

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

19.591.781

NUMERO

OTERO-PAVA

APELLIDOS

GUSTAVO ADOLFO

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **30-ENE-1973**
FUNDACION
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.74

ESTATURA

A+

G.S. RH

M

SEXO

26-MAR-1991 FUNDACION

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Almabeatriz Rengifo Lopez
REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ



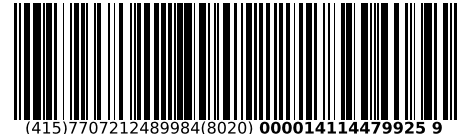
A-2103100-51145021-M-0019591781-20060525

00485061450 02 189407013

2. Concepto Actualización

4. Número de formulario

141144799259



(415)7707212489984(8020) 000014114479925 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 9 5 9 1 7 8 1

6. DV

8

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Santa Marta

14. Buzón electrónico

1 9

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

1 9 5 9 1 7 8 1

27. Fecha expedición

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Magdalena

4 7

30. Ciudad/Municipio

Fundación

2 8 8

31. Primer apellido

OTERO

32. Segundo apellido

PAVA

33. Primer nombre

GUSTAVO

34. Otros nombres

ADOLFO

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Magdalena

4 7

40. Ciudad/Municipio

Fundación

2 8 8

41. Dirección principal

CR 8 3 03 BRR CENTRO

42. Correo electrónico

transsaluddelcaribe@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 0 1 6 3 3 3 4 3 5

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

46. Código

0 1 2 6

47. Fecha inicio actividad

2 0 0 6, 0 6, 2 7

Actividad secundaria

48. Código

7 0 1 0

49. Fecha inicio actividad

2 0 0 6, 0 7, 2 4

Otras actividades

50. Código

1

2

51. Código

6 1 1 1

52. Número

establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	5	2	2	4	2	4	8	5	2																

05- Impo. renta y compl. régimen ordinario

22- Obligado a cumplir deberes formales a

42- Obligado a llevar contabilidad

48 - Impuesto sobre las ventas - IVA

52 - Facturador electrónico

Usuarios aduaneros

Exportadores

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI NO

60. No. de Folios:

0

61. Fecha

2024 - 11 - 20 / 16 : 53: 48

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:

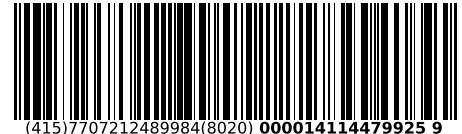
984. Nombre OTERO PAVA GUSTAVO ADOLFO

985. Cargo CONTRIBUYENTE

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

141144799259



(415)7707212489984(8020) 000014114479925 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 9 5 9 1 7 8 1 8

6. DV

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Santa Marta

14. Buzón electrónico

1 9

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza

63. Formas asociativas

64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados

65. Fondos

66. Cooperativas

67. Sociedades y organismos extranjeros

68. Sin personería jurídica

69. Otras organizaciones no clasificadas

70. Beneficio

Constitución, Registro y Última Reforma

Composición del Capital

Documento	1. Constitución	2. Reforma	Composición del Capital	
71. Clase	_____	_____	82. Nacional	_____ %
72. Número	_____	_____	83. Nacional público	_____ %
73. Fecha	_____	_____	84. Nacional privado	_____ %
74. Número de notaría	_____	_____	85. Extranjero	_____ %
75. Entidad de registro	_____	_____	86. Extranjero público	_____ %
76. Fecha de registro	_____	_____	87. Extranjero privado	_____ %
77. No. Matrícula mercantil	_____	_____		
78. Departamento	_____	_____		
79. Ciudad/Municipio	_____	_____		
Vigencia				
80. Desde	_____	_____		
81. Hasta	_____	_____		

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	8 0	2 0 1 6 0 8 0 1		-
2				-
3				-
4				-
5				-

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.
97. Nombre o razón social de la matriz o controlante			
170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	
173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP			



REPUBLICA DE COLOMBIA
Ministerio de Comercio, Industria y Turismo
CONSEJO PROFESIONAL DE
ADMINISTRACION DE EMPRESAS



T.P. 32335 No. Res. 8708 Fecha 12/22/08

GUSTAVO ADOLFO
OTERO PAVA

C.C. 19591781 FUNDACION MAGD.

Universidad: DEL MAGDALENA

Profesión: ADMINISTRADOR DE EMPRESAS

Fecha Título 04/08/08

20023

UNIVERSIDAD
SERGIO ARBOLEDA



GUSTAVO OTERO PAVA

DNI 19.591.781

CODIGO 0859019

RH A+

ESPECIALIZACION EN GERENCIA

INTEGRAL DE LA CALIDAD



UNIVERSIDAD
SERGIO ARBOLEDA

EGRESADO



GUSTAVO OTERO PAVA

C.C. 19.591.781

RH A+

PROG. GERENCIA DE LA CALIDAD 2009-I-SM

Certificado Bancario

Miércoles, 22 de enero de 2025

A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que GUSTAVO ADOLFO OTERO PAVA identificado(a) con CC 19591781, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	48258586959	2016/04/18	ACTIVA

***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 los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 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.



DR. ARMANDO CAMPO MIELES

MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
 Res. 010352 /04 Sep. 2013 Secretaría de Salud Dptal. - Cesar
 NIT: 19203313-1

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

IDENTIFICADOR DEL TRABAJADOR

FECHA 22/01/25 LUGAR Bosconia EMPRESA _____
 NOMBRES Y APELLIDOS Gustavo Adolfo Obano PAVA.
 No. DE CEDULA 19591781 EDAD 51 A SEXO F M
 CARGO Independiente SECCIÓN _____

TIPO DE EVALUACIÓN: INGRESO EGRESO POST INCAPACIDAD PERIÓDICO OTROS

EXÁMENES PARA CLÍNICOS REALIZADOS

TIPO DE EXAMEN	VALOR	TIPO DE EXAMEN	VALOR	TIPO DE EXAMEN	VALOR	TIPO DE EXAMEN	VALOR
Espirometría		Frotis de Garganta		Glicemia Basal		Hemoglobina	
Audiometría		Cultivo Faringeo		Colesterol Total		Hematocrítico	
Optometría		Coprológico		Triglicéridos		V.D.R.L.	
Osteomuscular	<u>NORMAL</u>	KOH de Uñas		C. Hemático			

CONCEPTO MEDICO LABORAL (EVALUACIÓN PSICO/FÍSICO)

EXAMEN MEDICO INGRESO	EXAMEN MEDICO PERIÓDICO	EXAMEN MEDICO EGRESO	EXAMEN MEDICO POST INCAPACIDAD
<input checked="" type="checkbox"/> Apto para ocupar el cargo sin restricciones	___ Satisfactorios	___ Satisfactorio	___ Satisfactorio
___ Apto con Recomendaciones	___ Condición que requiere valoración por EPS		
___ Aplazado por enfermedad que requiere tratamiento antes de entrar	___ Se debe reasignar funciones, reubicar, y/o reevaluar puesto de trabajo	___ Condición que requiere valoración por su EPS/ARL	___ Debe seguir en tratamiento
___ NO APTO por presentar condición médica que no cumple con requisitos del cargo.	___ Condición medica agravada por labor requiere ser valorado por EPS o ARL		

IDÓNEO PARA TRABAJO EN ALTURA	SI NO	IDÓNEO PARA CONDUCCIÓN VEHICULAR	SI NO	IDONEO TRABAJO ESPACIO CONFIADO	SI NO
IDÓNEO PARA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS	SI NO	IDÓNEO PARA MANIPULACIÓN DE CARGAS	SI NO	REQUIERE SER REUBICADO	SI NO

OBSERVACIONES:
APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO SIN RESTRICCIONES SI NO

RECOMENDACIONES GENERALES Y LABORALES

RECOMENDACIONES	SEGÚN IMC	MANEJO EPS/ARL	INCLUSIÓN (Sistema de Vigilancia Epidemiológica)
<input checked="" type="checkbox"/> Control ocupacional periódico	___ Dieta	___ Remisión a EPS	___ Salud Visual
<input checked="" type="checkbox"/> Higiene postural Columna v.	___ Ejercicio Regular	___ Remisión ARL	___ Cuidado Auditivo
<input checked="" type="checkbox"/> Pausas Activas	___ Valoración Nutricional	___ Continuar Tto. Médico	___ Cardiovascular
<input checked="" type="checkbox"/> Evaluación puesto de trabajo	___ Valoración EPS	___	___ Cuidado Espalda
			___ Riesgo Químicos
			___ Pared Abdominal

Dr. Armando Campo Mieleles
 MEDICO CIRUJANO

Univ. Nat. Mayor de San Marcos - Lima Peru
 R.M. 0837 (Cesar) - 2013 Minsalud

Esp. en Salud Ocupacional - Univ. del Norte
 15 de Agosto de 2025 Cre. de Salud Dptal - Cesar

FIRMA DEL MEDICO

FIRMA DEL TRABAJADOR

Carrera 15 No. 14 - 73 Br. San MARTÍN - Bosconia - Cesar
 Cel: 315 7415 651 E-mail: acampomleles@gmail.com



FUNCIÓN PÚBLICA

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

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACION JURAMENTADA**1.1. DE BIENES Y RENTAS**

YO, Gustavo Adolfo Otero Pava

IDENTIFICADO CON: C.C. x C.E. T.I. N° 19,591,781 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País COLOMBIA Departamento MAGDALENA Municipio FUNDACION

Dirección CRA. 8 N. 3-03

Teléfonos 3016333455

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
GUSTAVO OTERO PRADA	2,206,819	PADRE
GRACIELA LEONOR PAVA SIMANCA	26,756,613	MADRE

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,

PARA TOMAR POSESION**PARA RETIRARME****PARA ACTUALIZACION****PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE**

,QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA,

EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	79,250,000
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	138,253,000
TOTAL	\$ 217,503,000

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
DAVIVIENDA	CORRIENTE	116660010087	FUNDACION	\$ 10,000,000
BANCOLOMBIA	AHORROS	48258586959	CIENAGA	\$ 7,000,000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
BIEN RAIZ	FINCA, CASONA SAN JOSEMARÍA	\$ 140,000,000
BIEN RAIZ	CASA	\$ 260,000,000
BIEN RAIZ	FINCA, SAN JOSEMARÍA	\$ 335,000,000
BIEN RAIZ	FINCA. SARA MATILDE	\$ 12,500,000
BIEN RAIZ	FINCA, MEDIO MUNDO	\$ 74,000,000
BIEN RAIZ	FINCA, ROSA MERCEDES	\$ 37,000,000
BIEN RAIZ	FINCA, SAN MIGUEL	\$ 36,000,000

EMPLEADOR O CONTRATANTE



Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Otero		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Pava		NOMBRES Gustavo Adolfo	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No <u>19591781</u>		GENERO F <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/> NB <input type="radio"/>		NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>	
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input checked="" type="radio"/>		NÚMERO <u>19591781</u>		D.M. <u>12</u>	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA DÍA <u>30</u> MES <u>01</u> AÑO <u>1973</u>		CALLE <u>8 3 3</u> CALLE 8 NO# <u>3-03</u>			
PAÍS <u>COLOMBIA</u>		PAÍS <u>COLOMBIA</u>		DEPTO <u>MAGDALENA</u>	
DEPTO <u>MAGDALENA</u>		MUNICIPIO <u>FUNDACIÓN</u>			
MUNICIPIO <u>FUNDACIÓN</u>		TELÉFONO <u>3016333455</u>		EMAIL <u>goteropava@hotmail.com</u>	

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

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

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA) TL (TECNOLÓGICA) TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA) UN (UNIVERSITARIA)
ES (ESPECIALIZACIÓN) MG (MAESTRÍA O MAGISTER) DOC (DOCTORADO O PHD)

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
POSTGRADO	4	X		ESPECIALIZACION EN GERENCIA INTEGRAL DE LA CALIDAD	05	2009	
PREGRADO	10	X		ADMINISTRACION DE EMPRESAS	12	2005	32335

3

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:

INF (EDUCACIÓN INFORMAL) TR_DES (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

4

IDIOMAS

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

5 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE																		
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA REGIONAL DE ESPECIALISTAS SINAI S VITAI S SAS				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA										
DEPARTAMENTO CESAR			MUNICIPIO BOSCONIA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD										
TELÉFONOS 6055781068			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO									
CARGO O CONTRATO ACTUAL SUBGERENTE ADMINISTRATIVO			DEPENDENCIA "ADMINISTRACION"					DIRECCIÓN CALLE 18 17 9										
			Día			01	Mes		02	Año		2019	Día		Mes		Año	

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE																
INSTITUCIÓN EDUCATIVA				PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS								
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO					CORREO ELECTRÓNICO								
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO							
AREA DE CONOCIMIENTO			NIVEL EDUCATIVO					DIRECCIÓN								
			Día:		Mes:		Año:			Día:		Mes:		Año:		

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	6	2
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

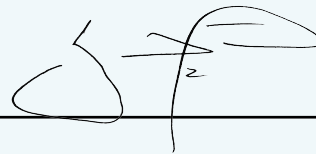
8

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento _____



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS