**AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**
**GTH-ITH-FO-03, Versión 3**
**GESTIÓN DE TALENTO HUMANO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

Dando cumplimiento a las disposiciones de la ley 1581 de 2012, al decreto 1377 de 2013 y demás normas que lo sustituyan o modifiquen, por la cual se dictan normas generales para la protección de datos personales y teniendo en cuenta que dicha ley tiene por objeto desarrollar el derecho constitucional que tienen las personas a conocer, actualizar y rectificar la información que se haya recogido sobre ellas en bases de datos o archivos, la **E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER** hace entrega del presente documento con el objetivo que nos sea autorizado el tratamiento de la información aquí depositada, en los siguientes términos:

Por medio de la presente declaro expresamente:

Yo (Titular de los datos personales) CAMIL ROJAS GARCIA identificado con cédula de ciudadanía N°. 1007679190, expedida en BUCARAMANGA, actuando en nombre propio por medio del presente escrito autorizo y acepto que la **E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER** trate mis datos públicos, privados, semiprivados o sensibles, derivados o con ocasión de la relación laboral y/o Docencia y Servicio (Docentes y Estudiantes) que tuve, tuviere o llegare a tener con la institución, de conformidad con lo previsto en la Ley 1581 de 2012, y en la Política de Tratamiento de Datos Personales de la **E.S.E Hospital Universitario de Santander**, la cual podrá ser consultada en el sitio web www.hus.gov.co.

De igual forma, declaro que me han sido informados y conozco los derechos que el ordenamiento legal y la jurisprudencia, conceden al titular de los datos personales y que incluyen entre otras prerrogativas las que a continuación se relacionan: **(1)** Conocer, actualizar y rectificar datos personales frente a los responsables o encargados del tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros frente a datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos cuyo tratamiento esté expresamente prohibido o no haya sido autorizado; **(2)** solicitar prueba de la autorización otorgada al responsable del tratamiento salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el tratamiento; **(3)** ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento, previa solicitud, respecto del uso que le ha dado a mis datos personales; **(4)** presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones al régimen de protección de datos personales**; (5)** revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato personal cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales, **(6)** acceder en forma gratuita a mis datos personales que hayan sido objeto de Tratamiento.

Finalmente, manifiesto conocer que en los casos en que requiera ejercer los derechos anteriormente mencionados, la solicitud respectiva podrá ser elevada a través de los mecanismos dispuestos para tal fin por el **E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER** que corresponden a los siguientes:

1. **Página Web:** www.hus.gov.co
2. **Teléfono:** 6910030 ext. 480 -364
3. **Correo electrónico:** talentohumano@hus.gov.co
4. **Correspondencia:** Carrera 33 # 28 – 82 Ventanilla Única – Bucaramanga

Se firma en Bucaramanga el día 22 de octubre de 2026

Cordialmente,



| | |
|---|---|
| **FIRMA** | |
| **NOMBRES Y APELLIDOS** | CAMIL ROJAS GARCIA |
| **N° DE IDENTIFICACIÓN** | 1007679190 |
| **N° DE TELÉFONO** | 3202047202 |
| **DIRECCIÓN** | CALLE 15#13-3 (FLORIDABLANCA - SANTANDER) |

**MARQUE CON UNA X:** **COLABORADOR** [X] **ESTUDIANTE** [ ] **DOCENTE** [ ]

**AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**
**GTH-ITH-FO-03, Versión 3**
**GESTIÓN DE TALENTO HUMANO**

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

Esta página está diseñada para establecer el instructivo de diligenciamiento del formato y plasmar el control de modificaciones, en caso de ser necesaria su uso en físico proceda a imprimirla o por el contrario **evite su impresión**, con el fin de contribuir con el **Programa de Ahorro y Uso Eficiente de Papel** que actualmente maneja la E.S.E HUS.

| CONTROL DE MODIFICACIONES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Versión** | **Fecha** | **Descripción de la Modificación** | **Elaborado por** | **Revisado por** | **Aprobado por** |
| 1 | Junio de 2019 | Emisión del Formato | - | - | - |
| 2 | Noviembre de 2021 | actualización del formato debido a que este, documento regirá para Docencia y Servicio y colaboradores de la Institución | Jendhy Gómez Almeyda Tecnóloga Administrativa | Damary Rueda Sánchez Profesional Especializado UFTH | John Mauricio Robles Subgerente Administrativo y Financiero |
| 3 | Diciembre de 2024 | Actualización de fecha. | Jendhy Gómez Almeyda Tecnóloga Administrativa | Damary Rueda Sánchez Profesional Especializado UFTH | John Mauricio Robles Subgerente Administrativo y Financiero |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) | NOMBRES |
|---|---|---|
| ROJAS | GARCIA | CAMIL |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | GENERO | NACIONALIDAD | PAÍS |
|---|---|---|---|
| C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1007679190 | F ( ) M (X) NB ( ) | COL. (X) EXTRANJERO ( ) | COLOMBIA |

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

**FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO**

FECHA DIA 13 MES 09 AÑO 2000

PAÍS COLOMBIA

DEPTO SANTANDER

MUNICIPIO RIONEGRO

**DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA**

CALLE 15 13 3 FLORIDABLANCA

PAÍS COLOMBIA DEPTO SANTANDER

MUNICIPIO FLORIDABLANCA

TELÉFONO 3202047202 EMAIL camilrojasgarcia@gmail.com

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

***EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA***

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

| EDUCACIÓN BÁSICA | | | | | | | | | | | TÍTULO OBTENIDO | BASICA SECUNDARIA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO | | | |
| 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | 7° | 8° | 9° | 10° | 11° | MES | 12 | AÑO | 2017 |
| | | | | | | | | | | 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 | | TRABAJO SOCIAL | 03 | 2024 | 1007679190 |
| PREGRADO | 10 | X | | TRABAJO SOCIAL | 06 | 2023 | |

## 3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

***EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO***

*DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:*

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

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 4 IDIOMAS

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

| *IDIOMA* | *LO HABLA* | | | *LO LEE* | | | *LO ESCRIBE* | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | *R* | *B* | *MB* | *R* | *B* | *MB* | *R* | *B* | *MB* |
| 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 VIGENTE | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ALCALDIA DE BUCARAMANGA | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍ*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>SANTANDER | *MUNICIPIO*<br>BUCARAMANGA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>6337000 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 21 | *Mes* | 04 | *Año* | 2025 | *Día* | | *Mes* | | *Año* | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA | *DEPENDENCIA*<br>SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 11 34 52 | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍ*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>SANTANDER | *MUNICIPIO*<br>BUCARAMANGA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 02 | *Año* | 2025 | *Día* | 28 | *Mes* | 02 | *Año* | 2025 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>COMO TRABAJADORA SOCIAL | *DEPENDENCIA*<br>ARA DE PROYECTOS SOCIALES | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 32 29 null 31 | | | | | | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA - ISABU | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>SANTANDER | *MUNICIPIO*<br>BUCARAMANGA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 03 | *Mes* | 09 | *Año* 2024 | *Día* | 31 | *Mes* | 12 | *Año* | 2024 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>AGENTE COMUNITARIA | *DEPENDENCIA*<br>PROYECTOS SOCIALES | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 56 9 null 140 | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>SANTANDER | *MUNICIPIO*<br>BUCARAMANGA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 07 | *Mes* | 11 | *Año* 2024 | *Día* | 20 | *Mes* | 12 | *Año* | 2024 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>COMO TRABAJADORA SOCIAL | *DEPENDENCIA*<br>´PROGRAMAS SOCIALES | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 32 29 null 31 | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA - ISABU | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>SANTANDER | *MUNICIPIO*<br>BUCARAMANGA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 22 | *Mes* | 01 | *Año* 2024 | *Día* | 31 | *Mes* | 08 | *Año* | 2024 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>AGENTE COMUNITARIA | *DEPENDENCIA*<br>PROYECTOS SOCIALES | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 56 9 null 140 | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA - ISABU | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>SANTANDER | *MUNICIPIO*<br>BUCARAMANGA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 24 | *Mes* | 05 | *Año* 2023 | *Día* | 29 | *Mes* | 12 | *Año* | 2023 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>AGENTE COMUNITARIA | *DEPENDENCIA*<br>PROYECTOS SOCIALES | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 56 9 null 140 | | | | | |

## 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* | | | | | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

| OCUPACIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|---|---|---|
| | AÑOS | MESES |
| SERVIDOR PÚBLICO | 1 | 9 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 0 | 0 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 0 | 5 |
| EXPERIENCIA DOCENTE | 0 | 0 |

## 8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

*Ciudad y fecha de diligenciamiento* _____

_____

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

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

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

_____ _____

*Ciudad y fecha* *NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

Universidad Industrial de Santander

# La Universidad Industrial de Santander

en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación Nacional,
en atención a que

## Camil Rojas Garcia

cédula de ciudadanía N° 1.007.679.190 expedida en Bucaramanga

Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos, le confiere el título de

## Trabajadora Social

En testimonio de ello, se firma y se le entrega el presente Diploma,
en la ciudad de Bucaramanga, el 12 de marzo del año 2024

Registrado al folio 537 Libro 14-U Diplomas de Grado

Rector

Sonia Pinzón Orán

Secretario General

Personería Jurídica UIS – Resolución No. 25 del 23 de febrero de 1949 del Ministerio de Justicia.

102689

THOMAS GREG & SONS.

# Centro de Investigación Ecuménica

OTORGA EL PRESENTE DIPLOMA A:

# Camil Rojas

Por haber participado en el diplomado sobre: **TEOLOGÍAS CUIR** desarrollado e Impartido de forma Virtual al Colectivo Colombia Diversa, durante los meses Noviembre 2024 a Enero 2025 en San Salvador, El Salvador.

**MARIO LUNA**
Director

**MERCY AGUILAR**
Coordinadora

# CERTIFICADO

**Otorgado a:**

## Camil Rojas

**Por su participación en el**

**ENCUENTRO REGIONAL >>>**

# EMPODERA

**Compartiendo saberes y creando poder narrativo en la Región Andina**

**Julio 2023**

**Lima, Perú**

**Lorena Yañez**
**Gerenta de Desarrollo de Negocios**
**Igualdad de Género, Diversidad e Inclusión**
**Hivos - Latino América**

**Susana Chávez**
**Directora Ejecutiva**
**PROMSEX**

PROMSEX – Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos

**Lima, 20 de julio del 2023**

# Certificado
## de participación

Otorgado a

# Camil Rojas García

con documento de identidad número **1.007.679.190**

Por su participación activa en la Escuela Empodera de Formación LGBTI y concluir con éxito los módulos: Organización, participación y liderazgo, Incidencia Política, Seguridad Holística y Vocería y comunicaciones.

Marcela Sánchez
Directora

Colombia Diversa

Hivos people unlimited

Financiado por la Unión Europea

Esta pieza gráfica no refleja necesariamente el punto de vista de la Unión Europea

adelante Diversidad sexual y de género REGIÓN ANDINA

**29 de julio de 2022**

| Alcaldía de Bucaramanga | ACTA DE TERMINACIÓN /EJECUCIÓN FINAL DEL CONTRATO/ CONVENIO | Código: F-GJ-1100-238,37-083<br>Versión: 5.0<br>Fecha: JULIO-12-2021<br>Página: 1 de 3 |
|---|---|---|

| DATOS DEL CONTRATO | | |
|---|---|---|
| **DEPENDENCIA** | SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL | |
| **ACTA No.** | 1 | |
| **FECHA DEL ACTA** | 23/09/2025 | |
| **No. DE CONTRATO Y FECHA** | 2211 - 11/04/2025 | |
| **TIPO DE CONTRATO** | CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES | |
| **CONTRATANTE** | MUNICIPIO DE BUCARAMANGA NIT 890.201.222-0 | |
| **OBJETO** | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN TRABAJO SOCIAL ORIENTADOS A LA IMPLEMENTACION DE LAS POLITICAS PUBLICAS DE LA POBLACION CON ORIENTACIONES SEXUALES DIVERSAS, LA PARTICIPACION SOCIAL Y COMUNITARIA EN EL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA EN EL MARCO DEL PROYECTO " DESARROLLO DE ACCIONES DE ATENCION INTEGRAL PARA LA POBLACION CON ORIENTACION SEXUAL E IDENTIDAD DE GENERO DIVERSA EN EL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA | |
| **CONTRATISTA** | NOMBRE: | CAMIL ROJAS GARCIA |
| | C.C./NIT | 1007679190 |
| **REPRESENTANTE LEGAL** | NOMBRE: | CAMIL ROJAS GARCIA |
| | C.C. | 1007679190 |
| **ORDENADOR DEL GASTO** | NOMBRE | IVAN DARIO TORRES ALFONSO |
| | CARGO | Secretario (a) de Desarrollo Social |
| | C.C. | 13740179 |
| **SUPERVISOR** | NOMBRE: | GLADYS MERCHAN GARCIA |
| | C.C./NIT | 63276583 |
| **VALOR DEL CONTRATO** | $ 20.000.000,00 | |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 0,00 | |
| **ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO 0,00 %** | $ 0,00 | |
| **CDP** | NÚMERO: | 3043 |
| | FECHA: | 13/03/2025 |
| **CDP ADICIONAL** | NÚMERO: | No Aplica |
| | FECHA: | No Aplica |
| **RP** | NÚMERO: | 4735 |
| | FECHA: | 21/04/2025 |
| **RP ADICIONAL** | NÚMERO: | No Aplica |
| | FECHA: | No Aplica |
| **PLAZO DEL CONTRATO** | FECHA DE INICIO: | 21/04/2025 |
| | FECHA FIN: | 20/09/2025 |
| | NUEVA FECHA TERMINACIÓN | No Aplica |
| | DURACIÓN: | (5) CINCO MESES |

Secretaría Administrativa
Recibido por:
Oficina de Contratación
Alcaldía de Bucaramanga
25-09-2025

**MODIFICACIONES DEL CONTRATO**

| Tipo de Modificación | No. | Tiempo | Fecha Inicial | Fecha Final |
|---|---|---|---|---|
| Suspensiones | No Aplica | No Aplica | No Aplica | No Aplica |
| Prórrogas | No Aplica | No Aplica | No Aplica | No Aplica |
| **Tipo de Modificación** | **No.** | **Fecha de la adición** | **Valor adicionado** | **Valor total del contrato** |
| Adiciones | No Aplica | No Aplica | No Aplica | No Aplica |
| **Otras Modificaciones** | **No.** | **Fecha de la modificación** | **Observaciones** | |
| Cesión/OtroSi/Aclaraciones | No Aplica | No Aplica | No Aplica | |

| | |
|---|---|
| **FECHA DE APROBACION DE POLIZAS** | No Aplica |

| DATOS PARA PAGO DEL CONTRATO | |
|---|---|
| **PERIODO DE COBRO** | DESDE: 01/09/2025 |
| | HASTA: 20/09/2025 |
| **VALOR A COBRAR** | $ 2.666.666,67 |
| **ANTICIPO AMORTIZADO** | 0,00 % Valor a amortizar: $ 0,00 |

| PAGO DE LA SEGURIDAD SOCIAL | PERIODO DE COTIZACIÓN | FECHA DE PAGO | Nro. PLANILLA INTEGRADA | INGRESO BASE DE COTIZACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| | Septiembre | 22/09/2025 | 9491645382 | $ 1.066.667,00 |

| ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD | ADMINISTRADORA DE FONDO DE PENSIONES | ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES |
|---|---|---|
| SALUD TOTAL S. A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD | PORVENIR S.A. | POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A |
| VR PAGADO $ 133.400,00 | VR PAGADO $ 170.700,00 | VR PAGADO $ 5.600,00 |

## CONSTANCIAS

1. En la ciudad de Bucaramanga, se reunieron GLADYS MERCHAN GARCIA quien actúa en nombre y representación de MUNICIPIO DE BUCARAMANGA en calidad de Supervisor y por la otra CAMIL ROJAS GARCIA quien actúa en nombre y representación propia , con el fin de suscribir el acta de ejecución final del Contrato.

2. El Contratista ha ejecutado las actividades estipulas en el Contrato de acuerdo a las especificaciones técnicas y a satisfacción según informe de cumplimiento de obligaciones contractuales.

3. El Supervisor certifica que revisó el informe presentado por el Contratista respecto de actividades y se encuentran ajustados a los términos contractuales y plazos previstos en el citado Contrato.

4. El Contratista acreditó el pago de la seguridad social integral efectuado mediante la planilla relacionada

5. El supervisor autoriza el pago de las actividades realizadas, de acuerdo con el siguiente detalle:

| | |
|---|---|
| **Valor ejecutado en la presente acta:** 6 | $ 2.666.666,67 |
| **Valor IVA:** | $ 0,00 |
| **Menos amortización del anticipo / Menos pago anticipado** | $ 0,00 |
| **Valor bruto ejecutado a pagar** | $ 2.666.666,67 |

6. Se adhiere y anula estampilla (s):

| ESTAMPILLA | No. | VALOR |
|---|---|---|
| PRO-HOSPITAL | 2502500606980 | $ 4.800,00 |
| ORDENANZA 012 | 2502500606980 | $ 480,00 |

7. De conformidad con el Estado Presupuestal del Contrato, las certificaciones emitidas por el Supervisor, y los comprobantes de egreso emitidos por la Tesorería del Municipio de Bucaramanga, el Balance Financiero del Contrato es el siguiente:

| CONCEPTO | | | VALORES |
|---|---|---|---|
| **Valor inicial** | | | $ 20.000.000,00 |
| **Valor adicionales** | | | $ 0,00 |
| **Valor anticipo / Pago anticipado** | | | $ 0,00 |
| **Valor total** | | | $ 20.000.000,00 |
| **Valor amortizado a la fecha de la presente acta** | | | $ 0,00 |
| **Pagos o causaciones realizados a la fecha de la presente acta** | **PERIODO** | **N° COMPROBANTE** | |
| | 04-2025 | 2505001531 | $ 1.333.333,33 |
| | 05-2025 | 2506001213 | $ 4.000.000,00 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | 06-2025 | 2507001012 | $ 4.000.000,00 |
| | 07-2025 | 2508001662 | $ 4.000.000,00 |
| | 08-2025 | 2509000981 | $ 4.000.000,00 |
| **Valor total pagado o causado a la fecha** | | | $ 17.333.333,33 |
| **Subtotal a pagar contra la presente acta** | | | $ 2.666.666,67 |
| **Valor amortización contra la presente acta** | | | $ 0,00 |
| **Valor bruto a pagar contra la presente acta** | | | $ 2.666.666,67 |
| **Valor a liberar por el municipio** | | | $ 0,00 |
| **Valor total ejecutado** | | | $ 20.000.000,00 |

Para constancia de lo anterior, se suscribe la presente acta en Bucaramanga, Santander el 23 de Septiembre de 2025.

Supervisor

**GLADYS MERCHAN GARCIA**
MUNICIPIO DE BUCARAMANGA
Supervisor

Contratista

**CAMIL ROJAS GARCIA**
Representación propia
Contratista

**Elaboró:** BLANCA N GONGORA CARTAGENA-CPS/SDS
**Revisó:** GLADYS MERCHAN GARCIA-SUPERVISORA/SDS

Secretaría Administrativa
Recibido por:
Oficina de Contratación
Alcaldía de Bucaramanga

SIGEP ALCALDIA DE BUCARAMANGA
FECHA: 25-09-25
FIRMA:
SECRETARIA ADMINISTRATIVA
OF 2013

LA DIRECTORA DEL INSTITUTO PROINAPSA

CERTIFICA QUE:

La Trabajadora Social, CAMIL ROJAS GARCÍA, identificada con cédula de ciudadanía No 1.007.679.190 expedida en Bucaramanga, prestó sus servicios profesionales en el Instituto PROINAPSA de la Universidad Industrial de Santander, durante las siguientes fechas y en la ejecución de los siguientes proyectos:

**Orden de Prestación de Servicios No. 2024004272 la cual tuvo una vigencia desde 07 de noviembre al 20 de diciembre de 2024**

- Realizar la formación y acompañamiento presencial en territorio y virtual, de los equipos básicos de salud, de las 7 provincias del Departamento de Santander.

Dentro de sus funciones se encontraban:

- ✓ Contribuir en la elaboración y ejecución del plan de trabajo.
- ✓ Participar en el diseño, preparación, ejecución y evaluación de las actividades definidas en el resultado 1 del proyecto.
- ✓ Participar en los procesos educativos de fortalecimiento del equipo técnico.
- ✓ Realizar la revisión de fuentes secundarias, que permita identificar el contexto, específicamente de los municipios de la provincia asignada; haciendo registro de la información revisada.
- ✓ Realizar el desplazamiento a los municipios y provincias asignadas.
- ✓ Apoyar el desarrollo de actividades, si fuera el caso y acorde a las necesidades, en otros municipios o provincias diferentes a los asignados inicialmente.
- ✓ Facilitar un (1) encuentro de socialización del proyecto y de recolección de la información requerida, en cada cabecera de provincia, así como la organización y transcripción de la información recolectada.
- ✓ Facilitar los dos (2) encuentros formativos, por grupos, a los equipos básicos de salud en las provincias, teniendo en cuenta las orientaciones dadas por la coordinación del resultado.
- ✓ Facilitar dos (2) encuentros virtuales sincrónicos, para el acompañamiento en la construcción final del plan de intervención, de cada equipo básico de salud.
- ✓ Facilitar un (1) encuentro de validación del Modelo de Gestión Territorial en Atención Primaria en Salud, en la provincia asignada.
- ✓ Hacer entrega y recoger las respectivas actas de entrega de las herramientas y los materiales de apoyo para la adopción de prácticas de cuidado de sí mismo, de los demás y de su entorno; a las personas que hacen parte de los equipos básicos de salud.

- ✓ Realizar informes de todas las actividades y resultados realizados durante la ejecución del proyecto, acorde al cronograma, de manera oportuna y en los tiempos definidos para ello.
- ✓ Realizar entrega de todos los soportes de las provincias y sus respectivos municipios, debidamente diligenciados.

Se expide la presente en la ciudad de Bucaramanga, el día dieciséis (16) de enero de dos mil veinticinco (2025).



BLANCA PATRICIA MANTILLA URIBE
Directora

REPÚBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACIÓN PERSONAL

CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.007.679.190**

**ROJAS GARCIA**

APELLIDOS

**CAMIL**

NOMBRES



FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **13-SEP-2000**

**RIONEGRO**
**(SANTANDER)**

LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.78** | **O+** | **NB** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**14-SEP-2018 BUCARAMANGA**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
**HERNÁN PENAGOS GIRALDO**

R-2700100-01419340-NB-1007679190-20240209 **01385**54487H 1 54543204

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

**CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN**

**EL CONSEJO NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL**

**HACE CONSTAR QUE:**

1. **CAMIL ROJAS GARCIA**, con cédula No. 1007679190 de Bucaramanga (Santander), el 11 de Octubre de 2024 solicitó su inscripción ante este Consejo.
2. Después de verificar la documentación recibida, se constató que cursó la carrera de Trabajo Social en la **UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER UIS**, la cual le otorgó el título correspondiente.
3. Al cumplir con lo ordenado por el artículo 4 del Decreto 2833 de 1981, con respecto a la documentación presentada, fue aprobada la inscripción por medio de la Resolución 0485 del 31 de Octubre de 2024, en la que también se incluyeron otros trabajadores sociales.
4. Cumpliendo con el mandato del artículo 22 de la Ley 962 de 2005 (julio 8), acerca del *Número Único de Identificación Personal* (NUIP), el número de la inscripción es el mismo de la cédula de ciudadanía: 1007679190.
5. Para verificación y control se le asignó un código interno: 632091005, utilizado exclusivamente para uso del Consejo.
6. Por tanto, ya inscrita ante el Consejo, esta persona podrá ejercer legalmente la profesión de Trabajo Social en Colombia, según lo estipulado en el artículo sexto de la Ley 53 de 1977.
7. Como los artículos 18 y 19 del decreto 2106 (22 de noviembre de 2019) suprimen tarjetas, matrículas y registros profesionales, esta certificación reemplaza el *registro profesional* que se venía utilizando en Trabajo Social.
8. De acuerdo con la Resolución 0014 (abril 24 de 1991) que autoriza a la presidencia del Consejo la aprobación de la inscripción, se expidió este documento, en Bogotá, D.C., el 11 de Octubre de 2024.
9. Que este Certificado tiene vigencia por seis(6) meses a partir del 24 de Septiembre de 2025, dado en Bogota D.C

**Elaborado por EjerzoLegalmente**

**Valide éste documento ingresando el código 579Q0V3AoE** en el siguiente enlace.
https://ejerzo.consejonacionaldetrabajosocial.org.co/public/documentmanagement/validate

# Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

## VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 3394678e-5ee0-4850-9b51-2386d4bda98f

Nombres y apellidos / Full name: **CAMILO GUILLERMO ROJAS GARCIA**

Tipo de identificación / ID Type: **CÉDULA DE CIUDADANÍA**

Número de identificación / ID Number: **1007679190**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **13/09/2000**

País nacimiento / Country of birth: **COLOMBIA**

Número de contacto (móvil) / Phone number: **NO REGISTRA**

Correo electrónico / e-mail:

## Datos de Vacunación / Vaccination detail

| Vacuna / Vaccine | Dosis / Doses | Fecha de aplicación / Date of vaccination | | | Laboratorio / Laboratory | Número de Lote / Vaccine Batch | IPS Vacunadora / Administering Center | Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Dia / Day | Mes / Month | Año / Year | | | | |
| COVID MODERNA | Primera | 18 | 8 | 2021 | MODERNA SWITZERLAND GMBH | 939911 | GRUPO EXTRAMURAL CENTRO DE ACOPIO CLINICA GUANE | BLANCA MARLENY URIBE ORTIZ |
| COVID MODERNA | Segunda | 20 | 12 | 2021 | MODERNA SWITZERLAND GMBH | 939919 | GRUPO EXTRAMURAL CENTRO DE ACOPIO CLINICA GUANE | ADRIANA MIREYA PARRA PRADA |

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema deInformación **PAIWEB** del **Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.**

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Ministery of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141159610943

(415)7707212489984(8020) 000014115961094 3

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 0 0 7 6 7 9 1 9 0 | 2 | Impuestos y Aduanas de Bucaramanga 4 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 0 0 7 6 7 9 1 9 0 | |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Santander 6 8 | Bucaramanga 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| ROJAS | GARCIA | CAMIL | |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Santander 6 8 | Floridablanca 2 7 6 |

41. Dirección principal
CL 15 13 03

42. Correo electrónico rcamilo073@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 2 0 2 0 4 7 2 0 2 | 3 2 4 5 6 6 2 7 0 5 |

## 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 6 9 9 | 2 0 2 1 1 2 2 9 | | | | | | | |

## 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 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

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 ROJAS GARCIA CAMIL

985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO
## No. 305202055

PIB
20:41:48


Bogotá DC, 21 de octubre 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) CAMIL ROJAS GARCIA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1007679190:

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 21 de octubre de 2026, a las 20:41:17, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 1007679190 |
| Código de Verificación | 1007679190261021204117 |

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.

**LUIS MIGUEL MARTINEZ ROMERO**
**Contralor Delegado**

Generó: WEB

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, 21/10/2026 08:42:46 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1007679190** y Nombre: **CAMIL ROJAS GARCIA.**

## 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. **150045541** . 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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

**Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales**

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 08:40:16 PM horas del 21/10/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1007679190**

Apellidos y Nombres: **ROJAS GARCIA CAMIL**

**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.

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