CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.112.391.992



Apellidos
QUIJANO GUTIERREZ

Nombres
SAMUEL ANDRES

Nacionalidad: COL
Estatura: 1.90
Sexo: M

Fecha de nacimiento: 13 JUN 2007
G.S.: A+

Lugar de nacimiento
BUGA (VALLE)

Fecha y lugar de expedición
13 JUN 2025 BUGA

Firma

Fecha de vencimiento
14 JUN 2035

0632708731

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL0632708731022<<<<<<<<<<<
0706139M3506145COL1112391992<8
QUIJANO<GUTIERREZ<<SAMUEL<ANDR

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Quijano	Gutierrez	Samuel Andres

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No 1112391992	F ( ) M (X) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 30 MES 06 AÑO 2007	CALLE 4 16 63 CASA 6			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	VALLE DEL CAUCA
DEPTO	VALLE DEL CAUCA	MUNICIPIO	GUADALAJARA DE BUGA		
MUNICIPIO	GUADALAJARA DE BUGA	TELÉFONO		EMAIL	saquijanog@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	06	AÑO	2025

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 IDIOMAS

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

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

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE											
EMPRESA O ENTIDAD			PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS						
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
	Día		Mes		Año		Día		Mes		Año	
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA					DIRECCIÓN					

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	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	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 __ 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*

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJÉRCITO NACIONAL

DIRECCION DE RECLUTAMIENTO Y CONTROL RESERVAS



Republica de Colombia
Ministerio de Defensa
Fuerzas Militares
EJÉRCITO NACIONAL

SAMUEL ANDRES QUIJANO GUTIERREZ
CC 1112391992

Fecha de Exp.
11/11/2026
Distrito Militar
DIM19
Tarjeta Militar
2DA CLASE
Fecha de la constancia
11/11/2026
Código de verificación
81A1B421B9

Pertenece a la reserva de

Fecha de 1era línea	Fecha de 2da línea	Fecha de 3ra línea
2037	**2047**	**2057**

Este documento es obligatorio presentarlo para todos los actos públicos y privados determinados por la ley 1861/2017 y demás leyes que lo modifiquen o adicionen

PATRIA, HONOR, LEALTAD

Comando de Reclutamiento y Control Reservas

Cra. 11 B No. 104a - 64 Bogotá D.C. - Colombia

CallCenter: (601) 426-1420 Horario de atención de Lunes a Viernes de 7:00 AM - 5:00 PM

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 306102768

PIB
20:37:32
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 08 de noviembre 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) SAMUEL ANDRES QUIJANO GUTIERREZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1112391992:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Política y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy domingo 08 de noviembre de 2026, a las 20:39:39, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1112391992
Código de Verificación	1112391992261108203939

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 MARTÍNEZ ROMERO

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 08:41:51 PM horas del 08/11/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº 1112391992

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

DIJIN

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano:
5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 08/11/2026 08:43:48 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1112391992** y Nombre: **SAMUEL ANDRES QUIJANO GUTIERREZ.**

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. **151186124** . 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
Dirección General - Carrera 59 # 26 - 21
Centro Administrativo Nacional CAN , Bogotá D.C
Línea de atención: 018000-910112

GOV.CO

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 20:46:06 horas del 08/11/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1112391992,**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **CONCEJO MUNICIPAL DE GUALAJARA DE BUGA**, con NIT **815003377-1** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta

TIC

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1112391992 **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 08/11/2026 08:56 PM

Código Verificación: **QRSUEXY9H2**

Válida hasta: **09/02/2027**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario 141291467416

(415)7707212489984(8020) 000014129146741 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
1 1 1 2 3 9 1 9 9 2	5	Impuestos y Aduanas de Palmira	1 5	

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 1 1 2 3 9 1 9 9 2	

Lugar de expedición 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Guadalajara de Buga 1 1 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
QUIJANO	GUTIERREZ	SAMUEL	ANDRES

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Guadalajara de Buga 1 1 1

41. Dirección principal
CL 4 16 63 CA 6 CONJUNTO LOURDES BRR LA MERCED

42. Correo electrónico saquijanog@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 8 8 4 1 2 1 5 3	

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

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

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 [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 1 61. Fecha 2026-11-12 / 10:36:58AM

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 SANCHEZ RIVERA VICTORIA EUGENIA

985. Cargo Analista V

Fecha generación documento PDF: 12-11-2026 10:37:00AM

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

Función Pública

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

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2026-11-08 21:21

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
SAMUEL	ANDRES	QUIJANO	GUTIERREZ

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1112391992

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	VALLE DEL CAUCA	Municipio	GUADALAJARA DE BUGA

Lugar de domicilio					
País	COLOMBIA	Departamento	VALLE DEL CAUCA	Municipio	GUADALAJARA DE BUGA

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	CONCEJO DE BUGA

Lugar de sede					
País	COLOMBIA	Departamento	VALLE DEL CAUCA	Municipio	GUADALAJARA DE BUGA

Dirección	["Carrera 13 No. 6-50 piso 2"]
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$0,00

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	$100.000,00
CUENTA CORRIENTE	CANADA	$600.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
CASA 50%	COLOMBIA	VALLE DEL CAUCA	GUADALAJARA DE BUGA	$150.000.000,00
APARTAMENTO	COLOMBIA	VALLE DEL CAUCA	GUADALAJARA DE BUGA	$70.000.000,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
TARJETA DE CREDITO	$2.000.000,00

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:

Certificación
Bancaria

Jueves, 12 de noviembre de 2026

A quien le interese

Bancolombia S.A. se permite informar que SAMUEL ANDRES QUIJANO GUTIERREZ identificado(a) con TI 1112391992, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta de ahorros	84869406022	2024-07-04	Activo	*****

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.
*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345.Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com.co

Laboratorio Clínico Lopez SAS
Línea Ocupacional

LABORATORIO CLINICO LOPEZ SAS
NIT : 900240042-3
Habilitación No. 7611107110, LSST 0384 de 21 de Marzo del 2023

Cra 15 # 4-61, Guadalajara De Buga - Valle del Cauca
Teléfono : 2366222 ext 111 - 3127923611
laboratorioclinicolocupacional@gmail.com
www.laboratorioclinicolopezocupacional.com

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Tipo Evaluación: Pre-Ingreso

Conceptos Especiales: Osteomuscular



Realizado en				**Fecha Emisión**	**Orden Servicio**
GUADALAJARA DE BUGA (Valle del Cauca)				2026-11-13	1767787
Nombres y Apellidos				**Identificación**	**Sexo Biológico**
SAMUEL ANDRES QUIJANO GUTIERREZ				CC 1112391992	Masculino
Fecha Nacimiento	**Edad**	**Tipo Sangre - Rh ***	**Dirección Residencia**		**Teléfonos**
2007-06-13	19 años	A+	CLL 4 NRO 16 63 CASA 6		3188412153
EPS			**ARL**		**AFP**
SOS			- No Tiene -		- No Tiene -
Valoración realizada para el cargo		**Empresa**			**Empresa Usuaria**
CONTRATISTA		Persona Natural			Persona Natural

Actividad Económica
0081 - Personas Naturales sin Actividad Económica

(*) Valor registrado según documento de identidad suministrado por el usuario

El siguiente concepto se emite conforme a la Resolución 1843 de 2025, de acuerdo con el perfil del cargo definido por la empresa y según los hallazgos de la Evaluación Médica Ocupacional realizada al usuario el 2026-11-09. Para emitir el concepto se analizaron los siguientes exámenes complementarios:

Exámenes complementarios no realizados.

CONCEPTO MÉDICO

- **Pre-Ingreso:** Condiciones de salud acordes con los requerimientos del perfil del cargo.
- **Osteomuscular:** Sin hallazgos clínicos de patología osteomuscular aparente.

OBSERVACIONES GENERALES PARA EL TRABAJADOR

- Atender las recomendaciones y/o restricciones emitidas en este concepto, tanto en el ámbito intralaboral como extralaboral
- Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del SG-SST, incluyendo el uso correcto de los EPP cuando aplique.
- Participar en las actividades de capacitación definidas en el SG-SST
- Estilos de vida saludable: Realizar ejercicio mínimo 3 veces a la semana, dieta equilibrada, consumo de agua, procurar adecuada higiene del sueño, evitar consumo de tabaco y alcohol.

OBSERVACIONES GENERALES PARA LA EMPRESA

- Comunicar al trabajador el concepto y recomendaciones emitidas en este documento
- Realizar periódicamente todos los exámenes definidos según perfil del cargo
- Inducción y capacitación periódica, acordes a las funciones y riesgos del cargo

Expedido por
JORGE HUMBERTO ARIAS PATIÑO
CC. 14882121
Registro No: 5900, LSST: LSST 1372

Recibido por
SAMUEL ANDRES QUIJANO GUTIERREZ
CC. 1112391992

Valide este documento en:
https://simeonips.com/validar/cmo/jew7pvkg-49lg-qu3x-4g7u-laenm8yxdq3z
Fecha Impresión: 2026-11-13 15:00:04 827729

La República de Colombia

Ministerio de Educación Nacional

y en su nombre el

"Liceo Juvenil" - Bilingual School

Guadalajara de Buga - Valle del Cauca

Reconocido oficialmente según Resoluciones DAM No. 642 del 22 de Marzo de 2011 y SEM-1900-689 del 28 de Agosto de 2015

Confiere a

Samuel Andrés Quijano Gutiérrez

Identificado con C. C. N° 1112391992 de Buga

El Título de

Bachiller
Técnico en Gestión Empresarial

Por haber alcanzado y aprobado los logros de formación holística, sistémica y por procesos, de acuerdo al Proyecto Educativo Institucional P. E. I. del Liceo Juvenil - Bilingual School.

Graciela Gómez Quiñonez
Rectora

LICEO JUVENIL BILINGUAL SCHOOL
Rectoría
Buga - Valle

LICEO JUVENIL BILINGUAL SCHOOL
Secretaria
Buga - Valle

Anotado en el Libro de Registro de Diplomas No. 02 Folio No. 09 Diploma No. 04

Dado en Guadalajara de Buga, a 3 de Julio de 2025

*Este Diploma no requiere registro, según decretos 921 del 6 de Mayo de 1994 y 2150 del 5 de Diciembre de 1995

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

LICEO JUVENIL Bilingual School - Fundación WAYRA

Guadalajara de Buga - Valle del Cauca

INSCRIPCIÓN S. E.: 04076063 **DANE: 376111002673**

En la ciudad de Guadalajara de Buga, a los 3 días del mes de Julio del año 2025 se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los (las) alumnos(as) de último grado, las suscritas Rectora y Secretaria en la rectoría del **LICEO JUVENIL Bilingual School - Fundación WAYRA** institución aprobada hasta undécimo grado en el nivel de Educación Formal Bilingüe y Media Técnica y reconocida oficialmente por **LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DEL DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA** para otorgar el Título de **BACHILLER TÉCNICO EN GESTIÓN EMPRESARIAL**, según Resolución DAM No. 642 del 22 de Marzo de 2011 y SEM 1900-689 del 28 de Agosto de 2015.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno(a) de los (las) alumnos(as) que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Técnica , se procedió a otorgar el Título de:

BACHILLER

Técnico en Gestión Empresarial

a la graduanda cuyos nombres, apellidos y número del documento de identificación se relacionan a continuación:

Samuel Andrés Quijano Gutiérrez

Identificado con T. I. No. 1112391992 de Buga

Es fiel copia tomada del Acta original general N° 19 de fecha 3 de Julio de 2025 que consta de 11 alumnos(as) y que comienza con el nombre de **JUAN ESTEBAN ARIAS SOTO** y se cierra con el nombre de **ISABELLA SALGADO CÁRDENAS.**

Firmada y sellada por **GRACIELA GÓMEZ ZULUAGA**, Rectora e **ILIANA CUÉLLAR QUINTERO**, Secretaria Académica.

Dada en Guadalajara de Buga - Valle del Cauca, a los 3 de Julio del año 2025

Firmado

GRACIELA GÓMEZ ZULUAGA
Rectora
C.C. No. 66127.892 de Buga

LICEO JUVENIL Bilingual School
Rectoría
Buga - Valle

DIPLOMA Nº. 04

ILIANA CUÉLLAR QUINTERO
Secretaria Académica
C.C. N°. 38.855.638 de Buga

LICEO JUVENIL Bilingual School
Secretaría
Buga - Valle

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

Editar datos resumen | Editar datos completos

Información general

Logo de la entidad	
Nombre de la entidad	SAMUEL ANDRES QUIJANO GUTIERREZ
Nombre abreviado	SAMUEL ANDRES QUIJANO GUTIERREZ
Fecha de creación	8/11/2026 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Pais de origen	COLOMBIA
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	1112391992
Tipo Entidad Estatal / Proveedor	Persona Natural colombiana
Código UNSPSC	
Zona horaria	
Idioma	
Moneda por defecto	
Pais	COLOMBIA
Ciudad	Valle del Cauca
Municipio	Guadalajara De Buga

Información de contacto

Dirección	Calle 4 # 16 - 63 Casa 6
Código postal	
Teléfono de oficina	3188412153
Fax de oficina	
Correo electrónico de la oficina	saquijanog@gmail.com
Correo electrónico para notificaciones SECOP II	saquijanog@gmail.com

Dirección	Estado	Pais	Teléfono

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Página web

Página web	
Facebook	
URL linkedin	
URL de youtube	
Twitter URL	

Contacto principal

Título	
Nombre	SAMUEL ANDRES QUIJANO GUTIERREZ
Cargo	

Teléfono

Móvil 3188412153

Fax

Correo electrónico saquijanog@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

© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia) 018000-52-0808 www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. De Radicado	Fecha de Radicado
	13 11 2026

I. Datos del tramite

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

5. Tipo de Afiliado	6. Tipo de Cotizante	7. Código
A. Cotizante ☑ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐	A. Dependiente ☐ B. Independiente ☑ C. Pensionado ☐	

A. AFILIACION

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

8. Apellidos y Nombres			
QUIJANO	GUTIERREZ	SAMUEL	ANDRES

9. Tipo de Documento de Identidad	10. N° de Documento de Identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo Identificación
CEDULA	1112391992	Femenino ☐ Masculino ☑	F ☐ M ☑ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál

13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento						15. Fecha de nacimiento
	País		Departamento		Municipio		
COLOMBIANA		COLOMBIA		Valle del Cauca		Buga	13/06/2007

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

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

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

26. Residencia				
CALLE 4 # 16 - 63 CASA 6		3188412153	saquijanog@gmail.com	
Valle del Cauca	Guadalajara de Buga		Zona Cabecera municipal ☑ Rural disperso ☐ Centro Poblado ☐ Resto rural ☐	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

27. Apellidos y Nombres			

28. Tipo de Documento de Identidad	29. N° de Documento de Identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo Identificación	32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento			34. Fecha de nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál		País	Departamento	Municipio	

saquijano@gmail.com

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

	35. Apellidos y Nombres			
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

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

Datos Complementarios del beneficiario

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

	51. Datos de Residencia						52. Valor de la UPC del afiliado adicional
	Departamento	Municipio / Distrito	Zona				Teléfono fijo y/o celular
			Cabecera Municipal	Centro poblado	Rural disperso	Resto rural	
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

	Dirección	Localidad /Comuna	Correo electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	54. Código de la IPS
C	comfandy buga	80725
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

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

55. Nombre o Razón Social	56. Tipo de Documento de Identidad	57. Número de Identificación	58. Tipo de Aportante o Pagador de pensiones

59. Ubicación				
Dirección	Teléfono	Correo Electrónico	Departamento	Municipio/Distrito

	ANEXO FORMULARIO DE AFILIACIÓN PBS	Código: FT-GEC-AF-010 Versión: 3 Fecha de actualización: 26/05/2025

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

Inicio vigencia del afiliado	1	3	1	1	2	0	2	6	Código Asesor	2449	Sucursal	007	Ciudad/Municipio	Buga

CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

Autorizo la entrega de la Carta de Derechos y Deberes y la Carta de Desempeño en formato electrónico? SI [✓] NO [ ]

Correo Electrónico: saquijano@gmail.com

ENCUESTA DE ENTREGA DE CARTILLA

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

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

AUTORIZACION TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

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

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

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

SI [✓] NO [ ]

Firma del Cotizante :

C.C. N° 1112391992

Declaración de Convivencia

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

Firma del Cotizante
C.C N°:

Firma del Compañero(a)
C.C N°:

Colpensiones

BOGOTA, D.C., 13 de Noviembre de 2026 2026_20246106-52316214

Señor (a):
SAMUEL ANDRES QUIJANO GUTIERREZ
SAQUIJANOG@GMAIL.COM
GUADALAJARA DE BUGA - VALLE DEL CAUCA

Referencia: Radicado No. 2026_20246106 del 13 de Noviembre de 2026
Ciudadano: SAMUEL ANDRES QUIJANO GUTIERREZ
Identificación: C.C. 1112391992
Tipo de Trámite: AFILIACIONES - Vinculación Inicial

Respetado(a) señor(a):

Reciba un cordial saludo de la Administradora Colombiana de Pensiones - COLPENSIONES.

Nos permitimos informarle que su solicitud radicada como se indica en la referencia, ha sido aceptada.

En caso de requerir información adicional, por favor acercarse a nuestros Puntos de Atención Colpensiones (PAC); comunicarse con la línea de servicio al ciudadano en Bogotá al 4890909, en Medellín al 2836090, o con la línea gratuita nacional al 018000 41 0909, en donde estaremos dispuestos a brindarle el mejor servicio.

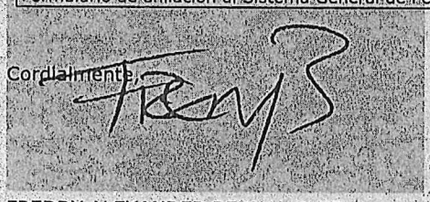
Agradecemos su confianza recordándole que estamos para servirle.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Documentos que anexó el usuario:

Tipo de documento	Cantidad folios
Formulario de afiliación al Sistema General de Pensiones.	1

Cordialmente,



FREDDY ALEXANDER BERNAL RUIZ
Director de Atención y Servicio (A)

Colpensiones
Sede Principal: Carrera 7 No. 74 – 21, Bogotá D.C., Colombia
Dirección correspondencia: Carrera 9 No. 59 – 43 Lc 4 Ed. Urban Essence, Bogotá D.C., Colombia
Conmutador: (+57) 601 489 0909 Conmutador BEPS: (+57) 601 487 0300
Línea Gratuita: 01 8000 410909 Línea Gratuita BEPS: 01 8000 410777
www.colpensiones.gov.co

Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

Función Pública certifica que:

SAMUEL ANDRES QUIJANO GUTIERREZ

C.C 1.112.391.992

Participó y completó el curso virtual

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 10 de noviembre 2026

Código: 7611548822000

CONCEJO MUNICIPAL GUADALAJARA DE BUGA	NOMBRE	AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES				
	CÓDIGO	FT.GTH.12	FECHA	19 de junio de 2025	VERSIÓN	01
	RESPONSABLE	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO		PÁGINA	1 de 1	

Entidad. CONCEJO MUNICIPAL DE GUADALAJARA DE BUGA
Nit. 815.003.377-1
Dirección. Carrera 13 No. 6-50 piso 2
Ciudad. Guadalajara de Buga
Teléfono. 3135752992
Correo electrónico. concejobuga@gmail.com

Yo Samuel Andres Quiceno Cortes identificado (a) con la cédula de ciudanía No. 1117391992 expedida en Buga. De conformidad con los artículos 15 y 20 de La Constitución Política de Colombia, de lo establecido por la Ley 1581 de 2012, *"Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales"* y sus Decretos Reglamentarios 1377 de 2013, 886 de 2014 y 1074 de 2015-capitulo 25, en especial lo relacionado con el conocimiento, ratificación y actualización de información de base de datos personales que reposen en los archivos físicos y electrónicos de la empresa, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por la empresa, de lo siguiente: 1) Que la empresa, es responsable del tratamiento de datos personales de los cuales soy titular en sus bases datos y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme a la Política de Tratamiento de la Datos Personales adoptada por la entidad, la cual conozco 2) Que me ha sido informada la finalidad de la recolección de los datos personales. 3) Que es de carácter facultativo o voluntario responder preguntas que versen sobre Datos Sensibles o sobre menores de edad 4) Que mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales. 5) Que mis derechos pueden ser ejercidos a través de los mecanismos dispuestos por la empresa, en su Política de Tratamiento de Datos personales en el ***"Capitulo 8-PROCEDIMIENTOS"***. 6) Que puedo hacer uso de estos mecanismos, dirigiéndome a la dirección de la entidad o a través de su correo electrónico, donde podré radicar cualquier tipo de requerimiento relacionado con el tratamiento de mis datos personales. 7) Que la empresa, garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos. 8) Que la empresa, se reserva el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento. 9) Que cualquier cambio será informado y publicado oportunamente por la empresa, mediante el medio más expedito. 10) Que habiendo sido informado de todo lo anterior y conociendo las Políticas de Tratamiento de Datos Personales del **CONCEJO MUNICIPAL DE GUADALAJARA DE BUGA,** la autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca, para tratar mis datos personales de acuerdo con sus políticas y para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales y contractuales. 12) Que La información obtenida para el Tratamiento de mis datos personales la he suministrado de forma voluntaria y es verídica. En constancia del conocimiento de Las Políticas de Tratamiento de Datos Personales del **CONCEJO MUNICIPAL DE GUADALAJARA DE BUGA,** y de la autorización para el tratamiento de mis datos, firmo en la ciudad de Buga, a los ___ días del mes de Noviembre del año 2026

CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

El suscrito declara que: Conozco las causales de inhabilidad e incompatibilidad para contratar con las entidades estatales de conformidad con las leyes: 80 de 1993, 1150 de 2007. Así como las sanciones establecidas por trasgresión a las mismas a las mismas en los artículos 26 numeral 7° y 52 y los efectos legales consagrados en el art 44 numeral 1° del Estatuto Contractual. Declaro bajo la gravedad del juramento que se entiende prestado con la firma del presente documento, que no me encuentro incurso en alguna de ellas.

Dado en el Municipio de Guadalajara de Buga, a los _____ (__) días, del mes de Noviembre de 202 5.

Nombre Completo del Contratista: Samel Andres Ayala

Firma del Contratista: _____

Número de Cédula: 1.117.391.992