



# FORMATO ÚNICO

ENTIDAD RECEPTORA

## HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

1

### DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Gutierrez		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Orozco		NOMBRES Camilo Andres	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1047238631		GENERO F <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/> NB <input type="radio"/>		NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/> PAÍS COLOMBIA	
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input checked="" type="radio"/>		NÚMERO 1047238631		D.M.	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA DÍA 20 MES 08 AÑO 1998		calle69c 39-45			
PAÍS COLOMBIA		PAÍS COLOMBIA		DEPTO ATLÁNTICO	
DEPTO BOGOTÁ. D.C.		MUNICIPIO BARRANQUILLA			
MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.		TELÉFONO 3032370		EMAIL camifuego09@gmail.com	

2

### FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA														
MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO ( LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA )														
EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO		BASICA SECUNDARIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2015

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	
PREGRADO	10	X		ALTA GERENCIA	10	2023	
PREGRADO	10		X	INGENIERIA INDUSTRIAL	12	2021	

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)

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

**4**

**IDIOMAS**

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

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

**5**

**EXPERIENCIA LABORAL**

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SOLEDAD				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍ COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ATLÁNTICO			MUNICIPIO BARRANQUILLA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3742567			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	01	Mes	03	Año	2021	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA					DIRECCIÓN CARRERA 40N 33 06						
EMPLEO O CONTRATO VIGENTE														
EMPRESA O ENTIDAD SENADO DE LA REPUBLICA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍ COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 3824000			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	07	Mes	11	Año	2018	Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASISTENTE			DEPENDENCIA UNIDADES DE TRABAJO LEGISLATIVO					DIRECCIÓN CARRERA 7N 8 68						

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

6

**EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE**

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

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	6	11
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	4	7
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8

**FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA**

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI    NO    ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E 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           Camilo Gutierrez            
          Galapa, Septiembre de 2025.          

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

9

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

\_\_\_\_\_  
*Ciudad y fecha*

\_\_\_\_\_  
*NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACIÓN PERSONAL  
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.047.238.631**

APELLIDOS **GUTIERREZ OROZCO**

NOMBRES **CAMILLO ANDRES**

FIRMA

*Camilo Gutierrez*





**20-AGO-1998**

FECHA DE NACIMIENTO  
**BARRANQUILLA**  
(ATLANTICO)

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.64**

ESTATURA

**O+**

G.S. RH

**M**

SEXO

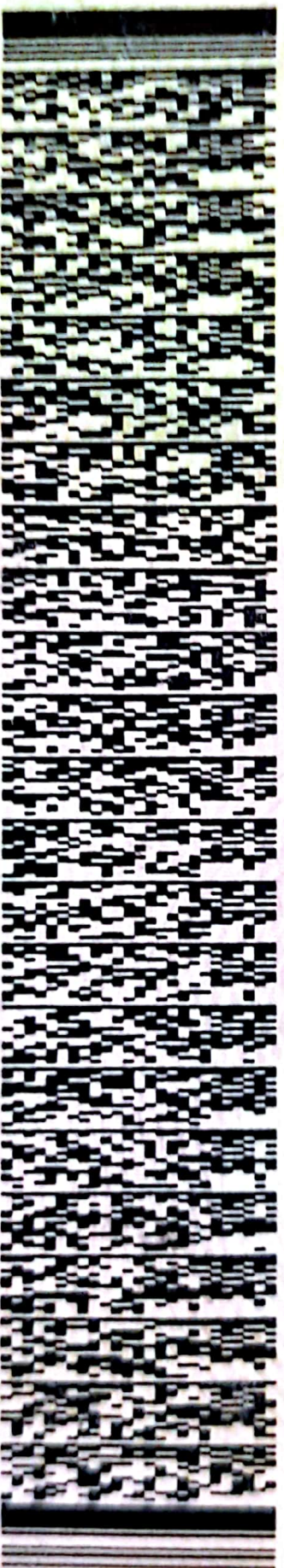
**22-AGO-2016 GALAPA**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

*Mdu J. Galindo*

REGISTRADOR NACIONAL  
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

INDICE DERECHO



P-0301300-00849845-M-1047238631-20160918

0051297556A 1

46547974

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL



REPÚBLICA DE COLOMBIA  
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL

FUERZAS MILITARES  
EJÉRCITO NACIONAL  
TARJETA MILITAR DE SEGUNDA CLASE  
RESERVISTA DE SEGUNDA CLASE



1047238631

NOMBRES: CAMILO ANDRES

APELLIDOS: GUTIERREZ OROZCO



Bachiller

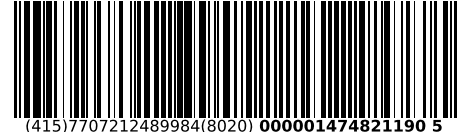
ESTE DOCUMENTO ES OBLIGATORIO PRESENTARLO PARA TODOS LOS ACTOS PÚBLICOS Y PRIVADOS  
DETERMINADOS POR LA LEY 1861 DE 2017



2. Concepto  0  1 Inscripción

4. Número de formulario

14748211905



(415)7707212489984(8020) 000001474821190 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 1 0 4 7 2 3 8 6 3 1 | 6. DV 2 | 12. Dirección seccional Impuestos de Barranquilla | 14. Buzón electrónico 2

**IDENTIFICACIÓN**

24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida | 25. Tipo de documento: Cédula de Ciudadanía | 26. Número de Identificación: 1 0 4 7 2 3 8 6 3 1 | 27. Fecha expedición: 2 0 1 6, 0 8, 2 2  
28. País: COLOMBIA | 29. Departamento: Atlántico | 30. Ciudad/Municipio: Barranquilla

31. Primer apellido: GUTIERREZ | 32. Segundo apellido: OROZCO | 33. Primer nombre: CAMILO | 34. Otros nombres: ANDRES

35. Razón social  
36. Nombre comercial | 37. Sigla

**UBICACIÓN**

38. País: COLOMBIA | 39. Departamento: Atlántico | 40. Ciudad/Municipio: Barranquilla

41. Dirección principal: CL 69 C # 39 45  
42. Correo electrónico: camifuego09@gmail.com  
43. Código postal: 0 8 0 0 0 1 | 44. Teléfono 1: 3 0 2 2 9 0 0 6 1 0 | 45. Teléfono 2:

**CLASIFICACIÓN**

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

**Responsabilidades, Calidades y Atributos**

53. Código: 2 0 | 20- Obtención NIT

**Obligados aduaneros**

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

**Exportadores**

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

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

**Para uso exclusivo de la DIAN**

59. Anexos SI  NO  | 60. No. de Folios: 3 | 61. Fecha: 2021 - 03 - 18 / 16 : 31 : 10

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.  
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016  
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: GUTIERREZ OROZCO CAMILO ANDRES  
985. Cargo: Contribuyente

# Certificación Bancaria

Miércoles, 08 de octubre de 2025

A quien le interese

Bancolombia S.A. se permite informar que CAMILO ANDRES GUTIERREZ OROZCO identificado(a) con CC 1047238631, 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 de ahorros	91250045811	2023-03-14	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.


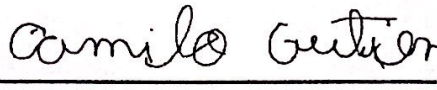
 **Bancolombia**

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 [correosospchoso@bancolombia.com.co](mailto:correosospchoso@bancolombia.com.co)



### CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 15

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN			TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
04 DÍA	03 MES	2021 AÑO	BARRANQUILLA (ATLÁNTICO, COLOMBIA)		EVALUACION OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	
			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)						
GUTIERREZ OROZCO CAMILO ANDRES			Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres			MASCULINO	22 AÑOS 6 MESES 13 DÍAS	CC	1047238631
					Tipo	Número
Cargo INGENIERO INDUSTRIAL						
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL <b>APTO CON RECOMENDACIONES</b>						
Observaciones: NO APLICA						
N/A NO SE EVALUARÓN 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 MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR <input checked="" type="checkbox"/>						
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
USAR CORRECCIÓN VISUAL		USO DE EPP		HABITOS SALUDABLES		
VALORACIÓN POR EPS : NUTRICION CLINICA		SVE VISUAL		CONTROL DE PESO		
		SVE CARDIOVASCULAR		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA		
		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		DIETA BALANCEADA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES						
<p>Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo a la IPS abajo mencionada a realizar mi examen médico ocupacional, así como pruebas complementarias dentro de las que podemos encontrar visimetría, audiometría, espirometría, optometría, toma de muestra de laboratorios y valoración psicológica, registrado en este documento. La IPS abajo mencionada 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 por los profesionales a cargo. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento (dejando formato de disentimiento firmado y anexado a la historia clínica). 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 a la IPS 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.</p>						
Médico			Aspirante o Trabajador			
 Firma: _____ Nombre: GARZON MARTINEZ OLGA LUCIA R. M.: 1127      L.S.O.: 4422			 Firma:  Nombre: GUTIERREZ OROZCO CAMILO ANDRES CC: 1047238631			
			Código de Seguridad <b>G863M1S15</b>			



GOBIERNO DE COLOMBIA



FONPRECON Pensiones y Cesantías

FONDO DE PREVISIÓN SOCIAL DEL CONGRESO DE LA REPÚBLICA  
Establecimiento Público adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social



Para contestar cite:  
Radicado No.: 20182210112371  
Fecha: 05-12-2018

Bogotá D.C

001407  
100

Señor  
CAMILO ANDRES GUTIERREZ OROZCO  
Calle 69 C No. 39-45  
Camifuego09@gmail.com  
Barranquilla - Atlántico.

ASUNTO: Aceptación primera vez al Sistema General de Pensiones.

Respetado señor Gutiérrez:

Para Fonprecon es grato informarle que la solicitud mencionada en el asunto, ha sido verificada y procesada, razón por la cual se protocoliza su vinculación a esta Entidad; para el efecto se anexa copia del formulario de afiliación y oficio remitido al empleador, contando usted a partir de este momento con los siguientes canales para atender sus consultas y requerimientos:

Línea de servicio telefónico: 3415566 Ext. 2041. (solicitudes)  
Página Web: [www.fonprecon.gov.co](http://www.fonprecon.gov.co) (quejas y reclamos)  
Correo electrónico: [atencionalusuario@fonprecon.gov.co](mailto:atencionalusuario@fonprecon.gov.co)  
Correo electrónico [afiliados@fonprecon.gov.co](mailto:afiliados@fonprecon.gov.co)  
Instalaciones FONPRECON: Carrera 10 # 24-55 pisos 2 y 3.  
Oficina de Atención al Usuario, Conmutador: 3415566 Ext.2011.

Con el fin de mantenerlo informado sobre los movimientos de su afiliación, anualmente, antes de cada 31 de marzo, se le enviará el extracto de semanas cotizadas a la dirección registrada en su formulario.

Finalmente, es necesario indicarle que para trasladarse de FONPRECON hacia una administradora del Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad - RAIS, debe cumplir con el tiempo mínimo de permanencia el cual es de cinco (5) años, y encontrarse a más de diez años para cumplir la edad para obtener el derecho a pensión de vejez (57 años), acorde con lo dispuesto en el artículo 2º de la Ley 797 de 2003, por lo que en caso de desvincularse laboralmente del Congreso de la República, y no cumplir con alguno de estos requisitos, deberá realizar su nueva afiliación con COLPENSIONES entidad que administra el mismo Régimen de Prima Media que FONPRECON, por no existir impedimento para el traslado.

Cordialmente,

VILMA LEONOR GARCÍA PABÓN  
Subdirectora Prestaciones Económicas (E)

Proyectó: DPSF  
Revisó: MMGG  
Anexos: Lo enunciado, son (2) folios.

FONDO DE PREVISIÓN SOCIAL DEL CONGRESO DE LA REPÚBLICA

Cra. 10 No. 24-55 Piso 2o. y 3o. Tel.: 3415566 Fax: 2863396 ■ [www.fonprecon.gov.co](http://www.fonprecon.gov.co) ■ BOGOTA D.C. - COLOMBIA



Certificado N° SC 6792-1



Certificado N° CO-SC 6792-1



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

ENTIDAD

**1. DECLARACION JURAMENTADA**

**1.1. DE BIENES Y RENTAS**

YO, CAMILO ANDRES GUTIERREZ OROZCO

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 1,047,238,631 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País COLOMBIA Departamento ATLANTICO Municipio BARRANQUILLA

Dirección CALLE 69C # 39-45 Teléfonos 3004099570

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD

DECLARO, EN COMPLEMENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3, DE LA CONSTITUCION POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSANGUINOS** **PARA RETIRARME** **PARA ACTUALIZACION X**, QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

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

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

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Bancolombia	AHORRO	91250045811		\$-

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

EMPLEADOR O CONTRATANTE

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

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE

c) En la actualidad: **SI**  **N**  tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION

N°

C.C. C.E. T.I. T.I.

**2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA**

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 DE PARTICIPACION

**3. FIRMA**

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Soledad Octubre 2025

CIUDAD Y FECHA