	FORMATO AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS GESTIÓN CONTRACTUAL **F- CAM-447. Versión 1. Agosto 18 de 2026.**

La CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DEL ALTO MAGDALENA (CAM), en calidad de Responsable del Tratamiento de Datos Personales, y en cumplimiento de la Ley Estatutaria 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 (compilado en el Decreto Único Reglamentario 1074 de 2015), la Ley 80 de 1993, la Ley 1150 de 2007 y demás normas que regulan la contratación estatal, requiere la autorización previa, expresa e informada del Titular para el Tratamiento de sus datos personales, exclusivamente en el marco de los procesos de contratación que adelante la Corporación.

1. IDENTIFICACIÓN DEL TITULAR

Nombres y apellidos / Razón social:	**Tipo de documento / NIT:**	**Número:**
Victoria Paez Lugo	Cedula	1007464133
Correo electrónico:	**Teléfono / celular:**	**Ciudad / municipio:**
paezv8371@gmail.com	3125466056	Garzón - Huila

Calidad en la que actúa (proponente / contratista / representante legal / integrante de consorcio o unión temporal / veedor / interventor / supervisor, etc.):

Contratista

Proceso de contratación: _____

2. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO EN CONTRATACIÓN DE PRESTACIÒN DE SERVICIOS

Los datos personales suministrados serán utilizados única y exclusivamente para las siguientes finalidades relacionadas con el ciclo contractual:

- [x] Verificación de requisitos habilitantes y evaluación de la oferta o propuesta (jurídicos, técnicos, financieros y de experiencia).
- [x] Consulta en listas restrictivas, vinculantes y de riesgo como medidas de debida diligencia en el marco de las acciones establecidas en el Sistema de Gestión de Riesgos de Integridad- (SIGRIP).
- [x] Elaboración, perfeccionamiento, legalización y ejecución del contrato o convenio, incluida la verificación de la afiliación a seguridad social y ARL, cuando aplique.
- [x] Supervisión e interventoría del contrato, incluyendo reportes de avance, informes y comunicaciones oficiales.
- [x] Publicación de la información contractual en el Sistema Electrónico de Contratación Pública (SECOP I / II) y demás plataformas de publicidad exigidas por la ley.
- [x] Trámites de pago, facturación electrónica (cuando aplique) y reportes ante entidades de control (Contraloría, Procuraduría, DIAN, entre otras).
- [x] Aprobación de garantías, gestión de siniestros (cuando aplique) y demás trámites accesorios al contrato.
- [x] Atención de reclamaciones, PQRSD y trámites derivados de la relación contractual.

	FORMATO AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS GESTIÓN CONTRACTUAL **F- CAM-447. Versión 1. Agosto 18 de 2026.**

3. ALCANCE Y RESTRICCIÓN DE USO

El Titular entiende y acepta que la presente autorización se limita estrictamente al proceso de contratación identificado en el numeral 1 y a las actuaciones que de él se deriven (etapa precontractual, contractual y postcontractual, incluida la liquidación del contrato y la conservación documental conforme a las Tablas de Retención Documental de la CAM). Esta autorización no habilita el uso de los datos para finalidades comerciales, publicitarias o distintas a las aquí señaladas.

4. DERECHOS DEL TITULAR

De conformidad con el artículo 8 de la Ley 1581 de 2012, el Titular podrá conocer, actualizar y rectificar sus datos, solicitar prueba de la autorización, ser informado sobre el uso dado a la información, presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio, y solicitar la revocatoria de la autorización o la supresión del dato cuando no exista un deber legal o contractual que lo impida (p. ej. obligaciones de conservación documental propias de los procesos de contratación estatal).

5. DECLARACIÓN Y OTORGAMIENTO DE LA AUTORIZACIÓN

Declaro que he sido informado(a) de manera previa, clara y suficiente sobre la finalidad del Tratamiento de mis datos personales en el marco del proceso de contratación señalado, y que dicha información es veraz y ha sido suministrada de forma libre y voluntaria.

■ SÍ autorizo a la CAM el Tratamiento de mis datos personales para las finalidades descritas, exclusivamente en el marco de este proceso de contratación.

☐ NO autorizo a la CAM el Tratamiento de mis datos personales.

En constancia de lo anterior, se firma el presente documento en la ciudad de Garzón - Huila, a los 15 días del mes de septiembre de 2026.



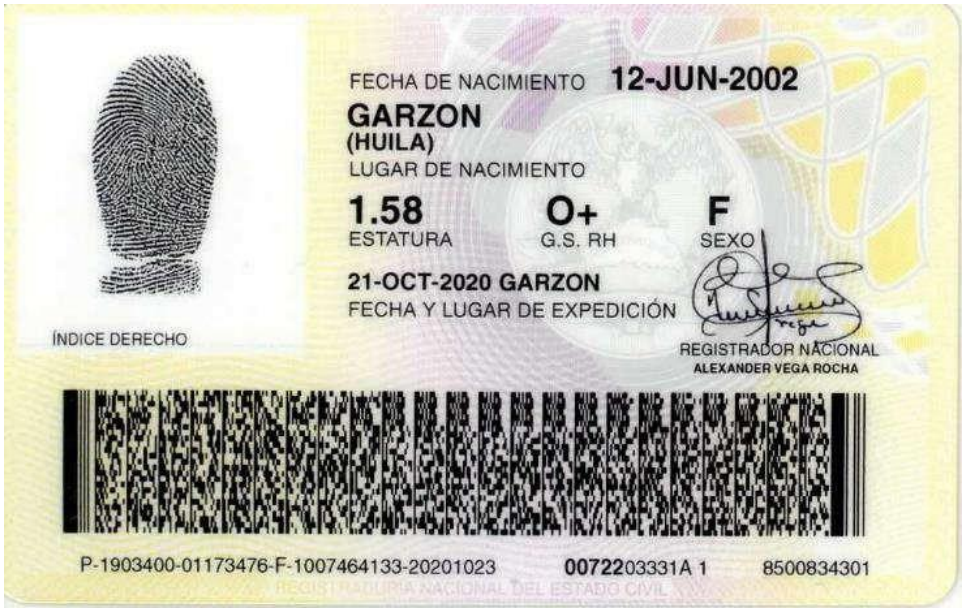
Firma del Titular / Proponente / Contratista / Representante legal/ Funcionario

Nombre: Victoria Paez Lugo_____

C.C. / NIT No.: 1007464133 _____

Nota: Este formato debe anexarse a la oferta, propuesta o carpeta contractual correspondiente y archivarse conforme a las Tablas de Retención Documental vigentes de la CAM.


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NÚMERO 1.007.464.133
PAEZ LUGO
APELLIDOS
VICTORIA
NOMBRES
FIRMA
REPUBLICA DE COLOMBIA
REPUBLICA DE COLOMBIA

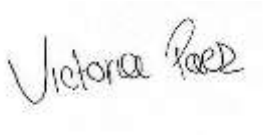

ÍNDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO 12-JUN-2002
GARZON
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.58
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
21-OCT-2020 GARZON
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA
P-1903400-01173476-F-1007464133-20201023
0072203331A 1
8500834301
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

DECLARACIÓN BAJO JURAMENTO DE NO ESTAR INCURSO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

Yo Victoria Paez Lugo, identificado con cedula de ciudadanía No. 1007464133 de Garzón - Huila, declaro bajo la gravedad de juramento que no me encuentro incurso dentro de las causales de inhabilidades e incompatibilidades o prohibiciones indicadas en los artículos 8 y 9 de la Ley 80 de 1993, el artículo 18 de la Ley 1150 de 2007, el artículo 127 de la Constitución Política y demás normas vigentes sobre la materia, como tampoco en ninguno de los eventos de prohibiciones especiales para contratar con el estado.

Se expide en Garzón – Huila, a los 14 días del mes de septiembre del 2026.

Atentamente,



Victoria Paez Lugo
C.C. 1007464133 de Garzón - Huila.

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 302685391

PIB
21:13:36

Bogotá DC, 09 de septiembre 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) VICTORIA PAEZ LUGO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1007464133:

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 Politica 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.

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 miércoles 09 de septiembre de 2026, a las 18:31:42, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1007464133
Código de Verificación	1007464133260909183142

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 09:16:35 PM horas del 09/09/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1007464133**

Apellidos y Nombres: **PAEZ LUGO VICTORIA**

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

Todos los derechos reservados.

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, 09/09/2026 09:18:57 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1007464133** y Nombre: **VICTORIA PAEZ LUGO.**

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. **147374091** . 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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario 14823329514

(415)7707212489984(8020) 000001482332951 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 0 7 4 6 4 1 3 3	9	Impuestos y Aduanas de Neiva 1 3	

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 0 0 7 4 6 4 1 3 3	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Huila 4 1	Garzón 2 9 8

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
VICTORIA	LUGO	PAEZ	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Huila 4 1	Garzón 2 9 8

41. Dirección principal
CL 11 # 1 A - 38 E AP 201

42. Correo electrónico paezv8371@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 2 5 4 6 6 0 5 6	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
0 0 8 1	2 0 2 2 0 1 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 2 0																									

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2022-04-15 / 03:54:19PM

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 VICTORIA LUGO PAEZ

985. Cargo Contribuyente

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

CAM

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
Paez	Lugo	Victoria

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1007464133

GENERO: F (X) M ( ) NB ( )

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( )

PAÍS: COLOMBIA

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 12 MES 06 AÑO 2002

PAÍS COLOMBIA

DEPTO HUILA

MUNICIPIO GARZÓN

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 11 1A 38 ESTE

PAÍS COLOMBIA DEPTO HUILA

MUNICIPIO GARZÓN

TELÉFONO 3214768874 EMAIL paezv8371@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											*TÍTULO OBTENIDO*	EDUCACION MEDIA		
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	2019
										X				

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).

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO*		*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN*		*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
		SI	*NO*		*MES*	*AÑO*	
PREGRADO	10	X		DERECHO	12	2025	467641

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*

FORMATO COMPLETO

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

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
ESPAÑOL			X			X			X

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD FISCALIA GENERAL DE LA NACION			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3214108906	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	25	*Mes*	06	*Año*	2025	*Día*	01	*Mes*	12	*Año* 2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO ADMINISTRATIVO (PASANTE)	*DEPENDENCIA* DIRECCION DE ATENCION AL USUARIO,				*DIRECCIÓN* CALLE 19 33 2 Edificio Mid - Point						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD ABOGADA SONIA YAZMIN ABELLA RIOS			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO HUILA	*MUNICIPIO* GARZÓN				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3102118876	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*				
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2024	*Día*	31	*Mes*	12	*Año* 2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASISTENTE JURIDICO	*DEPENDENCIA* "JURIDICA"				*DIRECCIÓN* CARRERA 7 9 34 Garzón						

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	5
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO X 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 Garzón - Huila, 15 septiembre 2026

Victoria Paez Lugo

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

9 **OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS**

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

Neiva(H); 15 de septiembre 2026

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

La República de Colombia

y en su nombre

El Colegio

Gimnasio Minuto de Dios

Garzón - Huila

Licencia de Funcionamiento según Resolución No. 2420
del 30 de Mayo de 2013 Emanada de la Gobernación del Huila
Secretaría de Educación.

Confiere a:

Victoria Paez Lugo

T.I. No. 1.007.464.133 de Garzón, Huila

El Certificado de

Bachiller Básico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Básica Secundaria, según los planes y programas vigentes que lo habilita para continuar la Educación Media o acceder al Servicio Especial de Educación Laboral de acuerdo al Decreto No. 1860 del 3 de Agosto de 1994

Acta No. 18 Folio No. 39 de Noviembre 30 de 2017

Dado en Garzón- Huila, el día 30 de Noviembre de 2017

Gimnasio Minuto de Dios
Garzón, Huila
Colombia

Lic. Maribel Trujillo Vargas
C.C. 55.065.234 de Garzón, Huila
Rectora

Norma Inés Ortiz Polo
C.C. 55.057.199 de Garzón (H)
Secretaria

No requiere registro de la Secretaría de Educación, según Decreto 921 del 6 de mayo de 1994
y 2150 del 5 de Diciembre de 1995 de la Presidencia de la República

La República de Colombia

y en su nombre

El Colegio

Gimnasio Minuto de Dios

Garzón - Huila

Licencia de Funcionamiento según Resolución No. 2420
del 30 de Mayo de 2013 Emanada de la Gobernación del Huila
Secretaría de Educación.

Confiere a:

Victoria Páez Lugo

T.I. No. 1.007.464.133 de Garzón, Huila

El Título de

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al
nivel de Educación Media Académica, según los planes
y programas vigentes

Libro de Registro Interno de Diplomas 01

Acta General de Graduación No. 12 Folio No. 230

Dado en Garzón - Huila, el día 23 de Noviembre de 2019

Lic. Maribel Trujillo Vargas
C.C. 55.065.234 de Garzón, Huila
Rectora

Norma Inés Ortiz Polo
C.C. 55.057.199 de Garzón (H)
Secretaria

No requiere registro de la Secretaría de Educación, según Decreto 921 del 6 de mayo de 1994
y 2150 del 5 de Diciembre de 1995 de la Presidencia de la República

UNIVERSIDAD MILITAR
NUEVA GRANADA

UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA

En consideración a que:

Victoria Paez Lugo

C.C. 1.007.464.133 expedida en Garzón

Ha cumplido con todos los requisitos exigidos, le confiere el título de

Abogada

En constancia se firma el presente Diploma en Bogotá, D.C. a los 9 días del mes de abril de 2026.

Rector

Vicerrectora Académica

Decano

Jefe Div. Admisiones, Registro y Control Académico
Acta No. 09091
Registro No. 09091

Registro oficial
Anotado al Folio 282 Libro 11
Bogotá D.C. República de Colombia
Día 9 Mes abril Año 2026

UNIVERSIDAD MILITAR
NUEVA GRANADA

Creación Decreto 84 de 23 de enero de 1980, reconocimiento institucional Resolución 12975 de 23 de julio de 1982
del Ministerio de Educación Nacional, personería jurídica Ley 805 de 11 de abril de 2003

Acta de Grado Nº 09091

En Bogotá, D.C., a los nueve (09) días del mes de abril de 2026, la Rectoría de la **Universidad Militar Nueva Granada,** teniendo en cuenta que la Facultad de Derecho por intermedio de su Decano, y la División de Registro Académico por intermedio de su jefe, han informado que,

Victoria Paez Lugo

C.C. 1.007.464.133 de Garzón

Cumplió satisfactoriamente con los requisitos académicos, las exigencias establecidas en los reglamentos internos de la Institución y las normas legales pertinentes, resuelve, en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación Nacional, le confiere el título de:

Abogada

Quedando registrado su diploma y acta de grado en el libro 11, Registro 09091.

Para constancia de lo anterior y en cumplimiento de lo establecido en el articulo 7° el Decreto N° 2725 del 10 de octubre de 1980, firman los que en ella intervinieron.

Mayor General (R) Javier Alberto Ayala Amaya, Ph.D.
Rector

Ingeniera Carol Eugenia Arevalo Daza
Vicerrectora Académica

Ingeniero Daniel A. Alarcón Sáenz, MSc.
Jefe Div. Admisiones, Registro y Control Académico

Doctor Andrés González Serrano, Ph.D.
Decano

Bogota D.C., 05 de Diciembre de 2025

Hace constar que la estudiante **VICTORIA PAEZ LUGO**, identificado con C.C. No. 1007464133 del programa de Derecho de la Universidad MILITAR NUEVA GRANADA fue designado como PRACTICANTE AD HONOREM en la UNIDAD DE INTERVENCION TEMPRANA DE DENUNCIAS, DIRECCION SECCIONAL DE FISCALIAS y realizó práctica desde Junio 25 hasta 01 de diciembre -2025 por el término de 840 horas, de acuerdo a la resolución de prácticas "Por medio de la cual se designa un practicante ad honorem No. 1463 del 24 de Junio de 2025" las funciones realizadas por el estudiante en su práctica se relacionan a continuación:

1. Realizar filtro de las noticias criminales.
2. Valido y tipifico en SICECON.
3. Gestiono la plataforma SUIP.

Atentamente,

DIBIA OLAYA ZAMBRANO
ASESOR III de Atención al Usuario, Intervención Temprana de Denuncias y Asignaciones
Dirección Seccional de Bogotá
Fiscalía General de la Nación
Calle 19 No. 33-02 L 2

SONIA YASMIN ABELLA RIOS
ABOGADA DERECHO DE FAMILIA, LABORAL Y CIVILES
UNIVERSIDAD LIBRE – BOGOTÁ
CRA 7 N. 9 -34 GARZÓN
CEL. 3102118876 EMAIL: abellasonia711@gmail.com

CERTIFICACIÓN

SONIA YAZMIN ABELLA RIOS

ABOGADA LITIGANTE

En virtud de que la señora VICTORIA PAEZ LUGO, mayor y vecino de Garzón, identificada con la C.C. N. 1007464133 de Garzón, mediante la modalidad de contrato de prestación de servicios, se contrató con este despacho desde el día 01 de Enero de 2024 y hasta el día 31 de diciembre de 2024, como asistente judicial con el objeto de revisar informes, redactar demandas, vigilancia de procesos, sustentación de alegatos, presentación de conciliaciones, gestionar y brindar asesoría jurídica en asuntos ambientales y administrativos, elaborando y revisando actos administrativos, conceptos jurídicos, respuestas a derechos de petición, quejas y requerimientos, seguimiento a procesos sancionatorios, así como convenios y contratos, revisión en segunda instancia, alistamiento y propuestas de diligencias, por tanto se procede a certificar que:

VICTORIA PAEZ LUGO

Desempeñó como asistente judicial. Siendo su desempeño optimo y conforme lo esperado viendo en ella cualidades de liderazgo, inteligencia, conocimiento.

Que, por lo anterior, recibió como contraprestación u honorarios la suma de SIETE MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($7.800.000) que fueron cancelados mensualmente.

La terminación de su contrato debió a su propia solicitud.

Se suscribe en Garzón, por petición de la interesada el día 6 de enero de 2025



SONIA YAZMIN ABELLA

ABOGADA

Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

REPÚBLICA DE COLOMBIA
CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA
TARJETA PROFESIONAL DE ABOGADO



Apellidos:
PAEZ LUGO

Nombres:
VICTORIA

Cédula Ciudadanía
1007464133

Universidad:
UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA

N.º TPA 467641

Fecha de expedición credencial:
08/09/2026

Fecha de grado:
09/04/2026

Información de domicilio profesional:

Correo electrónico:

paezv8371@gmail.com

Departamento, ciudad:

GARZON - HUILA

Dirección de oficina:

CALLE 11 # 1 A 38 E

Teléfono de oficina:

3214768874 - 3125466056

CERTIFICADO N.°: 1112025

EL DIRECTOR DE LA UNIDAD DE REGISTRO NACIONAL DE ABOGADOS Y AUXILIARES DE LA JUSTICIA DEL CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA

CERTIFICA

Que de conformidad con las normas vigentes, le corresponde al Consejo Superior de la Judicatura regular, organizar y llevar el Registro Nacional de Abogados y expedir la correspondiente Tarjeta Profesional de Abogado, duplicados y cambios, previa verificación del cumplimiento de requisitos. Además, le corresponde anotar las sanciones disciplinarias impuestas en el ejercicio de la profesión de abogado, así como de las penas accesorias y demás novedades.

Una vez revisados los registros que contienen la base de datos de esta Unidad, se constató que el(la) señor(a) **VICTORIA PAEZ LUGO**, quien se identifica con **Cédula de Ciudadanía** N.° **1007464133**, registra la siguiente información:

VIGENCIA RNA		
CALIDAD	**FECHA DE INSCRIPCIÓN RNA [1]**	**ESTADO DE INSCRIPCIÓN RNA**
ABOGADO(A) INSCRITO(A)	08/09/2026	VIGENTE
OBSERVACIONES		
NO REGISTRA		

VIGENCIA TPA			
CALIDAD	**N.° DE TARJETA PROFESIONAL**	**FECHA DE EXPEDICIÓN**	**ESTADO [2]**
ABOGADO(A) CON TPA	467641	08/09/2026	VIGENTE
OBSERVACIONES			
NO REGISTRA			

DOMICILIO PROFESIONAL			
DEPARTAMENTO, CIUDAD	**DIRECCIÓN DE OFICINA**	**TELÉFONO DE OFICINA**	**CORREO ELECTRÓNICO**
HUILA , GARZON	CALLE 11 # 1 A 38 E	3214768874 - 3125466056	PAEZV8371@GMAIL.COM

La presente certificación se expide a los 14 días del mes de septiembre de 2026.

---

[1] RNA: Registro Nacional de Abogados.

[2] Conforme las normas vigentes, para ejercer la representación de terceros es necesario contar con Tarjeta Profesional de Abogado vigente, para los demás escenarios de ejercicio de la abogacía únicamente se requiere estar inscrito en Registro Nacional de Abogados.

Firmado Por:

Andrés Conrado Parra Ríos

Director Unidad

Unidad Del Registro Nacional De Abogados Y Auxiliares De La Justicia

Bogotá, D.C. - Bogotá D.C.,

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica, conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación: **6aabf6c20e6fc74aff07f6045c8c75a37712501f109da02846e407f99733f977**

Documento generado en 14/09/2026 10:17:04 AM

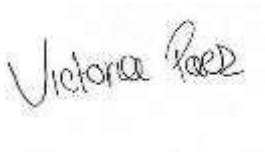
Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:
https://firmaelectronica.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica

CERTIFICADO Y/O DECLARACIÓN DE PAZ Y SALVO EN SEGURIDAD SOCIAL PARAFISCALES

Garzón, 15 de septiembre de 2026

Yo Victoria Paez Lugo identificado con cédula de ciudadanía No. 1007464133 de Garzón - Huila, manifiesto bajo gravedad del juramento que me encuentro PAZ Y SALVO con las Empresas promotoras de Salud - EPS-, Fondos de Pensiones, Administradoras de Riesgos profesionales- ARP-caja de compensación familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF- y Servicio Nacional de Aprendizaje -SENA-.

Para constancia se firma a los 15 días del mes de septiembre del 2026



Victoria Paez Lugo
C.C. 1007464133 de Garzón - Huila.

30477766

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

No.Radicación: 616405

FECHA DE RADICACIÓN: 10 09 2026

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 AFILIACIÓN: 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: N0709

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
PAEZ	LUGO	VICTORIA	

9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: C.N. [ ] M.S. [ ] R.C. [ ] T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] A.S. [ ] P.T. [ ] — CC
10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1007464133
11. SEXO BIOLÓGICO: F [X] M [ ]
12. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [X] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
13. NACIONALIDAD: COLOMBIA
14. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS COLOMBIA — DEPARTAMENTO HUILA — MUNICIPIO GARZON
15. FECHA NACIMIENTO: DÍA 12 MES 06 AÑO 2002

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA: 6
17. COMUNIDAD INDIGENA:
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: NINGUNA
23. AFP: COLPENSIONES
24. IBC: $1,750,905.00
25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: $0.00
26. RESIDENCIA
DIRECCIÓN: CL 11 1A 38E
TELÉFONO FIJO:
TELÉFONO CELULAR: 3125466056
CORREO ELECTRÓNICO: paezv8371@GMAIL.COM
DEPARTAMENTO: HUILA
MUNICIPIO/ DISTRITO: GARZON
LOCALIDAD/COMUNA:
ZONA: CABECERA MUNICIPAL [X] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]
IPS: 6965

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - Datos de 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: T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]
29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:
30. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ]
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 F	39. SEXO M	40. SEXO IDENTIFICACIÓN F	40. SEXO IDENTIFICACIÓN M	40. SEXO IDENTIFICACIÓN T	40. SEXO IDENTIFICACIÓN NB	40. SEXO IDENTIFICACIÓN Otro?	41. LUGAR DE NACIMIENTO PAÍS	41. LUGAR DE NACIMIENTO DEPART.	41. LUGAR DE NACIMIENTO MUNICIPIO	42. FECHA DE NACIMIENTO DÍA	42. FECHA DE NACIMIENTO MES	42. FECHA DE NACIMIENTO AÑO
B1		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															
B2		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															
B3		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															
B4		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															
B5		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															

	Datos complementarios del Beneficiario 43. PARENTESCO	44. ETNIA	45. COMUNIDAD	46. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	47. TIENE ENCUESTA SISBÉN? SI	47. NO	48. CLASIFICACIÓN SISBÉN NIVEL	GRUPO	49. DISCAPACIDAD SI	NO	CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD	50. INCAPACIDAD PERMANENTE SI	NO	51. Datos de residencia DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/ DISTRITO	ZONA CABECERA MUNICIPAL	CENTRO POBLADO	RURAL DISPERSO	RESTO RURAL
B1							I. II.												
B2							I. II.												
B3							I. II.												
B4							I. II.												
B5							I. II.												

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. VALOR DE LA UPC DEL AFILIADO ADICIONAL	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CÓDIGO DE LA IPS (A REGISTRAR POR LA EPS)
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

V. 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 N.I. T.I. C.C. C.E. S.C. P.A. C.D. P.T.	57. Número del documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)

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

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. 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 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 [X]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. INSCRIPCIÓN EPS RETORNO AL PAÍS.1. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]
12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
14. MOVILIDAD
A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ]
B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
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. [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:
62. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ]
63. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
64. FECHA NACIMIENTO: DÍA MES AÑO
65. EPS ANTERIOR:
66. FECHA DE NOVEDAD: DÍA 11 MES 09 AÑO 2026
67. MOTIVO DE TRASLADO Código:
68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES:

VII. 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) reportado(s) dependen económicamente de mi. [ ]
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. Anexo soporte de la Entidad [ ]
72. Declaración de no intermediación 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 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 explicito 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). Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE). [X]
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. [X]
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente. [X]

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: T.I. [ ] C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional — Victoria Paez lugo
81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] MS [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] SC [ ] PA [ ] CD [ ] AS [ ] PT [ ]
Cantidad: Total
83. Copia del dictamen de incapacidad 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 adopción o acta de entrega del menor. [ ]
87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
88. 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. [ ]
89. 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 [ ]
90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en las que conste la calidad de beneficiario o se 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: C.C. [ ] C.E. [ ] S.C. [ ] C.D. [ ] P.T. [ ]
Número del documento de identidad:
95. FIRMA DEL FUNCIONARIO:
96. FECHA DE RADICACIÓN: DÍA MES AÑO
97. FECHA DE VALIDACIÓN: DÍA MES AÑO

OBSERVACIONES:

VIGILADO Supersalud

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

- ORIGINAL: E.P.S. -

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

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

Yo, VICTORIA PAEZ LUGO identificado (a) con R.C. | T.I. | C.C. [CC] | C.E. | S.C. | C.D. | P.E. | P.T.

número 1007464133 de GARZON, 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. 3125466056

y/o correo electrónico: paezv8371@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: Declarar que convivo con el(la) señor(a) _____ Identificado(a) con _____

No. _____ desde el día _____ del año _____

Cordialmente,

Firma: Victoria Paez Lugo

Tipo ID: CC No. ID: 1007464133

Fecha de Solicitud: 10/09/2026

Dirección: CL 11 1A 38E

Tel: 3125466056 Municipio: GARZON

Departamento: HUILA

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 sujeción 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 1995, 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 esté 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		PRODUCTOR AGROPECUARIO	
				SÍ		SÍ	
INDEPENDIENTE	NINGUNA	COLPENSIONES	$1750905	NO	X	NO	X

Nivel de Escolaridad								
Ninguno	☐	Secundaria	☐	Normalista	☐	Profesional	X	Doctorado ☐
Preescolar	☐	Media académica o clásica (bachillerato básico)	☐	Técnica Profesional	☐	Especialización	☐	Último Grado
Básico Primaria	☐	Media técnica (bachillerato básico)	☐	Tecnológica	☐	Maestría	☐	Aprobado _____

Posición Ocupacional	Patrón/Empleador ☐	Contratista X	Trabaja por su Cuenta ☐
Inicio Contrato 11/09/2026		Fin Contrato	

SEÑOR USUARIO: TRABAJADOR INDEPENDIENTE O 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 GENERA MORA, LA CUAL TENDRÁ VIGENCIA HASTA EL MOMENTO EN EL QUE REPORTE SU RETIRO AL SISTEMA. DECRETO 806 ART. 57 DE 1998 Y ART. 59 DECRETO 1406 DE 1999.

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

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del ASESOR o PROMOTOR	CÓDIGO ASESOR o PROMOTOR	Nombre de OFICINA	
Jesus Andres Calero Cermeño	N0709		CIUDAD Y FECHA

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

VICTORIA PAEZ LUGO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.007.464.133**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 15 de Septiembre del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

ADRES

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1007464133
NOMBRES	VICTORIA
APELLIDOS	PAEZ LUGO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	GARZON

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	01/09/2023	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	09/15/2026 15:04:35	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado

Datos de la Entidad Estatal/Proveedor
Áreas de interés
Configuración Entidad Estatal / Proveedor
Administración de usuarios
Recomendaciones (no disponibles)
Biblioteca de documentos
Suscripción a notificaciones

Editar datos resumen | Editar datos completos

Información general

Logo de la entidad	
Nombre de la entidad	Victoria Páez Lugo
Nombre abreviado	Victoria Páez Lugo
Fecha de creación	9 días de tiempo transcurrido *(31/08/2026 4:09 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
País de origen	COLOMBIA
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	1007464133
Tipo Entidad Estatal / Proveedor	Persona Natural colombiana
Código UNSPSC	
Zona horaria	
Idioma	
Moneda por defecto	
País	COLOMBIA
Ciudad	Huila
Municipio	Garzón

Información de contacto

Dirección	Calle 11 # 1 A 38 E
Código postal	
Teléfono de oficina	3125466056
Fax de oficina	
Correo electrónico de la oficina	paezv8371@gmail.com
Correo electrónico para notificaciones SECOP II	paezv8371@gmail.com

Dirección	Estado	País	Teléfono

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Página web

Página web	
Facebook	
URL linkedin	
URL de YouTube	
URL de Twitter	

Contacto principal

Título	
Nombre	Victoria Páez Lugo

Teléfono	
Móvil	3125466056
Fax	
Correo electrónico	paezv8371@gmail.com

Información financiera (No diligencie la tabla de información financiera si no está obligado a tener estados financieros.)

Año fiscal	Ingresos	EBITDA	Número de empleado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Editar datos resumen Editar datos completos

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	2026-09-09 21:53

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
VICTORIA		PAEZ	LUGO

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1007464133

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	HUILA	Municipio	GARZÓN

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	HUILA	Municipio	GARZÓN

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	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL ALTO MAGDALENA - CAM

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	HUILA	Municipio	NEIVA

Dirección	["CARRERA 1 N 60 79 "]

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	$456.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$0,00
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$456.000,00

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 CÓNYUGE 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:

DR. ALFONSO BENAVIDES SUAREZ
MEDICO-ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
R.M Registro Médico No. 972/1997 - I.S.O 1180 DE 2022

CERTIFICADO DE APTITUD

FECHA DE CERTIFICACIÓN: 10-09-2026

NOMBRE Y APELLIDO: VICTORIA PAEZ LUGO | **C.C No: 1007464133**

CARGO: CONTRATISTA | **DEPENDENCIA: NUEVA EPS.** | **EDAD: 24 AÑOS**

EMPRESA: INDEPENDIENTE | **DIRECCION: CALLE 11 NO.11A-38E B/LOS LAURELES, GARZÓN-HUILA**

EXAMENES PRACTICADOS

EXAMENES	
EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL	☑
OPTOMETRIA	☑
AUDIOMETRIA	☐
RX	☐
OTROS LABORATORIOS	☑
VERTIGO-MANIOBRAS	☐
ESPIROMETRIA	☐
ESPACIOS CONFINADOS	☐
PSICOLOGIA	☐
ELECTROCARDIOGRAMA	☐

LABORATORIO: NORMAL: GLICEMIA, COLESTEROL TOTAL, HDL, LDL, TRIGLICERIDOS

RAYOS X: NO REALIZO

OPTOMETRIA: VISIOMETRÍA: ANORMAL

AUDIOMETRIA: NO REALIZO

ESPIROMETRIA: NO REALIZO

PSICOLOGIA: NO REALIZO

ELECTROCARDIOGRAMA: NO REALIZO

VERTIGO - MANIOBRAS: POSITIVO ☐ NEGATIVO ☐

EXAMEN A REALIZAR DE INGRESO / PERIODICO / EGRESO

APTO PARA EL CARGO: SIN PATOLOGIA APARENTE ☐ CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA SU LABOR: X

APTO CON RECOMENDACION ☐ MOTIVO:

APTO PARA MANIPULAR ALIMENTOS. ☐ MOTIVO:

APLAZADO. ☐ MOTIVO:

RECOMENDACIÓN: SE REALIZA EVALUACIÓN MEDICA DE PRE-INGRESO EN GARZÓN-HUILA, AL PACIENTE EN MENCIÓN DE SEXO FEMENINO, ESTADO CIVIL SOLTERA, HCL: "O"+ POR MÉDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL, CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR, A LA REVISIÓN FÍSICO GENERAL POR ÓRGANOS Y SISTEMAS, CARDIOVASCULAR, NEUROLÓGICO, PULMONAR: NORMAL. EXAMEN DE VISIOMETRÍA 10-09-2026 ANORMAL: PACIENTE REQUIERE CORRECCION OPTICA, SE DAN INDICACIONES DE PAUSAS VISUALES. HIGIENE POSTURAL. USO DE EPP. APTA CON LAS ANTERIORES RECOMENDACIONES PARA LABORAR COMO: CONTRATISTA. EMPRESA: INDEPENDIENTE.

EXAMEN PERIODICO

PERIODICO: PUEDE CONTINUAR CON SU LABOR ☐

SE SUGIERE REUBICACIÓN LABORAL TEMPORAL ☐ PERMANENTE ☐ REASIGNAR TAREAS ☐

OTROS

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS ☐ NO APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS ☐

EXAMEN DE EGRESO

SATISFACTORIO ☐ NO SATISFACTORIO ☐ MOTIVO:

SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL SI ☐ NO ☐

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

REMISION A E.P.S	☐	INICIO DE ACTIVIDAD FISICA	☐
CONTINUAR A A.R.P	☐	DEJAR DE FUMAR	☐
SEGUIMIENTO CASO POR A.R.P	☐	REDUCIR CONSUMO DE ALCOHOL	☐
CONTROL DE PESO	☐		

Incluir								
en SVE	VISUAL	☑	AUDITIVO	☐	RESPIRATORIO	☐	ERGONOMICO	☐
	CARDIOVASCULAR	☐	PSICOLABORAL	☐	BIOLOGICO	☐	QUIMICO	☐

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.

DR. ALFONSO BENAVIDES S. MEDICO GENERAL Especialista en Salud Ocupacional R.M. 972/1997 - I.S.O 940/2012

FIRMA DEL MEDICO
ALFONSO BENAVIDES SUAREZ
REGISTRO 972/1997

Victoria Paez Lugo

FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C. No: 1007464133

Desarrollado por: Ing. JHON FAIBER CERQUERA SANCHEZ / Impreso por: FELICITA MURILLO QUINTO / Fecha Impreso: 11-09-2026

Calle 7 No. 13-19 Arriba del Hospital - Telefono: 0988 330027 - 3104897897

LABORATORIO CLINICO FELICITA MURILLO QUINTO

DIRECC: CALLE 7a N13-19
CIUDAD: GARZON HUILA TELEF: 8330027 - CEL: 3134968118

PACIENTE: Victoria Paez Lugo
CEDULA: 1007464133
EDAD: 24 años 4 m
FECHA EMIS: 11 de septiembre de 2026 - 12:11
MEDICO: Particular

SEXO: Femenino
TELEFONO: 3214768874
ANALISIS: 6426
FECHA RECEP: 11/09/2026 - 08:55
FECHA VALID: 11/09/2026 - 10:44

EXAMEN DE SANGRE

		RESULTADO	V.REFERENCIAL
BIOQUIMICO			
Glucosa en ayunas		94.0 mg/dl	70- 110
METODO: ENZIMATICO-COLORIMETRICO			
Colesterol Total	*	200.6 mg/dl	Menor de 200: Normal 200-239 Moderado 240 o mas : Alto
METODO:ENZIMATICO-COLORIMETRICO			
Colesterol HDL		40.2 mg/dl	Mayor 35 mg/dl
METODO: REACTIVO-PRECIPITANTE			
Colesterol LDL		125.1 mg/dl	Menor 150 mg/dl
Triglicéridos	*	176.7 mg/dl	Menor 170
METODO: ENZIMATICO-COLORIMETRICO			

FELICITA MURILLO Q.
BACTERIOLOGA
Universidad Estatal de Guayaquil Ecuador
Registro 1689

OPTICA GARZON
Dra. Luz Esperanza Navarro Torres
Optómetra
espenavarrot58@hotmail.com
Tel. 833 36 58 Carrera 8 # 7 – 16
Garzón Huila

CERTIFICADO

FECHA 10/09/2026 CC.1007464133
NOMBRE Victoria Paez Lugo
SINTOMAS _____ EDAD 24 años

A.V Lejos O.D 20/20 A.V Cerca O.D 0500
O.I 20/20 O.I 0 Nes

Con RX [X] Con RX [ ]

Examen Externo Nou

C.T Lejos Ø P.P.C 120
Cerca 45 D.P 60/620

OFTALMOSCOPIA O.D N

O.I N

RETINOSCOPIA O.D _____ A.V _____
RX O.D -2,50-100x175
O.I -100-100x0
OBSERVACIONES Tropia Antigua

Luz Esperanza Navarro

OPTÓMETRA _____

Powered by CamScanner

COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

Garzón - Huila, 14 de septiembre de 2026

Señores
CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL ALTO MAGDALENA
CAM - Neiva

Proceso de Contratación Directa.

1. Apoyo la acción del Estado colombiano y de CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL ALTO MAGDALENA para fortalecer la transparencia y la rendición de cuentas de la administración pública.
2. No estoy inmerso en causal de inhabilidad alguna para celebrar el contrato objeto del presente Proceso de Contratación.
3. Me comprometo a no ofrecer y dar dádivas, sobornos o cualquier forma de halago, retribuciones o prebenda a servidores públicos o asesores de la Entidad Contratante, directamente o a través de sus empleados, contratistas o tercero.
4. Me comprometo a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto o efecto la colusión en el Proceso de Contratación.
5. Me comprometo a revelar la información que sobre el Proceso de Contratación que se me solicite por parte de los organismos de control de la República de Colombia.
6. Me comprometo a comunicar a empleados y asesores el contenido del presente Compromiso Anticorrupción, explicar su importancia y las consecuencias de su incumplimiento por nuestra parte, y la de nuestros empleados o asesores.
7. Conocemos las consecuencias derivadas del incumplimiento del presente compromiso anticorrupción.

En constancia de lo anterior firmo este documento a los Catorce días de septiembre de 2026.

Atentamente,



Victoria Paez Lugo
C.C. 1007464133 de Garzón - Huila
Contratista.

	AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA Y VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN SIGRIP F-CAM-445. Versión 1. Agosto 18 de 2026.

Yo, Victoria Paez Lugo, identificada con cedula de ciudadania 1007464133, actuando en nombre propio, de manera libre, expresa, previa e informada autorizo a la **Corporación Autónoma Regional del Alto Magdalena – CAM**, para que, en el marco de la aplicación del **Sistema de Gestión de Riesgos para la Integridad Pública – SIGRIP**, y en cumplimiento de sus políticas institucionales de administración integral del riesgo, prevención del Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo, corrupción, fraude y conflictos de interés, realice las actividades de verificación y debida diligencia que considere necesarias.

En consecuencia, autorizo expresamente a la CAM para:

1. Consultar, validar y verificar la actualización de la información suministrada durante las etapas precontractual, contractual y poscontractual.
2. Realizar consultas en listas restrictivas, listas vinculantes y demás fuentes oficiales nacionales e internacionales aplicables, entre ellas:
    - OFAC
    - Procuraduría General de la Nación
    - Contraloría General de la República
    - Policía Nacional
    - REDAM
    - Demás sistemas o plataformas institucionales disponibles

4. Realizar consultas y validaciones relacionadas con procesos de debida diligencia simplificada, estándar o intensificada según el nivel de riesgo identificado.
    - Personas Expuestas Políticamente – PEP
    - Beneficiarios Finales
    - Antecedentes
    - Inhabilidades e incompatibilidades
    - Información reputacional
    - Información financiera
    - Conflictos de interés
    - Señales de alerta
    - Riesgos asociados a integridad pública

	AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA Y VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN SIGRIP F-CAM-445. Versión 1. Agosto 18 de 2026.

Declaro que la información suministrada es veraz, completa y actualizada y me comprometo a informar oportunamente cualquier modificación que afecte las condiciones aquí declaradas.

Entiendo y acepto que la información recopilada será utilizada exclusivamente para fines relacionados con la gestión institucional del riesgo y conforme a la normatividad aplicable en materia de protección de datos personales.

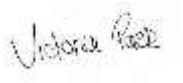
La presente autorización permanecerá vigente durante el proceso de vinculación, ejecución contractual y el tiempo adicional requerido para actividades de seguimiento, monitoreo y control institucional.

Ciudad: Garzón - Huila

Fecha: 15 de septiembre del 2026

Nombre: Victoria Paez Lugo

C.C. 1007464133

Firma: 

	DECLARACIÓN DE ORIGEN Y LICITUD DE FONDOS Y RECURSOS F-CAM-446. Versión 1. Agosto 18 de 2026.

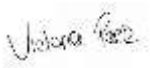
Yo, Victoria Paez Lugo, identificada con cedula de ciudadanía 1007464133, actuando en nombre propio, manifiesto bajo la gravedad de juramento que:

1. Los recursos, fondos, bienes, ingresos y activos utilizados para el desarrollo de mis actividades económicas y para la ejecución del contrato con la Corporación Autónoma Regional del Alto Magdalena – CAM provienen de fuentes lícitas.
2. Certifico que no desarrollo actividades ilícitas ni realizo operaciones relacionadas directa o indirectamente con Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo, corrupción, fraude, soborno o cualquier otra actividad tipificada por la legislación colombiana.
3. Declaro que ni la persona suscribiente, y/o la organización que represento, ni sus socios, accionistas o beneficiarios finales se encuentran vinculados en listas restrictivas o vinculantes nacionales o internacionales, salvo las situaciones previamente informadas a la CAM.
4. Me comprometo a informar de manera inmediata cualquier situación sobreviniente que modifique las condiciones aquí declaradas.
5. Autorizo a la Corporación Autónoma Regional del Alto Magdalena – CAM para realizar procesos de debida diligencia, consultas en listas restrictivas y vinculantes, validación de información y demás verificaciones requeridas en el marco del SIGRIP.
6. Entiendo que la falsedad, omisión o inconsistencia en la presente declaración podrá constituir causal de rechazo, terminación o actuaciones administrativas y legales a que haya lugar.

Ciudad: Garzón - Huila

Fecha: 15 septiembre 2026

Nombre: Victoria Paez Lugo

Firma: 

C.C. 1007464133

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 1007464133 **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 09/09/2026 10:40 PM

Código Verificación: **D9LPVNQ3W1**

Válida hasta: **09/12/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Sanctions List Search

Specially Designated Nationals and Blocked Persons list ("SDN List") and all other sanctions lists administered by OFAC, including the Foreign Sanctions Evaders List, the Non-SDN Iran Sanctions Act List, the Sectoral Sanctions Identifications List, the List of Foreign Financial Institutions Subject to Correspondent Account or Payable-Through Account Sanctions and the Non-SDN Palestinian Legislative Council List. Given the number of lists that now reside in the Sanctions List Search tool, it is strongly recommended that users pay close attention to the program codes associated with each returned record. These program codes indicate how a true hit on a returned value should be treated. The Sanctions List Search tool uses approximate string matching to identify possible matches between word or character strings as entered into Sanctions List Search, and any name or name component as it appears on the SDN List and/or the various other sanctions lists. Sanctions List Search has a slider-bar that may be used to set a threshold (i.e., a confidence rating) for the closeness of any potential match returned as a result of a user's search. Sanctions List Search will detect certain misspellings or other incorrectly entered text, and will return near, or proximate, matches, based on the confidence rating set by the user via the slider-bar. OFAC does not provide recommendations with regard to the appropriateness of any specific confidence rating. Sanctions List Search is one tool offered to assist users in utilizing the SDN List and/or the various other sanctions lists; use of Sanctions List Search is not a substitute for undertaking appropriate due diligence. The use of Sanctions List Search does not limit any criminal or civil liability for any act undertaken as a result of, or in reliance on, such use.

Download the SDN List
Sanctions List Search: Rules for use
Visit The OFAC Website
Download the Consolidated Non-SDN List
Program Code Key

Lookup

Type:	Individual	**Address:**	Calle 11 # 1 A 38 E
Name:	victoria paez lugo	**City:**	
ID # / Digital Currency Address:	1007464133	**State/Province:***	
Program:	All 561-Related BALKANS BALKANS-EO14033	**Country:**	Colombia
		List:	SDN
Minimum Name Score:	50		Search Reset

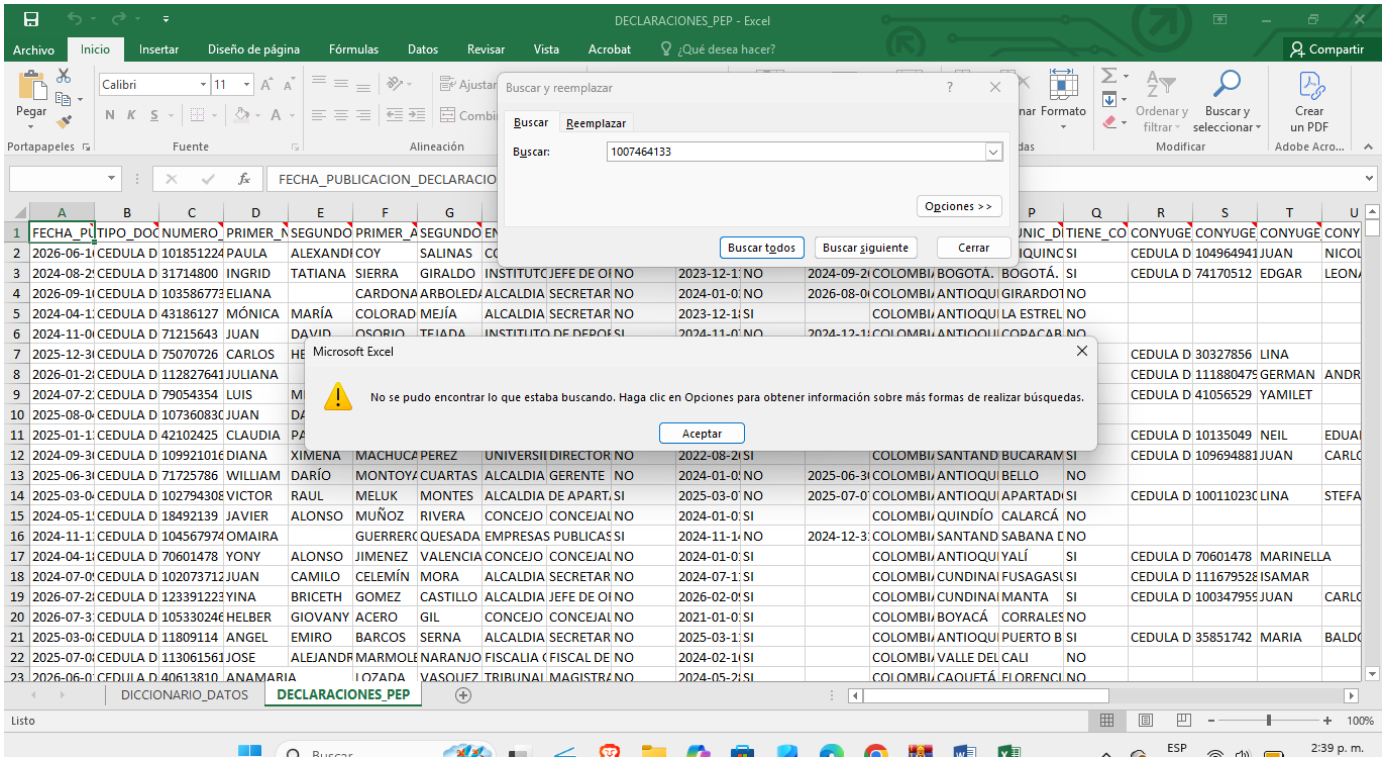
Lookup Results: 0 Found

Name	Address	Type	Program(s)	List	Score

Your search has not returned any results.

* U.S. states are abbreviated on the SDN and Non-SDN lists. To search for a specific U.S. state, please use the two letter U.S. Postal Service abbreviation.

SDN List last updated on: 9/9/2026 9:31:52 AM
Non-SDN List last updated on: 7/27/2026 1:01:50 PM


DECLARACIONES_PEP - Excel
Archivo
Inicio
Insertar
Diseño de página
Fórmulas
Datos
Revisar
Vista
Acrobat
¿Qué desea hacer?
Compartir
Buscar y reemplazar
Buscar
Reemplazar
Buscar:
1007464133
Opciones >>
Buscar todos
Buscar siguiente
Cerrar
Microsoft Excel
No se pudo encontrar lo que estaba buscando. Haga clic en Opciones para obtener información sobre más formas de realizar búsquedas.
Aceptar
DICCIONARIO_DATOS
DECLARACIONES_PEP
Listo
100%
2:39 p. m.