

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACIÓN PERSONAL  
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.007.244.687  
TORO LOPEZ

APELLIDOS  
HAROL SANTIAGO

NOMBRES

*Harol Santiago Toro L.*

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 06-FEB-2000  
SAN AGUSTIN  
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.59

ESTATURA

O+

G.S. RH

M

SEXO

15-FEB-2018 SAN AGUSTIN

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

*Alexander Vega Rocha*

REGISTRADOR NACIONAL  
ALEXANDER VEGA ROCHA



A-1907090-01136579-M-1007244687-20200305

0070454404A 1

53208863



Libertad y Orden

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

## LICENCIA DE CONDUCCIÓN

No. 1007244687

NOMBRE

HAROL SANTIAGO TORO LOPEZ

FECHA DE NACIMIENTO

06-02-2000

SANGRE-RH

O+

FECHA DE EXPEDICION

02-05-2022

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR



ORGANISMO DE TRANSITO EXPEDIDOR

INSTITUTO DE PITALITO - INTRAPITALITO

### CATEGORIAS AUTORIZADAS

CATEGORIA	CLASE DE VEHICULO	VIGENCIA	SERVICIO
A2	MOTOCICLETA Y MOTOTRICICLO DE CUALQUIER CILINDRAJE.	02-05-2032	PARTICULAR
B1	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA Y MICROBÚS.	02-05-2032	PARTICULAR
C1	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA Y MICROBÚS.	02-05-2025	PUBLICO



ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

1 007000773971



La República de Colombia  
y en su nombre la  
**Institución Educativa  
Laureano Gómez**

San Agustín - Quila  
Jornada Nocturna

Autorizada por la Secretaría de Educación Departamental  
según Resolución No. 2901 de abril 04 de 2015

Confiere a:

**Harol Santiago Toro López**  
Identificado (a) con C.C. N°. 1007241687 de San Agustín

El Título de:

**Bachiller Académico**

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media, según los planes y programas vigentes de acuerdo con el Decreto 3011 del 19 de diciembre de 1997, compilado en el Decreto 1075 del 26 de mayo de 2015



Lic. Ekerer Bolaños Craso  
C.C. N°. 5.336.933 de San Lorenzo (Cra)  
Rector

Blanca Almeyda Ramos Pabón  
C.C. N°. 26.560.723 de San Agustín (Cra)  
Secretaria

Acta General de Graduación N°. 111

Folio N°. 199 Libro para control Interno de Diplomas N°. 111

Dado en San Agustín Quila, a los 30 días del mes de Noviembre de 2018

No requiere registro de la Secretaría de Educación, según Decretos 021 del 6 de mayo de 1994,  
2150 del 5 de diciembre de 1995 y 1075 del 26 de mayo de 2013 de la Presidencia de la República

Documento **1007244687** ☒ Masculino ☐ Femenino Fecha  
Nacimiento **06-feb.-2000** Lugar **SAN AGUSTIN**  
Dirección **SAN AGUSTIN VDA LA ESTRELLA**  
Teléfono/Movil **(310)6077142 SAN AGUSTIN, HUILA**  
Tipo Sangre - RH **O +** Estado Civil **Soltero/a**  
Escolaridad **Secundaria** Servicio Militar **NO**  
Empresa **OTROS**  
Cargo **CONDUCTOR**

EPS: Asmet Salud

ARL: Positiva

AFP: Colpensiones

**EXAMENES PARACLINICOS OCUPACIONALES**

TIPO EXAMENES	FECHA	N	A	TIPO EXAMENES	FECHA	N	A	TIPO EXAMENES	FECHA	N	A
SEROLOGIA				GLICEMIA				TRIGLICERIDOS			
SEROLOGIA II				PERFIL LIPIDICO				CREATININA			
CUADRO HEMATICO				COPROLOGICO				AUDIOMETRIA	27-02-25	X	
EKG				FROTIS GARGANTA				OPTOMETRIA	27-02-25	X	
KOH DE UÑAS				PARCIAL DE ORINA				ESPIROMETRIA			
PANEL DRÓGAS POR 2	27-02-25	X		COLESTEROL TOTAL				PSICOMOTRIZ	27-02-25	X	

**PRUEBAS ADICIONALES REQUERIDAS PARA EL CARGO** TEMPERATURA 36°

**CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL PARA EVALUACIÓN MÉDICA PRE-OCUPACIONAL O DE INGRESO**

Énfasis Osteomuscular	X	Énfasis Cardiovascular	Énfasis Neurológico	Énfasis Respiratorio	Énfasis Dermatológico
Objetivo de la consulta			CON RESTRICCIONES	SIN RESTRICCIONES	APLAZADO
Evaluación Médica Pre-Occupacional o de Ingreso				X	
Paciente con Condición Especial -					
Cambio de Ocupación					
Reintegro - Programado					
Periódico					
Bomberos					
Trabajo en Frío					
Manipulación de Alimentos					
Practica Deportiva					
Trabajo Seguro en Alturas					
Espacios Confinados					



**CONDUCTAS Y PROCEDIMIENTOS**

HIGIENE POSTURAL	<input checked="" type="checkbox"/>	PRUEBAS COMPLEMENTARIAS	<input type="checkbox"/>	NO FUMAR	<input type="checkbox"/>	CONTROL PYPEPS	<input type="checkbox"/>	SEGUIMIENTO CASO ARL	<input type="checkbox"/>
USO EPP	<input type="checkbox"/>	DIETA	<input type="checkbox"/>	REDUCIR ALCOHOL	<input type="checkbox"/>	REMISION A EPS	<input type="checkbox"/>	CONTINUAR MANEJO MEDICO	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>

USO AYUDAS ERGONOMICAS EJERCICIOS REGULAR PAUSAS ACTIVAS REMISION ARL PARA MANEJO CONTROL PERIODICO

**RESTRICCIONES Y RECOMENDACIONES**

RESTRICCIONES NO APLICA  
RECOMENDACIONES EXAMEN OSTEOMUSCULAR NORMAL



**MinSalud**  
Ministerio de Salud  
y Protección Social

RESOLUCION 766 - HABILITACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

**CONSENTIMIENTO INFORMADO:** Autorizo al profesional, mencionado en este documento, a realizar los procedimientos pertinentes para el examen médico y/o paraclínicos ocupacionales registrados en esta evaluación médica, teniendo de antemano claridad sobre el objetivo de este examen. La realización de las pruebas requeridas para este examen fueron realizadas de forma voluntaria y sin ninguna coacción por parte de terceros, teniendo la oportunidad de cancelar dicho proceso en cualquier momento. La empresa **CALIDAD COLOMBIA SERVICES SAS** me ha aclarado que dicha información va a ser de tipo confidencial. Certifico que no omití ningún dato relevante sobre mis antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre mi estado de salud y que toda la información que he expresado, para la elaboración de este documento, es cierta, además autorizo el envío de este informe a mi empleador.

**AUTORIZACION DE TRATAMIENTO DE DATOS:** Autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a **CALIDAD COLOMBIA SERVICES SAS** para tratar mis datos personales de acuerdo con su procedimiento de protección de datos expuesto en cartilla, para los fines relacionados con su objeto social y en especial para fines legales, contractuales, comerciales. La información obtenida para el tratamiento de mis datos personales la he

**CAMILO ANDRES SASTOQUE MEÑACA**  
MEDICO LABORAL Licencia SST: 2141/15

**Paciente: HAROL SANTIAGO TORO LOPEZ**  
Cedula No: 1007244687



**CALIDAD COLOMBIA SERVICES** NIT: 900.633.796-5  
Carrera 2 No. 4-50 B. Centro Pitalito-Huila Cel. 315 640 82 96 Tel. 836 31 70 - 836 9114  
info@saludocupacionalpitalito.com - www.saludocupacionalpitalito.com



**TRANSANDINA**  
**DE SAN AGUSTIN S.A.S.**

NIT. 813.013.636-1

Resolución No. 533 Noviembre 5 de 2004  
Resolución No. 658 Noviembre 23 de 2007  
Resolución No. 050 de Noviembre 11 de 2010  
Resolución No. 225 de Noviembre 7 de 2018

**EL SUSCRITO GERENTE DE LA EMPRESA TRANSPORTADORA  
TRANSANDINA DE SAN AGUSTIN S.A.S**

**CERTIFICA:**

Que el señor **HAROL SANTIAGO TORO LOPEZ**, identificado con Cédula de Ciudadanía número 1.007.244.687 de San Agustín Huila, laboro en mi representada desde el 01 de Junio de 2022 hasta el 07 de Marzo de 2024, como **CONDUCTOR** de vehículo de servicio público, dándose a conocer por su responsabilidad en el cumplimiento del trabajo asignado, mostrando buenos modales, buena relación con los clientes y con sus compañeros de labor.

Certificación que se expide a solicitud del interesado.

Dada en el Municipio de San Agustín - Huila a los veintisiete (27) días del mes de Febrero del año 2025.

Atentamente,

**ORLANDO URBANO ORTÍZ**  
Representante Legal



VIGILADO  
SuperTransporte





# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO <b>Toro</b>	SEGUNDO APELLIDO ( O DE CASADA ) <b>López</b>	NOMBRES <b>Harol Santiago</b>
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C <input checked="" type="checkbox"/> C.E <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> No. <b>1007244687</b>		SEXO F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/>
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="checkbox"/> SEGUNDA CLASE <input type="checkbox"/> NÚMERO _____ D.M. _____		NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="checkbox"/> EXTRANJERO <input type="checkbox"/> PAÍS <b>Colombia</b>
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA <b>06</b> MES <b>02</b> AÑO <b>2000</b> PAÍS <b>Colombia</b> DEPTO <b>Huila</b> MUNICIPIO <b>San Agustín</b>		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA <b>Vereda Mesitas</b> PAÍS <b>Colombia</b> DEPTO <b>Huila</b> MUNICIPIO <b>San Agustín</b> TELÉFONO <b>3106077142</b> EMAIL <b>haroltoro029@gmail.com</b>

## 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: <b>Bachiller Académico</b>	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	<input checked="" type="checkbox"/>	MES <b>11</b> AÑO <b>2018</b>	

**EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)**  
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:  
TC (TÉCNICA), TL (TECNOLÓGICA), TE (TECNOLÓGICA 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		

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

# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.			
EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD TRANSPORTES MULTIMODAL S.A.S	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO HUILA	MUNICIPIO PITALITO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 3205180217	FECHA DE INGRESO DÍA 08 MES 03 AÑO 2024	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONDUCTOR	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD TRASANDINA	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO HUILA	MUNICIPIO SAN AGUSTÍN	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD trasandinadesanagustin@gmail.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA 01 MES 06 AÑO 2022	FECHA DE RETIRO DÍA 07 MES 03 AÑO 2024	
CARGO O CONTRATO CONDUCTOR	DEPENDENCIA GERENCIA	DIRECCIÓN Calle 2 #3-70	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO  
**HOJA DE VIDA**

Persona Natural

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

4

**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		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	3	1
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	3	1

5

**FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA**

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ☒ NO ☐ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD 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 Pitalito, Huila 28-02-2025

Harol Santiago Toro López

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6


**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

HOJA DE VIDA - CONDUCTORES		Código: F-1 UT	Versión: 01
		Fecha: 17/01/2021	
N° INT:		PROPIETARIO <input type="checkbox"/>	CONDUCTOR <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	GUÍA AFILIADO <input type="checkbox"/>
		CONVENIO	
<b>INFORMACION GENERAL</b>			
N°	1007244687		
IDENTIFICACION	Harol Santiago		
NOMBRES	Toro López		
APELLIDOS	06 - Febrero - 2000		
FECHA			
NACIMIENTO	Vereda Mesitas		
DIRECCIÓN			
SECTOR RESIDENCIAL	El Batán - San Agustín Huila		
N° TELÉFONO	N° CELULAR 3106077192		
	FOTOCORREO ELECTRONICO harol.toro029@gmail.com		
LICENCIA N°	1007244687 CATEGORIA: C1		
CUENTA BANCARIA	N°: TIPO:		
	BANCO: OCUPACION		
GRADO	Bachiller Académico		
ESCOLARIDAD TIPO			
SANGRE	O+		
ESTADO CIVIL	Soltero		
NOMBRE CONYUGE	N° CÉDULA: TEL:		
<b>INFORMACION LABORAL</b>			
NOMBRE EMPRESA	Multimedial		TELÉFONO 3205180217 JEFE
INMEDIATO			CARGO DESEMPEÑO Conductor
<b>REFERENCIAS FAMILIARES Y/O PERSONALES</b>			
1° NOMBRE	Segundo Rene Toro		PARENTESCO Papá
TELÉFONO			N° CELULAR 3125346370
<b>DATOS AFILIACION EMPRESA</b>			
FECHA INGRESO	08-03-2024		N° INTERNO
PLACA	LP2857		MODELO Y MARCA 2023 Renault
CLASE Y CAPACIDAD	Camioneta, 5 Pasajeros		Duster
		<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
FIRMA Y C.C. Harol Santiago Toro Lopez 1007244687		ANTECEDENTES POLICÍA ANTECEDENTES CONTRALORÍA LICENCIA CERTIFICADO SIMIT EXÁMENES MÉDICOS (solo del conductor)	
		DOCUMENTOS ENTREGADOS COPIA CEDULA COPIA AFILIACION S. SOCIAL AFILIACION ARP NIVEL 4	

	<b>PROCESO</b> <b>ADQUISICIÓN BIENES Y SERVICIOS</b>  FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES CONTRA NIÑOS NIÑAS Y ADOLESCENTES	F4.P5.ABS	14/11/2019
		Versión 1	Página 1 de 1

El(la) suscrito(a) Harol Santiago Toro López identificado con C.C./ C.E./ P.P No. 1007244687 expedida en San Agustín, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar Cecilia de la Fuente de Lleras – ICBF con NIT. 899.999.239-2, a consultar mis datos personales en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra personas menores edad que administra el Ministerio de Defensa-Policía Nacional de Colombia, de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada cuatro (4) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

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

Se suscribe en la ciudad de Pitalito, el día Jueves (27) de Febrero de 2025.

Firma

Nombre


Cédula

Harol Santiago Toro López  
Harol Santiago Toro López  
1007244687

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

	<b>PROCESO</b> <b>ADQUISICIÓN BIENES Y SERVICIOS</b> <b>FORMATO COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD DE</b> <b>INFORMACIÓN - CONTRATISTAS</b>	F7.P2.ABS	22/11/2019
		Versión 3	Página 1 de 1

Yo: Harol Santiago Toro López de nacionalidad colombiana identificado(a) con CC. X CE No. 1007244687 CE expedida en la ciudad de San Agustín, suscribo el presente **COMPROMISO DECONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN**, en relación con la información clasificada o reservada que sea puesta a mi disposición por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF, manteniendo su confidencialidad, disponibilidad e integridad.

Como consecuencia a lo anterior, manifiesto que me comprometo a:

1. Dar aplicación a la Ley 1581 de 2012, la Ley 1712 de 2014, el capítulo 25 del título 2 de la parte 2 del libro 2 del Decreto 1074 de 2015, así como de la Política de Tratamiento de Datos Personales y la Política de Seguridad de la Información del ICBF, políticas que se encuentran publicadas en la página web [www.icbf.gov.co](http://www.icbf.gov.co).
2. No usar la información suministrada para fines distintos al cumplimiento del contrato suscrito con el ICBF, así como no utilizarla de forma alguna que pudiese causar perjuicio directo o indirecto a los titulares o terceros de la información.
3. No revelar, divulgar, exhibir, mostrar, hacer circular, compilar, sustraer, ofrecer, vender, intercambiar, captar, interceptar, modificar, recolectar, almacenar, o replicar la información dada a conocer por el ICBF, aún después de finalizado el contrato.
4. No publicar ni disponer de la información puesta en mi conocimiento en sitios de Internet u otros medios de divulgación o comunicación masiva, conservando la información a la que tenga acceso bajo las políticas establecidas por el ICBF y las condiciones de seguridad necesarias, disponiendo de las medidas técnicas, humanas y administrativas que sean necesarias para otorgar seguridad e impedir su adulteración, pérdida, consulta, uso o acceso no autorizado o fraudulento.
5. Utilizar solo los repositorios de información dispuestos por el ICBF.
6. Utilizar la información únicamente en los términos autorizados y devolver toda información de inmediato a la persona designada por el ICBF una vez haya suspensión o terminación de contrato o cambio en las obligaciones; absteniéndome de mantener copia parcial o total de la información obtenida o generada con ocasión del desarrollo del objeto contractual.
7. Garantizar la seguridad de la información que se pone en mi conocimiento, ejerciendo sobre ella diligencia y haciendo uso de las medidas y medios técnicos de cuidado que ponga a disposición el Instituto, todo ello de acuerdo a lo dispuesto en la Política de Seguridad de la Información del ICBF.

El no cumplimiento de los anteriores compromisos podría dar lugar a acciones civiles, contractuales, e incluso penales por parte del ICBF o de los titulares a quienes se les afecte en sus derechos.

Se suscribe en la ciudad de Bogotá, el día trece (11) de marzo de 2024.

Firma  
Nombre  
Cédula

Harol Santiago Toro López  
Harol Santiago Toro López  
1007244687

**Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!**

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012  
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.



**ACADEMIA DE CONDUCCION GRAN PRIX DEL  
LLANO LABOYANO**

Nit 12233820-7

ID 1305462

Res. 000639 del 8 de marzo de 2011 Ministerio de Transporte

**CERTIFICA**

Que el señor HAROL SANTIAGO TORO LOPEZ identificado con cédula de ciudadanía número 1.007.244.687 expedida en San Agustín Huila realizó el curso teórico-práctico de conducción a la defensiva, seguridad vial, normas de tránsito, mecánica básica, primeros auxilios y contraincendios en esta academia.

La anterior se expide a petición del interesado, a los diez (10) días del mes de marzo del año 2025.

  
Gustavo Hernando Trujillo Losada  
Gerente

  
**CEA GRAN PRIX DEL  
LLANO LABOYANO**  
Nit: 12.233.820-7  
Cra. 2 # 8-29 Pitalito, Huila  
Tel: 8352421

**ACADEMIA DE CONDUCCION GRAN PRIX DEL LLANO LABOYANO**

Carrera 2 N° 8-29 Teléfono: 8352421 Cel.: 3212627023 Pitalito, Huila  
**HACEMOS PROFESIONALES DEL VOLANTE**