Villavicencio, Meta 22 ENE 2026

Doctora
JOANA MARCELA GUEVARA RICO
Jefe Oficina de Contratación
CORMACARENA

REF. PROPUESTA

Por medio de esta, les presento mi propuesta, de acuerdo con lo siguiente:

OBJETO

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN, BRINDANDO ACOMPAÑAMIENTO EN EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEFINIDAS EN EL PLAN DE ACCIÓN INSTITUCIONAL 2024-2027 COMO ETNOSALVAGUARDA AMBIENTAL EN LOS RESGUARDOS INDÍGENAS DEL DEPARTAMENTO DEL META.

OBLIGACIONES ESPECIFICAS

1. Brindar acompañamiento en el fortalecimiento de los grupos Etnoambientales conformados por niños, niñas y jóvenes de las comunidades indígenas del departamento del Meta, mediante el acompañamiento, orientación y desarrollo de acciones pedagógicas que promuevan la educación ambiental y el reconocimiento de su identidad cultural, para la acreditación de esta obligación deberá presentar, registro fotográfico, acta de reunión y listado de asistencia.

2. Brindar apoyo en el desarrollo de procesos de sensibilización dirigidos a las comunidades indígenas del departamento del Meta, incorporando un enfoque Etnoambiental que promueva la protección del territorio, el respeto por los saberes ancestrales y la educación ambiental, para la acreditación de esta obligación deberá presentar, registro fotográfico y listado de asistencia.

3. Apoyar en el desarrollo de un (1) producto educativo que relate la historia de su comunidad indígena, con el propósito de socializarlo con la comunidad en general y contribuir al fortalecimiento de la etnoeducación. Para la acreditación de esta obligación deberá presentar avances del producto educativo y al finalizar el contrato el producto final.

4. Las demás obligaciones que le sean asignadas por el supervisor y estén acorde con el objeto del contrato.

VALOR

VALOR DEL CONTRATO: El valor del contrato se estima en la suma de SIETE MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS ($7.200.000), incluido IVA, si a ello hubiere lugar.

FORMA DE PAGO

El valor del contrato se cancelará de la siguiente manera: TRES (3) MENSUALIDADES VENCIDAS de igual valor, esto es DOS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS ($2.400.000) M/CTE, incluirán IVA, si a ello hubiere lugar.

Para cada uno de los pagos (parciales y final) se deberá presentar el informe conjunto de ejecución contractual suscrito por el contratista y el supervisor, sobre el cumplimiento de las obligaciones del contrato; acreditación del pago de sus aportes frente al Sistema Integral de Seguridad Social, en los términos de la Ley 828 de 2003, la Ley 1150 de 2.007, la Ley 1122 de 2007 y sus Decretos reglamentarios, la factura o soporte de costos.

Para el pago final además de los documentos ya citados se deberá suscribir el acta de terminación, ya que, al tratarse de un contrato de prestación de servicios apoyo a la gestión, no se exige liquidación para el pago final, al no estar sometido a ella. Para efectos de cada pago se deberá contar con la aprobación del supervisor.

Sin el cumplimiento de tales requisitos, la factura o cuenta de cobro se entenderá como no presentada. Los errores aritméticos serán susceptibles de corrección en cualquier tiempo, hasta la terminación del contrato.

PLAZO DE EJECUCIÓN

De conformidad con las actividades requeridas, se considera un plazo de ejecución de **TRES (03) MESES**; contados a partir de la fecha de suscripción del acta de inicio, acorde con la disponibilidad de recursos con que cuenta la entidad.

TIEMPO ESTIMADO PARA EJECUTAR EL CONTRATO	VALOR HONORARIOS	V.TOTAL
TRES (03) MESES	$ 2.400.000	$7.200.000
	TOTAL	$7.200.000

LUGAR DE EJECUCIÓN

Las actividades a realizar por parte del contratista se desarrollarán de manera autónoma e independiente en el territorio del resguardo indígena La Corozal Tapaojo – Pueblo Piapoco, Departamento del Meta, sin perjuicio de los desplazamientos que deba hacer el contratista dentro de la jurisdicción de Cormacarena.

INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

Declaro bajo la gravedad de juramento, no estar incurso en ninguna inhabilidad e incompatibilidad para contratar, establecidas en el artículo 8 de la ley 80 de 1993 y que dado el caso de sobrevenir alguna de ellas, procederé a la terminación del contrato. De igual forma manifiesto no encontrarme reportado en el boletín de responsable fiscales de la Contraloría General de la República.

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN

Por medio del presente y de conformidad con lo dispuesto en las normas vigentes sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1074 de 2015, autorizo libre, expresa e

inequívocamente a La Corporación Para El Desarrollo Sostenible del Área de Manejo Especial la Macarena, CORMACARENA, para que realice la recolección y tratamiento de mis datos personales que suministro de manera veraz y completa, los cuales serán utilizados para los diferentes aspectos relacionados con la contratación de prestación de servicios de la Entidad, incluyendo la verificación de los documentos de experiencia, académicos, antecedentes y todos aquellos que obren como soporte de mi propuesta.

Igualmente, manifiesto que de conformidad con el artículo 56 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo - Ley 1437 de 2011 modificado por el artículo 10 de la Ley 2080 de 2021, autorizo expresamente a La Corporación Para El Desarrollo Sostenible del Área de Manejo Especial la Macarena, CORMACARENA remitir notificaciones electrónicas al correo electrónico institucional que se me llegare asignar, una vez inicie la ejecución contractual o al registrado por el suscrito en la herramienta SECOP II.

Por lo anterior, autorizo y acepto recibir notificaciones a través de medios electrónicos. De igual manera manifiesto que la presente autorización me fue solicitada y puesta de presente antes de entregar mis datos y que la suscribo de forma libre y voluntaria una vez leída en su totalidad.

ACUERDO EXPRESO SOBRE PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

Manifiesto de forma libre, expresa y espontánea mi voluntad para acordar que los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, derivados del Contrato de Prestación de Servicios de Apoyo a la Gestión y, que tendrá por objeto "PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN, BRINDANDO ACOMPAÑAMIENTO EN EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEFINIDAS EN EL PLAN DE ACCIÓN INSTITUCIONAL 2024-2027 COMO ETNOSALVAGUARDA AMBIENTAL EN LOS RESGUARDOS INDÍGENAS DEL DEPARTAMENTO DEL META", y que se suscribirá con La Corporación Para El Desarrollo Sostenible del Área de Manejo Especial la Macarena, CORMACARENA, serán gestionados, realizados y pagados en su totalidad por el suscrito conforme al *ingreso base de cotización (IBC) al Sistema de Seguridad Social Integral establecido en el artículo 3.2.7.1. del* Decreto 1273 de 2018.

Lo anterior, en virtud de la habilitación legal emanada del Decreto 514 de 2025, artículo 2.2.4.18.7, que permite el presente acuerdo, y que exonera de esta manera al contratante, en este caso, La Corporación Para El Desarrollo Sostenible del Área de Manejo Especial la Macarena, CORMACARENA, de las obligaciones derivadas de la Ley 2381 de 2024, en especial de aquellas contenidas en los artículos 7 y 21.

Cordialmente,

lorena Sanchéz

Leidy Lorena Sánchez Rodríguez
C.C. 1.124.821.737 de Puerto Gaitán (Meta)
Dirección: Resguardo Indígena Corozal Tapaojo - Pueblo Piapoco
Municipio: Puerto Gaitán
CEL 3115839542
Correo electrónico: leidysanchezrodriguez1990@gmail.com



El suscrito Rowinson Gaitán Yaguidua, identificado con cédula de ciudadanía N.° 1.127.140.619, en calidad de Gobernador del Resguardo Indígena Corozal Tapaojo, perteneciente al pueblo Piapoco,

CERTIFICA

Que La señora Leidy Lorena Sánchez Rodríguez, identificada con cédula de ciudadanía N.° 1.124.821.737, es reconocida por la autoridad tradicional y la comunidad del Resguardo Indígena Corozal Tapaojo como mujer líder del resguardo, destacándose por su participación activa en los procesos organizativos, comunitarios y de fortalecimiento del tejido social del pueblo Piapoco.

La presente certificación se expide a solicitud de la interesada, para los fines que estime convenientes.

Se firma en el resguardo indígena Corozal Tapaojo pueblo Piapoco, el día 22 del mes de enero de 2026.

Atentamente,

ROWINSON GAITAN YAGUIDUA
Gobernador Resguardo Corozal Tapaojo – Pueblo Piapoco
CC 1.127.140.619 de Santa Rosalía

Interior

EL(LA) SUSCRITO(A) DIRECTOR(A) DE LA DIRECCION DE ASUNTOS INDIGENAS, ROM Y MINORIAS DEL MINISTERIO DEL INTERIOR

HACE CONSTAR

Que consultado el sistema de información indígena de Colombia (SIIC), se registra el Resguardo Indígena COROZAL TAPAOJO en las bases de datos de esta Dirección.

Que consultado el auto-censo sistematizado y aportado por la Comunidad Indígena MORICHALITO, la cual hace parte del Resguardo Indígena COROZAL TAPAOJO, se registra el Señor (a): LEIDY LORENA SANCHEZ RODRIGUEZ, identificado (a) con CC y número de documento: 1124821737, en el(los) censo(s) del(los) año(s) 2013, 2019.

Se expide en Bogotá D.C., al(os) 21 día(s) del mes 1 del año 2026.

La presente información se emite conforme a los registros que al día de hoy reposan en el Sistema de Información Indígena de Colombia

Roquelina Sabis Blanco Moscarella
Director de Asuntos indigenas, Rom y Minorías

Url Verificación

Este Certificado Consta De 01 Hoja(s), y su generación es totalmente gratuito.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.124.821.737

SANCHEZ RODRIGUEZ
APELLIDOS

LEIDY LORENA
NOMBRES



lorena Sanchez
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 19-FEB-1990

LA PRIMAVERA
(VICHADA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.63 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

09-ABR-2008 PUERTO GAITAN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-5204300-00623491-F-1124821737-20140915 0040073784A 1 41647612

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141231109350

(415)7707212489984(8020) 000014123110935 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
1 1 2 4 8 2 1 7 3 7	3	Impuestos y Aduanas de Villavicencio	2 2	

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 2 4 8 2 1 7 3 7	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Meta 5 0	Puerto Gaitán 5 6 8

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
SANCHEZ	RODRIGUEZ	LEIDY	LORENA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Meta 5 0	Puerto Gaitán 5 6 8

41. Dirección principal: RESGURDO COROSAL TAPAOJO

42. Correo electrónico: leidysanchezrodriguez1990@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 1 5 8 3 9 5 4 2	

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 9 9	2 0 2 6 0 1 2 1						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

48. No responsable de IVA

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 SANCHEZ RODRIGUEZ LEIDY LORENA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 22-01-2026 04:52:49PM

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 289103800

PIB
11:11:51

Bogotá DC, 19 de enero 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) LEIDY LORENA SANCHEZ RODRIGUEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1124821737:

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

Carlos William Rodríguez Millán
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 lunes 19 de enero de 2026, a las 11:13:28, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1124821737
Código de Verificación	112482173726011911328

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 11:14:34 AM horas del 19/01/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1124821737**

Apellidos y Nombres: **SANCHEZ RODRIGUEZ LEIDY LORENA**

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, 19/01/2026 11:15:50 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1124821737** y Nombre: **LEIDY LORENA SANCHEZ RODRIGUEZ.**

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. **132881278** . 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

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 1124821737 **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 20/01/2026 08:40 AM

Código Verificación: **5FLJQHZ7EM**

Válida hasta: **20/04/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

AUTORIZACIÓN CONSULTA INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES CONTRA MENORES DE 18 AÑOS *(LEY 1918 DE 2018)*

El suscrito Leidy Lorena Sánchez Rodríguez identificado con C.C. No. 1.124.821.737 expedida en Puerto Gaitán, 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, a la Corporación para el Desarrollo Sostenible del Área de Manejo Especial La Macarena (Cormacarena) con Nit 822000091-2, 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
(04) 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.cormacarena.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 Villavicencio, el día diecinueve (19) de enero de 2026.

Lorena Sanchéz

LEIDY LORENA SÁNCHEZ RODRÍGUEZ
C.C. 1.124.821.737 de Puerto Gaitán

Autoridad Ambiental en el Departamento del Meta - Nit. 822000091-2
Carrera 44C No. 33B-24 barrio Barzal Villavicencio (Meta) - Colombia
PBX 673 0420 - 6730417 - 6730418 PQR 6730420 Ext. 105
Línea Gratuita: 018000117177
www.cormacarena.gov.co - info@cormacarena.gov.co

Corporación para el Desarrollo Sostenible del Área de Manejo Especial La Macarena

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 11:21:10 horas del 19/01/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1124821737,**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **CORMACARENA**, con NIT **822000091-2** 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

CABILDO TERRITORIAL DE LOS PASTOS E.P.S. INDÍGENA MALLAMAS "El mandato en salud para un buen vivir"	FORMULARIO UNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS	Codigo: AS-FR-001 Versión: 01 Vigencia: 28/02/2017

No. de Radicación	Fecha de Radicación
0625824798102	21/01/2026

I. DATOS DEL TRAMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Trámite	3. Régimen
A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☑	- Cotizante o Cabeza de Familia ☐ A. Individual - Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. de oficio ☐	A. Contributivo ☐ B. Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código
A. Cotizante ☐ B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Cotizante ☐ B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐	(a registrar por la EPS)

II. DATOS BASICOS DE IDENTIFICACION(del cotizante o cabeza de familia) A. AFILIACION

6. Apellidos y nombres			
SANCHEZ	RODRIGUEZ	LEIDY	LORENA
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

7. Tipo de Documento de Identidad	8 Número del documento de Identidad	9. Sexo	10. Fecha de Nacimiento
CC	1124821737	Femenino ☑ Masculino ☐	19/02/1990

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13.Puntaje Sisben	14.Grupo Población Especial
1	F N M T P Tipo Condición		16

15.Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16.Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
		1750905.00

18. Residencia

Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo electrónico
RESGUARDO COROZAL TAPAOJO	3115839542		

Municipio/Distrito	Zona	Localidad/Comuna	Departamento
PUERTO GAITAN	Urbana ☐ Rural ☐		META

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del conyugué o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de Documento de Identidad	21. Número del documento de Identidad	22. Sexo	23. Fecha de Nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres

	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del Documento de identidad	27. Sexo		28. Fecha de nacimiento
			Femenino	Masculino	
B1			X		
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos Complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F	N	M	Condición T	P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

	33. Datos de Residencia Municipio/Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Seleccion de la IPS Primaria

	34.Nombre de la institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento	37. Número del documento de identidad	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
SANCHEZ RODRIGUEZ LEIDY LORENA	CC	1124821737	02

39. Ubicación				
CRA 2 # 25-19 BARRIO PERLAS DEL MANACACI	0006460792	unidosg14gaitanlorena@gmail.com	PUERTO GAITAN	META
Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación.

☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación

11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas

12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas

5. Terminación de la inscripción en la EPS

Código

6. Reinscripción en la EPS.

7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.

8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.

☑ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.

10.Terminación de relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando

14. Traslado. A. Mismo Régimen.

B. Diferente Régimen.

15. Reporte de fallecimiento.

16. Reporte del trámite de protección al cesante.

17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.

18. Reporte de calidad de Pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
SANCHEZ	RODRIGUEZ	LEIDY	LORENA

Tipo de Documento de Identidad	Número del documento de Identidad	Sexo Femenino ☑ Masculino	Fecha de Nacimiento	Fecha
			10/02/1990	21/01/2026

43. EPS anterior	44. Motivo traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales

47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.

48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.

49. Declaración de no intención del cotizante, cabeza de familia, beneficiario o afiliados adicionales en una institución Prestadora de Servicios de Salud.

50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza e familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.

51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran

52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013.

53. Autorización para que la EPS envié información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, Cabeza de familia o beneficiario

55. El Empleador, Aportante o Entidad responsable de la Afiliación colectiva o Institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

56. Copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC

Cantidad: Total: 0

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

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

59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación
o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.

60. Copia del certificado de adopción o acta de engtrega del menor.

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

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

63. Copia de la Autorización de traslado, por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

64. Certificado de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio Código del Departamento	67. Datos del SISBÉN Número de ficha Puntaje Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

70. Datos del funcionario que realliza la validación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

71. Firma del funcionario

Tipo documento de identidad	Número del documento de identidad

OBSERVACIONES :
N06

Recuerde que la firma al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII (Declaraciones y Autorizaciones), así como la veracidad de la demás información registrada

GRAN TERRITORIO DE LOS PASTOS
E.P.S. INDIGENA
MALLAMAS

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Código: AS-FR-001
Versión: 03
Vigencia: 06/12/2024

No. de Radicación | Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRAMITE

1. Tipo de Trámite
A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☐

2. Tipo de Afiliación
A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia ☐ - Beneficiario o afiliado adicional ☐
B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. de oficio ☐

3. Régimen
A. Contributivo ☐
B. Subsidiado ☐

4. Contribución Solidaria
Si ☐
No ☐

5. Tipo de afiliado
A. Cotizante ☐ B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐

6. Tipo de cotizante
A. Dependiente ☐ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐

7. Código (a registrar por la EPS)

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

A. AFILIACIÓN

8. Apellidos y nombres			
Sanchez	Rodriguez	Leidy	Lorena
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

9. Tipo de Documento de Identidad	10. Número del documento de Identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación
CC	1.124 821 737	Femenino X ☐ Masculino ☐	F ☒ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual?

13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento			15. Fecha de Nacimiento (DDMMAAAA)
	País	Departamento	Municipio	DD MM AAAA
colombia	colombia	Meta	Puerto Gaitan	19 02 1990

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial
Piapoco	Resguardo Gonzalo Lopez	Si ☐ No ☐ Categoria de discapacidad	Si ☐ No X	Nivel Grupo	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
colmena	Proteccion	1.750 905	

26. Residencia				
Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo electrónico	
Resguardo		3145839542		

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad/Comuna	Zona
			Cabecera Municipal ☐ Resto Rural ☐ Centro Poblado ☐ Rural Disperso ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyugue o compañero(a) permanente del cotizante

27. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

28. Tipo de Documento de Identidad	29. Número del documento de Identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual?

32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento			34. Fecha de Nacimiento (DDMMAAAA)
	País	Departamento	Municipio	DD MM AAAA

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

35. Apellidos y nombres

	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo de documento de identidad	37. Número del 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	Cual	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 SISBÉN		48. Clasificación SISBÉN		49. Discapacidad			50. Incapacidad permanente	
					Si	No	Nivel	Grupo	Si	No	Categoria discapacidad	Si	No
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de residencia

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

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo documento de identidad	Número del documento de identidad		Firma del funcionario
96. Fecha de radicación	97. Fecha de validación		
OBSERVACIONES :			

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

ELABORÓ:	REVISÓ:	APROBÓ:	
Ing. Jhon Bastidas Coord. De Afiliaciones y Admon de BD	Ing. Diana Quenán. Coord. Sistemas Integrados de Gestión	Dr. Luis Fernando Cuastumal Gerente General	Documento Controlado

Las Modificaciones al Formato No Son Válidas Sin Aprobación. (Firmas En Formato Original Aprobado)

B2	
B3	

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo de documento de ideutificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
Lorena Sanchez	C.C.	1144821737	Protección

59. Ubicación					
Dirección: resguardo cordal kilometro	Teléfono fijo o Celular: 3115835542	Correo electrónico: leidysanchezrodriguez1990@gmail.com	Departamento: Meta	Municipio/Distrito: Puerto Gaitan

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación..
- ☐ 3. Actualización del documento de identificación.
- ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS

  Código
- ☐ 6. Reporte de pago a través de un tercero Código
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- ☐ 10.Terminación de relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- ☐ 11.Inscripción EPS retorno al país.
- ☐ 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 14. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo. ☐ B. Régimen Subsidiado.
- ☐ 15. Traslado: ☐ A. Mismo Régimen. ☐ B. Diferente Régimen.
- ☐ 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.
- ☐ 17. Reporte del trámite de protección al cesante.
- ☐ 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- ☐ 19. Reporte de calidad de Pensionado.
- ☐ 20. Ingreso a Contribución Solidaria.
- ☐ 21. Retiro de Contribución Solidaria.

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de Documento de Identidad	Número del documento de Identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificacion	64. Fecha de nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual?	

65. EPS anterior	66. Fecha de la novedad	67. Motivo traslado	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	27-07-2026	Código	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de Documento de Identidad	Número del documento de Identidad

IX. FIRMAS

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

X. ANEXOS

- ☐ 82. Anexo copia del documento de identidad:

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	PT
Cantidad de documentos de identidad anexos:	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

- ☐ 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- ☐ 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentecnia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- ☐ 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- ☐ 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- ☐ 88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- ☐ 89. Copia de la Autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016.
- ☐ 90. Certificado de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

Total anexos: ☐

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación del Ente Territorial	93. Nombre de la Institución

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **SANCHEZ RODRIGUEZ LEIDY LORENA** identificado(a) con **CC** número **1.124.821.737** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de agosto de 2020 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 18 de enero de 2026.

Cordialmente,

Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 482 33 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80** -
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a **https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/**



CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL DE APTITUD LABORAL

DR. HERNAN EDUARDO MEDINA// ESPEC. SALUD OCUPACIONAL LICENCIA No 7953/2022 SSM

1. INFORMACION DE LA EMPRESA

NOMBRE DE LA EMPRESA: CORMACARENA												
FECHA: 19/01/2026			CIUDAD: VILLAVICENCIO				DPTO: META					
TIPO DE EXAMEN: INGRESO	X	EGRESO		PERIODICO		POST-INCAPACIDAD		OTRO:				

2. INFORMACION DEL TRABAJADOR

NOMBRES Y APELLIDOS: LEIDY LORENA SÁNCHEZ RODRÍGUEZ												
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1.124.821.737					EDAD: 35 AÑOS			SEXO:F	X	M		
DIRECCION: RESGUARDO INDÍGENA COROZAL			CIUDAD: PUERTO GAITAN				TELEFONO: 3115839542					
CARGO: CONTRATISTA OPERATIVO			EPS: MALLAMAS				GRUPO SANGUINEO: O (+)					

3. EXAMENES PARACLINICOS REALIZADOS

AUDIOMETRIA		C. HEMATICO		TGO		COPROLOGICO		P. SICOSENSOMETRICA	
VIISOMETRIA		PARCIAL DE ORINA		TGP		FROTIS FARINGEO		P. PSICOTECNICA	
ESPIROMETRIA		GLICEMIA		VDRL		KOH UÑAS		PERFIL LIPIDICO	
ELECTROCARDIOGRAMA		COLESTEROL		GRAVIDEZ		BACILOSCOPIA		VACUNA ANTITETANICA	
RX DE TORAX		TRIGLICERIDOS		PSA		COLINESTERASA		OTROS: ENFASIS OSTEOMUSCULAR	X
RX DE COLUMNA		CREATININA		ALCOHOLEMIA		HEMOCLASIFICACION			

4. CONCEPTO MEDICO LABORAL

EXAMEN DE INGRESO		EXAMEN PERIODICO		EXAMEN DE RETIRO	
CUMPLE CON LOS REQUISITOS NECESARIOS PARA EL PERFIL DEL CARGO	X	SATISFACTORIO		SATISFACTORIO	
PRESENTA CONDICIONES DE SALUD QUE NO DISMINUYEN SU CAPACIDAD LABORAL		SIGNOS Y SINTOMAS DE ENFERMEDAD GENERAL QUE DEBEN SER VALORADOS POR LA EPS		CON PATOLOGIA DE ORIGEN COMUN QUE DEBE SER VALORADA POR LA EPS	
APLAZADO POR PRESENTAR PATOLOGIA QUE REQUIERE SE TRATADA PARA SU CORRECCION		SE DEBEN REASIGNAR FUNCIONES, REUBICAR, ANALIZAR PUESTO DE TRABAJO		SECUELAS DE ACCIDENTE DE TRABAJO	
NO CUMPLE CON LOS REQUISITOS DEL PERFIL DEL CARGO		SIGNOS DE ENFERMEDAD PROFESIONAL QUE DEBEN SER VALORADOS POR LA EPS/ARL		SIGNOS DE ENFERMEDAD PROFESIONAL QUE DEBEN SER VALORADOS POR LA ARL	

5. OBSERVACIONES

APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS	SI	NO	NA	APTO PARA CONDUCCCION	SI	NO	NA	APTO PARA MANIPULAR CARGAS	SI	NO	NA
APTO ESPACIOS CONFINADOS	SI	NO	NA	APTO PARA MANIPULAR ALIMENTOS	SI	NO	NA	REQUIERE SER REUBICADO	SI	NO	NA

6. RECOMENDACIONES GENERALES Y LABORALES

SEGÚN IMC		MANEJO EPS/ARL		RECOMENDACIONES		INCLUIR EN SVE	
DIETA		CONTROL PYP POR EPS		CONTROL OCUPACIONAL	X	AUDITIVO	
EJERCICIO REGULAR		REMISION A EPS		HIGIENE POSTURAL	X	VISUAL	
VALORACION POR NUTRICION		REMISION A ARL		USO DE EPP APROPIADOS		RESPIRATORIO	
DESCARTAR ALTERACION METAB.		SE PRESCRIBE TRATAMIENTO		AYUDAS ERGONOMICAS		ERGONOMICO	
		CONTINUAR MANEJO MEDICO		EVALUACION PTO TRABAJO		QUIMICO	
				MEDIDAS ANTI VARICES		CARDIOVASCULAR	

RESOLUCION 1843/2025 LA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL, LOS DOCUMENTOS, EXAMENES O VALORACIONES PARACLINICAS SON CONFIDENCIALES Y HACEN PARTE DE LA RESERVA PROFESIONAL.

CEL: 3204697870

Dr Hernan Medina
Medico Ocupacional

Hernán E. Medina C.
Médico Cirujano General.
Rm. 805/2007
Especialista en Salud Ocupacional
Res. 7953/2022

FIRMA MEDICO OCUPACIONAL

lorena Sanchéz

FIRMA Y CC DEL TRABAJADOR

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	2026-01-19 11:39

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
LEIDY	LORENA	SANCHEZ	RODRÍGUEZ

Documento de identificación

Tipo	Número
CEDULA DE CIUDADANIA	1124821737

Lugar de nacimiento

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	VICHADA	LA PRIMAVERA

Lugar de domicilio

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	META	PUERTO GAITÁN

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	CORPORACION PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL AREA DE MANEJO ESPECIAL LA MACARENA

Lugar de sede

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	META	VILLAVICENCIO

Dirección	["CARRERA 44 C 33 B 24\r "]
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	$16.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	$10.000.000,00
TOTAL	$26.000.000,00

Las cuentas bancarias de las que soy titular en Colombia y en el exterior son:

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

12. 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	Organo	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:

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
Sanchez	Rodriguez	Leidy Lorena

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1124821737	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 19 MES 02 AÑO 1990	RESGUARDO INDIGENA COROZAL TAPAOJO- PUEBLO PIAPOCO			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	META
DEPTO	META	MUNICIPIO	PUERTO GAITAN		
MUNICIPIO	PUERTO GAITAN	TELÉFONO	3115839542	EMAIL	leidysanchezrodriguez1990@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 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 NUMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA 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:

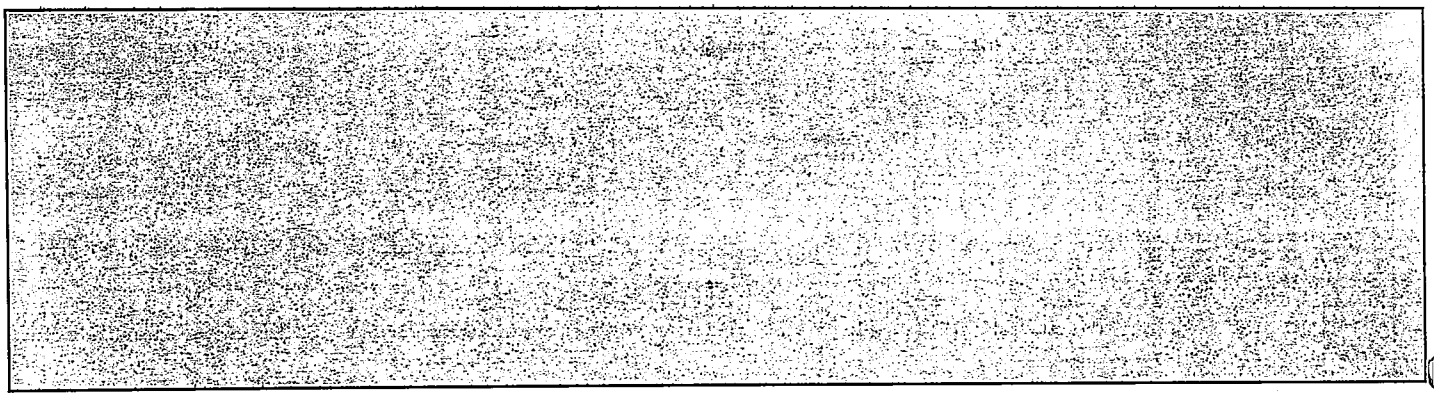
INF (EDUCACIÓN INFORMAL) TR_DES (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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



4 IDIOMAS

ESPECIFIQUE 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 X ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento _____

Yoreno Sanchéz

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

Villavicencio 27/01/2025 _____

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