Miranda, Cauca septiembre de 2026

Doctor:

WALTER ZUÑIGA BARONA

Asunto: Presentación Propuesta y Documentos Para Contrato de Prestación de Servicios como Orientador.

Cordial saludo,

Por medio de la presente me permito presentarle mi propuesta para el asunto en mención de acuerdo al siguiente objeto:

PRESTAR SERVICIOS DE APOYO EN LA GESTIÓN PARA ORIENTAR, CONTROLAR Y DIRECCIONAR A LOS USUARIOS Y/O PÚBLICO EN GENERAL, RESPECTO DE LA FORMA QUE SE PRESTAN LOS SERVICIOS, TRAMITES Y TODAS AQUELLAS ACTIVIDADES QUE PODRÁN REALIZAR EN LAS INSTALACIONES DE LA ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL".

Actividades a realizar:

A. Informar sobre los medios electrónicos y/o canales para atender peticiones y/o solicitudes de las diferentes dependencias y oficinas de administración municipal.
B. Informar sobre el horario de atención al público en las diferentes dependencias y oficinas de la administración municipal.
C. Brindar información adecuada y precisa a los usuarios y/o público en general que se acerque a las instalaciones de la administración municipal, sobre los trámites y servicios que se prestan en las diferentes dependencias y oficinas.
D. Orientar al público de la ubicación de las diferentes dependencias y oficinas de la administración municipal.
E. Coadyuvar con las labores de aseo e higiene del sitio de trabajo en las instalaciones que le sea asignado.
F. Realizar actividades de enlucimiento y mejoramiento del entorno según instrucciones del supervisor
G. Cumplir sus obligaciones frente al Sistema de Seguridad Social conforme lo dispone el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y artículo 23 de la Ley 1150 de 2007 y demás normas que las modifiquen, aclaren o adicionen.
H. Atender todos los requerimientos que el supervisor del contrato realice respecto del servicio contratado.
I. Actuar con eficacia y responsabilidad en la ejecución de las actividades objeto del contrato y conexas al mismo.
J. Mantener y guardar reserva de la información de que conozca con ocasión a la ejecución del contrato, excepto cuando sea requerida por las autoridades competentes o persona autorizada.
K. Reportar oportunamente cualquier novedad o situaciones de emergencia y riesgos que se presenten en el área o lugar de desarrollo de sus actividades contractuales.

L. Informar oportunamente al supervisor del contrato sobre cualquier eventualidad que pueda sobrevenir y que afecte el desarrollo del contrato.
M. No ceder todo o parte del contrato ni subcontratar sin autorización previa y escrita del Municipio.
N. Las demás actividades que designe el supervisor del contrato, que se encuentren directamente relacionadas con el objeto contractual.

PLAZO DEL CONTRATO HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2026

VALOR DE LA OFERTA

Esta oferta tiene un valor de **SEIS MILLONES NOVECIENTOS TREINTA MIL PESOS ($6.930.000) M/CTE**.

FORMA DE PAGO

El pago respectivo del contrato se realizará **en cuatro (04) cuotas,** una CUOTA por un valor de SEISCIENTOS TREINTA MIL PESOS MCTE ($630.000), LAS TRES CUOTAS RESTANTES CADA UNA POR UN VALOR DE DOS **MILLONES CIEN MIL PESOS ($2.100.000) M/CTE**

Atentamente,

HECTOR FABIO BERMEO MUÑOZ

CC 16.282.398 EXPEDIDA EN PALMIRA VALLE

DEPARTAMENTO DEL CAUCA

MIRANDA-CAUCA

INSTITUCION EDUCATIVA TECNICO EL ORTIGAL

SEDE PRINCIPAL INSTITUTO TECNICO EL ORTIGAL

RESOLUCION No. 0482 DE ABRIL DE 2004

NIT. 891.501.593-9

CODIGO DANE: 219455000370

EL SUSCRITO RECTOR DE LA INSTITUCION EDUCATIVA TECNICO EL ORTIGAL MIRANDA-CAUCA

C E R T I F I C A N

QUE: HECTOR FABIO BERMEO X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.XX.X. CURSÓ Y APROBÓ EN ESTE PLANTEL EDUCATIVO EL GRADO ONCE (11o.) DEL NIVEL DE EDUCACIÓN MEDIA, MODALIDAD COMERCIAL Y LAS CALIFICACIONES CON LA DISTRIBUCION ACADÉMICA EINTENSIDAD HORARIA SEMANAL ASI.

GRADO: ONCE (11o.) AÑO LECTIVO: 1986-1987

AREAS Y/O ASIGNATURAS	I.H.	DEFINITIVA DE LAS AREAS	
		NUMEROS	LETRAS
CIENCIAS NATURALES(FÍSICA-QUIMICA)	7	6.9	SEIS PUNTO NUEVE
CIENCIAS SOCIALES	3	7.6	SIETE PUNTO SEIS
EDUCACION ESTÉTICA	1	7.4	SIETE PUNTO CUATRO
EDUCACION FÍSICA	2	8.2	OCHO PUNTO DOS
EDUCACION RELIGIOSA	1	6.3	SEIS PUNTO TRES
ESPAÑOL Y LITERATURA	4	6.7	SEIS PUNTO SIETE
IDIOMA EXTRANJERO	3	6.9	SEIS PUNTO NUEVE
MATEMÁTICAS	3	6.1	SEIS PUNTO UNO
LEGISLACIÓN COMERCIAL Y LABORAL	5	7.1	SIETE PUNTO UNO
ECONOMIA POLITICA	2	7.4	SIETE PUNTO CUATRO
CONTABILIDAD	1	7.4	SIETE PUNTO CUATRO
FILOSOFIA	3	6.4	SEIS PUNTO CUATRO
DISCIPLINA Y COMPORTAMIENTO		8.2	OCHO PUNTO DOS

SEGÚN LAS CALIFICACIONES ANTERIORES EL ESTUDIATE FUE PROMOVIDO

Para constancia se firma en el Ortigal Miranda-Cauca a los 17 dias del mes de Junio de 2019

Institución Educativa Técnico El Ortigal Rectoría

Mg. CESAR AUGUSTO MORIEGA AGUDELO
RECTOR

Institución Educativa Técnico El Ortigal Secretaria Academica

MIRYAM AMPARO CHATE
SECRETARIA ACADEMICA

SALCHIPAPAS ALEXX

CERTIFICACIÓN LABORAL

Ortigal, Cauca, 1 de septiembre de 2026

A QUIEN INTERESE:

Por medio de la presente, yo, **ALEXANDRA CABRERA BERMEO**, en calidad de responsable de **SALCHIPAPAS ALEXX**, certifico que el señor **HÉCTOR FABIO BERMEO MUÑOZ**, identificado con cédula de ciudadanía No. **16.282.398**, se encuetraba laborando conmigo, desempeñando el cargo de **VIGILANTE**, durante aproximadamente **un (1) año**.

Durante el tiempo que laboró conmigo, demostró responsabilidad, compromiso y cumplimiento en las labores asignadas.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado para los fines que estime convenientes.

Atentamente,

Alexandra Cabrera B

ALEXANDRA CABRERA BERMEO
Responsable
Salchipapas Alexx
Ortigal, Cauca

EL LIQUIDADOR DE AGROINDUSTRIAS DEL CAUCA S.A. EN LIQUIDACIÓN JUDICIAL
NIT. 900.150.942

A QUIEN INTERESE,

CERTIFICA

Que en los registros contables y de nómina se encuentra la siguiente persona; con el siguiente contrato:

Trabajador	HECTOR FABIO BERMEO MU?OZ
Cédula de ciudadanía	16.282.398
Ficha	78296
Cargo	Empacador Familiar
Área	Division Fabrica
Tipo de contrato	TERMINO INDEFINIDO
Salario básico mensual	$1.750.905
Fecha de ingreso	1 de agosto de 2025
Fecha de retiro / liquidación	18 de junio de 2026
Causa de retiro	INICIO DE PROCESO DE LIQUIDACIÓN DE CONTRATO

AFILIACIONES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

Se certifica que, conforme al sistema de nómina, el trabajador se encontraba afiliado a las siguientes entidades:

Entidad Promotora de Salud (EPS)	S.O.S. SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.
Fondo de pensiones	COLPENSIONES
Fondo de cesantías	PORVENIR PENSION Y CESANTIAS

Además de esta certificación se envía la liquidación del contrato de trabajo que se expide con base en los registros preliminares que reposan en su historial laboral y la base de datos de la empresa.

No obstante, toda la información contractual, tiempos de servicio, deudas, salarios y acreencias laborales definitivas, quedan sujetas a un proceso riguroso de revisión, verificación y rectificación.

Para constancia, se expide en la ciudad de Cali, a los veintiún (21) días del mes de julio de 2026.

RODRIGO DE JESÚS TAMAYO CIFUENTES
Liquidador -
AGROINDUSTRIAS DEL CAUCA S.A.
NIT 900.150.942
EN PROCESO DE LIQUIDACIÓN

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 viernes 28 de agosto de 2026, a las 11:53:16, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	16282398
Código de Verificación	16282398260828115316

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

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 302007087

M
11:54:52

Bogotá DC, 28 de agosto 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) HECTOR FABIO BERMEO MUÑOZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 16282398:

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.

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 02:50:19 PM horas del 28/08/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **16282398**

Apellidos y Nombres: **BERMEO MUÑOZ HECTOR FABIO**

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

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, 28/08/2026 12:04:31 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **16282398** y Nombre: **HECTOR FABIO BERMEO MUÑOZ.**

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. **146593155** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

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 16282398 **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 28/08/2026 11:50 AM

Código Verificación: **RXW28MASPY**

Válida hasta: **26/11/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

SOS Servicio Occidental de Salud

No. De Radicado	Fecha de Radicado
	21/08/2026

I. Datos del tramite

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

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

A. AFILIACION

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

8. Apellidos y Nombres			
Primer Apellido: Bermeo	Segundo Apellido: Muñoz	Primer Nombre: Hector	Segundo Nombre: Fabio

9. Tipo de Documento de Identidad	10. N° de Documento de Identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CC	16282398	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál ☐	Colombiana

14. Lugar de nacimiento						15. Fecha de nacimiento
País	Colombia	Departamento	Cauca	Municipio	Puerto Tejada	30/01/1968

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

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

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensión	24. Ingreso Base de Cotización-IBC	25. Tarifa contribución solidaria
		1.750.905	

26. Residencia			
Dirección: Urb Los Cauca Puesto Tejada	Teléfono: 3203011428	Correo Electrónico: Fabio Bermeo 30@gmail.com	Departamento: Cauca Municipio/Distrito: Puesto Tejada

Zona: Cabecera municipal ☐ Rural disperso ☐ Centro Poblado ☐ Resto rural ☒

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

27. Apellidos y Nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

28. Tipo de Documento de Identidad	29. N° de Documento de Identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál ☐	

33. Lugar de nacimiento						34. Fecha de nacimiento
País		Departamento		Municipio		

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

35. Apellidos y Nombres				
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo Documento	37. N° documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico		40. Sexo identificación						41. Lugar de nacimiento			42. Fecha de Nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	Otro	Cuál	País	Departamento	Municipio	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos Complementarios del beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45.Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBEN		48. Clasificación SISBEN		49. Discapacidad			50.Incapacidad permanente	
					Si	No	Nivel	Grupo	Si	No	Categoría de discapacidad	Si	No
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de Residencia

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

	Dirección	Localidad /Comuna	Correo electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	Fundacion pro pal	80066
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

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

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

59. Ubicación

Dirección: | Teléfono: | Correo Electrónico: | Departamento: | Municipio/Distrito:

B. REPORTE DE NOVEDADES

ipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de Identificación.
2. Corrección de datos básicos de Identificación.
3. Actualización del documento de identidad.
4. Actualización y corrección de datos complementarios.
5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código ☐
6. Reporte de pago a través de un tercero Código ☐
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
10. Terminación de relación laboral o perdida de condiciones para seguir cotizando.
11. Inscripción EPS retorno al país
12. ☐ Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
13. ☐ Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
14. ☐ Movilidad: A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado ☐
15. ☐ Traslado: A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen ☐
16. ☐ Reporte de Fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia
17. ☐ Reporte del tramite de protección al cesante.
18. ☐ Reporte de la calidad de pre-pensionado.
19. ☐ Reporte de la calidad de pensionado.
20. ☐ Ingreso a Contribución Solidaria.
21. ☐ Retiro de Contribución Solidaria

)ATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

)atos Básicos de Identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

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

'S anterior	**66. Fecha de novedad** DD/MM/AAAA	**67. Motivo de traslado Código:**	**68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones**

)ECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios
72. Declaracion de no internacion del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
76. Autorización para que la EPS envíe información [redacted] correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente

ONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

dos y nombres	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

e Documento de identidad:	**Número del documento de identidad:**

:MAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	**81.** Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

EXOS

2. Anexo copia del documento de identidad: CN ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ CD ☐ SC ☐ PT ☐
cantidad de documento de indentidad anexos

3. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.

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

. 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.

. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.

Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.

Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres

Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016.

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

Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

Total Anexos ☐

'S DE LA ENTIDAD TERRITORIAL y/o INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

ícación de la Entidad Territorial Municipio / Código del Departamento	**93. Nombre de la Institución**
☐ / ☐	

DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

los y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

de Documento de Identidad	**Numero de Documento de Identidad**	**95. Firma del funcionario**

e radicación DD/MM/AAAA	**97. Fecha de validación** DD/MM/AAAA

ONES:

Codigo Asesor 316

ue con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario

SOS Servicio Occidental de Salud	ANEXO FORMULARIO DE AFILIACIÓN PBS	Código: FT-GEC-AF-010 Versión: 1 Fecha de actualización:

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

Inicio vigencia del afiliado	3	1	0	8	2	0	2	6	Código Asesor	316	Sucursal	17	Ciudad/Municipio	Puerto Gaitán

CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

Autorizo la entrega de la Carta de Derechos y Deberes y la Carta de Desempeño en formato electrónico? SI X NO ____

Correo Electrónico: Fabio bermeo 30@gmail.com

ENCUESTA DE ENTREGA DE CARTILLA

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

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

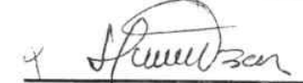
AUTORIZACION TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Los datos personales recopilados a través de este formulario serán utilizados en cumplimiento a la Ley Estatutaria 1751 del 2015, en consecuencia, la utilización de estos datos se limita exclusivamente a la prestación del servicio de salud y a las actividades derivadas de este servicio. Esto incluye el envío de comunicaciones por cualquier medio físico, comunicación convencional, otros medios de mensajería instantánea, bots y la incorporación de tecnologías emergentes que permitan mejorar la comunicación para la protección de sus derechos del afiliado y su grupo familiar. Adicionalmente, los datos personales se utilizarán para el cumplimiento de nuestras obligaciones legales, tales como la entrega de información a organismos y entidades de control, el acceso a datos de otros actores del SGSSS para la prestación de servicios de salud, el cumplimiento de deberes normativos vigentes y la actualización de datos relacionados con los servicios proporcionados por los proveedores de salud. También se utilizarán para llevar a cabo actividades de promoción y prevención, vacunación y otras acciones derivadas de nuestras responsabilidades en el Sistema de Salud, conforme a la normativa aplicable. Para lo anterior, la organización podrá emplear tecnologías emergentes para optimizar el procesamiento y análisis de los datos, sin que esto implique la generación de decisiones automatizadas.

Al marcar la casilla de aceptación, usted autoriza el uso de sus datos personales para: Realizar comunicaciones con fines comerciales, de mercadeo, ventas y mejora de la experiencia del usuario, a través de diversos medios físicos, virtuales y/o telefónicos, como correo electrónico, mensajes de texto (SMS/MMS), mensajes de voz, WhatsApp, redes sociales y otros canales que resulten útiles para promocionar productos o servicios de la EPS, así como los de sus aliados comerciales y estratégicos; Transmitir datos a nivel nacional o internacional a terceros, de acuerdo con la normatividad vigente y para las finalidades previamente autorizadas; Llevar a cabo investigaciones de mercado, analizar el perfil comercial o transaccional de los titulares de los datos, realizar telemercadeo, elaborar encuestas de satisfacción y llevar a cabo entrevistas de opinión; Compartir información personal no sensible con aliados comerciales o estratégicos mediante transferencias, para que estos puedan utilizarla para las mismas finalidades autorizadas en esta Política; Realizar estudios técnicos, estadísticos, encuestas, análisis de tendencias de mercado y cualquier otro estudio relacionado con el sector o la prestación de servicios; Crear bases de datos de acuerdo con las características y perfiles de las personas, conforme a lo establecido en la ley; Utilizar los datos para mejorar la implementación de procesos y la prestación de servicios o productos adquiridos u ofrecidos; Realizar procesos de análisis de datos y big data con el fin de optimizar la prestación de servicios y alcanzar los objetivos estratégicos de la organización.

Si usted decide no marcar la casilla de aceptación, sus datos serán actualizados y utilizados únicamente para garantizar la prestación del servicio de salud y las actividades derivadas de este, incluida la operación del Programa de Equipos Básicos de Salud de conformidad con la Ley Estatutaria 1751 del 2015 y el Decreto 780 del 2016, con el fin de no afectar o impedir el ejercicio de su derecho a la salud. Para conocer nuestra Política de Tratamiento de Datos Personales y cómo ejercer sus derechos de acceso, rectificación, actualización y supresión, visite www.sos.com.co.

SI [X] NO [ ]

Firma del Cotizante: 

C.C. N° 16282 398

Declaración de Convivencia

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

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

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **HECTOR FABIO BERMEO MUÑOZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **16282398,** se encuentra afiliado/a desde **01/10/1995** 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 28 de agosto de 2026.

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.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario 141273804376

(415)7707212489984(8020) 000014127380437 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 1 6 2 8 2 3 9 8 | 6. DV 3

12. Dirección seccional: Impuestos y Aduanas de Popayán

14. Buzón electrónico

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 6 2 8 2 3 9 8

27. Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Palmira 5 2 0

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
BERMEO	MUÑOZ	HECTOR	FABIO

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cauca 1 9	Miranda 4 5 5

41. Dirección principal: CR 4 5 30 VDA EL ORTIGAL BRR CLUB DE LEONES

42. Correo electrónico: fabiobermeo30@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1: 3 2 0 3 0 1 1 4 2 8

45. Teléfono 2

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
8 2 9 9	2 0 2 6 0 6 0 1					

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros																				Exportadores					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código																						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 [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 1 61. Fecha 2026-09-01 / 11:45:53AM

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: 16282398

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada.

984. Nombre MONTAÑO NARANJO CESAR EDUARDO

985. Cargo Gestor I

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO