Doctor

**JESUS MAURICIO CASTAÑEDA GONZALEZ**

Personero municipal de yumbo

Calle 4 # 5 - 35 barrio Belalcázar Yumbo

Rad N°: 20264000013162 - Fecha rad: 2026-04-14 1
Dep: DESPACHO DEL PERSONERO
Remitente: SERGIO ANDRÉS RANGEL ÁLVAREZ
Asunto: Cesión contrato de prestación de servicios N
Dirección: Carrera 10 #24 - 55 Tlf: (57) 601 3415566

**ASUNTO: Cesión contrato de prestación de servicios No. 400.12.04.024.2026.**

Cordial saludo,

Yo, SERGIO ANDRES RANGEL ALVAREZ, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.143.867.160 de Cali (V), por medio del presente documento manifiesto que cedo y traspaso a favor de la señora CLARA ANDREA GUZMÁN ZUÑIGA, persona mayor, identificada con cédula de ciudadanía No. 31.483.589 de Yumbo (V), el contrato de prestación de servicios No. 400.12.04.024-2026 el cual venia ejecutando desde el 02 de febrero del presente año, en la Personería Municipal de Yumbo (V) como apoyo asistencial al proceso de Asuntos Judiciales, Protección del Interés Público y Medio Ambiente. Para el efecto, me permito adjuntar la hoja de vida de la señora Clara Andrea Guzmán Zúñiga, en la que se demuestra que coincide con el perfil requerido para el cumplimiento de los objetivos del contrato.

Atentamente.

**SERGIO ANDRES RANGEL ALVAREZ**

C.C. No. 1.143.867.160 de Cali (V)

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* |
|---|---|---|
| Guzman | Zuñiga | Clara Andrea |

| *DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN* | *GENERO* | *NACIONALIDAD* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 31483589 | F (X) M ( ) NB ( ) | COL. (X) EXTRANJERO ( ) | COLOMBIA |

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

*FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO*

FECHA DIA 28 MES 06 AÑO 1980

PAÍS COLOMBIA

DEPTO VALLE DEL CAUCA

MUNICIPIO YUMBO

*DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA*

CARRERA 1N 1N 38

PAÍS COLOMBIA DEPTO VALLE DEL CAUCA

MUNICIPIO YUMBO

TELÉFONO 3148697156 EMAIL claritaguzman1980@gmail.com

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

***EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA***

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

| *EDUCACIÓN BÁSICA* | | | | | | | | | | | *TÍTULO OBTENIDO* | BASICA SECUNDARIA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *PRIMARIA* | | | | | *SECUNDARIA* | | | | *MEDIA* | | *FECHA DE GRADO* | | | |
| 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | 7° | 8° | 9° | 10° | 11° X | MES | 06 | AÑO | 1998 |

***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 ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>REDES HUMANAS | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>VALLE DEL CAUCA | *MUNICIPIO*<br>CALI | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 21 | *Mes* | 07 | *Año* | 2016 | *Día* | 28 | *Mes* | 02 | *Año* | 2017 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>AUXILIAR ASEO CAFETERIA | *DEPENDENCIA*<br>AUXILIAR SERVICIOS GENERALES | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 21 # 80-119 | | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>EFICACIA | | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>VALLE DEL CAUCA | *MUNICIPIO*<br>CALI | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3808955 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 02 | *Mes* | 10 | *Año* | 2015 | *Día* | 06 | *Mes* | 03 | *Año* | 2016 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>AUXILIAR ASEO Y CAFETERIA | *DEPENDENCIA*<br>AUXILIAR SERVICIOS GENERALES | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>AV 5 N # 23 AN -35 | | | | | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

## 7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

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

## 8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO __ 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*

CLARA ANDREA GUZMAN ZUÑIGA

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

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

*Ciudad y fecha*

*NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

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 | 2026-04-09 16:26 |
|---|---|---|---|

**Nombres y apellidos completos**

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| CLARA | ANDREA | GUZMAN | ZUÑIGA |

**Documento de identificación**

| Tipo | Número |
|---|---|
| CEDULA DE CIUDADANIA | 31483589 |

**Lugar de nacimiento**

| País | Departamento | Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA | VALLE DEL CAUCA | YUMBO |

*Lugar de domicilio*

| País | Departamento | Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA | VALLE DEL CAUCA | YUMBO |

| | |
|---|---|
| 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 | PERSONERIA DE YUMBO |

**Lugar de sede**

| País | Departamento | Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA | VALLE DEL CAUCA | YUMBO |

| | |
|---|---|
| Dirección | ["VACIA"] |
| 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:*



Powered by CamScanner

| CONCEPTO | VALOR |
|---|---|
| Salarios y demás ingresos laborales | $1.000.000,00 |
| Cesantías e intereses de cesantías | $0,00 |
| Gastos de representación | $0,00 |
| Arriendos | $200.000,00 |
| Honorarios | $0,00 |
| Otros ingresos y rentas | $0,00 |
| TOTAL | $1.200.000,00 |

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

| Tipo de cuenta | Sede de la cuenta (País) | Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior |
|---|---|---|
| CUENTA DE AHORROS | COLOMBIA | $10.000,00 |

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| Tipo de bien | País | Departamento | Municipio | Valor |
|---|---|---|---|---|
| *NINGUNO* | *COLOMBIA* | *VALLE DEL CAUCA* | *YUMBO* | *$0,00* |

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

| Concepto | Saldo |
|---|---|
| 0 | $0,00 |

## 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 |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |



Powered by CamScanner

## 1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: SI [ ] 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: SI [ ] 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: SI [ ] 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: SI [ ] 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.



Powered by CamScanner

| 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:



Powered by CamScanner

| 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:

| |
|---|
| |

CLARA AUDREA GUZMAN ZUÑIGA



Powered by CamScanner

DIAN

**Formulario del Registro Único Tributario**

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141244750586

(415)7707212489984(8020)0000141244750586

5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 3 1 4 8 3 5 8 9 | 6. DV 0 | 12. Dirección seccional Impuestos de Cali | 14. Buzón electrónico

**IDENTIFICACIÓN**

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación |
|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 3 1 4 8 3 5 8 9 |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Valle del Cauca 7 6 | Yumbo 8 9 2 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| GUZMAN | ZUÑIGA | CLARA | ANDREA |

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 | Yumbo 8 9 2 |

41. Dirección principal
CR 1 Norte # 1 N - 38 BRR LAS VEGAS

42. Correo electrónico claritaguzman1980@gmail.com

43. Código postal | 44. Teléfono 1 3 1 4 8 6 9 7 1 5 6 | 45. Teléfono 2

**CLASIFICACIÓN**

**Actividad económica**

| Actividad principal 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | Actividad secundaria 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | Otras actividades 50. Código 1 | 2 | Ocupación 51. Código | 52. Número establecimientos |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 8 2 9 9 | 2 0 2 6 0 4 0 1 | | | | | | |

**Responsabilidades, Calidades y Atributos**

53. Código 4 9 (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)

49 - No responsable de IVA

**Usuarios aduaneros**

54. Código (1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 / 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 ☒ | 60. No. de Folios: 0 | 61. Fecha 2026-04-08 / 04:05:16PM

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 GUZMAN ZUÑIGA CLARA ANDREA

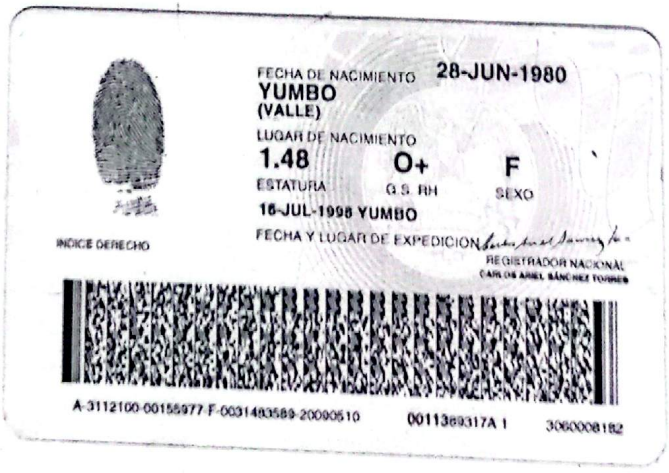
985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF 08-04-2026 04:05:20PM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Powered by CamScanner




Powered by CamScanner

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 08 de abril de 2026, a las 15:53:32, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 31483589 |
| Código de Verificación | 3148358926040815533 2 |

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

Powered by CamScanner

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO
## No. 294010204

PIB
15.51.18


Bogotá DC, 08 de abril 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) CLARA ANDREA GUZMAN ZUÑIGA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 31483589:

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.**



Powered by CamScanner

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES

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

**La Policía Nacional de Colombia informa:**
Que siendo las 03:52:58 PM horas del 08/04/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **31483589**
Apellidos y Nombres: **GUZMAN ZUÑIGA CLARA ANDREA**

**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

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
GOV.CO
Todos los derechos reservados.



Powered by CamScanner

Policía Nacional de Colombia (https://www.policia.gov.co/)

## 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, 08/04/2026 03:58:34 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **31483589** y Nombre: **CLARA ANDREA GUZMAN ZUÑIGA.**

## 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. **137847670** . 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



Powered by CamScanner

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 31483589 **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 08/04/2026 04:36 PM

Código Verificación: **T2LXDQ65G4**

Válida hasta: **07/07/2026**

---

**Dirección de Gobierno Digital**

**MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC**

Powered by CamScanner

Firefox https://outlook.live.com/mail/0/sentitems/id/AQMkADAwATY0M

La Republica de Colombia
y en su nombre

# El Colegio
# Nuestra Señora del Pilar

Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional, segun
Resolucion No. 1064 de Diciembre 2 de 1991

Confiere a

## Clara Andrea Guzmán Zuñiga

Identificado (a) con T.I. No. 800628-02417 de Cali

el Titulo de

# Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Academica, ( art. 28 ley 115 de 1994 ) segun los planes y programas vigentes.

Dado en Santiago de Cali, a 10. de Julio de 1998

Anotado al Folio del Libro de Registro Interno No.

Rector Secretaria



Powered by CamScanner

REDES HUMANAS
Servicios Temporales

**REDES HUMANAS S.A.**

**NIT 830035650-1**

**CERTIFICA**

Que el (la) señor (a) **GUZMAN ZUÑIGA CLARA ANDREA,** identificado (a) con C.C **No.31.483.589,** laboró en nuestra empresa usuária **OPEN MARKET LTDA. ,** con contrato de obra o labor determinado desde el 21 de Julio de 2016 hasta el 28 Febrero de 2017, desempeñándose en su último cargo como **AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES.** Devengando un salario básico mensual de $737.717.

Para confirmar la información suministrada en el presente certificado laboral, puede comunicarse al Tel. 4851828 - 6671474

Se expide a solicitud del interesado a los Diecisiete (17) días del mes de Marzo 2017.

Cordialmente,

**KELLYS J. MONTALVO VITOLA**
**Departamento de Contratación**

redeshumanas.com

Powered by CamScanner

eficacia

Imprimimos
**dedicación y conocimiento**
a nuestras soluciones de servicio

# CERTIFICACIÓN LABORAL

## A QUIEN PUEDA INTERESAR

**EFICACIA S.A.** identificada con el Nit. 800137960 certifica que el(la) señor(a) **GUZMAN ZUÑIGA CLARA ANDREA**, identificado(a) con la cédula de ciudadanía No 31483589, laboró mediante la vinculación de un contrato de trabajo **Por Obra o Labor Contratada** en el periodo comprendido entre el 02 de Octubre de 2015 al 06 de Marzo de 2016 en el cargo de **SERVICIOS GENERALES.**

El presente documento se ha generado vía web, consideramos importante validar lo aquí estipulado al 57 2 4854242 ext 1500-1622-1546-1607

El presente documento se expide a solicitud del interesado el día 08 de Julio de 2016.

Cordialmente,

Director de Vinculación

Powered by CamScanner

# PACO - CONTRATISTA

| # | Monto | Objeto de contrato | Entidad | Fecha inicio | Fecha terminación | Departamento | Detalles |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | $16,775,000 | PRESTAR POR SUS PROPIOS MEDIOS Y AUTONOMIA ADMINISTRATIVA LOS SERVICIOS PERSONAL ... | MUNICIPIO DE YUMBO VALLE ... | 2023-03-31 | 2023-12-29 | VALLE DEL CAUCA | |

Powered by CamScanner

EPS Sanitas

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicado: D D M M A A A A

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

## I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación / B. Reporte de Novedades X
2. Tipo de Afiliación: A. Individual / Cotizante o Cabeza de Familia X / Beneficiario o Afiliado adicional / B. Colectiva / C. Institucional / D. De Oficio
3. Régimen: A. Contributivo X / B. Subsidiado
4. Contribución solidaria: Si / No X
5. Tipo de Afiliado: A. Cotizante X / B. Cabeza de Familia / C. Beneficiario / D. Afiliado adicional
6. Tipo de Cotizante: A. Dependiente / B. Independiente X / C. Pensionado
7. Código (a registrar por la EPS)

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

8. Apellidos y nombres

| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|
| Guzman | Zuñiga | Clara | Andrea |

| 9. Tipo de documento de identidad | 10. Número del documento de identidad | 11. Sexo biológico | 12. Sexo identificación | 13. Nacionalidad |
|---|---|---|---|---|
| cedula | 31483589 | Femenino X Masculino | F X M T NB Otro Cuál | Colombiana |

| 14. Lugar de nacimiento | País | Departamento | Municipio | 15. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|
| Yumbo | colombia | valle | Yumbo | 28 06 1980 |

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

| 16. Etnia | 17. Comunidad | 18. Discapacidad (Si / No / Categoría de discapacidad) | 19. Tiene encuesta SISBÉN (Si / No) | 20. Clasificación SISBÉN (Nivel / Grupo) | 21. Grupo de población especial |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

| 22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL | 23. Administradora de Pensiones | 24. Ingreso base de cotización - IBC | 25. Tarifa Contribución Solidaria |
|---|---|---|---|
| | | | |

26. Residencia: Dirección: carrera 1N # 1-38 — Teléfono Fijo: 6588034

Teléfono Celular: — Correo Electrónico: clarita guzman 1980@gmail.com

| Departamento | Municipio / Distrito | Localidad / Comuna | Zona |
|---|---|---|---|
| valle | Yumbo | vegas | Cabecera Municipal X / 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 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 (Femenino / Masculino) | 31. Sexo identificación (F / M / T / NB / Otro / Cuál) | 32. Nacionalidad |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

| 33. Lugar de nacimiento | País | Departamento | Municipio | 34. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|
| | | | | D D M M A A A A |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | Femenino Masculino | F M T NB Otro Cuál | País Departamento Municipio | D D M M A A A A |
| B2 | | | | Femenino Masculino | F M T NB Otro Cuál | País Departamento Municipio | D D M M A A A A |
| B3 | | | | Femenino Masculino | F M T NB Otro Cuál | País Departamento Municipio | D D M M A A A A |
| B4 | | | | Femenino Masculino | F M T NB Otro Cuál | País Departamento Municipio | D D M M A A A A |
| B5 | | | | Femenino Masculino | F M T NB Otro Cuál | País Departamento Municipio | D D M M A A A A |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | Si No | Nivel Grupo | Si No Categoría de discapacidad | Si No |
| B2 | | | | | Si No | Nivel Grupo | Si No Categoría de discapacidad | Si No |
| B3 | | | | | Si No | Nivel Grupo | Si No Categoría de discapacidad | Si No |
| B4 | | | | | Si No | Nivel Grupo | Si No Categoría de discapacidad | Si No |
| B5 | | | | | Si No | Nivel Grupo | Si No Categoría de discapacidad | Si No |

51. Datos de residencia

| | Departamento | Municipio/ Distrito | zona | Teléfono fijo y/o celular | 52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | Cabecera Municipal / Centro Poblado / Rural Disperso / Resto Rural | | |
| B2 | | | Cabecera Municipal / Centro Poblado / Rural Disperso / Resto Rural | | |
| B3 | | | Cabecera Municipal / Centro Poblado / Rural Disperso / Resto Rural | | |
| B4 | | | Cabecera Municipal / Centro Poblado / Rural Disperso / Resto Rural | | |
| B5 | | | Cabecera Municipal / Centro Poblado / Rural Disperso / Resto Rural | | |

| | Dirección | Localidad/Comuna | Correo Electrónico |
|---|---|---|---|
| B1 | | | |
| B2 | | | |
| B3 | | | |
| B4 | | | |
| B5 | | | |

Powered by CamScanner

54. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS

| | | 54. Código de la IPS a la cual pertenece (dada por la EPS) |
|---|---|---|
| 01 | asistencia en salud (Yumbo) | 50903 |
| 02 | | |
| 03 | | |
| 04 | | |
| 05 | | |
| 06 | | |

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y UBICACIÓN DE LA PERSONA O EMPRESA EMPLEADORA

| 55. Nombre o razón social | 56. Tipo documento de identificación | 57. Número del documento de identificación | 58. Tipo de aportante (empleador del Presidente o régimen dado por la EPS) |
|---|---|---|---|
| | | | |

59. Ubicación
Dirección | Teléfono fijo o Celular

Correo Electrónico | Departamento | Municipio / Distrito

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
- [x] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- [ ] 10. Terminación de la 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 Ámbito de protección al cotizante
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pre- pensionado
- [ ] 19. Reporte de la calidad de Pensionado
- [ ] 20. Ingreso a Contribución Solidaria
- [ ] 21. Retiro de Contribución Solidaria

VI. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y UBICACIÓN DEL AFILIADO

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 (Femenino / Masculino) | 63. Sexo identificación (F / M / T / NB / Otro) — Cuál | 64. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A) |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

| 65. EPS anterior | 66. Fecha de novedad (D D M M A A A A) | 67. Motivo de traslado — Código | 68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones |
|---|---|---|---|
| | | | |

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [x] 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
- [x] 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
- [x] 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
- [x] 72. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, los beneficiarios o afiliados adicionales en una postulación Fraudulenta de Servicios de Salud
- [x] 73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [x] 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 lo requieran
- [x] 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
- [x] 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
- [x] 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
- [x] 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.

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
Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Tipo de documento de identidad | No. de documento de identidad

IX. OBSERVACIONES

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional
CLARA AWDEA GUZMAN.

81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

X. ANEXOS

- [x] 82. Anexo copia del documento de identidad — Cantidad de documentos de identidad anexos: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [X] CE [ ] PA [ ] CD [ ] SC [ ] PT [ ]
- [ ] 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- [ ] 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
- [ ] 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital
- [ ] 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia
- [ ] 88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.5 del Decreto 780 de 2016
- [ ] 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

Total Anexos

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIONES ESPECIALES

92. Identificación de la Entidad Territorial — Código del municipio | Código del departamento

93. Nombre de la Institución

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIONES ESPECIALES

94. Apellidos y nombres
Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

| Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | 96. Firma del funcionario | 97. Fecha de radicación (D D M M A A A A) | 97. Fecha de validación (D D M M A A A A) |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

OBSERVACIONES

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

| Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial | Sello de Radicación | Sticker precargado |
|---|---|---|
| | | |

Powered by CamScanner

## FORMATO AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTOS DE DATOS PERSONALES

Clara andrea Guzman Zuñiga, declaro que he sido informado sobre que la Entidad Promotora de Salud Sanitas S.A. en adelante EPS Sanitas, actuará como el Responsable del Tratamiento de mis datos personales y ha puesto a mi disposición la línea de atención en Bogotá en el número de teléfono 3759000 o fuera de Bogotá en el 018000919100, para la atención de requerimientos relacionados con el tratamiento de mis datos personales y el ejercicio de mis derechos constitucionales y legales, observando la Política de Tratamiento de Información de EPS Sanitas disponible en www.epssanitas.com.

Teniendo en cuenta lo anterior y de acuerdo con lo establecido en el artículo 15 de la Resolución 5621 de 1994 del Ministerio de Salud, en el artículo 2.1.3.8 del Decreto 780 de 2016, y en los artículos 7 y 20 del Decreto 1377 de 2013, estos últimos, referidos a la estipulación a favor de otro o para otro, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a EPS Sanitas y/o a quien le sean cedidos sus derechos, para tratar mis datos personales y los de mis beneficiarios, afiliados, de acuerdo con la política de tratamiento de datos personales, con las siguientes finalidades, adicionales a las autorizadas por la Constitución y la ley de prestación de servicios de salud, actividades propias del Sistema de Seguridad Social en Salud y del cumplimiento de las normas que lo regulan, así como de las actividades derivadas del objeto social de EPS Sanitas, incluidas pero sin limitarse a las actividades corporativas, administrativas, de información, comercialización, petición, recaudo, cobranza entre otros; contacto y envío de información relacionada con la prestación de los servicios de salud y relacionados a través de medios telefónicos, electrónicos (SMS, chat, correo electrónico y demás medios considerados electrónicos) físicos y/o personales; crear y gestionar bases de datos (incluyendo bases de datos respecto de datos sensibles) para fines de investigación y desarrollo de nuevos productos o servicios; dar a conocer, transferir y/o transmitir mis datos personales dentro y fuera del país, a cualquier empresa miembro de la Organización Sanitas Internacional, de la cual hace parte EPS Sanitas, así como a terceros a consecuencia de un contrato, ley o vínculo lícito que así lo requiera, o para implementar servicios de computación en la nube; acceder y consultar mis datos personales que reposen o estén contenidos en bases de datos o archivos de cualquier Entidad Privada o Pública; consultar a cualquier médico, hospital, compañía de seguros, compañía de medicina prepagada o entidad promotora de salud (EPS) para que en cualquier momento, ya sea en vida mía o ya habiendo sucedido mi muerte, EPS Sanitas pueda acceder a la información sobre mi esto de salud; en consecuencia autorizo a dichas entidades para que entreguen a EPS Sanitas copia de toda la información que sea requerida. Por lo tanto me comprometo a leer el aviso de privacidad y la política mencionada disponible en: **www.epssanitas.com.** Así mismo, autorizo a EPS Sanitas a modificar o actualizar el contenido de la política, con el fin de atender reformas legislativas, políticas internas o nuevos requerimientos para la prestación u ofrecimiento de los servicios, dando aviso previo por medio de la página web de la compañía y/o correo electrónico.

La presente autorización la he suministrado de forma voluntaria.

Firma: CLARA ANDREA GUZMAN ZUÑIGA

Nombre: Clara Andrea Guzman Zuñiga

Identificación: 31483589

Fecha: 10 Abril 2026

Powered by CamScanner

EPS Sanitas

Nuestro compromiso es contigo

NIT: 800 251 440-6

# FORMATO DE ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y CARTA DE DESEMPEÑO DE EPS SANITAS S.A.

Nombre del Afiliado CLARA ANDREA GUZULAN

| | | |
|---|---|---|
| Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación ¿la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente? | X | NO |
| 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? | X | NO |
| ¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente? | X | NO |
| ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS? | X | NO |
| Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, ¿fue asesorado adecuadamente por la EPS? | X | NO |
| ¿Autoriza a EPS Sanitas el envío de este documento e información relacionada con la afiliación y la prestación en servicios de salud a su correo electrónico o celular? | X | NO |

CLARA ANDREA GUZULAN

Firma del Afiliado

Documento de Identidad

## FIRMA A RUEGO

A ruego del señor(a) _____, quien se identifica con la cédula de ciudadanía No. _____ quien manifiesta no poder o no saber firmar, lo hace en su nombre el señor(a) _____, quien es mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que está recibiendo.

Como testigo, da fe de todo lo anterior y certifica que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al señor(a) _____

El firmante a ruego

Nombres y Apellidos:

Documento de identidad: _____

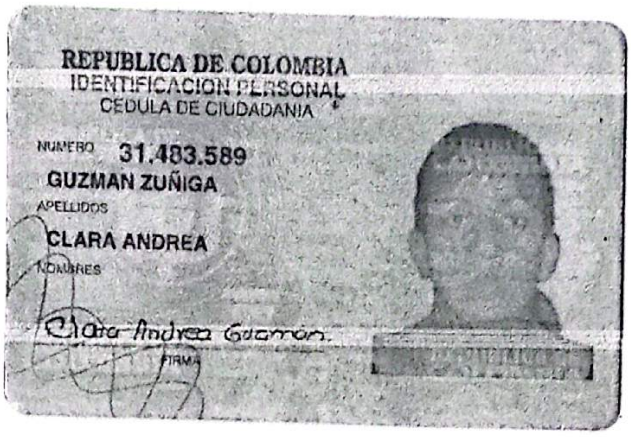
Edad: _____

Dirección de domicilio: _____

Huella índice

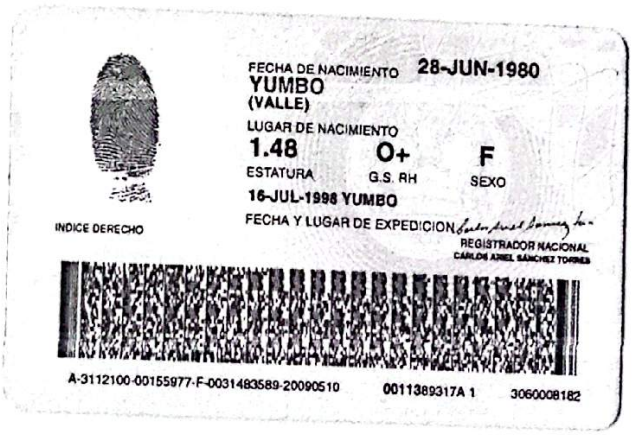
Nombre de la persona que no sabe firmar

Powered by CamScanner



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 31.483.589
GUZMAN ZUÑIGA
APELLIDOS
CLARA ANDREA
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 28-JUN-1980
YUMBO
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.48 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
16-JUL-1998 YUMBO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO

A-3112100-00155977-F-0031483589-20090510 0011389317A 1 3060008182

Powered by CamScanner

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

**FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR**

NIT 800.144.331-3

## CERTIFICA QUE:

**CLARA ANDREA GUZMAN ZUÑIGA,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **31.483.589**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.**

La presente certificación se expide el 8 de Abril del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.



Powered by CamScanner

**DANNY MUÑOZ P.**
Médico Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo.
Whatsapp. 3113722707



N° 8410

# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN | | | | TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 09 | 04 | 2026 | CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) | EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL INGRESO |
| DÍA | MES | AÑO | Ciudad | |

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

| PARTICULAR | PARTICULAR |
|---|---|
| Nombre de la empresa | Empresa en misión |

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

| Apellidos y Nombres | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| GUZMÁN ZÚÑIGA CLARA ANDREA | FEMENINO | 45 AÑOS 9 MESES 11 DÍAS | C.C (Tipo) | 31.483.589 (Número) |

Cargo
**CONTRATISTA**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
**SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA (APTO)**

Observaciones: *NO APLICA*

| | |
|---|---|
| **NO APLICA** | PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS |
| **NO APLICA** | PARA TRABAJAR EN ALTURAS |
| **NO APLICA** | PARA MANIPULAR ALIMENTOS Y CUMPLE CON LOS REQUISITOS |

| RESTRICCIONES LABORALES | TIPO | RECOMENDACIONES |
|---|---|---|
| SIN RESTRICCIONES LABORALES | - NO APLICA | - NO APLICA |

**El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:**

EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR ✓

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| | - USO DE EPP | - HÁBITOS SALUDABLES |
| | - PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | - FORTALECIMIENTO MUSCULAR |
| | - SVE OSTEOMUSCULAR | - DIETA BALANCEADA |
| | | - HACER DEPORTE |

## OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

**Médico**

Danny Muñoz P.
*Danny Muñoz Piedrahita*
MEDICO ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
RESOLUCION 6778 FECHA 29/04/19

Firma:
Nombre: MUÑOZ PIEDRAHITA DANNY DARIO
R. M.: 194573 L.S.O.: 077829

**Aspirante o Trabajador**

Firma:
Nombre: GUZMÁN ZÚÑIGA CLARA ANDREA
C.C: 31.483.589



Powered by CamScanner

Banco de Bogotá

EL BANCO DE BOGOTA

INFORMA:

Que la persona GUZMAN ZUNIGA,CLARA ANDREA identificado(a) con CC 31483589 está vinculado(a) al BANCO DE BOGOTA a través de la CTA AHORROS AH Cuentas Privadas No. 648730380 desde el 13 de abril de 2026, este producto se encuentra Vigente.

Esta información es confidencial, no es una recomendación de negocio y se suministra sin responsabilidad del banco, se expide el 13 de abril de 2026, a solicitud del interesado, con destino a quien interese.

Atentamente,

Olga Yanira Otálora Guerrero

Gerencia de Soluciones para el Cliente

Banco de Bogota


Aumentar el contraste
UTC -5 19:07:53
CLARA ANDREA GUZ...
Menú
Ir a
Buscar...
Última A
0
En edición
0
Adjudicaciones pendientes
0
Invitaciones directas
0
Nuevos informes
0
Mensajes

| PERSONERÍA DE YUMBO | VALIDACIÓN DE REGISTROS EN SEGURIDAD SOCIAL<br><br>FO-GJ-41 | Version:02<br>Fecha:<br>octubre 28 de 2024 |
|---|---|---|

FECHA: (DD/MM/AÑO) ____ 04 2026

| # | INFORMACION SOLICITADA | RESPUESTA |
|---|---|---|
| 1 | *¿Ostenta la calidad de pensionado o tiene requisitos cumplidos para pensión o por disposiciones legales no está obligado a cotizar a pensiones?.*<br><br>Nota: en caso afirmativo favor subir la resolución en documentos adicionales del SIGEP 2 | No |
| 2 | *Si cotiza por otros ingresos provenientes de vinculación laboral y/o reglamentaria, mesadas pensionales, independiente por cuenta propia u otros contratos, indicando el ingreso base de cotización (IBC), en cada uno de ellos.*<br>Entidad 1.<br>Entidad 2. | Total IBC |
| 3 | *Si la totalidad de los ingresos mensuales son iguales o superiores a cuatro (4) salarios mínimos mensuales legales vigentes producto de otros ingresos provenientes de vinculación laboral y/o reglamentaria, independiente por cuenta propia u otros contratos. Si existe obligación de realizar la retención de aportes al Fondo de Solidaridad Pensional (FSP), la entidad contratante efectuará el aporte al FSP sobre el IBC del respectivo contrato.*<br>NOTA. Indicar si otras entidades ya le están reteniendo | Si ○<br>No ○<br>No Aplica ◉ |
| 4 | *Indicar con un sí o no, Si cotiza por el límite máximo de cotización de veinticinco (25) salarios mínimos mensuales legales vigentes.* | No |
| 5 | *Indicar el porcentaje sobre el cual se deba aplicar la retención, si decide efectuar aportes por un ingreso base de cotización (IBC), superior al 40% del valor mensualizado del contrato.* | |
| 6 | *Indicar si pertenece a un régimen especial o de excepción en salud, y por tal razón el pago de la cotización a salud debe realizarse de manera directa a la entidad administradora de los recursos del sistema general de seguridad social en salud (ADRES), de conformidad con lo establecido por el artículo 2.1.13.5 del presente decreto.* | No |
| 7 | *Indicar si desea efectuar voluntariamente aportes a una caja de compensación familiar.* | No |
| 8 | *Indicar si va a realizar aportes de la unidad de pago por capitación (UPC), adicional.* | No |
| 9 | *Indicar si se efectuó traslado en alguna de las entidades administradoras del sistema de seguridad social integral o de caja de compensación familiar* | No |

Cada que cambie alguna condición de la información solicitada me comprometo a enviar la misma a través del diligenciamiento de este formato a contratación en un plazo máximo de 5 días de ocurrir la circunstancia y con cada informe de actividades para el pago

Declaro bajo la gravedad del juramento que la información proporcionada en el presente anexo es veraz y autorizo expresamente a la Personería Municipal de Yumbo, a verificar la información suministrada. Autorizo igualmente el envío de información a mi terminal móvil de telecomunicaciones y/o a través de correo electrónico. Lo anterior en el entendido que la Personería, en cuanto tiene acceso a información personal de terceros, se sujeta al cumplimiento de los deberes y responsabilidades previstos para garantizar la protección de los derechos del titular de los datos. Ley estatutaria 1266 de 2008

NOMBRE CLARA ANDREA GUZMAN ZUÑIGA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN 31483589

CLARA ANDREA GUZMAN

FIRMA DEL CONTATISTA