departamental
NIT. 881.902.811-0

ACTA DE GRADO No. 313

En el municipio de Roldanillo, departamento del Valle del Cauca, República de Colombia a los 23 días del mes de junio de 2022 de conformidad con lo dispuesto en la Resolución No. **1007** emanada de la Rectoría del Instituto de Educación Técnica Profesional de Roldanillo, en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación Nacional le confiere el título de:

TECNÓLOGO EN GESTIÓN AMBIENTAL

Código SNIES 53884

A


PABLO JOSE SEGURA LÓPEZ

C.C. No.1007820767 expedida en ROLDANILLO - Valle del Cauca

Quien cumplió con los requisitos académicos, las exigencias establecidas en los reglamentos y las normas legales. Previo juramento reglamentario se le otorgó el diploma que lo acredita como tal.

En testimonio de lo anterior se firma la presente Acta de Grado, en Roldanillo - Valle del Cauca a los 15 días del mes de julio de 2022.


Rector


Director(a) Unidad de Ciencias Ambientales y Agropecuarias


Secretario General

Registrado en el Libro **1** Folio **375** Registro **8188**

Comprometidos con la Excelencia

Carrera 7 N° 10-20 PBX (57-2) 229 8586 Ext. 101 Roldanillo, Valle del Cauca Colombia
www.intep.edu.co - e-mail: rectoria@intep.edu.co

Page No. _____
Date _____

1. The first part of the assignment is to be completed by the student who is enrolled in the course of Science & Technology. The student is to write a report on the topic of the assignment. The report is to be written in the form of a paper and is to be submitted to the teacher in the form of a paper. The report is to be written in the form of a paper and is to be submitted to the teacher in the form of a paper.

THE ASSIGNMENT

1. The first part of the assignment is to be completed by the student who is enrolled in the course of Science & Technology. The student is to write a report on the topic of the assignment. The report is to be written in the form of a paper and is to be submitted to the teacher in the form of a paper.

THE ASSIGNMENT

2. The second part of the assignment is to be completed by the student who is enrolled in the course of Science & Technology. The student is to write a report on the topic of the assignment. The report is to be written in the form of a paper and is to be submitted to the teacher in the form of a paper.

3. The third part of the assignment is to be completed by the student who is enrolled in the course of Science & Technology. The student is to write a report on the topic of the assignment. The report is to be written in the form of a paper and is to be submitted to the teacher in the form of a paper.



THE ASSIGNMENT

4. The fourth part of the assignment is to be completed by the student who is enrolled in the course of Science & Technology. The student is to write a report on the topic of the assignment. The report is to be written in the form of a paper and is to be submitted to the teacher in the form of a paper.

5. The fifth part of the assignment is to be completed by the student who is enrolled in the course of Science & Technology. The student is to write a report on the topic of the assignment. The report is to be written in the form of a paper and is to be submitted to the teacher in the form of a paper.



Instituto de Educación Técnica Profesional
de Roldanillo, Valle - INTEP

Establecimiento Público Departamental
N.º 891 902 811-0

ACTA DE GRADO No. 322

En el municipio de Roldanillo, departamento del Valle del Cauca, República de Colombia a los 19 días del mes de abril de 2024 de conformidad con lo dispuesto en la Resolución No. 1214 emanada de la Rectoría del Instituto de Educación Técnica Profesional de Roldanillo, en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación Nacional le confiere el título de:

ADMINISTRADOR AMBIENTAL

Código SNIES 105261

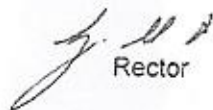
A


PABLO JOSE SEGURA LOPEZ

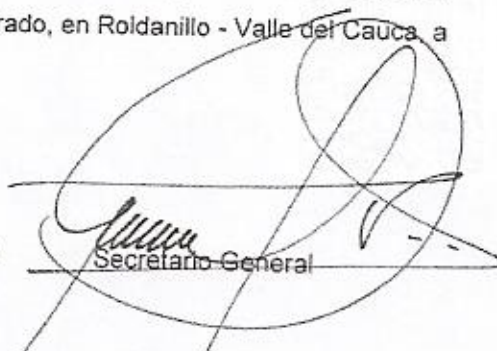
D.I. No.1007820767 expedida en ROLDANILLO - Valle del Cauca

Quien cumplió con los requisitos académicos, las exigencias establecidas en los reglamentos y las normas legales. Previo juramento reglamentario se le otorgó el diploma que lo acredita como tal.

En testimonio de lo anterior se firma la presente Acta de Grado, en Roldanillo - Valle del Cauca, a los 31 días del mes de mayo de 2024.


Rector


Director(a) Unidad de Ciencias Ambientales y Agropecuarias


Secretario General

Registrado en el Libro 1 Folio 488 Registro 11123

Comprometidos con la Excelencia

Carrera 7 N° 10-20 PBX (57-2) 229 8586 Ext. 101 Roldanillo, Valle del Cauca Colombia
www.intep.edu.co - e-mail: rectoria@intep.edu.co





CERTIFICACIÓN

Matricula Nro: AA3221007820767

CPAA-CV-2025-10445

DATOS DEL TITULAR

NOMBRE: PABLO JOSE SEGURA LOPEZ
TIPO DE DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1007820767

Que de conformidad con la Ley 1124 de 2007 y el Decreto 1150 de 2008, le corresponde al Consejo Profesional de Administración Ambiental -CPAA- entre otras funciones expedir la tarjeta profesional de Administración Ambiental y Profesionales de Profesiones afines, que cumplan con los requisitos de Ley y llevar el registro de las tarjetas expedidas.

En virtud de lo anterior y una vez revisados los registros que contiene nuestra base de datos se constató que el (la) señor (a) PABLO JOSE SEGURA LOPEZ identificado (a) con CEDULA DE CIUDADANIA No. 1007820767 registra la siguiente información:

TITULO PROFESIONAL	No. TARJETA PROFESIONAL	FECHA EXPEDICIÓN	ESTADO
ADMINISTRADOR AMBIENTAL	AA3221007820767	Noviembre 8 de 2024	Vigente

La presente se expide a solicitud del interesado (a) en Bogotá D.C., el día quince (15) del mes de julio de 2025.

KATHERINE RODRIGUEZ NOSSA
Representante Legal

(*)Para verificar la integridad e inalterabilidad del presente documento consulte en el sitio web https://app1.cpaa.gov.co/generar_certificado.php indicado el número del certificado que se encuentra en la esquina superior derecha de este documento o utilizando el código QR del documento.



INVESTIGATION
LABORATORY
FEDERAL BUREAU OF INVESTIGATION

75-5032-10442

TO: DIRECTOR, FBI
FROM: SAC, NEW YORK
SUBJECT: [Illegible]
[Illegible text block containing details of the investigation, including dates and locations.]

RE: [Illegible]
[Illegible text block containing further details of the investigation.]

DATE: [Illegible]
[Illegible text block containing administrative information.]

BY: [Illegible]
[Illegible text block containing signature and date.]

APPROVED: [Illegible]
[Illegible text block containing final approval and distribution information.]

<p>Departamento del Valle del Cauca</p>  <p>Gobernación NIT. 890399029-5</p>	<p>CERTIFICACIÓN CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y MÍNIMA CUANTÍA</p>	Código: FO-M9-P2-26
		Versión: 02
		Fecha de aprobación: 16/01/2023
		Página 1 de 2

**EL SUSCRITO SECRETARIO DE DESPACHO
DE LA SECRETARIA DE CONVIVENCIA Y SEGURIDAD CIUDADANA DEL DEPARTAMENTO
DEL VALLE DEL CAUCA**

CERTIFICA:

Que **PABLO JOSE SEGURA LOPEZ**, identificado con la cédula de ciudadanía N° 1.007.820.767 expedida en la ciudad de Roldanillo (V), celebró y ejecutó a cabalidad el siguiente contrato con el **DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA – SECRETARIA DE CONVIVENCIA Y SEGURIDAD CIUDADANA**:

Contrato número: 1.410-17.13 – 13529 del 19 de noviembre de 2024.

Tipo de Contrato: **PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

Objeto: PRESTAR LOS SERVICIOS COMO PROFESIONAL, EN LA SECRETARIA DE CONVIVENCIA Y SEGURIDAD CIUDADANA, PARA EL DESARROLLO DEL PROYECTO DE INVERSIÓN DENOMINADO "FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE INFORMACION GEOGRAFICA, GEODESICA Y CARTOGRAFICA PARA EL ANALISIS AVANZADO DEL DELITO EN EL VALLE DEL CAUCA".

Actividades Específicas:

1. Apoyar en la planificación y ejecución de tareas programadas para dar cumplimiento al proyecto de inversión.
2. Apoyar en eventos, programar reuniones en asuntos relacionados con el proyecto de Inversión.
3. Proyectar y revisar informes y oficios y demás comunicaciones o documentos relacionados con los asuntos relacionados con el proyecto de Inversión.
4. Brindar asistencia técnica desde el área de su conocimiento en los asuntos relacionados con el proyecto de inversión.
5. Realizar el cargue mensual de la información de las cuotas de pago resultante de sus obligaciones del presente contrato a la plataforma SECOP II, informes que deben contar con las firmas que correspondan.

Departamento del Valle del Cauca  Gobernación NIT. 890399029-5	CERTIFICACIÓN CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y MÍNIMA CUANTÍA	Código: FO-M9-P2-26
		Versión: 02
		Fecha de aprobación: 16/01/2023
		Página 2 de 2

Valor: DIEZ MILLONES PESOS M/CTE (\$ 10.000.000).

CDP: 5500005762 del 16 de octubre de 2024.


RPC: 5600074296 del 19 de noviembre de 2024.

Fecha de Acta de Inicio: 19 de noviembre de 2024.

Fecha de terminación del contrato: 30 de diciembre de 2024.

Se expide para efectos de uso del interesado.

Dada en Cali, a los diez (10) días del mes de marzo de 2025.


CESAR AUGUSTO MARIN RANGEL.
Secretario de Despacho.

La presente certificación no es válida sin estampillas.

Elaboró y proyectó: Natalia Ramírez Zapata – Técnico operativo (E) *Natalia Ramírez Zapata*
Revisó: Alexandra Galeano Vélez – Profesional - Contratista *Alexandra Galeano Vélez*
Aprobó: Lina Marcela Escobar Ramírez – Subdirectora Técnica de Apoyo a la Gestión *Lina Marcela Escobar Ramírez*



2. Concepto 2 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario

141144663167



(415)7707212489984(8020) 000014114466316 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 0 7 8 2 0 7 6 7

6. DV

5

12. Dirección seccional
Impuestos y Aduanas de Tuluá

14. Buzón electrónico

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

26. Número de identificación

1 0 0 7 8 2 0 7 6 7

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Valle del Cauca

7 6

30. Ciudad/Municipio

Roldanillo

6 2 2

31. Primer apellido

SEGURA

32. Segundo apellido

LOPEZ

33. Primer nombre

PABLO

34. Otros nombres

JOSE

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Valle del Cauca

7 6

40. Ciudad/Municipio

Roldanillo

6 2 2

41. Dirección principal

CR 2 A 6 24 BRR ARRAYANES

42. Correo electrónico

pablojoseslo001@gmail.com

43. Código postal

7 6 1 5 5 0

44. Teléfono 1

3 2 0 8 0 1 6 7 7 2

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

8 2 9 9

47. Fecha inicio actividad

2 0 2 3 0 9 2 2

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

50. Código

1 2

Ocupación

51. Código

3 4 1 4

52. Número establecimientos

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
49 - No responsable de IVA

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 VALVERDE YEPES HECTOR FABIO

985. Cargo Analista II



CIRCULAR No. 3
(18 DE MAYO DE 2025)

Para egresados con título de:

- Administración Ambiental
- Administración en Salud: Énfasis en Gestión Sanitaria y Ambiental
- Administración Ambiental y de los Recursos Naturales
- Administración del Medio Ambiente
- Administración y Gestión Ambiental
- Administración Ambiental con Énfasis en Agronegocios
- Administración Ambiental y Sanitaria
- Administración del Medio Ambiente y de los Recursos Naturales

El Consejo Profesional de Administración Ambiental – CPAA, informa que, con relación al trámite de certificación de antecedentes disciplinarios, la **Ley 1124 de 2007** no contempló en su articulado las facultades para expedir antecedentes disciplinarios, razón por la cual, el CPAA no cuenta con las facultades jurídicas para expedir dicho certificado hasta tanto el legislador (Congreso de la Republica) lo defina mediante una Ley. Para lo cual, este cuerpo colegiado se encuentra realizando las gestiones internas a las que haya lugar.

Nota: Esta circular es válida únicamente por 90 días a partir de la fecha de expedición. La presente acoge además a los profesionales egresados de los programas de los que trata la **Resolución No. 2524 del 28 de julio de 2021** y que se encuentran en proceso de traslado de competencia entre el Consejo Profesional Nacional de Ingeniería – COPNIA y el Consejo Profesional de Administración Ambiental – CPAA.



KATHERINE RODRIGUEZ NOSSA
Representante Legal CPAA

$\frac{1}{2} \log \frac{1}{2}$
 $\frac{1}{2} \log \frac{1}{2}$

The first two terms of the series are
 $\frac{1}{2} \log \frac{1}{2}$ and $\frac{1}{2} \log \frac{1}{2}$.
 The third term is $\frac{1}{2} \log \frac{1}{2}$.
 The fourth term is $\frac{1}{2} \log \frac{1}{2}$.
 The fifth term is $\frac{1}{2} \log \frac{1}{2}$.
 The sixth term is $\frac{1}{2} \log \frac{1}{2}$.
 The seventh term is $\frac{1}{2} \log \frac{1}{2}$.
 The eighth term is $\frac{1}{2} \log \frac{1}{2}$.
 The ninth term is $\frac{1}{2} \log \frac{1}{2}$.
 The tenth term is $\frac{1}{2} \log \frac{1}{2}$.

The first two terms of the series are
 $\frac{1}{2} \log \frac{1}{2}$ and $\frac{1}{2} \log \frac{1}{2}$.
 The third term is $\frac{1}{2} \log \frac{1}{2}$.
 The fourth term is $\frac{1}{2} \log \frac{1}{2}$.
 The fifth term is $\frac{1}{2} \log \frac{1}{2}$.
 The sixth term is $\frac{1}{2} \log \frac{1}{2}$.
 The seventh term is $\frac{1}{2} \log \frac{1}{2}$.
 The eighth term is $\frac{1}{2} \log \frac{1}{2}$.
 The ninth term is $\frac{1}{2} \log \frac{1}{2}$.
 The tenth term is $\frac{1}{2} \log \frac{1}{2}$.

The first two terms of the series are
 $\frac{1}{2} \log \frac{1}{2}$ and $\frac{1}{2} \log \frac{1}{2}$.
 The third term is $\frac{1}{2} \log \frac{1}{2}$.
 The fourth term is $\frac{1}{2} \log \frac{1}{2}$.
 The fifth term is $\frac{1}{2} \log \frac{1}{2}$.
 The sixth term is $\frac{1}{2} \log \frac{1}{2}$.
 The seventh term is $\frac{1}{2} \log \frac{1}{2}$.
 The eighth term is $\frac{1}{2} \log \frac{1}{2}$.
 The ninth term is $\frac{1}{2} \log \frac{1}{2}$.
 The tenth term is $\frac{1}{2} \log \frac{1}{2}$.

$\frac{1}{2} \log \frac{1}{2}$
 $\frac{1}{2} \log \frac{1}{2}$



**POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA**

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 07:25:13 PM horas del 15/07/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1007820767**

Apellidos y Nombres: **SEGURA LOPEZ PABLO JOSE**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

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



Dirección: Avenida El Dorado # 75
– 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a
Viernes 8:00 am a 12:00 pm y
2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano:
5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: [dijin.araic-
atc@policia.gov.co](mailto:dijin.araic-atc@policia.gov.co)

THE UNITED STATES OF AMERICA
DISTRICT COURT OF THE DISTRICT OF COLUMBIA

IN RE: [Name], Debtor.
Case No. [Number]

Chapter 11
[Name], Debtor, by and through
[Name], Attorney at Law,
[Address],
[City, State, Zip]

VS.
[Name], Creditor, by and through
[Name], Attorney at Law,
[Address],
[City, State, Zip]

COMES NOW the Debtor, [Name], and moves the Court for an order
granting the Debtor's motion for [purpose of motion]. The Debtor
moves the Court for an order granting the Debtor's motion for [purpose of motion].
The Debtor moves the Court for an order granting the Debtor's motion for [purpose of motion].
The Debtor moves the Court for an order granting the Debtor's motion for [purpose of motion].

WHEREFORE, the Debtor respectfully requests the Court to grant the Debtor's motion for [purpose of motion].
The Debtor moves the Court for an order granting the Debtor's motion for [purpose of motion].
The Debtor moves the Court for an order granting the Debtor's motion for [purpose of motion].

Respectfully,
[Name], Debtor
[Signature]

[Name], Attorney at Law
[Signature]

Subscribed and sworn to before me this [Date] day of [Month], [Year].
[Signature]

Notary Public for the District of Columbia
[Signature]

Filed for the Court this [Date] day of [Month], [Year].
[Signature]



CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 276196187



PIB

20:16:19

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 15 de julio 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) PABLO JOSE SEGURA LOPEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1007820767:

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 William Rodríguez Millán
Jefe División de Relacionamento con el Ciudadano (C)

ATENCIÓN :

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

División de Relacionamento con el Ciudadano.

Línea gratuita 018000910315

Carrera 5 No. 15 - 60 Piso 1; Pbx 5878750 ext. 13170; Bogotá D.C.

www.procuraduria.gov.co

1940-1941

1941-1942

1942-1943

1943-1944

1944-1945

1945-1946

1946-1947

1947-1948

1948-1949

1949-1950

1950-1951

1951-1952

1952-1953

1953-1954

1954-1955

1955-1956

1956-1957

1957-1958

1958-1959

1959-1960

1960-1961

1961-1962

1962-1963

1963-1964

1964-1965

1965-1966

1966-1967

1967-1968

1968-1969

1969-1970

1970-1971

1971-1972

1972-1973

1973-1974

1974-1975

1975-1976

1976-1977

1977-1978

1978-1979

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 martes 15 de julio de 2025, a las 19:28:41, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1007820767
Código de Verificación	1007820767250715192841

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



INTERNATIONAL CONFERENCE

1964

The International Conference on the Peaceful Uses of Atomic Energy, held in Geneva, Switzerland, from September 1 to 11, 1964, was the fourth in a series of such conferences organized by the United Nations.

Country	Delegates	Observers	Total
Algeria	1	1	2
Argentina	1	1	2
Australia	1	1	2
Austria	1	1	2
Brazil	1	1	2
Canada	1	1	2
Chad	1	1	2
Czechoslovakia	1	1	2
Dominican Republic	1	1	2
Egypt	1	1	2
France	1	1	2
Germany, Federal Republic of	1	1	2
Ghana	1	1	2
Greece	1	1	2
India	1	1	2
Indonesia	1	1	2
Italy	1	1	2
Jamaica	1	1	2
Japan	1	1	2
Kenya	1	1	2
Libya	1	1	2
Mexico	1	1	2
Nigeria	1	1	2
Poland	1	1	2
Romania	1	1	2
Saudi Arabia	1	1	2
Senegal	1	1	2
Sierra Leone	1	1	2
Singapore	1	1	2
Sri Lanka	1	1	2
Tanzania	1	1	2
Togo	1	1	2
Tunisia	1	1	2
Turkey	1	1	2
Uganda	1	1	2
United Kingdom	1	1	2
United States of America	1	1	2
Yugoslavia	1	1	2
Zambia	1	1	2
Zimbabwe	1	1	2
Total	40	40	80

The conference was held in the Grand Hotel, Geneva, and was attended by 80 delegates and 40 observers from 40 countries. The conference was organized by the United Nations and was the fourth in a series of such conferences.

The conference was held in the Grand Hotel, Geneva, and was attended by 80 delegates and 40 observers from 40 countries. The conference was organized by the United Nations and was the fourth in a series of such conferences.



Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 15/07/2025 07:30:53 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1007820767** y Nombre: **PABLO JOSE SEGURA LOPEZ**.

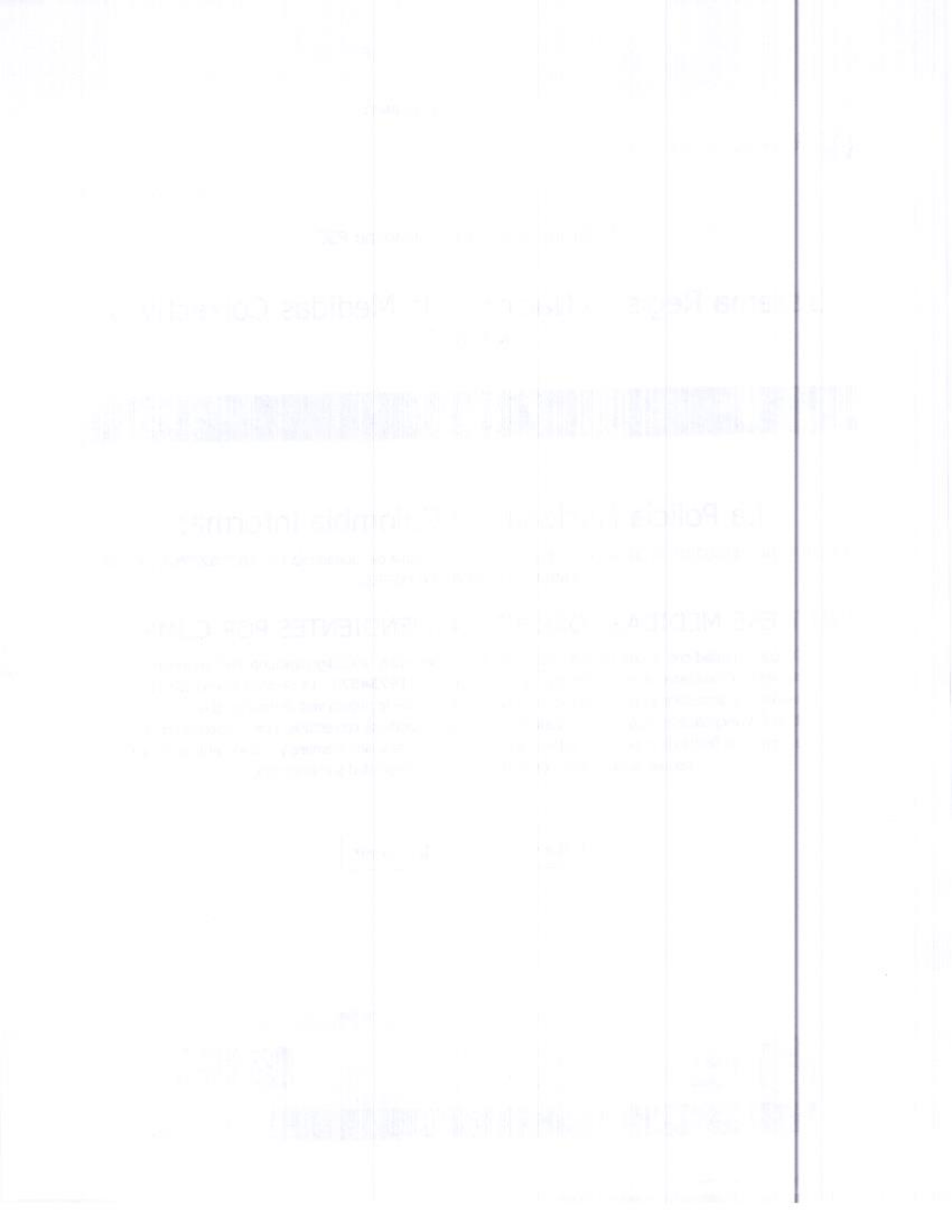
NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

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. **119754573**. 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](#)**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

**COLOMBIA
POTENCIA DE LA
VIDA**



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 19:33:23 horas del 15/07/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1007820767**, Apellidos y Nombres **SEGURA LOPEZ PABLO JOSE**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **Gobernación Del Valle**, con NIT **890399029-5** 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>

1. 姓名: 张三
 2. 性别: 男
 3. 年龄: 25
 4. 职业: 教师
 5. 籍贯: 广东
 6. 学历: 本科
 7. 婚姻状况: 已婚
 8. 子女数量: 1
 9. 健康状况: 良好
 10. 兴趣爱好: 阅读, 运动

11. 工作单位: 某某中学
 12. 入职时间: 2018年
 13. 职称: 中学一级教师
 14. 月收入: 8000元
 15. 社保缴纳: 正常
 16. 住房公积金: 正常
 17. 房产情况: 自有
 18. 车辆情况: 自有

19. 家庭成员: 妻子, 儿子
 20. 家庭住址: 广州市天河区
 21. 联系电话: 13800000000
 22. 电子邮箱: zhangsan@example.com
 23. 紧急联系人: 李四
 24. 紧急联系电话: 13900000000

25. 其他备注: 无不良嗜好, 遵纪守法
 26. 照片: [照片位置]
 27. 签名: [签名位置]
 28. 日期: 2023年10月27日

29. 身份证号: 440106199801010001
 30. 银行卡号: 62220210010000000000
 31. 支付宝账号: 12345678901234567890
 32. 微信账号: 12345678901234567890

33. 学历证明: [证明位置]
 34. 工作经历: [工作经历]
 35. 收入证明: [证明位置]

36. 其他证明材料: [证明材料]
 37. 备注: 以上信息真实有效, 如有变动, 请及时通知。

38. 申请人: 张三
 39. 审核人: 李四
 40. 审核日期: 2023年10月27日



FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

I. Datos del trámite		No. De Radicado	Fecha de Radicado
1. Tipo de Trámite A. Afiliación <input type="checkbox"/> B. Reporte de Novedad <input checked="" 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. Contribución Solidaria Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
5. Tipo de Afiliado A. Cotizante <input checked="" type="checkbox"/> C. Beneficiario <input type="checkbox"/>	B. Cabeza de Familia <input type="checkbox"/> D. Afiliado adicional <input type="checkbox"/>	6. Tipo de Cotizante A. Dependiente <input type="checkbox"/> B. Independiente <input checked="" type="checkbox"/> C. Pensionado <input type="checkbox"/>	7. Código (Ingresar por la EPS)
A. AFILIACIÓN			
II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)			
8. Apellidos y Nombres Segura Lopez Pablo Jose			
9. Tipo de Documento de Identidad C.C.	10. N° de Documento de Identidad 1007820767	11. Sexo biológico Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/>	12. Sexo Identificación F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>
13. Nacionalidad Colombiana	14. Lugar de nacimiento País Colombia Departamento Valle Del Cauca Municipio Roldanillo	15. Fecha de nacimiento 12/09/2001	
III. DATOS COMPLEMENTARIOS			
Datos Personales			
16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad Categoría de la discapacidad: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	19. Tiene encuesta SISBEN Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
20. Clasificación SISBEN Nivel C7 Grupo Vulnerable		21. Grupo de Población Especial	
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL POSITIVA	23. Administradora de Pensión COLPENSIONES	24. Ingreso Base de Cotización-IBC 1.423.500	25. Tarifa contribución solidaria
26. Residencia Carrera 2ª Norte 6-24 Teléfono fijo 3208016772 pablojose001@gmail.com			
Valle Del Cauca Roldanillo Localidad/Comuna Zona Urbana municipal <input checked="" type="checkbox"/> Centro poblado <input type="checkbox"/> Rural disperso <input type="checkbox"/> Resto rural <input type="checkbox"/>			
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			
28. Tipo de Documento de Identidad			
29. N° de Documento de Identidad			
30. Sexo biológico Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>			
31. Sexo Identificación F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>			
32. Nacionalidad			
33. Lugar de nacimiento			
34. Fecha de nacimiento			
Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales			
35. Apellidos y Nombres			
36. Tipo Documento			
37. N° documento de Identidad			
38. Nacionalidad			
39. Sexo biológico Femenino Masculino F M T NB Otro Ocul			
40. Sexo Identificación F M T NB Otro Ocul			
41. Lugar de nacimiento			
42. Fecha de nacimiento			
Datos Complementarios del beneficiario			
43. Parentesco			
44. Etnia			
45. Comunidad			
46. Tiene encuesta SISBEN Si No Nivel Grupo			
47. Clasificación SISBEN Si No Categoría de discapacidad			
48. Discapacidad Si No			
49. Incapacidad permanente Si No			
50. Datos de Residencia			
Departamento Municipio / Distrito			
Categoría municipal Centro poblado Rural disperso Resto rural			
Teléfono fijo y/o celular			
51. Valor de la UPC del afiliado adicional(a) registrado por la EPS			
Dirección Localidad / Comuna Correo electrónico			
52. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS			
53. Código de la IPS (a registrar por la EPS)			
C. CLINICA SANE S.A.S. - ROLDANILLO 92833			
V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DE PAGO			
54. Nombre o Razón Social			
55. Tipo de Documento de Identidad C.C.			
56. Número de Identificación 1007820767			
57. Tipo de Aportante o Pagador de pensiones (A registrar por la EPS)			
58. Ubicación Carrera 2ª Norte 6-24 3208016772 pablojose001@gmail.com Valle Del Cauca Roldanillo			

B. REPORTE DE NOVEDADES																			
60. Tipo de Novedad <input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de identificación. <input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación. <input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identidad. <input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios. <input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 6. Reporte de pago a través de un tercero. Código <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. <input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. <input checked="" type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar. <input type="checkbox"/> 10. Terminación de relación laboral o pérdida de condiciones para seguir cotizando. <input type="checkbox"/> 11. Inscripción EPS retorno al país. <input type="checkbox"/> 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. <input type="checkbox"/> 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. <input type="checkbox"/> 14. Movilidad: A. Régimen Contributivo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidado <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> A. Mismo Régimen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 15. Traslado: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 16. Reporte de Fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia. <input type="checkbox"/> 17. Reporte de trámite de protección al cesante. <input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de pre-pensionado. <input type="checkbox"/> 19. Reporte de la calidad de pensionado. <input type="checkbox"/> 20. Ingreso a Contribución Solidaria. <input type="checkbox"/> 21. Retiro de Contribución Solidaria.																			
VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD 61. Datos Básicos de Identificación <table border="1"> <tr> <td>Primer Apellido</td> <td>Segundo Apellido</td> <td>Primer Nombre</td> <td>Segundo Nombre</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Tipo de Documento de Identidad</td> <td>Número de documento de identidad</td> <td>62. Sexo biológico: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino</td> </tr> <tr> <td colspan="2">65. EPS anterior</td> <td>66. Fecha de novedad: DD / MM / AAAA</td> <td>67. Motivo de traslado: Código <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>68. Cajo de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones</td> <td></td> </tr> </table>				Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Tipo de Documento de Identidad		Número de documento de identidad	62. Sexo biológico: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	65. EPS anterior		66. Fecha de novedad: DD / MM / AAAA	67. Motivo de traslado: Código <input type="checkbox"/>			68. Cajo de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre																
Tipo de Documento de Identidad		Número de documento de identidad	62. Sexo biológico: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino																
65. EPS anterior		66. Fecha de novedad: DD / MM / AAAA	67. Motivo de traslado: Código <input type="checkbox"/>																
		68. Cajo de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones																	
VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES <input type="checkbox"/> 69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. <input checked="" type="checkbox"/> 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Protección. <input checked="" type="checkbox"/> 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. <input checked="" type="checkbox"/> 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. <input checked="" type="checkbox"/> 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. <input checked="" type="checkbox"/> 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 lo requieran. <input checked="" type="checkbox"/> 75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. <input checked="" type="checkbox"/> 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. <input type="checkbox"/> 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. <input type="checkbox"/> 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según lo encuesta del Sistema vigente.																			
VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA 79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia, reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria. <table border="1"> <tr> <td>Apellidos y nombres</td> <td>Primer Apellido</td> <td>Segundo Apellido</td> <td>Primer Nombre</td> <td>Segundo Nombre</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Tipo de Documento de Identidad:</td> <td colspan="3">Número del documento de Identidad:</td> </tr> </table>				Apellidos y nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Tipo de Documento de Identidad:		Número del documento de Identidad:								
Apellidos y nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre															
Tipo de Documento de Identidad:		Número del documento de Identidad:																	
IX. FIRMAS <table border="1"> <tr> <td>80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional</td> <td>81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio</td> </tr> </table>				80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio														
80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio																		
X. ANEXOS <input type="checkbox"/> 82. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC PT cantidad de documento de identidad anexos: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 83. Costa del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. <input type="checkbox"/> 84. Costa del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acto de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. <input type="checkbox"/> 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, concubinato, el cual que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acto de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. <input type="checkbox"/> 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. <input type="checkbox"/> 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. <input type="checkbox"/> 88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración de sujeción por el cotizante sobre la sujeción de los dos padres. <input type="checkbox"/> 89. Costa de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.3.7.1 del Decreto 780 de 2016. <input type="checkbox"/> 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. <input type="checkbox"/> 91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o en donde se declare la afiliación de oficio. <div style="text-align: right;">Total Anexos <input type="text"/></div>																			
XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL <table border="1"> <tr> <td>92. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio <input type="text"/> Código del Departamento <input type="text"/></td> <td>93. Nombre de la Institución: <input type="text"/></td> </tr> </table>				92. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio <input type="text"/> Código del Departamento <input type="text"/>	93. Nombre de la Institución: <input type="text"/>														
92. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio <input type="text"/> Código del Departamento <input type="text"/>	93. Nombre de la Institución: <input type="text"/>																		
XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL <table border="1"> <tr> <td>94. Apellidos y nombres: Primer Apellido <input type="text"/> Segundo Apellido <input type="text"/> Primer Nombre <input type="text"/> Segundo Nombre <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td> <table border="1"> <tr> <td>Tipo de Documento de Identidad</td> <td>Número de Documento de Identidad</td> </tr> <tr> <td>96. Fecha de radicación: DD / MM / AAAA</td> <td>97. Fecha de validación: DD / MM / AAAA</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td>95. Firma del funcionario: <input type="text"/></td> </tr> </table>				94. Apellidos y nombres: Primer Apellido <input type="text"/> Segundo Apellido <input type="text"/> Primer Nombre <input type="text"/> Segundo Nombre <input type="text"/>	<table border="1"> <tr> <td>Tipo de Documento de Identidad</td> <td>Número de Documento de Identidad</td> </tr> <tr> <td>96. Fecha de radicación: DD / MM / AAAA</td> <td>97. Fecha de validación: DD / MM / AAAA</td> </tr> </table>	Tipo de Documento de Identidad	Número de Documento de Identidad	96. Fecha de radicación: DD / MM / AAAA	97. Fecha de validación: DD / MM / AAAA	95. Firma del funcionario: <input type="text"/>									
94. Apellidos y nombres: Primer Apellido <input type="text"/> Segundo Apellido <input type="text"/> Primer Nombre <input type="text"/> Segundo Nombre <input type="text"/>																			
<table border="1"> <tr> <td>Tipo de Documento de Identidad</td> <td>Número de Documento de Identidad</td> </tr> <tr> <td>96. Fecha de radicación: DD / MM / AAAA</td> <td>97. Fecha de validación: DD / MM / AAAA</td> </tr> </table>	Tipo de Documento de Identidad	Número de Documento de Identidad	96. Fecha de radicación: DD / MM / AAAA	97. Fecha de validación: DD / MM / AAAA															
Tipo de Documento de Identidad	Número de Documento de Identidad																		
96. Fecha de radicación: DD / MM / AAAA	97. Fecha de validación: DD / MM / AAAA																		
95. Firma del funcionario: <input type="text"/>																			
13. OBSERVACIONES: <div style="height: 100px; border: 1px solid black;"></div>																			

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.

										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		0	4	1	0	2	0	2	4	Código Asesor		2209		Sucursal		005		Ciudad/Municipio		Zarzal						
Información para ser diligenciada por el Cotizante o Cabeza de Grupo Familiar																										
Fecha de Ingreso a la EPS anterior										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fecha de retiro a la EPS anterior		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Información de Beneficiarios y Adicionales																										
	Beneficiario Adicional	Fecha de Afiliación al Sistema			Entidad promotora de Salud EPS Anterior	Código de EPS Anterior	Fecha de ingreso a EPS anterior			Fecha de retiro a EPS Anterior			Correo Electrónico	Puntaje Sisbén												
		AAAA	MM	DD			AAAA	MM	DD	AAAA	MM	DD														
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 <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Correo Electrónico: pablojoselo001@gmail.com																										
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?																										
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?																										
3. ¿Leyó el contenido de la Cartilla de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?																										
4. ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?																										
5. ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS?																										
AUTORIZACION TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES																										
<p>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 S.A., 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.</p> <p>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.com.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@sos.com.co o protección.de.datos@sos.com.co o a la línea telefónica 018000938777.</p> <p>La información obtenida para el tratamiento de mis datos personales la he suministrado de forma libre, voluntaria y es verídica. Así mismo, expresé que entiendo los alcances que tiene esta autorización.</p>																										
SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																										
Firma del Cotizante 																										
C.C. N° 1007820767																										
Declaración de Convivencia Nosotros _____ y _____ identificados como aparece el 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°:																										



ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1007820767
NOMBRES	PABLO JOSE
APELLIDOS	SEGURA LOPEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	VALLE
MUNICIPIO	ROLDANILLO

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	RÉGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S.	CONTRIBUTIVO	09/11/2001	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	07/15/2025 19:34:44	Estación de origen:	192.168.70.220
---------------------	------------------------	---------------------	----------------

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de**

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **PABLO JOSE SEGURA LOPEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1007820767**, se encuentra afiliado/a desde **04/10/2024** 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 15 de julio 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.





OPOSITIVA SALUD INTEGRAL TULUA SAS
Nit: 900.992.619-9

Dirección: CRA 37 25 31
Cel: 317 749 7294 Tel: 2 343 343
Correo: prestadorespositiva@gmail.com
Web: www.opositivasaludintegral.net
Tulua valle del cauca

Cr 4 # 11-70 barrio el centro
Cel: 3114068656 - Tel: 2343343
Correo: opositivaandaluca@gmail.com
Web: www.opositivasaludintegral.net
Andaluca - valle del cauca



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 22.955

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
07 DÍA	03 MES	2025 AÑO	ZARZAL (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA)	
			EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO	
Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE				
PARTICULARES CONTADO			PARTICULARES	
Nombre de la empresa			Empresa en misión	
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)				
SEGURA LOPEZ PABLO JOSE			Genero	Edad
Apellidos y Nombres			MASCULINO	23 AÑOS 5 MESES 24 DÍAS
			Documento de Identificación	CC
				1007820767
Cargo			Tipo	Número
CONTRATISTA				
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL				
APTO				
Observaciones: NO APLICA				
N/A NO SE EVALUARÁN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)				
RESTRICCIONES LABORALES		TIPO	RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES		NO APLICA	NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:				
EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL				
✓				
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
		USO DE EPP		HABITOS SALUDABLES
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
				HACER DEPORTE
				DIETA BALANCEADA
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES				
EXAMEN MEDICO LABORAL FAVORABLE SIN RESTRICCION PARA DESEMPEÑAR LA LABOR ASIGNADA				
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.				
Médico		Aspirante o Trabajador		
Firma:		Firma:		
Nombre: NEIRA HERRERA LINDER YORYANY		Nombre: SEGURA LOPEZ PABLO JOSE		
R. M.: 760145		Código de Seguridad		
L.S.O.: LPSST 2019-22		CC: 1007820767		
E1132K1Q22955				

Certificación Bancaria

Martes, 15 de julio de 2025

Secretaría De Convivencia Y Seguridad Ciudadana, Gobernación Del Valle

Bancolombia S.A. se permite informar que PABLO JOSE SEGURA LOPEZ identificado(a) con CC 1007820767, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta Ahorros / A la mano	73273151653	2024-10-07	ACTIVO	*****

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

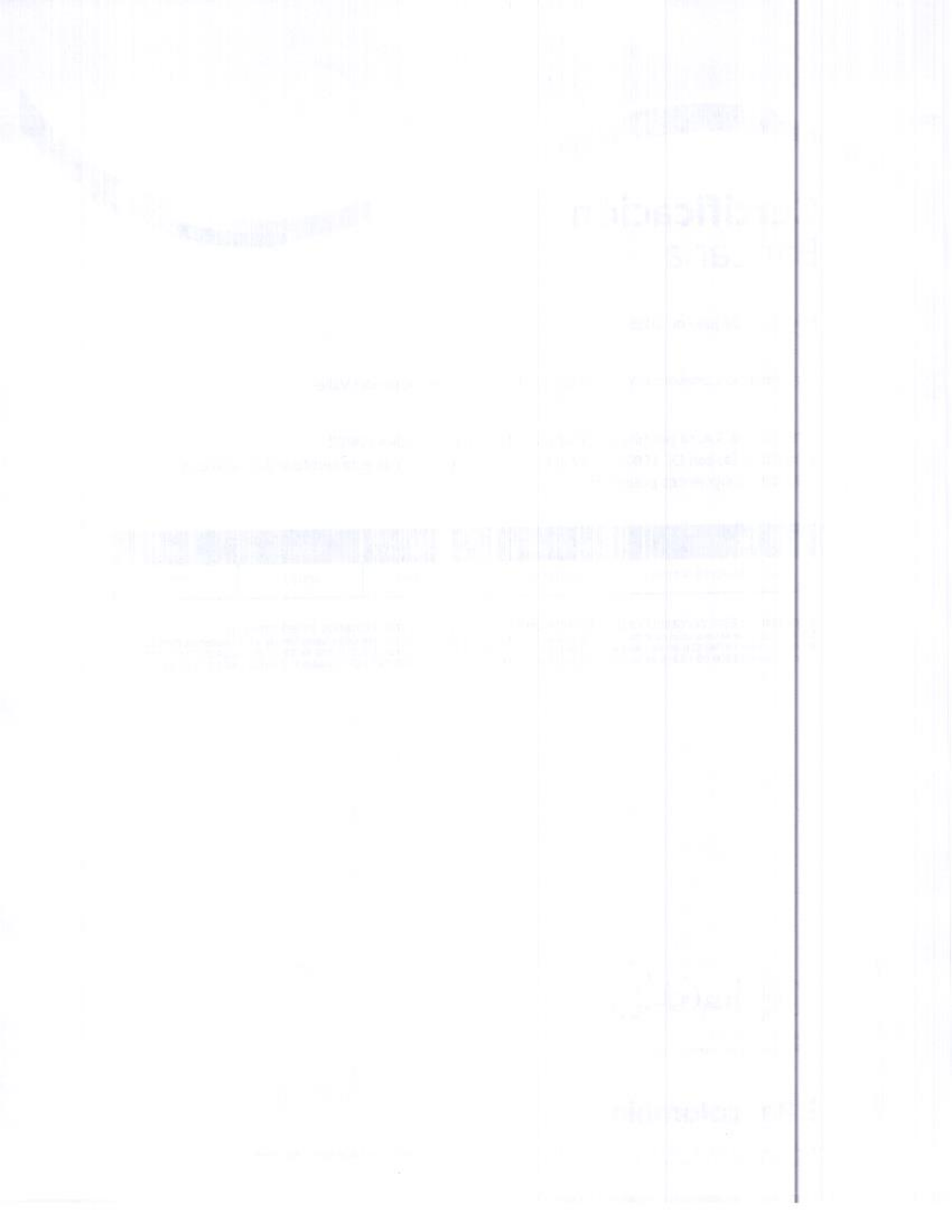
*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe,
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

 **Bancolombia**

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com.co





**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 1007820767 **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 15/07/2025 08:01 PM



Código Verificación: 7NMEU6FSV3

Válida hasta: 14/10/2025

Dirección de Gobierno Digital

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

Tipo de declaración Fecha de publicación

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
PABLO	JOSE	SEGURA	LOPEZ

Documento de identificación	
Tipo <input type="text" value="CEDULA DE CIUDADANIA"/>	Número <input type="text" value="1007820767"/>

Lugar de nacimiento			
País <input type="text" value="COLOMBIA"/>	Departamento <input type="text" value="VALLE DEL CAUCA"/>	Municipio <input type="text" value="ROLDANILLO"/>	

Lugar de domicilio			
País <input type="text" value="COLOMBIA"/>	Departamento <input type="text" value="VALLE DEL CAUCA"/>	Municipio <input type="text" value="ROLDANILLO"/>	

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
<input type="text" value="GOBERNACION DE VALLE DEL CAUCA"/>

Lugar de sede			
País <input type="text" value="COLOMBIA"/>	Departamento <input type="text" value="VALLE DEL CAUCA"/>	Municipio <input type="text" value="CALI"/>	

Dirección
<input 10="" 6="" 9="" calle="" carrera="" francisco"]"="" palacio="" san="" type="text" value="[" y=""/>

Cargo o función que cumple
<input type="text" value="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 ACRENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2024 fueron:

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

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	\$8.500.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
INMUEBLE CASA HABITACIÓN	COLOMBIA	VALLE DEL CAUCA	ZARZAL	\$3.500.000,00
VEHICULO	COLOMBIA	VALLE DEL CAUCA	ROLDANILLO	\$2.800.000,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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 ☒

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