Bucaramanga, 28 AGO 2026

Señores
DEPARTAMENTO DE SANTANDER
Atte: Dra. YANETH KARINA ARAUJO MAESTRE
Secretaria de Educación Departamental
Ciudad.

Yo, **SEBASTIAN HERNANDO LOZANO VELASQUEZ** identificado(a) con la cédula de ciudadanía número **1.100.955.557** de **SAN GIL** cuento con estudios como **BACHILLER SORDO NATIVO O COMPETENTE EN LENGUA DE SEÑAS COLOMBIANA (LSC), PREFERENTEMENTE DE LA COMUNIDAD SORDA, ESPECIALIZADO EN MODELAR LA LSC COMO PRIMERA LENGUA (L1), SU CULTURA E IDENTIDAD A ESTUDIANTES SORDOS EN ENTORNOS EDUCATIVOS INCLUSIVOS O BILINGÜES BICULTURALES, FACILITANDO ADQUISICIÓN LINGÜÍSTICA TEMPRANA Y DESARROLLO COMUNICATIVO,** que me permiten presentar propuesta de prestación de servicios de apoyo a la gestión, para:

1.Enseñar la Lengua de Señas Colombiana -LSC- En ambientes de interacción con los padres y profesores oyentes, en coherencia con la propuesta educativa, manteniendo los canales de información permanente entre la comunidad educativa oyente y sorda.

2. Preparar en conjunto con el docente de aula las actividades específicas para la participación en clase, debe actualizarse en ellos temas que le competen y exhibir una cultura general suficiente para enfrentarse a los retos que su labor demanda.

3. Colaborar con el aprendizaje de los estudiantes sordos ofreciendo las herramientas y condiciones lingüísticas indispensables, incluyendo la capacidad de traducir la lengua de señas a lengua escrita y viceversa.

4. Realizar actividades educativas para sensibilizar y socializar los valores y formas de convivencia propios de las personas sordas, mostrar actitud positiva e interés hacia el trabajo escolar con niños, niñas y jóvenes sordos, la lengua de señas y el trabajo en equipo.

5. Realizar actividades de promoción de la adquisición y uso social de la lengua de señas colombiana con herramientas pedagógicas en los estudiantes sordos, sus familias, estudiantes oyentes y sus docentes.

6. Realizar apoyo en sitio y/o acompañamiento itinerante en las instituciones o sedes educativas en los diferentes municipios del departamento que se requiera de acuerdo con el plan de trabajo aprobado por la SED.

7. Brindar apoyo a la Secretaría de Educación en el seguimiento, acompañamiento y fortalecimiento de las estrategias institucionales dirigidas a mejorar la calidad educativa en los municipios no certificados del departamento.

8. Asistir y prestar apoyo logístico y técnico en reuniones, comités, capacitaciones, jornadas institucionales y demás espacios convocados por la Secretaría de Educación Departamental de Santander.

PARÁGRAFO:

- Los costos de desplazamiento y estadía serán asumidos en su totalidad por el contratista.
- El contratista debe contar con disposición de un equipo de cómputo portátil y todos los medios e instrumentos necesarios a efectos de realizar cabalmente y en forma oportuna las actividades contratadas.
- La pérdida, daño o robo a equipos que sean propiedad del Departamento y que se usen en desarrollo de las actividades contractuales serán suplidos por el contratista y serán debitados del pago del contrato.
- El contratista se obliga a entregar en su integridad los documentos de archivo derivados de las obligaciones contractuales que se generen en razón a la ejecución del contrato de prestación de servicios. Por ningún motivo el contratista podrá retirar o sustraer la documentación producida en ejercicio de sus actividades u obligaciones contractuales, por cuanto los documentos públicos son de propiedad del Estado.

- Presentar informes mensuales sobre las diferentes actividades desarrolladas de conformidad con el objeto contractual y realizar el trámite correspondiente al pago del servicio prestado dentro de los 5 días siguientes al cumplimiento del periodo a cobrar, cuál debe ser radicado en la ventanilla única –FOREST en físico y digital.
- Remitir en los términos establecidos en la Circular No. 13 expedida por la Oficina de Contratación, la documentación requerida para el reporte y actualización de la información en la plataforma SIA OBSERVA al correo: siaobserva@santander.gov.co

Las anteriores actividades se realizarán conforme al término de duración, el precio estimado y la forma de pago propuestas por el Departamento y la presente propuesta tiene una vigencia de un (1) mes a partir de la presentación.

Declaro bajo gravedad de juramento que:

- No me encuentro incurso en ninguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidades establecidas en el art. 8 de la Ley 80 de 1993 y demás normas sobre la materia.
- No me encuentro incurso en ninguno de los eventos de prohibiciones especiales para contratar con el Estado.
- No presento antecedentes disciplinarios ante la Procuraduría General de la Nación.
- Ninguna entidad distinta de la aquí nombrada tiene intereses en esta propuesta ni en el contrato que como consecuencia de ella llegare a celebrase y por consiguiente solo compromete al firmante.
- Manifiesto que actualmente me encuentro afiliado al Sistema de Seguridad social en salud y en pensiones (como independiente) y no me encuentro en mora respecto a los aportes y/o pagos al mismo. Así mismo, comunico que me afiliaré a A.R.L
- Que a la fecha de presentación de la presente propuesta, la información contenida en la publicación proactiva de la Declaración de bienes y rentas y registro de interés (Ley 2013 de 2019) adjunta no ha tenido variaciones, ni novedades y su contenido se mantiene vigente en su integridad. En consecuencia, no tengo potenciales conflictos personales de intereses.

Valor de la Propuesta:

NUEVE MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS M/CTE ($9.900.000)

Plazo de Ejecución: será de **TRES (3) MESES** contado a partir de la suscripción del acta de inicio.

FORMA DE PAGO: EL DEPARTAMENTO pagará al **CONTRATISTA** mediante: **TRES (3) MENSUALIDADES VENCIDAS CADA UNA POR LA SUMA DE TRES MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($3.300.000)** de acuerdo a los informes que presente el supervisor del contrato y una vez legalizada la obligación contraída, con el cumplimiento de los requisitos legales y administrativos necesarios para el diligenciamiento de la respectiva obligación contraída, anexando el contratista el informe de cumplimiento a satisfacción del objeto contractual dado por el supervisor designado por el Departamento, al igual que el pago del sistema de seguridad social integral y parafiscal, de conformidad con el Artículo 23 parágrafo 1 de la Ley 1150 de 2007. Es responsabilidad del supervisor verificar el pago de los aportes a la Seguridad Social, adicionalmente la presentación de los informes por parte del contratista y el informe del cumplido a satisfacción firmado por el Supervisor designado por el Departamento.

El último pago será a la terminación del contrato con el recibo a satisfacción por parte del supervisor del contrato designado para tal efecto.

Lugar de Ejecución: El objeto a contratar se realizará en los **82 Municipios no certificados del Departamento de Santander.** y en donde el supervisor del contrato lo requiera.

TRATAMIENTO DE DATOS:

Con mi firma que aparece dentro del presente documento de manera previa, expresa e inequívoca autorizo al Departamento de Santander el tratamiento de mis datos personales aquí consignados para que sean almacenados, usados y puestos en circulación o suprimidos conforme a la Política de Tratamiento de la Información que la Entidad ha adoptado y que se encuentra publicada en la página web www.santander.gov.co que declaro conocer y por ello estar informado de la finalidades de dicho tratamiento, por estar en ella consignado.

También declaro que he sido informado que, para el ejercicio de mis derechos podré dirigirme ante la entidad a través de la línea gratuita nacional: 01 8000 95 00 20 o Línea

Móvil: 350 419 10 00 (solo WhatsApp), el correo electrónico info@santander.gov.co o la atención personalizada a través de la ventanilla única atención al usuario Calle 37 No. 10-30 del municipio de Bucaramanga en el horario lunes a viernes de 7:30 a.m. a 12:00 m y 1:00 p.m. a 5:00 p.m.

Por todo lo anterior, he otorgado mi consentimiento al Departamento de Santander para que trate mi información personal de acuerdo con la Política de Tratamiento de Datos Personales dispuesta en su sede electrónica https://www.santander.gov.co y que me dio a conocer antes de recolectar mis datos personales.

Acompaño a la presente, Formato único de hoja del SIGEP II de vida con los soportes de ley.

SEBASTIAN HERNANDO LOZANO VELASQUEZ
C.C 1.100.955.557 DE SAN GIL
CARRERA 16 – 10 77
SAN GIL– SANTANDER
3124502038
Correo: lozanosebastian809@gmail.com

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
LOZANO	VELASQUEZ	SEBASTIAN HERNANDO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1100955557	F ○ M ⊗ NB ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ⊗ NÚMERO 1100955557 D.M. 37

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 13 MES 10 AÑO 1989	CARRERA 16 - 10 77			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	SANTANDER
DEPTO	SANTANDER	MUNICIPIO	SAN GIL		
MUNICIPIO	SAN GIL	TELÉFONO	3124502038	EMAIL	lozanosebastian809@gmail.com

GOBERNACIÓN DE SANTANDER
OFICINA DE CONTRATACIÓN
VALIDADO - SIGEP

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	2006

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA ESPECIALIZADA) **UN** (UNIVERSITARIA)

ES (ESPECIALIZACIÓN) **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER) **DOC** (DOCTORADO O PHD)

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

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)

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO
SENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	50	X		REPOSTERIA	07	2012

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO
SENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	50	X		CURSO DE PASTELERIA	07	2012
SENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO		X		TENICO EN PANADERIA	12	2011
SENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	50	X		FUNDAMENTOS DE PANADERIA	12	2011
SENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	50	X		PANADERIA Y BIZCOCHERIA	12	2011
SENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	50	X		GESTION Y ASOCIATIVIDAD EMPRESARIAL	12	2011
SENA	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	50	X		INTERNET	12	2010
FEDERACION NACIONAL DE DISCAPACITADOS	EDUCACIÓN INFORMAL	16	X		COMUNICACION EN LENGUAJE DE SEÑAS	10	2009

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

GOBERNACIÓN DE SANTANDER
OFICINA DE CONTRATACIÓN
VALIDADO - SIGEP

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

35

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE SANTANDER			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6076910880	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	05	*Mes*	05	*Año* 2025	*Día*	04	*Mes*	12	*Año*	2025	
CARGO O CONTRATO ACTUAL TECNICO CONTRATISTA DE APOYO	*DEPENDENCIA* 4143. SECRETARIA DE EDUCACION					*DIRECCIÓN* CALLE 37 10 30						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE SANTANDER			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	24	*Mes*	09	*Año* 2024	*Día*	20	*Mes*	12	*Año*	2024	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* 4143. SECRETARIA DE EDUCACION					*DIRECCIÓN* CALLE 37 10 36						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE SANTANDER			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6910880	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	09	*Mes*	05	*Año* 2024	*Día*	08	*Mes*	08	*Año*	2024	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASISTENTE ADMINISTRATIVA	*DEPENDENCIA* APOYO A LA GESTION					*DIRECCIÓN* CALLE 37 - 10 30						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION PIENSA EN TODOS			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* SAN GIL					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3166141657	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	06	*Mes*	01	*Año* 2023	*Día*	30	*Mes*	11	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 152 / 2006 / CONTRATISTA INSTR	*DEPENDENCIA* CONTRATISTA					*DIRECCIÓN* CARRERA 17 34 40						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE SANTANDER			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* SAN GIL					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6076910880	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	22	*Mes*	03	*Año* 2023	*Día*	21	*Mes*	05	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA AUXLIAR	*DEPENDENCIA* SECRETARIA ADMINISTRATIVA DEL					*DIRECCIÓN* CALLE 37 10 30						

GOBERNACIÓN DE SANTANDER
OFICINA DE CONTRATACIÓN
VALIDADO - SIGEP

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

GOBERNACIÓN DE SANTANDER
OFICINA DE CONTRATACIÓN
VALIDADO - SIGEP

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD : FUNDACION PROGRESA			*PÚBLICA*		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA				
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* BUCARAMANGA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*				
TELÉFONOS 6385681	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	29	*Mes*	07	*Año*	2022	*Día*	25	*Mes*	11	*Año* 2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL "ALFABETIZACION	*DEPENDENCIA* MODELO LINGUSTICO						*DIRECCIÓN*				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION PAN DE AMOR			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA				
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* SAN GIL						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*				
TELÉFONOS 3222404470	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	01	*Mes*	03	*Año*	2012	*Día*	31	*Mes*	12	*Año* 2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL PANADERO	*DEPENDENCIA* ALIMENTOS PANADERIA Y PASTELER						*DIRECCIÓN* CARRERA 16 - 10 77				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION PAN DE AMOR			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA				
DEPARTAMENTO SANTANDER	*MUNICIPIO* SAN GIL						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*				
TELÉFONOS 3222404470	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	20	*Mes*	01	*Año*	2012	*Día*	20	*Mes*	11	*Año* 2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL "ALFABETIZACION	*DEPENDENCIA* MODELO LINGUSTICO						*DIRECCIÓN* CARRERA 16 - 10 77				

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

37

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	9
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	9	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	2
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Bucaramanga, 15/07/2026

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.

Bucaramanga, 15/07/2026

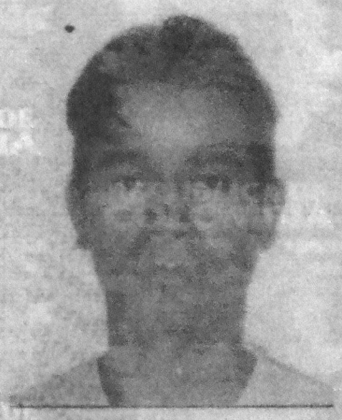
Ciudad y fecha

GOBERNACIÓN DE SANTANDER
OFICINA DE CONTRATACIÓN
VALIDADO - SIGEP

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

38

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA



NUMERO 1.100.955.557
LOZANO VELASQUEZ
APELLIDOS
SEBASTIAN HERNANDO
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 13-OCT-1989
SAN GIL
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62	O+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

07-NOV-2007 SAN GIL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2718100-00665070-M-1100955557-20150209 0042764943A 2 7573222861

39

La República de Colombia

y en su nombre la

Corporación Educativa
Técnica y Empresarial de Colombia

Corpotec

Código Dane No. 368679001032

Reconocido Oficialmente por la Secretaría de Educación Departamental
de Santander según Resolución No. 9283 Del 29 de Julio de 2005

Confiere a

Sebastián Hernando Lozano Velásquez

Identificado (a) con T.I. No. 891013-62524 Expedida en San Gil

El Título de

Bachiller Académico

Por haber Alcanzado y aprobado los logros de formación integral correspondientes
al nivel de educación media vocacional, de acuerdo al Proyecto Educativo
Institucional P.E.I. de la Corporación

Rector

Secretaria

Celmira de Marín

Este Diploma no Requiere de Registro de Secretaría de Educación
(Decreto Nacional No. 921 de 1994)

Anotado en el control interno en el

Acta No. 003 Folio No. 007 Diploma No. 122

Dado en San Gil a 16 de DICIEMBRE del año 2006

Scanned with CamScanner

IDISANDER
NIT. 900 148 902 - 1

Federación Nacional de Discapacitados

Nuestra Razón de ser es Trabajar por la Rehabilitación Integral

Personería Jurídica Nº 04878 - Gobernación de Santander

Certifica que:

Sebastián Hernando Lozano Velásquez

C.C. 1.100.955.557 de San Gil

Participó en la capacitación sobre Comunicación en Lenguaje de Señas
Realizado en San Gil Santander, los días 22 y 23 de Octubre de 2009
Intensidad 16 horas

MARCOS D'ALESSANDRO JIMÉNEZ CONTRERAS
Intérprete Certificado LSC

Dra. MARIELA CASTRO OLIVEROS
Directora Ejecutiva

Ing. MARDOQUEO MORA BARON
Secretario General

	ACTA DE LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO	CÓDIGO	AP-CCF-RG-36
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	22/03/2023
		PÁGINA	1 de 4

TIPO DE CONTRATO:				CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION	
CONTRATO No. Y FECHA:				CO1.PCCNTR. 7778508 DEL 11 ABRIL 2025	
CONTRATISTA:				SEBASTIAN HERNANDO LOZANO VELASQUEZ	
Nit o C.C. No.				1.100.955.557	
CONCEPTO:				PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION DENTRO DEL COMPONENTE DE DISCAPACIDAD EN LA SECRETARIA DE EDUCACION DEL DEPARTAMENTO DE SANTANDER, DENTRO DEL MARCO DEL PROYECTO "FORTALECIMIENTO DE LOS PROCESOS DE INCLUSION PARA LA PERMANENCIA EDUCATIVA DE ESTUDIANTES CON DISCAPACIDAD, CAPACIDADES O TALENTOS EXCEPCIONALES Y SRPA MATRICULADOS EN ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS OFICIALES DE LOS MUNICIPIOS NO CERTIFICADOS	
VALOR INICIAL				**$ 25.200.000**	
VALOR ADICIONAL				N/A	
ANTICIPO INICIAL (XXX%):				N/A	
ANTICIPO ADICIONAL (XXX%):				N/A	
PLAZO INICIAL:				SIETE (7) - MESES	
PLAZO ADICIONAL:				N/A	
INTERVENTOR CONTRATO O CONVENIO:				N/A	
Nit o C.C. No. DEL INTERVENTOR				N/A	
SUPERVISOR:				**DIANA MARCELA MEJIA AFANADOR** Acto Administrativo del **11 DE ABRIL DE 2025**	
FECHA DE INICIACION:				05 DE MAYO DEL 2025	
ACTA DE SUSPENSION	No.	No.	No.		
ACTA DE REINICIACION:	No.	No.	No.		
FECHA DE TERMINACION:				04 DE DICIEMBRE 2025	
MUNICIPIO:				Bucaramanga	
OFICINA GESTORA:				**Secretaria de Educación**	

En Bucaramanga a los 18 días del mes de diciembre de 2025 se reunieron, **YANETH KARINA ARAUJO MAESTRE**, en calidad de SECRETARIA EDUCACION del Departamento y **SEBASTIAN HERNANDO LOZANO VELASQUEZ**, quien comparece en nombre propio como contratista, con el fin de suscribir la presente acta de liquidación por mutuo acuerdo.

CONSIDERANDO:

1. Que entre el Departamento de Santander y **SEBASTIAN HERNANDO LOZANO VELASQUEZ** se celebró el contrato de CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION No. CO1.PCCNTR. 7778508 DEL 11 ABRIL 2025, cuyo objeto es **PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION DENTRO DEL COMPONENTE DE DISCAPACIDAD EN LA SECRETARIA DE EDUCACION DEL DEPARTAMENTO DE SANTANDER, DENTRO DEL MARCO DEL PROYECTO "FORTALECIMIENTO DE LOS PROCESOS DE INCLUSION PARA LA PERMANENCIA EDUCATIVA DE ESTUDIANTES CON DISCAPACIDAD,**

Powered by CamScanner

CAPACIDADES O TALENTOS EXCEPCIONALES Y SRPA MATRICULADOS EN ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS OFICIALES DE LOS MUNICIPIOS NO CERTIFICADOS.

2. Que por voluntad de las partes hemos acordado dar por terminado el citado contrato, teniendo en cuenta que se cumplió a cabalidad con el objeto contractual.

3. Que en consecuencia se procederá a la liquidación del mismo de conformidad con el artículo 60 de la Ley 80 de 1993 y el artículo 11 de la Ley 1150 de 2007.

4. Que se verifico por parte de la Supervisora **DIANA MARCELA MEJIA AFANADOR** el cumplimiento del objeto del contrato, mediante el Acta de recibo final suscrita a los 18 días del mes de diciembre de 2025.

5. Que con base en el acta anterior se ha constatado que la ejecución del contrato fue de $25.200.000 equivalente al 100 % del valor total del contrato.

6. Que el balance financiero del contrato y/o convenio es el siguiente:

RELACIÓN Y BALANCE

VALOR CONTRATO INICIAL	$25,200,000.00	
VALOR CONTRATO ADICIONAL		
ANTICIPO INICIAL		$0
ANTICIPO ADICIONAL		$0
VR. PAGADO ACTA DE RECIBO O INFORME DE SUPERVISION PARCIAL 1		$ 3.600,000.00
VR. PAGADO ACTA DE RECIBO O INFORME DE SUPERVISION PARCIAL 2		$ 3.600,000.00
VR. PAGADO ACTA DE RECIBO O INFORME DE SUPERVISION PARCIAL 3		$ 3.600,000.00
VR. PAGADO ACTA DE RECIBO O INFORME DE SUPERVISION PARCIAL 4		$ 3.600,000.00
VR. PAGADO ACTA DE RECIBO O INFORME DE SUPERVISION PARCIAL 5		$ 3.600,000.00
VR. PAGADO ACTA DE RECIBO O INFORME DE SUPERVISION PARCIAL 6		$ 3.600,000.00
VR. A PAGAR ACTA DE RECIBO O INFORME DE SUPERVISION FINAL		$ 3.600,000.00
SALDO A FAVOR DEL DEPARTAMENTO		$ 00
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA		$ 00
SUMAS IGUALES	**$25,200,000.00**	**25,200,000.00**

Powered by CamScanner

7. Que se han realizado los siguientes pagos:

RELACION DE PAGOS

Nº COMPROBANTE DE EGRESO	FECHA (DDMMAAAA)	CONCEPTO (anticipo, desembolsos o actas)	VALOR	FUENTE DE FINANCIACION
		ANTICIPO INICIAL	$	
		ANTICIPO ADICIONAL	$	
25E00969	26/06/2025	PAGO PARCIAL 01	$ 3,600,000.00	SGP PRESTACION DE SERVICIOS
25E01107	24/07/2025	PAGO PARCIAL 02	$ 3,600,000.00	SGP PRESTACION DE SERVICIOS
25E01432	21/08/2025	PAGO PARCIAL 03	$ 3,600,000.00	SGP PRESTACION DE SERVICIOS
25E01857	01/10/2025	PAGO PARCIAL 04	$ 3,600,000.00	SGP PRESTACION DE SERVICIOS
25E02201	06/11/2025	PAGO PARCIAL 05	$ 3,600,000.00	SGP PRESTACION DE SERVICIOS
25E02332	26/11/202	PAGO PARCIAL 06	$ 3,600,000.00	SGP PRESTACION DE SERVICIOS
EN TRAMITE	EN TRAMITE	PAGO FINAL	$ 3,600,000.00	SGP PRESTACION DE SERVICIOS

8. Reintegro de Saldos y Rendimientos Financieros a favor del Departamento: (Se debe anexar copia de la consignación)

SALDOS A FAVOR DEL DEPARTAMENTO	FECHA	VALOR $	No. CUENTA Y ENTIDAD EN LA QUE SE CONSIGNARON
VALOR DESEMBOLSADO NO EJECUTADO		$	
RENDIMIENTOS FINANCIEROS		$	
TOTAL		$	

9. De conformidad con el artículo 2.2.1.2.1.4.5. del decreto 1082 del 26 de mayo de 2015, teniendo en cuenta la modalidad de este contrato y su cuantía no se exigirán garantías.

10. Que, durante la ejecución del contrato, se verificó el cumplimiento de las obligaciones del contratista frente a los aportes al sistema de seguridad social, cajas de compensación familiar, ICBF y SENA, de conformidad con el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

11. Se deja constancia que el servicio objeto de este contrato fue entregado al Departamento, mediante acta de recibo final suscrita a los 18 días del mes de diciembre de 2025.

ACUERDAN

Dar por liquidado el Contrato de CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION No. CO1.PCCNTR. 7778508 DEL 11 ABRIL 2025, declarándose las partes a Paz y Salvo entre ellas, libres de toda desavenencia, no manifestando observación u objeción alguna.

Conforme a la función de control y vigilancia asignada al Supervisor del contrato, estos declaran: Que una vez la Tesorería del Departamento efectué el último desembolso por valor de ($3, 600,000) correspondiente al pago del acta final, resulta procedente que las partes intervinientes se declaren a paz y salvo por todo concepto derivado de la ejecución del contrato No. CO1.PCCNTR. 7778508 DEL 11 ABRIL 2025, comprometiéndose la SECRETARIA EDUCACION Departamental a surtir los trámites necesarios para efectuar el pago del saldo por cancelar.

Powered by CamScanner

	ACTA DE LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO	CÓDIGO	AP-CCP-RG-36
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	22/03/2023
		PÁGINA	4 de 4

Para constancia de lo anterior se firma la presente acta por los que en ella intervinieron y se declaran a paz y salvo por todo concepto, una vez se haga efectivo el pago del acta de que trata el numeral anterior, a los 18 días del mes de diciembre de 2025.

YANETH KARINA ARAUJO MAESTRE
SECRETARIA DE EDUCACION

DIANA MARCELA MEJIA APANADOR
SUPERVISORA

SEBASTIAN HERNANDO LOZANO VELASQUEZ
CONTRATISTA

Reviso: Patricia Álvarez Castillo – Profesional universitario CPS SED
Lauren Quintero Jaime – Abogada CPS SED

Powered by CamScanner

República de Colombia Gobernación de Santander	**ACTA DE LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO**	**CÓDIGO**	AP-CCP-RG-36
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	22/03/2023
		PÁGINA	1 de 3

TIPO DE CONTRATO:	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
CONTRATO No. Y FECHA:	CO1.PCCNTR.6783602 del 17 de septiembre de 2024
CONTRATISTA:	SEBASTIAN HERNANDO LOZANO VELASQUEZ
Nit o C.C. No.	1100955557
CONCEPTO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN LA SECRETARIA DE EDUCACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE SANTANDER DENTRO DEL MARCO DEL PROYECTO FORTALECIMIENTO DE LOS PROCESOS DE INCLUSIÓN PARA LA PERMANENCIA EDUCATIVA DE LOS ESTUDIANTES CON DISCAPACIDAD CAPACIDADES O TALENTOS EXCEPCIONALES Y SRPA MATRICULADOS EN ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS OFICIALES DE MUNICIPIO NO CERTIFICADOS DE SANTANDER.
VALOR INICIAL	DIEZ MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($10.800,000.00)
VALOR ADICIONAL	N/A
ANTICIPO INICIAL (XXX%):	0.00
ANTICIPO ADICIONAL (XXX%):	$0.00
PLAZO INICIAL:	
PLAZO ADICIONAL:	
INTERVENTOR CONTRATO O CONVENIO:	
Nit o C.C. No. DEL INTERVENTOR	0
SUPERVISOR:	DIANA MARCELA MEJIA AFANADOR
FECHA DE INICIACION:	24 de septiembre de 2024
ACTA DE SUSPENSION No. / No. / No.	
ACTA DE REINICIACION: No. / No. / No.	
FECHA DE TERMINACION:	20 de diciembre de 2024
MUNICIPIO:	Bucaramanga
OFICINA GESTORA:	Secretaría de Educación

En Bucaramanga, a los 27 días del mes de febrero de 2025 se reunieron, **OMAR NICOLAS ORDOÑEZ RUIZ**, en calidad de Secretario Educación del Departamento y **SEBASTIAN HERNANDO LOZANO VELASQUEZ** quien comparece en nombre propio como contratista, con el fin de suscribir la presente acta de liquidación por mutuo acuerdo.

CONSIDERANDO:

1. Que entre el Departamento de Santander y **SEBASTIAN HERNANDO LOZANO VELASQUEZ** se celebró el contrato de CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. CO1.PCCNTR.6783602 del 17 de septiembre de 2024, cuyo objeto es **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN LA SECRETARIA DE EDUCACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE SANTANDER DENTRO DEL MARCO DEL PROYECTO FORTALECIMIENTO DE LOS PROCESOS DE INCLUSIÓN PARA LA PERMANENCIA EDUCATIVA DE LOS ESTUDIANTES CON DISCAPACIDAD, CAPACIDADES O TALENTOS EXCEPCIONALES Y SRPA MATRICULADOS EN ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS OFICIALES DE MUNICIPIO NO CERTIFICADOS DE SANTANDER.**

2. Que por voluntad de las partes hemos acordado dar por terminado el citado contrato, como se expone en el oficio con fecha del 18 de diciembre 2024.

3. Que en consecuencia se procederá a la liquidación del mismo de conformidad con el artículo 60 de la Ley 80 de 1993 y el artículo 11 de la Ley 1150 de 2007.

4. Que se verificó por parte de la Supervisora **DIANA MARCELA MEJIA AFANADOR** el cumplimiento del objeto del contrato, mediante el Acta de recibo final suscrita a los 21 días del mes de diciembre de 2024

5. Que con base en el acta anterior se ha constatado que la ejecución del contrato fue de $10,440,000.00 equivalente al 98,96 % del valor total del contrato.

6. Que el balance financiero del contrato y/o convenio es el siguiente:

RELACIÓN Y BALANCE

VALOR CONTRATO INICIAL	$10,800,000.00	
VALOR CONTRATO ADICIONAL	$ 0.00	
ANTICIPO INICIAL		$
ANTICIPO ADICIONAL		$
VR. PAGADO ACTA DE RECIBO O INFORME DE SUPERVISION PARCIAL 1		$ 3.600.000.00
VR. PAGADO ACTA DE RECIBO O INFORME DE SUPERVISION PARCIAL 2		$ 3.600.000.00
VR. A PAGAR ACTA DE RECIBO O INFORME DE SUPERVISION FINAL		$ 3.240.000.00
SALDO A FAVOR DEL DEPARTAMENTO		$360.000.00
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA		$ 0.00
SUMAS IGUALES	**$10,800,000.00**	**$10.800.000.00**

7. Que se han realizado los siguientes pagos:

RELACION DE PAGOS

N° COMPROBANTE DE EGRESO	FECHA (DDMMAAAA)	CONCEPTO (anticipo, desembolsos o actas)	VALOR	FUENTE DE FINANCIACION
		ANTICIPO INICIAL	$	
		ANTICIPO ADICIONAL	$	
		PAGO PARCIAL 01	$3.600.000.00	SGP
24EC2266	18-12-2024	PAGO PARCIAL 02	$3.600.000.00	SGP
24EC2419	27-12-2024	PAGO FINAL	$3.240.000.00	SGP

8. Reintegro de Saldos y Rendimientos Financieros a favor del Departamento: (Se debe anexar copia de la consignación)

SALDOS A FAVOR DEL DEPARTAMENTO	FECHA	VALOR $	No. CUENTA Y ENTIDAD EN LA QUE SE CONSIGNARON
VALOR DESEMBOLSADO NO EJECUTADO		$	
RENDIMIENTOS FINANCIEROS		$	
TOTAL		$	

9. De conformidad con el artículo 2.2.1.2.1.4.5. del decreto 1082 del 26 de mayo de 2015, teniendo en cuenta la modalidad de este contrato y su cuantía no se exigirán garantías.

10. Que, durante la ejecución del contrato, se verificó el cumplimiento de las obligaciones del contratista frente a los aportes al sistema de seguridad social, cajas de compensación familiar, ICBF y SENA, de conformidad con el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

11. Se deja constancia que el servicio objeto de este contrato fue entregado al Departamento, mediante acta de recibo final suscrita a los 21 días del mes de diciembre de 2024.

ACUERDAN

Dar por liquidado el Contrato de CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CO1.PCCNTR.6783602 del 17 de septiembre de 2024, declarándose las partes a Paz y Salvo entre ellas, libres de toda desavenencia, no manifestando observación u objeción alguna.

Conforme a la función de control y vigilancia asignada al Supervisor del contrato, estos declaran: Que una vez la Tesorería del Departamento efectuó el último desembolso por valor de TRES MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA MIL PESOS MCTE $3.240.000.00 correspondiente al pago del acta final, resulta procedente que las partes intervinientes se declaren a paz y salvo por todo concepto derivado de la ejecución del contrato No. CO1.PCCNTR.6783602 del 17 de septiembre de 2024.

Para constancia de lo anterior se firma la presente acta por los que en ella intervinieron y se declaran a paz y salvo por todo concepto, a los 27 días del mes de febrero de 2025 se reunieron, **OMAR NICOLAS ORDOÑEZ RUIZ**, en calidad de Secretario de Educación.

OMAR NICOLAS ORDOÑEZ RUIZ
SECRETARIO EDUCACIÓN

DIANA MARCELA MEJIA AFANADOR
SUPERVISOR(A)

SEBASTIAN HERNANDO VELASQUEZ LOZANO
CONTRATISTA

República de Colombia Gobernación de Santander	ACTA DE LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO	CÓDIGO	AP-GCP-RG-36
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	22/03/2023
		PÁGINA	1 de 3

TIPO DE CONTRATO:				CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN		
CONTRATO No. Y FECHA:				**No. CO1.PCONTR.6300877 del 07 de mayo de 2024**		
CONTRATISTA:				**SEBASTIAN HERNANDO LOZANO VELASQUEZ**		
NIT o C.C. No				1100955557		
CONCEPTO				PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN LA SECRETARIA DE EDUCACIÓN DENTRO DEL MARCO DEL PROYECTO SERVICIO DE ASESORÍA PROFESIONAL DE APOYO A LA GESTIÓN Y ASISTENCIA TÉCNICA PARA EL FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER		
VALOR INICIAL				$7.800.000.00		
VALOR ADICIONAL				$0.00		
ANTICIPO INICIAL (XXX%):				0.00		
ANTICIPO ADICIONAL (XXX%):				$0.00		
PLAZO INICIAL				TRES (3) Meses		
PLAZO ADICIONAL						
INTERVENTOR CONTRATO O CONVENIO:						
NIT o C.C. No. DEL INTERVENTOR				0		
SUPERVISOR:				MANUEL ENRIQUE RIOS MADIEDO Acto Administrativo del 07 de mayo de 2024		
FECHA DE INICIACIÓN:				09 de mayo de 2024		
ACTA DE SUSPENSION:	No.	No.	No.	ddmmaaaa	ddmmaaaa	ddmmaaaa
ACTA DE REINICIACION:	No.	No.	No.	ddmmaaaa	ddmmaaaa	ddmmaaaa
FECHA DE TERMINACION:				08 de agosto de 2024		
MUNICIPIO:				Bucaramanga		
OFICINA GESTORA:				SECRETARIA ADMINISTRATIVA		

En Bucaramanga, a los 12 días del mes de agosto de 2024 se reunieron **QUIROS MARIN SANDRA PATRICIA**, en calidad de SECRETARIA ADMINISTRATIVA del Departamento y **SEBASTIAN HERNANDO LOZANO VELASQUEZ**, quien comparece en nombre propio como contratista, con el fin de suscribir la presente acta de liquidación por mutuo acuerdo.

CONSIDERANDO:

1. Que entre el Departamento de Santander y SEBASTIAN HERNANDO LOZANO VELASQUEZ se celebró el contrato de CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN No. **CO1.PCONTR.6300877** del 07 de mayo de 2024, cuyo objeto es **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN LA SECRETARIA DE EDUCACIÓN DENTRO DEL MARCO DEL PROYECTO SERVICIO DE ASESORÍA PROFESIONAL DE APOYO A LA GESTIÓN Y ASISTENCIA TÉCNICA PARA EL FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL EN EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER.**

2. Que por voluntad de las partes hemos acordado dar por terminado el citado contrato, teniendo en cuenta que se cumplió a cabalidad con el objeto contractual.

3. Que en consecuencia se procederá a la liquidación del mismo de conformidad con el artículo 60 de la Ley 80 de 1993 y el artículo 11 de la Ley 1150 de 2007.

4. Que se verificó por parte de la Supervisora Manuel Enrique Rios Madiedo el cumplimiento del objeto del contrato, mediante el Acta de recibo final suscrita a los 12 días del mes de agosto de 2024.

República de Colombia Gobernación de Santander	ACTA DE LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO	CÓDIGO	AP-CCP-RC-36
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	22/03/2023
		PÁGINA	2 de 3

5. Que con base en el acta anterior se ha constatado que la ejecucion del contrato fue de $7,800,000.00 equivalente al 100 % del valor total del contrato.

6. Que el balance financiero del contrato y/o convenio es el siguiente:

RELACIÓN Y BALANCE

VALOR CONTRATO INICIAL	$7,800,000.00	
VALOR CONTRATO ADICIONAL	$ 0.00	
ANTICIPO INICIAL		$
ANTICIPO ADICIONAL		$
VR. PAGADO ACTA DE RECIBO O INFORME DE SUPERVISION PARCIAL 1		$ 2,600,000.00
VR. PAGADO ACTA DE RECIBO O INFORME DE SUPERVISION PARCIAL 2		$ 2,600,000.00
VR. A PAGAR ACTA DE RECIBO O INFORME DE SUPERVISION FINAL		$2,600,000.00
SALDO A FAVOR DEL DEPARTAMENTO		$ 0.00
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA		$ 0.00
SUMAS IGUALES	$7,800,000.00	$7,800,000.00

7. Que se han realizado los siguientes pagos:

RELACION DE PAGOS

N° COMPROBANTE DE EGRESO	FECHA (DD/MM/AA)	CONCEPTO (entregas, descuentos, saldos a favor etc)	VALOR	FUENTE DE FINANCIACIÓN
		ANTICIPO INICIAL	$	
		ANTICIPO ADICIONAL	$	
CE24006687	2024-07-04	PAGO PARCIAL 01	$ 2,600,000.00	ICLD -INVERSION (REORIENTADA POR LA LEY 2342-2023 DE PRESUPUESTO GENERAL DE LA NACION)
CE24006607	2024-07-25	PAGO PARCIAL 02	$ 2,600,000.00	ICLD -INVERSION (REORIENTADA POR LA LEY 2342-2023 DE PRESUPUESTO GENERAL DE LA NACION)
EN TRAMITE	EN TRAMITE	PAGO FINAL	$ 2,600,000.00	ICLD -INVERSION (REORIENTADA POR LA LEY 2342-2023 DE PRESUPUESTO GENERAL DE LA NACION)

8. Reintegro de Saldos y Rendimientos Financieros a favor del Departamento: (Se debe anexar copia de la consignacion)

SALDOS A FAVOR DEL DEPARTAMENTO	FECHA	VALOR $	No. CUENTA Y ENTIDAD EN LA QUE SE CONSIGNARON
VALOR DESEMBOLSADO NO EJECUTADO		$	
RENDIMIENTOS FINANCIEROS		$	
TOTAL		$	

9. De conformidad con el artículo 2.2.1.2.1.4.5. del decreto 1082 del 26 de mayo de 2015, teniendo en cuenta la modalidad de este contrato y su cuantía no se exigirán garantías.

10. Que, durante la ejecución del contrato, se verifico el cumplimiento de las obligaciones del contratista frente a los aportes al sistema de seguridad social, cajas de compensación familiar, ICBF y SENA, de conformidad con el articulo 50 de la Ley 789 de 2002.

11. Se deja constancia que el servicio objeto de este contrato fue entregado al Departamento mediante acta de recibo final suscrita a los 12 días del mes de agosto de 2024

ACUERDAN

República de Colombia Gobernación de Santander	ACTA DE LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO	CÓDIGO	AP-CCP-RG-36
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	22/03/2023
		PÁGINA	3 de 3

Dar por liquidado el Contrato de CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GIESTIÓN No. CO1.PCCNTR.6300877 del 07 de mayo de 2024, declarándose las partes a Paz y Salvo entre ellas, libres de toda desavenencia, no manifestando observación u objeción alguna.

Conforme a la funcion de control y vigilancia asignada al Supervisor del contrato, estos declaran: Que una vez la Tesorería del Departamento efectue el ultimo desembolso por valor de ($2,600,000.00) correspondiente al pago del acta final, resulta procedente que las partes intervinientes se declaren a paz y salvo por todo concepto derivado de la ejecución del contrato No. CO1.PCCNTR.6300877 del 07 de mayo de 2024, comprometiendose la SECRETARIA ADMINISTRATIVA Departamental a surtir los tramites necesarios para efectuar el pago del saldo por cancelar.

Para constancia de lo anterior se firma la presente acta por los que en ella intervinieron y se declaran a paz y salvo por todo concepto, una vez se haga efectivo el pago del acta de que trata el numeral anterior, a los 12 días del mes de agosto de 2024

QUIROS MARIN SANDRA PATRICIA
SECRETARIA ADMINISTRATIVA

MANUEL ENRIQUE RIOS MADIEDO
SUPERVISOR(A)

SEBASTIAN HERNANDO LOZANO VELASQUEZ
CONTRATISTA

PROYECTO: SEBASTIAN HERNANDO LOZANO VELASQUEZ

51

La salud es de todos | Minsalud

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
SEBASTIAN	HERNANDO	LOZANO	VELASQUEZ

1.5 Documento de identidad

Certificado de Nacido Vivo		Registro civil		Tarjeta de identidad		Cédula de ciudadanía	X	Cédula de extranjería		Pasaporte		Carnet diplomático		Permiso especial de permanencia	

Número de documento de identidad: 1100955557

b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha		
	Año	Mes	Día
INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA - ESE ISABU	2021	9	8

2.3 Departamento	2.4 Municipio
SANTANDER	BUCARAMANGA

c. CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD

Física	SI		NO	X
Visual	SI		NO	X
Auditiva	SI	X	NO	
Intelectual	SI		NO	X
Psicosocial (Mental)	SI		NO	X
Sordoceguera	SI		NO	X
Múltiple	SI		NO	X

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Porcentaje
Cognición	0.00
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	0.00
Relaciones	0.00
Actividades de la Vida Diaria	5.00
Participación	40.63
GLOBAL	7.60

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b2308.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s260.378

3. Codigos Actividades y Participación

d879.3 d910.2 d920.1

La salud es de todos Minsalud

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Firma
MARIA MONICA ARENAS SUAREZ	Medicina	CC-1098684071
MARIA FERNANDA BOHORQUEZ BAUTISTA	Psicología	CC-1098777823
CARMEN HELENA BAUTISTA FLOREZ	Terapia ocupacional	CC-60263026

g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, *SEBASTIAN HERNANDO LOZANO VELASQUEZ* manifiesto que: *SI*

estoy de acuerdo con el resultado de la certificación que abajo firmo.

Sebastian Hernando Lozano Velasquez — 1100955557

Nombre y Firma — Documento: CC-1100955557

Autorizó el uso de la información consignada en el Registro de Discapacidad para los fines definidos en la normatividad que lo regula. *SI*

El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional.
Sin las firmas requeridas el certificado de discapacidad no tendrá validez

La salud es de todos | Minsalud

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Firma
MARIA MONICA ARENAS SUAREZ	Medicina	CC-1098684071
MARIA FERNANDA BOHORQUEZ BAUTISTA	Psicología	CC-1098777323
CARMEN HELENA BAUTISTA FLOREZ	Terapia ocupacional	CC-60263026

g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, *SEBASTIAN HERNANDO LOZANO VELASQUEZ* manifiesto que: *SI*
estoy de acuerdo con el resultado de la certificación que abajo firmo.

Nombre y Firma

Documento: CC-1100955557

Autorizó el uso de la información consignada en el Registro de Discapacidad para los fines definidos en la normatividad que lo regula. *SI*

El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional.
Sin las firmas requeridas el certificado de discapacidad no tendrá validez

54

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA

EJÉRCITO NACIONAL

COMANDO DE RECLUTAMIENTO Y CONTROL RESERVAS

EL SUSCRITO OFICIAL DE ATENCIÓN AL USUARIO

C E R T I F I C A

Que el señor SEBASTIAN HERNANDO LOZANO VELASQUEZ identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1100955557, presenta los siguientes datos referentes a la definición de su situación militar:

Primer Nombre:	SEBASTIAN
Segundo Nombre:	HERNANDO
Primer Apellido:	LOZANO
Segundo Apellido:	VELASQUEZ
Tipo Documento:	Cédula de Ciudadanía
Número Documento:	1100955557
Clase Libreta Militar:	Segunda Clase

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

Se firma y se expide en Bogotá D.C. a los 5 días del mes de Julio de 2026, a las 10:42:01 AM.

Cordialmente,

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

Generó: Sistema Fenix

SC6101

55

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy domingo 05 de julio de 2026, a las 11:04:08, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1100955557
Código de Verificación	1100955557260705110407

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

56

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 298922395

PIB
11:02:49
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 05 de julio del 2026

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) SEBASTIAN HERNANDO LOZANO VELASQUEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1100955557:

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

Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamiento 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.

57

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 11:01:24 AM horas del 05/07/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1100955557**

Apellidos y Nombres: **LOZANO VELASQUEZ SEBASTIAN HERNANDO**

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.

DIJIN

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

58

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 05/07/2026 11:21:14 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1100955557** y Nombre: **SEBASTIAN HERNANDO LOZANO VELASQUEZ.**

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. **143327958** . 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 medicas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

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 10:55:54 horas del 05/07/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1100955557,**
Apellidos y Nombres **LOZANO VELASQUEZ SEBASTIAN FERNANDO**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **GOBERNACION DE SANTANDER**, con NIT **890201235-6** 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

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

El(la) suscrito(a) Sebastian Hernando Lozano Velasquez identificado con C.C No. 1.100.955.557 expecida en San Gil, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, al Departamento de Santander con NIT. 890201235-6, a consultar mis datos personales en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra personas menores de edad que administra el Ministerio de Defensa-Policía Nacional de Colombia, de manera previa a mi eventual vinculación contractual y, de llegarse a formalizar, cada cuatro (4) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

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

Se suscribe en la ciudad de Bucaramanga el día cinco (5) de julio 2026.

Firma:

Nombre: Sebastian Hernando Lozano Velasquez

Cédula: 1.100.955.557

61

TIC

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1100955557 **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 05/07/2026 10:58 AM

Código Verificación: **7ENLGPQJ4A**

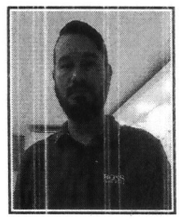
Válida hasta: **03/10/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

62

HELBERT FUENTES RAMÍREZ
NIT: 19420368 - 6
Dirección: Carrera 9 # 11 - 26 local 201 y 202
Cel: 3023216758
E-mail: saludempresarialsangil@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 6.866

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
29 DÍA	04 MES	2024 AÑO	SAN GIL (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

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. Cecula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

LOZANO VELASQUEZ SEBASTIAN HERNANDO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	34 AÑOS 6 MESES 15 DÍAS	CC Tipo	1100955557 Número
Apellidos y Nombres				

Cargo
CONTRATISTA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: *NO APLICA*

N/A NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
USO DE AUDIFONOS	TEMPORAL	USO PERMANANTE DE AUDIFONOS

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL	✓	VISIOMETRÍA	✓
AUDIOMETRIA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	SVE AUDITIVO	
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

ESTA EVALUACION MEDICA SE REALIZA BAJO TODOS LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD, PARA EVITAR EL CONTAGIO DE SARS-COV2/COVID-19.

APTO CON RECOMENDACIONES:

- USO ADECUADO DE LOS EPPS (ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL). SUMINISTRADOS POR LA EMPRESA.
- USO PERMANENTE DE AUDIFONOS POR HIPOACUSIA BILATERAL.
- INGRESAR AL SVE AUDITIVO DE LA EMPRESA.
- HÁBITOS SALUDABLES DE ALIMENTACION Y EJERCICIO FÍSICO DIARIO.
- HACER ACTIVIDADES PREVENTIVAS DE TIPO OSTEOMUSCULAR COMO PAUSAS ACTIVAS.
- REALIZAR MOVIMIENTOS DE EXTENSION, FLEXION Y ROTACION EN ARTICULACIONES CERVICAL, MUÑECAS Y CADERA.
- ADOPTAR ADECUADAS POSTURAS DE TODOS LOS SEGMENTOS CORPORALES.
- UTILIZAR SIEMPRE PROTECCION AUDITIVA EN EXPOSICION AL RUIDO.
- SEGUIR PROTOCOLO PARA MANEJO ADECUADO DE CARGAS (BUENA ERGONOMÍA: CERCA DEL CUERPO, PIERNAS SEPARADAS FLEXIONADAS Y MANTENER LA ESPALDA RECTA).

VISIOMETRIA: MIOPIA.
AUDIOMETRIA: HIPOACUSIA BILATERAL.

RECUERDE QUE COMO TRABAJADOR Y DE ACUERDO AL ARTICULO 22 DEL DECRETO 1295 DE 1994 Y DEL DECRETO 1072 DE 2015 EN EL ARTICULO 2.2.4.6.10 "USTED TIENE LA RESPONSABILIDAD DE:

- PROCURAR EL CUIDADO INTEGRAL DE SU SALUD.
- SUMINISTRAR INFORMACION CLARA, VERAZ Y COMPLETA SOBRE SU ESTADO DE SALUD".

63

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



Firma:

Nombre: FUENTES RAMIREZ HELBERT EDISON

R. M.: 1480200 L.S.C.: 00142

Código de Seguridad
Y866E1K6866

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: LOZANO VELASQUEZ SEBASTIAN HERNANDO

CC: 1100955557

64

HELBERT FUENTES RAMÍREZ
NIT: 19420368 - 6
Dirección: Carrera 9 # 11 - 26 local 201 y 202
Cel: 3023216758
E-mail: saludempresarialsangil@gmail.com



AUDIOMETRIA

DATOS PERSONALES — Atención N°: 1919

Fecha: 29/04/2024 Ciudad: SAN GIL (SANTANDER, COLOMBIA)

Tipo Exámen: EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO Eps:

CC: 1100955557 Nombre: LOZANO VELASQUEZ SEBASTIAN HERNANDO Edad: 34 AÑOS 6 MESES 15 DÍAS Genero: MASCULINO

Fecha Nacimiento: 13/10/1989 Empresa: PARTICULARES Ocupacion: CONTRATISTA

ANTECENDENTES AUDITIVOS LABORALES

Empresa	Cargo	Tipo de Proteccion	Tolerancia	Años	Meses
NO REPORTA	NO REPORTA	NINGUNA	NO APLICA	0	0

ANTECEDENTES FAMILIARES

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
OTITIS	NO REFIERE	HIPOACUSIA SUBJETIVA	NO REFIERE
TRAUMA	NO REFIERE	ACÚFENOS	NO REFIERE
CIRUGIA	NO REFIERE	OTROS	LA MADRE IND CA HIPOACUSIA PROFUND
INGESTA OTOTÓXICOS	NO REFIERE		

EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
TEJO	NO REFIERE	POLÍGONO	NO REFIERE
MOTO	NO REFIERE	AUDÍFONOS	NO REFIERE
DISCOTECA	NO REFIERE	OTRO	
SERVICIO MILITAR	NO REFIERE		

CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA

Descanso auditivo(Horas) : Realizó re test: NO Uso Cabina Sonoamortiguada: NO

Marca y Referencia audiometró utilizado AMPLIVOX 240 F. Ultima Calibración: 2021-11-12

O : Vía aérea del OD X : Vía aérea del OI

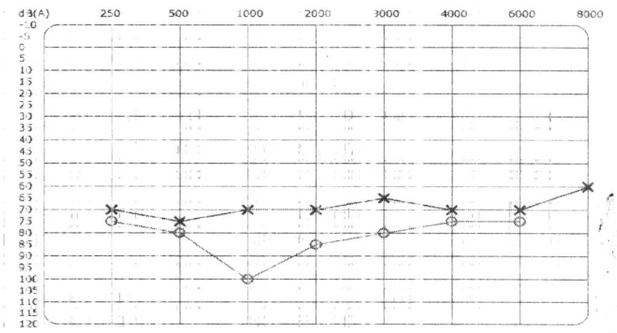
< : Vía ósea del OD (sin enmascarar OD) > : Vía ósea del OI (sin enmascarar OD)

OTOSCOPIA

Oído derecho: NORMAL

Oído izquierdo: NORMAL

dB(A)	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
VAOD	75	80	100	85	80	75	75	
VAOI	70	75	70	70	65	70	70	60



PTA Oido derecho: 86.25 PTA Oido izquierdo: 70.00

SEVERIDAD - CAOHC

Oído derecho: Profunda(> 85 dB) Oído izquierdo: Severa(71 - 85 dB)

Código	Nombre del Diagnóstico	Oído	Origen	Tipo
H919	HIPOACUSIA, NO ESPECIFICADA	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

RECOMENDACION	OBSERVACION
CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO	
CONTROL POR OTORINOLARINGOLOGÍA	

Observaciones

SE REALIZA AUDIOMETRÍA SIN AUDIFONOS. HIPOACUSIA PROFUNDA EN OÍDO DERECHO, NO HAY RESPUESTA EN 8000HZ - HIPOACUSIA SEVERA EN OÍDO IZQUIERDO. PAUTAS DE CUIDADO Y CONSERVACIÓN AUDITIVA. SE SUGIERE CONTINUAR CON EL USO DE AUDIFONOS BILATERAL Y REALIZAR CONTROL CON OTORRINOLARINGÓLOGO

FONOAUDIÓLOGO

Firma:

Nombre: VERGEL HERRERA ANDREA LIZETTE

R. M.: 52699269 L.S.C.:

Código de Seguridad
Z866F2L1919

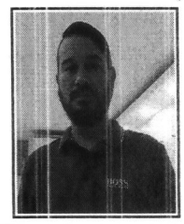
TRABAJADOR

Firma:

Nombre: LOZANO VELASQUEZ SEBASTIAN HERNANDO

CC 1100955557

HELBERT FUENTES RAMÍREZ
NIT: 19420368 - 6
Dirección: Carrera 9 # 11 - 26 local 201 y 202
Cel: 3023216758
E-mail: saludempresarialsangil@gmail.com



EXAMEN DE VISIOMETRÍA

DATOS PERSONALES — **Atención Nº: 2,081**

Fecha: 29/04/2024 Municipio: SAN GIL (SANTANDER, COLOMBIA) CC: 1100955557 Nombre: LOZANO VELASQUEZ SEBASTIAN HER Edad: 34 AÑOS 6
Genero: MASCULINO Profesión o Cargo: CONTRATISTA Empresa: PARTICULARES
Eps: Tipo Evaluación Medica: EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO F. Último Examen: HACE 1 AÑO
Lugar del Último Examen: SAN GIL Motivo Consulta: PACIENTE ASISTE A TAMIZAJE VISUAL, DAÑO EN SU ULTIMA RX.

ANTECEDENTES VISUALES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NIEGA
ANTECEDENTES PERSONALES	USO DE LAGRIMAS ARTIFICIALES, DEF. AUDITIVA
ANTECENDENTES OCUPACIONALES	NIEGA
LENTES DE CONTACTO	NO USA
MULTIFOCAL	NO
TIPO DE USO	NO APLICA
TRAE RX	NO
USA ANTEOJOS	SI, DAÑO DE SU RX.

PRUEBAS REALIZADAS

SINTOMATOLOGÍA

DIFICULTAD VISION LEJANA, DAÑO DE SU RX, NO TRAE SU CORRECCION.

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN		AV/VL	AV/VP	PH	AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN	AV/VL	AV/VP
O.D:	NO APLICA	20/50	0.50M A 40	N/A	NO TRAE RX	N/A	N/A
O.I:	NO APLICA	20/100	0.50M A 40	N/A	NO TRAE RX	N/A	N/A
A.O:	NO APLICA	N/A	N/A	N/A	NO APLICA	N/A	N/A

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
H521	MIOPIA	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

USAR CORRECCION OPTICA PERMANENTE

REMISIONES

OTRAS : VAL OPTOMETRIA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

SE INDICA PASAR A VALORACION OPTOMETRIA PARA INDICAR CORRECCION OPTICA

OPTOMETRA

Firma: María Fernanda Quintero Murillo
Nombre: QUINTERO MURILLO MARIA FERNANDA
R. M.: 1007850079 L.S.O.:

Código de Seguridad
H866N3T2081

PACIENTE

Firma:
Nombre: LOZANO VELASQUEZ SEBASTIAN HERNANDO
CC: 1100955557

Software para el sector salud - www.biofile.com.co

66

	RESOLUCION	CÓDIGO	AP-JC-RG-69
		VERSIÓN	5
		FECHA DE APROBACIÓN	22/05/2017
		PÁGINA	1 de 1

RESOLUCION NÚMERO - - 00142 DE 2018

POR LA CUAL SE OTORGA UNA LICENCIA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

EL SUSCRITO SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL

En uso de sus facultades legales, y en especial las conferidas en la Ley 1562 de 2012 y la Resolución 04502 de 2012 y,

CONSIDERANDO:

Que **HELBERT EDISON FUENTES RAMIREZ** identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 19420368 ha solicitado licencia para la prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el trabajo ante la Secretaría de Salud Departamental de Santander.

Que de conformidad con el artículo segundo de la Resolución 04502 del 28 de Diciembre de 2012, el peticionario ha presentado la documentación requerida para la expedición de la Licencia en Salud Ocupacional para la prestación de servicios en Seguridad y Salud en el trabajo

Que por lo antes expuesto, el Secretario de Salud Departamental,

RESUELVE:

ARTÍCULO 1: Otórguese LICENCIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO A: **HELBERT EDISON FUENTES RAMIREZ** - MEDICO Y CIRUJANO GENERAL - ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL Y RIESGOS LABORALES, identificado(a) con Cedula de Ciudadanía No. 19420368, en las áreas de Medicina en Seguridad y Salud en el trabajo, Investigación en área técnica, Investigación del accidente de trabajo, Educación, Capacitación, Diseño, Administración y Ejecución del Sistema de gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo

ARTÍCULO 2: La Licencia de que trata el artículo anterior se concede por el término de Diez (10) años contados a partir de la fecha de expedición de la presente Resolución.

ARTÍCULO 3: Cuando se modifique las condiciones por la cual se otorgó esta Licencia, en el término máximo de un mes se debe informar a la Secretaria de Salud de Santander para la modificación de la misma.

ARTÍCULO 4: Esta Licencia es válida en todo el Territorio Nacional y tendrá carácter personal e intransferible.

ARTÍCULO 5: Contra la presente Resolución procede los recursos legales

NOTIFIQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bucaramanga a los 09 ENE 2019

LUIS ALEJANDRO RIVERO OSORIO
Secretario de Salud Departamental

Revisó: Víctor Guillermo Taboada – Contratista Grupo de Acreditación en Salud y SOGC
Proyectó: Elizabeth Castellanos Zabala – Grupo de Acreditación en salud S.O.G.C

12

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto: 02 Actualización

4. Número de formulario: 141260103962

(415)7707212489984(8020) 000014126010396 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1100955557	2	Impuestos y Aduanas de Bucaramanga 4	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 13	1100955557

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	169	Santander 68	San Gil 679

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
LOZANO	VELASQUEZ	SEBASTIAN	HERNANDO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Santander 68	San Gil 679

41. Dirección principal: CR 16 # 10 - 77

42. Correo electrónico: angelavepo@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3222404470	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica					Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1 / 2	51. Código	52. Número establecimientos
7490	2024 07 01	1081	2022 07 01	8560 /		

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 20

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros	Exportadores
54. Código	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 61. Fecha: 2026-07-05 / 12:30:36PM

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: LOZANO VELASQUEZ SEBASTIAN HERNANDO

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 05-07-2026 12:30:48PM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Función Pública

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS
(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2026-07-05 11:50

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
SEBASTIAN	HERNANDO	LOZANO	VELASQUEZ

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1100955557

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	SANTANDER	Municipio	SAN GIL

Lugar de domicilio					
País	COLOMBIA	Departamento	SANTANDER	Municipio	SAN GIL

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	GOBERNACION DE SANTANDER

Lugar de sede					
País	COLOMBIA	Departamento	SANTANDER	Municipio	BUCARAMANGA

Dirección	["Calle 37 No. 10-30 Palacio Amarillo."]
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019: Persona natural y jurídica, pública o privada, que presten función pública, que presten servicios públicos respecto de la información directamente relacionada con la prestación del servicio público.

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente mi declaración de bienes y rentas y manifiesto que los únicos bienes y rentas que poseo a la fecha, en forma personal o por interpuesta persona, son los que relaciono a continuación.

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2025 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	$25.200.000,00
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$25.200.000,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$0,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CONYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

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

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

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

Sí [ ] No [X]

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

República de Colombia Gobernación de Santander	FORMATO DE DECLARACIÓN DEL ORIGEN Y USO DE RECURSOS PERSONA NATURAL (CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTION)	CÓDIGO	AP-CCP-RG-83
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	09/01/2025
		PÁGINA	1 de 1

23

Bucaramanga,

El suscrito Sebastian Hernando Lozano Velasquez, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.100.955.557 de San G.I, domiciliado en San G.I Cra 16 # 10-77 actuando en mi propio nombre (o en representación de _____.), debidamente identificado declaro expresamente que:

ORIGEN Y USO DE LOS RECURSOS

1. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
2. La información que he suministrado en la propuesta y en este documento es veraz y verificable y me comprometo a mantenerla actualizada conforme sea requerida por la entidad.
3. Los recursos que se deriven del desarrollo del presente contrato no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos o actividades terroristas, ni armas de destrucción masiva.
4. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio)

Origen de los recursos:

Honorarios

En constancia de lo anterior y como manifestación de aceptación de la declaración incorporada en el presente documento, se suscribe

en la ciudad de Bucaramanga,

EL CONTRATISTA,

Firma

Nombre: Sebastian Hernando Lozano Velasquez

Cédula:

30334835

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

No.Radicación: 471112

FECHA DE RADICACIÓN: 06 07 2026

74

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]

2. TIPO DE AFILIADO: A. Individual [ ] a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]

3. RÉGIMEN: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI [ ] NO [X]

5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]

6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]

7. CÓDIGO: A1689

II. AFILIACIÓN

A. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

8. APELLIDOS Y NOMBRES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
LOZANO	VELASQUEZ	SEBASTIAN	HERNANDO

9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC

10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1100955557

11. SEXO BIOLÓGICO: M

12. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [X] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?

13. NACIONALIDAD: COLOMBIA

14. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS COLOMBIA | DEPARTAMENTO SANTANDER | MUNICIPIO SAN GIL

15. FECHA NACIMIENTO: DÍA 13 MES 10 AÑO 1989

B. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. EDAD: 6

17. COMUNIDAD INDÍGENA: SI [ ] NO [X]

18. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [X] CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD

19. TIENE ENCUESTA SISBÉN?: SI [ ] NO [X]

20. CLASIFICACIÓN SISBÉN

NIVEL

GRUPO

21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL

22. ARL: POSITIVA

23. AFP: COLPENSIONES

24. IBC: $3,300,000.00

25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: $0.00

26. RESIDENCIA

DIRECCIÓN: KR 16 # 10 - 77

TELÉFONO FIJO

TELÉFONO CELULAR: 3124363352

CORREO ELECTRÓNICO: lozanosebastian809@gmail.com

DEPARTAMENTO: SANTANDER

MUNICIPIO/ DISTRITO: SAN GIL

LOCALIDAD/COMUNA

ZONA: CABECERA MUNICIPAL [X] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]

IPS: 5002

C. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - Datos de la identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

27. APELLIDOS Y NOMBRES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

30. SEXO BIOLÓGICO

31. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?

32. NACIONALIDAD

33. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO

34. FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO

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

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO	40. SEXO IDENTIFICACIÓN	41. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS	DEPTO.	MUNICIPIO	42. FECHA DE NACIMIENTO: DÍA	MES	AÑO
01												
02												
03												
04												
05												

	Datos complementarios del Beneficiario: 43. PARENTESCO	44. EDAD	45. COMUNIDAD	46. PAÍS EXPEDICIÓN	47. TIENE ENCUESTA SISBÉN: SI	NO	48. CLASIFICACIÓN SISBÉN: NIVEL	GRUPO	49. DISCAPACIDAD: SI	NO	50. RESPONSABLE PAGANTE: S	NO	51. Datos de residencia: DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/ DISTRITO	ZONA: CABECERA MUNICIPAL	CENTRO POBLADO	RURAL DISPERSO	RESTO RURAL
01							I. II.											
02							I. II.											
03							I. II.											
04							I. II.											
05							I. II.											

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. CÓDIGO DE LA IPS DEL AFILIADO ADICIONAL	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CÓDIGO DE LA IPS (A REGISTRAR POR LA EPS)
01							
02							
03							
04							
05							

E. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

55. Nombre o razón social

56. Tipo documento de identificación: NIT [ ] CE [ ] SC [ ] PA [ ] CD [ ] AS [ ] PT [ ]

57. Número del documento de identificación

58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (A registrar por la EPS)

59. Ubicación: DIRECCIÓN | TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR | CORREO ELECTRÓNICO | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO/DISTRITO

III. REPORTE DE NOVEDADES

10. TIPO DE NOVEDAD

1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACIÓN DE LA AFILIACIÓN EN LA EPS. Código [ ]
6. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO. Código [ ]
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]

9. MOVILIDAD [ ]
   A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO
   B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO

- 0. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR PARA SEGUIR COTIZANDO [X]
- 0. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES [ ]
- 1. INSCRIPCIÓN DESPUÉS DE RETORNO AL PAÍS, 1. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]
- 2. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
- 3. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
- 4. MOVILIDAD [ ]

15. TRASLADO [ ]
   A) MISMO RÉGIMEN
   B) DIFERENTE RÉGIMEN
16. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]
21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]

IV. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

A. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: TI [ ] CC [ ] CE [ ] RC [ ] PE [ ] PT [ ]

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

62. SEXO BIOLÓGICO: M [ ]

63. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?

64. FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO

65. EPS ANTERIOR

66. FECHA DE NOVEDAD: 04 07 2026

67. MOTIVO DE TRASLADO: Código

68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

V. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) o portado(s) dependen económicamente de mí. [ ]

70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]

71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impidieron la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad [ ]

72. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]

73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga de la IPS copia de la historia clínica de cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]

74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [ ]

75. Autorizo para que la EPS realice el manejo de los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [ ]

76. a) Autorizo mi consentimiento expreso para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos. [X]
b) Autorizo/No para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los tiempos regulares. Indique si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE). [ ]

77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los aportes correspondientes. [ ]

78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas de Contribución Solidaria, según las encuestas del Sisbén vigente. [ ]

VII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: TI [ ] CC [ ] CE [ ] RC [ ] PE [ ] PT [ ]

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario directo aplique o afiliado adicional

81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] SC [ ] PA [ ] CD [ ] AS [ ] PT [ ]
Cantidad [ ] Total [ ]

83. Copia del documento de identidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]

84. Copia del registro civil de matrimonio o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]

85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. [ ]

86. Copia del certificado de nacido vivo o acta de registro civil. [ ]

87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]

88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad y el certificado de convivencia de los padres o la declaración escrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. [ ]

89. Copia de la autorización del trámite por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 781 de 2016 [ ]

90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ]

91. Copia del acto administrativo o providencia judicial en donde conste la calidad de beneficiario o que ordene la afiliación de oficio. [ ]

Total Anexos [ ]

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES

92. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL: Código del Municipio | Código del departamento

93. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

XII. DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN.

94. APELLIDOS Y NOMBRES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC [ ] CE [ ] PE [ ]

DEL FUNCIONARIO

96. FECHA DE RADICACIÓN: DÍA | MES | AÑO

97. FECHA DE VALIDACIÓN: DÍA | MES | AÑO

OBSERVACIONES

Versión 2.0 Agosto 2021

Nota: En caso de no contar con el diligenciamiento de la totalidad de la información requerida y de los documentos contenidos en el capítulo VII del formulario

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

75

Autorización de mensajes de texto. (Circular externa 000016 mayo de 2013)

Yo, SEBASTIAN HERNANDO LOZANO VELASQUEZ identificado (a) con R.C. T.I. C.C. C.E. C.C. C.D. R.C. P.E.

número 1100955557 de SAN GIL, certifico que:

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?	SÍ☐ No☐
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?	SÍ☐ No☐
3	¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SÍ☐ No☐
4	¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	SÍ☐ No☐
5	¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS?	SÍ☐ No☐

Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al teléfono celular No. 3124363352

y/o correo electrónico: lozanosebastian809@gmail.com

SÍ☐ No☐

Autorizo la entrega de la carta de Derechos y Deberes del Afiliado y carta de Desempeño, en formato electrónico. SÍ☐ No☐

Consulte la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño en el micrositio Web https://www.nuevaeps.com.co/carta-derechos-deberes

Evitando impresiones para ser amigable con el planeta SI ☐ NO ☐

Declaración juramentada de convivencia. Declaro que convivo con el(la) señor(a) _____ identificado(a) con _____ No. _____ desde el día _____ del año _____

Cordialmente,

Firma:

Tipo ID: CC No. ID: 1100955557

Fecha de Solicitud: 06/07/2026

Dirección: KR 16 # 10 - 77

Tel: 3124363352 Municipio: SAN GIL

Departamento: SANTANDER

Huella

Afiliado manifiesta que no sabe o no puede firmar autoriza a:

Firma: _____

Tipo ID: _____ No. ID: _____

Fecha (dd/mm/aaaa): _____

Dirección: _____

Tel: _____ Municipio: _____

Departamento: _____

Huella

Manifiesto con mi firma la aceptación de todas las declaraciones y términos incorporados en este formato y el consentimiento expreso previo e informado en relación con el tratamiento de mis datos personales que hará NUEVA EPS S.A. en ejecución a la política para el tratamiento de datos personales de la NUEVA EPS S.A.

Autorizaciones

En virtud de la anterior certificación, autorizo expresamente y conforme a lo dispuesto en los artículos 14 y 15 de la Ley 527 de 1999, a NUEVA EPS S.A. para que me remita información en forma de mensajes de datos, a través de mecanismos como sms -short message service -, correos electrónicos y redes sociales, relacionada con los servicios de NUEVA EPS S.A. y la carta de derecho de deberes.

Autorizo de manera expresa a NUEVA EPS S.A. y/o a la persona natural o jurídica a quien ésta encargue, para que recolecte, almacene, use, haga circular, actualice o suprima mis datos personales, para acceder a los servicios de la NUEVA EPS S.A. y para el cumplimiento de la carta de derechos y deberes.

Aviso de privacidad

Hago constar expresamente que NUEVA EPS S.A. me informó sobre los siguientes derechos que me asisten como titular de datos personales:

* Acceder los datos personales que hayan sido objeto de tratamiento conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
* Conocer, actualizar y rectificar los datos personales frente al responsable del tratamiento y al encargado del tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros datos, en relación con datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos datos cuyo tratamiento este expresamente prohibido o no haya sido autorizado.
* Solicitar prueba de la autorización otorgada al responsable del tratamiento, salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el tratamiento, de conformidad con lo previsto en el artículo 10 de la Ley 1581 de 2012.
* Ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento, previa solicitud, con respecto del uso que le ha dado a los datos personales.
* Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
* Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. La revocatoria y/o supresión procederá cuando la Superintendencia de Industria y Comercio haya determinado que en el tratamiento el responsable o encargado han incurrido en conductas contrarias a esta ley y a la constitución.

En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o complementen le informamos que usted puede conocer la política de tratamiento de los datos personales de NUEVA EPS S.A., a través de los siguientes mecanismos que ponemos a su disposición:

Sitio Web: www.nuevaeps.co

Régimen Contributivo:
Línea Gratuita: 01 8000 954400
Línea de atención en Bogotá: (601) 307 7022
Régimen Subsidiado:
Línea Gratuita: 01 8000 95 2000
Línea de atención en Bogotá: (601) 307 7051

Oficinas de atención al afiliado de NUEVA EPS S.A.
Conmutador: (601) 419 3000
Dirección Administrativa: Carrera 85k No 46A – 66 Piso 2

Sr.(a) afiliado(a), la información por usted suministrada en este formato, así como la relacionada en el formulario de afiliación y/o demás documentos anexos, serán utilizados por NUEVA EPS S.A. como responsable del tratamiento de la información únicamente para los fines específicos relacionados con la administración y prestación de servicios en salud de Plan Obligatorio de Salud, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 "Hábeas Data"; dicho tratamiento podrá implicar la trasferencia, trasmisión y/o recepción de los datos, y el cual se realizará a través de sí misma, terceros encargados de tratamiento de información o de sus aliados comerciales, para fines comerciales y para la correcta prestación del servicio, de la forma indicada en los Términos y Condiciones de cada uno de sus portales y de la Política de Confidencialidad y Protección de Datos.

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE CUYO INGRESO SEA IGUAL O SUPERIOR A 1 SMMLV

ACTIVIDAD ECONÓMICA	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	POSEE VIVIENDA PROPIA	SI		PRODUCTOR AGROPECUARIO	SI	
INDEPENDIENTE	POSITIVA	COLPENSIONES	$3300000		NO	X		NO	X

Nivel de Escolaridad									
Ninguno ☐	Secundaria ☒	Normalista ☐	Profesional ☐	Doctorado ☐	Posición Ocupacional	Patrón/Empleador ☐	Contratista ☒	Trabaja por su Cuenta ☐	
Preescolar ☐	Media académica o clásica (bachillerato básico) ☐	Técnico Profesional ☐	Especialización ☐	Último Grado	Inicio Contrato	04/07/2026	Fin Contrato		
Básico Primaria ☐	Media técnica (bachillerato técnico) ☐	Tecnológico ☐	Maestría ☐	Aprobado					

SEÑOR USUARIO: TRABAJADOR INDEPENDIENTE CONTRATISTA, RECUERDE REPORTAR LA NOVEDAD DE RETIRO EN LA PLANILLA DE PAGO A PARTIR DEL MOMENTO QUE DECIDA NO CONTINUAR CON LOS SERVICIOS DE SALUD. EL NO HACERLO LE GENERARÁ MORA HASTA LA FECHA Y NO PODRÁ VOLVER HASTA EL MOMENTO EN EL QUE REPORTE SU RETIRO AL SISTEMA. DECRETO 806 ART. 57 DE 1998 Y ART. 59 DECRETO 1406 DE 1999.

SOLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE INDEPENDIENTE PAGO POR TERCERO — Nombre del Tercero — Tipo de Identificación NIT ☐ C.C. ☐ C.E. ☐ P.A. ☐ T.I. ☐ C.D. ☐ — Identificación del Tercero que realiza el Aporte — DV

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del ASESOR o PROMOTOR	CÓDIGO ASESOR o PROMOTOR	Nombre de OFICINA	CIUDAD Y FECHA
Damaris Trujillo Centeno	A1689		

76

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **SEBASTIAN HERNANDO LOZANO VELASQUEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1100955557,** se encuentra afiliado/a desde **28/07/2022** 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 2026.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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.

Bancolombia

www.bancolombia.com.co

77

San Gil Julio 06 de 2026

BANCOLOMBIA S.A. informa que, a la fecha de emisión de este certificado **SEBASTIAN HERNANDO LOZANO VELASQUEZ**, identificado con cedula de ciudadania **1100955557** posee los siguientes productos:

Producto	N.º Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA AHORROS	322-000005-62	2020/09/21	ACTIVA

***Importante:** esta certificación solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la información de esta constancia, puede comunicarse a la línea de atención al cliente en: Bogotá: (601) 343 00 00, Medellín (604) 510 90 00, Cali (602) 554 05 05, Barranquilla (605) 361 88 88, Cartagena (605) 693 44 00, Bucaramanga (607 697 25 25, Pereira (606) 340 12 13, a nivel nacional: 018000912345; desde España: 900 995 717 y Estados Unidos: 1866 379 9714. Defensor del Consumidor Financiero: María Adelayda Calle Correa, de lunes a viernes entre 8:00 a.m. a 12 p.m. y 2:00 p.m. a 5:00 p.m. línea gratuita 01 8000 52 2622, teléfonos (604) 3561225, correo electrónico defensor@bancolombia.com.co, o en la: Carrera 48 #18 A 14, Edificio FIC48, Piso 11, Medellín.

Bancolombia

Powered by CamScanner