CONTRATO DE	CONTRATO DE INTERVENTORÍA	**No.**	0315
OBJETO	INTERVENTORÍA AL CONTRATO DE OBRA PUBLICA QUE TIENE POR OBJETO "MODERNIZACIÓN DEL SISTEMA DE ALUMBRADO PÚBLICO EXISTENTE MEDIANTE LA IMPLEMENTACIÓN DE TECNOLOGÍA LED, EN SECTORES PRIORIZADOS DEL ÁREA URBANA Y RURAL DEL MUNICIPIO DE VILLANUEVA, CASANARE".		
CONTRATISTA	DISEÑO, LABORATORIO & CONSULTORIA SAS		
NIT O CÉDULA	901469984-4		
REPRESENTANTE LEGAL	CIRO LEONARDO BELTRAN NIÑO		
CÉDULA	1118198438		
NOMBRE DEL SUPERVISOR	CAMILO ALBERTO REINA URREGO		
CARGO	SECRETARIO(A) DE DESPACHO DE SECRETARIA DE INFRAESTRUCTURA		
CÉDULA	1122627169		
VALOR DEL CONTRATO	$49.000.095,00		
FORMA DE PAGO	El MUNICIPIO PAGARÁ AL CONTRATISTA EL VALOR DEL CONTRATO DE LA SIGUIENTE FORMA: A) HASTA EL OCHENTA POR CIENTO (80%) DEL VALOR DEL CONTRATO SE PAGARÁ MEDIANTE ACTAS PARCIALES DE ACUERDO CON EL AVANCE EN LA EJECUCIÓN DE LA ÍNTERVENTORÍA, DE ACUERDO CON LAS ACTIVIDADES ACEPTADAS POR LA SUPERVISIÓN DEL CONTRATO, PREVIA VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO POR PARTE DEL CONTRATISTA DE SUS OBLIGACIONES CON EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL CONFORME A LA LEY 828 DE 2003, (SALUD, PENSIÓN, RIESGOS PROFESIONALES Y APORTES PARAFISCALES). PARA CADA PAGO PARCIAL DEBERÁ PRESENTAR UN AVANCE MÍNIMO DEL 20% EN LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO DE OBRA CON RELACIÓN AL PAGO ANTERIOR, Y B) PAGO FINAL A LA LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO: CORRESPONDE AL 20% DEL VALOR FINAL DEL CONTRATO, Y SERÁ DESEMBOLSADO PREVIA ENTREGA DEL INFORME FINAL O PRODUCTO DE ENTREGA A SATISFACCIÓN DEL MUNICIPIO, LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO Y A LA PRESENTACIÓN DE LOS SIGUIENTES REQUISITOS: ACTA DE TERMINACIÓN Y LIQUIDACIÓN, ACTUALIZACIÓN DE LA GARANTÍA ÚNICA, APROBACIÓN DE LA PÓLIZA QUE GARANTICE LA CALIDAD DEL SERVICIO, PAZ Y SALVO A TODOS LOS TRABAJADORES VINCULADOS PARA LA REALIZACIÓN DE LOS TRABAJOS OBJETO DE CONTRATACIÓN O LIQUIDACIÓN DE SUS CONTRATOS, EN LOS CUALES SE HAGA CONSTAR QUE HAN RECIBIDO A SATISFACCIÓN LOS SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES DERIVADOS DEL CONTRATO, RECIBO PAZ Y SALVO DEL MUNICIPIO, INFORME FINAL DE INTERVENTORÍA, TODO AQUELLO QUE COMPRUEBE EL CUMPLIMIENTO POR PARTE DEL CONTRATISTA EN EL PAGO DE SUS OBLIGACIONES FRENTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL Y PARAFISCALES A QUE HAYA LUGAR DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD VIGENTE (CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR, SENA E ICBF). TODOS LOS ANTERIORES DOCUMENTOS DEBERÁN CONTAR		

	CON LA APROBACIÓN DE LA SUPERVISIÓN DEL CONTRATO Y SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE LIQUIDACIÓN, ESTA ÚLTIMA DEBE ESTAR APROBADA EN SECOP II.
FECHA DEL CONTRATO	2026-07-27
FECHA INICIO	2026-08-03

INFORMACIÓN PRESUPUESTAL

INFORMACIÓN CDP

Concepto	código	Numero cdp	Fecha cdp	valor
Contrato Inicial	2.3.1.21.02.001.27.02	000613	2026-07-14	$22.683.302,00
Contrato Inicial	2.3.1.21.02.001.27.03	000614	2026-07-14	$26.329.884,00

INFORMACIÓN RP

Concepto	Código Rubro	No.	Fecha	Valor
Contrato Inicial	2.3.1.21.02.001.27.02	001127	2026-07-27	$22.683.302,00
Contrato Inicial	2.3.1.21.02.001.27.03	001128	2026-07-27	$26.316.793,00

PLAZO DE EJECUCIÓN	Dos (2) MESES Y Veinte (20) DIAS CALENDARIO
FECHA DE TERMINACION DEL CONTRATO	2026-10-22

DOCUMENTOS SOPORTE

PÓLIZA NO.: COQ-100009831				
TIPO: PÓLIZA DE CUMPLIMIENTO A FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES	Nombre	Vigencia Inicial	Vigencia Final	Valor (M.L.C.)
Cobertura 1	CUMPLIMIENTO GENERAL DEL CONTRATO	2026-07-24	2027-04-16	$4.900.009,50
Cobertura 2	SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES E INDEMNIZACIONES	2026-07-24	2029-10-16	$2.450.004,75
Cobertura 3	CALIDAD DEL SERVICIO	2026-07-24	2027-10-16	$9.800.019,00

Observaciones: NO APLICA

En la ciudad de Villanueva Casanare, a los 03 días del mes Agosto de 2026, se reunieron CAMILO ALBERTO REINA URREGO, SECRETARIO(A) DE DESPACHO DE SECRETARIA DE INFRAESTRUCTURA, quien actúa en su calidad de supervisor, y por otra parte CIRO LEONARDO BELTRAN NIÑO, identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA 1118198438 de VILLANUEVA, representante legal, de(l-la) DISEÑO, LABORATORIO & CONSULTORIA SAS con NIT 901469984-4 en su calidad de contratista, para dejar constancia por medio de la presente acta, que el día 2026-08-03, se fija como fecha de inicio real de las actividades contempladas bajo el

CONTRATO DE INTERVENTORÍA No. 0315 de 2026-07-27, de acuerdo al objeto y plazos mencionados en la presente Acta.

Ciro leonardo Beltrán N.
CIRO LEONARDO BELTRAN NIÑO R/L DISEÑO, LABORATORIO & CONSULTORIA SAS
Contratista.

CAMILO ALBERTO REINA URREGO
Supervisor(a)

Elaboró: PAULA ANDREA GOMEZ BEDOYA
PROFESIONAL UNIVERSITARIO

SI-2026-509-1500
Villanueva, 03 de agosto de 2026

Doctor
OSCAR JAVIER FIGUEREDO IBAÑEZ
Jefe de Oficina Asesora Jurídica
Ciudad

Ref.: Contrato de Interventoría No. 315 de 2026 cuyo objeto es **INTERVENTORÍA AL CONTRATO DE OBRA PUBLICA QUE TIENE POR OBJETO "MODERNIZACIÓN DEL SISTEMA DE ALUMBRADO PÚBLICO EXISTENTE MEDIANTE LA IMPLEMENTACIÓN DE TECNOLOGÍA LED, EN SECTORES PRIORIZADOS DEL AREA URBANA Y RURAL DEL MUNICIPIO DE VILLANUEVA, CASANARE"**.

Asunto: Entrega de Acta de Inicio y documentos anexos.

Cordial saludo,

En atención al contrato de la referencia, me permito remitir para su conocimiento y archivo, los siguientes documentos allegados por DISEÑO, LABORATORIO & CONSULTORIA S.A.S., con NIT. 901.469.984-4, los cuales han sido previamente revisados y verificados por parte de la supervisión del contrato:

1. Acta de inicio del contrato de la referencia.
2. Verificación de antecedentes del personal propuesto.
3. Oficio de entrega de documentación para suscripción de acta de inicio.
4. Soporte de afiliación al sistema de seguridad social del personal propuesto.
5. Cronograma y plan de cargas de trabajo.

Cordialmente,

CAMILO ALBERTO REINA URREGO
Secretario de Despacho
Secretaría de Infraestructura

Proyectó: MIGUEL ANGEL CAMARGO TARACHE
Profesional Universitario
Secretaría de Infraestructura

PROCURADURÍA
GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 300592309

PIB
16:26:08

Bogotá DC, 03 de agosto 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) DANIEL OVIEDO GUAVITA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1121859085:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 03 de agosto de 2026, a las 16:27:53, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1121859085
Código de Verificación	1121859085260803162753

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 04:28:25 PM horas del 03/08/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1121859085**
Apellidos y Nombres: **OVIEDO GUAVITA DANIEL**

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

Todos los derechos reservados.

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadana

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 03/08/2026 04:29:14 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1121859085** y Nombre: **DANIEL OVIEDO GUAVITA.**

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. **145124948** . 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

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 16:30:04 horas del 03/08/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1121859085,** Apellidos y Nombres **OVIEDO GUAVITA DANIEL**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **Alcaldía de Villanueva Casanare**, con NIT **892099475-7** 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

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 300593381

PIB
16:30:56

Bogotá DC, 03 de agosto 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) SHIERLEY CONSTANZA SANTOFIMIO SANCHEZ identificado(a) con Cédula de ciudadania número 1116992638:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 03 de agosto de 2026, a las 16:31:26, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1116992638
Código de Verificación	1116992638260803163126

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 04:31:43 PM horas del 03/08/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1116992638**

Apellidos y Nombres: **SANTOFIMIO SANCHEZ SHIERLEY CONSTANZA**

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.

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, 03/08/2026 04:32:21 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1116992638** y Nombre: **SHIERLEY CONSTANZA SANTOFIMIO SANCHEZ.**

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. **145125462** . 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

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 16:33:12 horas del 03/08/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1116992638,** Apellidos y Nombres **SANTOFIMIO SANCHEZ SHIERLEY CONSTANZA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **Alcaldía de Villanueva Casanare**, con NIT **892099475-7** 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

PROCURADURÍA
GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 300593868

PIB
16:34:09

Bogotá DC, 03 de agosto 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) ANA DELIA PORRAS ARENAS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1118196673:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 03 de agosto de 2026, a las 16:34:43, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1118196673
Código de Verificación	1118196673260803163443

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 04:35:11 PM horas del 03/08/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1118196673**

Apellidos y Nombres: **PORRAS ARENAS ANA DELIA**

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

Todos los derechos reservados.

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, 03/08/2026 04:35:53 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1118196673** y Nombre: **ANA DELIA PORRAS ARENAS.**

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. **145125997** . 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

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 16:36:38 horas del 03/08/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1118196673,** Apellidos y Nombres **PORRAS ARENAS ANA DELIA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **Alcaldía de Villanueva Casanare**, con NIT **892099475-7** 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

Villanueva Casanare, 31 de julio de 2026

RECIBIDO
FECHA: 31-07-2026
No. FOLIOS
SECRETARIA

Ingeniero:
CAMILO ALBERTO REINA URREGO
Secretario de despacho
Secretaría de Infraestructura

REFERENCIA: Contrato de interventoría 315 de 2026 cuyo objeto: INTERVENTORÍA AL CONTRATO DE OBRA PUBLICA QUE TIENE POR OBJETO "MODERNIZACIÓN DEL SISTEMA DE ALUMBRADO PÚBLICO EXISTENTE MEDIANTE LA IMPLEMENTACIÓN DE TECNOLOGÍA LED, EN SECTORES PRIORIZADOS DEL AREA URBANA Y RURAL DEL MUNICIPIO DE VILLANUEVA, CASANARE".

ASUNTO: REMISION DOCUMENTOS PARA GENERACION ACTA DE INICIO PARA EJECUCIÓN CONTRATO DE INTERVENTORIA

Cordial saludo,

En cumplimiento al contrato de la referencia, me permito relacionar certificados de afiliación del personal presentado en la propuesta.

- **RESIDENTE DE INTERVENTORIA**: *DANIEL OVIEDO GUAVITA, identificado con cedula de ciudadanía 1.121.859.085 de Villavicencio Meta, profesional Ingeniero Electromecánico con matrícula profesional CN250-118822 del 18 de julio del 2016.*

- **ABOGADA**: *SHIERLEY CONSTANZA SANTOFIMIO SANCHEZ, identificada con cedula de ciudadanía 1.116.992.638 de Sabanalarga Casanare, profesional Abogada con tarjeta profesional 315367 del 12 de octubre del 2018.*

- **CONTADORA**: *ANA DELIA PORRAS ARENAS, identificada con cedula de ciudadanía 1.118.196.673 de Villanueva Casanare y matrícula profesional No. 233847-T del 27 de octubre del 2017.*

Agradezco de antemano, su atención prestada.

Ciro Leonardo Beltrán N.

DISEÑO, LABORATORIO & CONSULTORIA SAS
NIT: 901.469.984-4
R/L CIRO LEONARDO BELTRAN NIÑO
C.C. 1.118.198.438 EXPEDIDA EN VILLANUEVA CASANARE
CONTRATISTA

DISLACON INGENIERIA


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.121.859.085
OVIEDO GUAVITA
APELLIDOS
DANIEL
NOMBRES
FIRMA
REPUBLICA DE COLOMBIA


FECHA DE NACIMIENTO 13-DIC-1989
VILLAVICENCIO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.75
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
18-DIC-2007 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
P-5200100-00087443-M-1121859085-20081002
0004005404A 1
24813834

CER_AFI_2026029434308

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

DANIEL OVIEDO GUAVITA identificado con CC. 1121859085 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR			
Nombres y/o Razón Social	DISEÑO, LABORATORIO & CONSULTORIA SAS	**Tipo y Numero de Documento**	NI - 901469984

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de Inicio de Cobertura	2026/07/21	**Tipo de Vinculación**	Dependiente
Estado de Afiliación	Activa	**Fecha Retiro**	No registra
Clase de Riesgo	5	**Código Actividad Económica**	5711001

Esta certificación se expide a los 20 días del mes de julio del 2026.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC20072026N1121859085A20090792.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

D D M M A A A A

201197244

(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
5. Tipo de Afiliado: A. Cotizante X — B. Cabeza de Familia — C. Beneficiario — D. Afiliado adicional
6. Tipo de Cotizante: A. Dependiente X — B. Independiente — 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: Quiroga | Segundo Apellido: Gaviria | Primer Nombre: Daniel | Segundo Nombre:

9. Tipo de documento de identidad: CC.
10. Número del documento de identidad: 1.121.859.985
11. Sexo biológico: Femenino — Masculino X
12. Sexo identificación: F — M X — T — NB — Otro — Cuál:
13. Nacionalidad: Colombiano

14. Lugar de nacimiento: País | Departamento | Municipio
15. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A

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: $4'948.180. | 25. Tarifa Contribución Solidaria

26. Residencia Dirección: Cra 14 # 9-15.
Teléfono Fijo:
Teléfono Celular: 3116595670.
Correo Electrónico: sgc.dirla con25@gmail.com
Departamento: Casanare
Municipio / Distrito: Villanueva.
Localidad / Comuna:
Zona: Cabecera Municipal X — Rural Disperso — Centro Poblado — Resto Rural

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

A. AFILIACIÓN

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 — Cual | 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: Femenino — Masculino	40. Sexo identificación: F — M — T — NB — Otro — Cual	41. Lugar de nacimiento: País — Departamento — Municipio	42. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

Datos complementarios del Beneficiario

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

V1.0

201197244

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	EPS Villanueva	
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

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 documento de Identificación	57. Número del documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
Diseño, laboratorio & Consultoria	Nit	901469984-4	

59. Ubicación
Dirección | Teléfono fijo o Celular

Correo Electrónico | Departamento | Municipio / Distrito

IX. 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.
- [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 afiliacones 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 la 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 identicad	62. Sexo biologico Femenino Masculino	63. Sexo identificación F M T NB Otro Cual	64. Fecha de nacimiento

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado Código	68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
	31/07/2016		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
- [ ] 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Regimen 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
- [X] 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora 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 la 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.
- [ ] 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

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

DISLACON INGENIERIA

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

RECIBIDO FECHA: 31/07/2016

FIRMA:

X. ANEXOS

- [ ] 82. Anexo copia del documento de identidad Cantidad de documentos de identidad anexos: CN RC TI CC CE
- [ ] 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. Copa 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 2.1.7.3 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 a 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 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 POBLACIÓN ESPECIAL

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma	ción	97. Fecha de validación

OBSERVACIONES:

SOLICITUD RECIBIDA PARA ESTUDIO
HARLEY ANDRES CASTRO HIGUERA
1.118.544.609
Nombre / Clave Asesor Comercial
EPS SANITAS

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la ve… s contenidas en el capitulo VII del formulario

Doc Identificación y nombre del Ejecutivo Comercial
1118544609
HARLEY ANDRES CASTRO HIGUERA

Sticker procesamiento
1118544609

ComfaCasanare
Construimos Sueños !!!

Marque con una equis (x) y verifique instrucciones de diligenciamiento y causales de no aceptación al reverso

☐ Inscripción del trabajador ☐ Modificación

☐ Traslado

☐ Reintegro en el mismo mes. Si ☐ NO ☐

Indique última fecha de retiro: AÑO MES DIA

SGS CO09/2884

Formato de Inscripción, de Trabajadores

FAPP006

1. DATOS DEL TRABAJADOR

Tipo y número de identificación	Fecha de expedicion	Sexo
CEDULA: 1121859085	2007-12-18	MASCULINO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
OVIEDO	GUAVITA	DANIEL	

Fecha de nacimiento	Telefono	Dirección de residencia	Barrio
1989-12-13	3116575670	CARRERA 14 # 7 - 57	

Correo Electronico: DISLACON.ING@GMAIL.COM

Estado civil: SOLTERO

Ciudad	Fecha de ingreso a la empresa	Horas labor mes	Cargo	Sueldo Básico
VILLANUEVA	2026-07-31	176	RESIDENTE D EINTI	4948180

Tipo de contrato	Administra recursos públicos	Servidor público	Nivel de escolaridad
OBRA LABOR			PROFESIONAL UN

Profesión	Ocupacion
SIN ESPECIFICAR	INGENIEROS NO CLASIFICADOS EN OTROS GRUPOS P

Orientacion sexual	Vivienda
HETEROSEXUAL	ARRENDADA

Factor de vulnerabilidad: NO APLICA

Pertenencia etnica: NO DISPONIBLE

2. DATOS DE LA EMPRESA

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	Telefono
DISEÑO LABORATORIO & CONSULTORIA SAS	

NIT, CC O CE	DEPENDENCIA
901469984	

3. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tipo y número de identificación	Fecha de expedicion	Sexo

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Fecha de nacimiento	EMPRESA DONDE TRABAJA O ACTIVIDAD ECONOMICA

Caja de compensación a las cual está afiliado(a)	Sueldo básico

Datos Personales de Solicitud

Yo, DANIEL OVIEDO , Identificado con cédula de ciudadania No. 1121859085,manifiesto asi de manera expresa, que AUTORIZO para el uso y tratamiento de mis datos personales en virtud de la función que le compete el tratamiento de los que fueron recolectados para las finalidades, asi como para el envio de mensajes de correos de texto (SMS); de igual forma autorizó de manera irrevocable a la Caja a corroborar con cualquier persona, institución y autoridad, la información relativa a mis referencias personales, comerciales, fiscales, judiciales, financieras y cualquier otro dato que a juicio de la organización sea pertinentes para verificar y ampliar información por mi suministrada de acuerdo al manual de políticas y protección de datos establecido por la Caja de Compensación Familiar del Casanare COMFACASANARE de acuerdo a lo establecido en la ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013

FIRMA

Declaro bajo la gravedad de juramento que todos los datos son exactos y examinados por quien firma.

Firma del trabajador(a)
C.C. T.I. R.C o C.E. No 1121859085

Firma y sello del empleador

OBSERVACIONES: FORMULARIO SIN BENEFICIARIOS

ComfaCasanare
Construimos Sueños !!!

Radicado: 2026-07-31-rfcBPkKjc-afi
Fecha: 2026-07-31
Hora: 12:18:49
Destino: Afiliaciones
Empresa: DISEÑO LABORATORIO Y CONSULTORIA SAS

La información de este formato está sujeta a verificacion

Utilice este formato exclusivamente para afiliación de trabajadores solteros, casados o en unión libre sin beneficiarios.

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:

DANIEL OVIEDO GUAVITA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.121.859.085**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.**

La presente certificación se expide el 31 de Julio 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.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.116.992.638**
SANTOFIMIO SANCHEZ

APELLIDOS
SHIERLEY CONSTANZA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **01-MAR-1993**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

04-MAR-2011 SABANALARGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-4680000-00297316-F-1116992638-20110429 0026818474A 1 36139153

CER_AFI_2026027573025

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

Shierley Constanza Santofimio Sanchez identificado con CC. 1116992638 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR			
Nombres y/o Razón Social	DISEÑO, LABORATORIO & CONSULTORIA SAS	**Tipo y Numero de Documento**	NI - 901469984

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de Inicio de Cobertura	2026/07/31	**Tipo de Vinculación**	Dependiente
Estado de Afiliación	Activa	**Fecha Retiro**	No registra
Clase de Riesgo	5	**Código Actividad Económica**	5711001

Esta certificación se expide a los 30 días del mes de julio del 2026.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC21052026N1116992638A18277096.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 30/07/2026, el empleador DISEÑO, LABORATORIO & CONSULTORIA SAS identificado con NIT número 901469984 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
10598298	30/07/2026	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1116992638	SHIERLEYCONSTANZA SANTOFIMIO SANCHEZ	1750905	ABOGADO	2026-07-21

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 30 días del mes de Julio del año 2026.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

ComfaCasanare
Construimos Sueños !!!

Marque con una equis (x) y verifique instrucciones de diligenciamiento y causales de no aceptación al reverso

☐ Inscripción del trabajador ☐ Modificación
☐ Traslado
☐ Reintegro en el mismo mes Si ☐ NO ☐
Indique última fecha de retiro: AÑO MES DIA

CO09/2884

Formato de Inscripción, de Trabajadores

FAPP006

1. DATOS DEL TRABAJADOR

Tipo y número de identificación	Fecha de expedicion	Sexo
CEDULA: 1116992638	2011-03-04	FEMENINO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
SANTOFIMIO	SANCHEZ	SHIERLEY	CONSTANZA

Fecha de nacimiento	Telefono	Dirección de residencia	Barrio
1993-03-01	3116575670	CARRERA 14 # 7 - 57	

Correo Electronico: SGC.ESARCON25@GMAIL.COM

Estado civil: SOLTERO

Ciudad	Fecha de ingreso a la empresa	Horas labor mes	Cargo	Sueldo Básico
VILLANUEVA	2026-07-31	176	ABOGADO	1750905

Tipo de contrato	Administra recursos públicos	Servidor público	Nivel de escolaridad
OBRA LABOR			PROFESIONAL UN

Profesión	Ocupacion
ABOGADA	ABOGADOS

Orientacion sexual	Vivienda
HETEROSEXUAL	ARRENDADA

Factor de vulnerabilidad: NO APLICA

Pertenencia etnica: NO DISPONIBLE

2. DATOS DE LA EMPRESA

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	Telefono
DISEÑO LABORATORIO & CONSULTORIA SAS	

NIT, CC O CE	DEPENDENCIA
901469984	

3. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tipo y número de identificación	Fecha de expedicion	Sexo

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Fecha de nacimiento	EMPRESA DONDE TRABAJA O ACTIVIDAD ECONOMICA

Caja de compensación a las cual está afiliado(a)	Sueldo básico

Datos Personales de Solicitud

Yo, SHIERLEY CONSTANZA SANTOFIMIO CONSTANZA, Identificado con cédula de ciudadania No. 1116992638,manifiesto asi de manera expresa, que AUTORIZO para el uso y tratamiento de mis datos personales en virtud de la función que le compete el tratamiento de los que fueron recolectados para las finalidades, asi como para el envio de mensajes de correos de texto (SMS); de igual forma autorizó de manera irrevocable a la Caja a corroborar con cualquier persona, institución y autoridad, la información relativa a mis referencias personales, comerciales, fiscales, judiciales, financieras y cualquier otro dato que a juicio de la organización sea pertinentes para verificar y ampliar información por mi suministrada de acuerdo al manual de politicas y protección de datos establecido por la Caja de Compensación Familiar del Casanare COMFACASANARE de acuerdo a lo establecido en la ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013

FIRMA

Declaro bajo la gravedad de juramento que todos los datos son exactos y examinados por quien firma.

Firma del trabajador(a)
C.C. T.I. R.C o C.E. No 1116992638

Firma y sello del empleador

OBSERVACIONES: FORMULARIO SIN BENEFICIARIOS

ComfaCasanare

Radicado: 2026-07-31-7ztmheZvC-afi
Fecha: 2026-07-31
Hora: 14:20:52
Destino: Afiliaciones
Empresa: DISEÑO LABORATORIO Y CONSULTORIA SAS

La información de este formato está sujeta a verificacion

Utilice este formato exclusivamente para afiliación de trabajadores solteros, casados o en unión libre sin beneficiarios.

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:

SHIERLEY CONSTANZA SANTOFIMIO SANCHEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.116.992.638,** se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.**

La presente certificación se expide el 31 de Julio 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.



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.118.196.673
PORRAS ARENAS
APELLIDOS
ANA DELIA
NOMBRES
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 02-FEB-1991
CAMPOHERMOSO
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.61 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
20-FEB-2009 VILLANUEVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
EMILDO ARIEL SANCHEZ TORRES

P-4688000-00157751-F-1118196673-20090628 0011873934A 1 30898849

CER_AFI_2026029922016

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

ANA DELIA PORRAS ARENAS identificado con CC. 1118196673 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR			
Nombres y/o Razón Social	DISEÑO, LABORATORIO & CONSULTORIA SAS	**Tipo y Numero de Documento**	NI - 901469984

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de Inicio de Cobertura	2026/07/31	**Tipo de Vinculación**	Dependiente
Estado de Afiliación	Activa	**Fecha Retiro**	No registra
Clase de Riesgo	5	**Código Actividad Económica**	5711001

Esta certificación se expide a los 30 días del mes de julio del 2026.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC30072026N1118196673A20557691.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

D D M M A A A A

201197252

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Contribución solidaria
A. Afiliación B. Reporte de Novedades X	- Cotizante o Cabeza de Familia X B. Colectiva D. De Oficio A. Individual: - Beneficiario o Afiliado adicional C. Institucional	A. Contributivo X B. Subsidiado	Si No

5. Tipo de Afiliado	6. Tipo de Cotizante	7. Código
A. Cotizante X C. Beneficiario B. Cabeza de Familia D. Afiliado adicional	A. Dependiente X B. Independiente C. Pensionado	(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
Porras	Arenas	Ana	Delia.

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
C.C.	1.118.196.673	Femenino X Masculino	F X M T NB Otro Cuál	Colombiana

14. Lugar de nacimiento				15. Fecha de nacimiento
País	Departamento	Municipio		D D M M A A A A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

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

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
		$ 1750.905.	

26. Residencia Dirección		Teléfono Fijo
Cra 14 #9-15.		

Teléfono Celular	Correo Electrónico
3116575670	sgc.dislacon25@gmail.com

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona
Casanare	Villanueva		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	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad
		Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	

33. Lugar de nacimiento			34. Fecha de nacimiento
País	Departamento	Municipio	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 Cual	País Departamento Municipio	D D M M A A A A
B2				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	D D M M A A A A
B3				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	D D M M A A A A
B4				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	País Departamento Municipio	D D M M A A A A
B5				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cual	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 SISBEN	48. Clasificación SISBEN	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			

A. AFILIACIÓN

AFIL

201197252

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	Ips villanueva.	
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

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 documento de Identificación	57. Número del documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
Diseño, laboratorio & consultoría sas.	Nit	901469984-4	

59. Ubicación
Dirección | Teléfono fijo o Celular

Correo Electrónico | Departamento | Municipio / Distrito

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.
- [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 trámite de protección al cesante.
- [ ] 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 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 Femenino Masculino	63. Sexo identificación F M T NB Otro Cual	64. Fecha de nacimiento

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
	31/07/2026	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 implicen la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios
- [X] 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora 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 la 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.
- [ ] 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

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

DISLACON INGENIERIA

RECIBIDO FECHA: 31/07/2026
CE PA CD SC PT
FIRMA: Cito Leonardo Beltrán

X. ANEXOS

- [ ] 82. Anexo copia del documento de identidad Cantidad de documentos de identidad anexos: CN
- [ ] 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 2.1.7.3 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 Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

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 POBLACIÓN ESPECIAL

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

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma	...ción	97. Fecha de validación

OBSERVACIONES:

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la ve... ...s contenidas en el capítulo VII del formulario

SOLICITUD RECIBIDA PARA ESTUDIO
HARLEY ANDRES CASTRO HIGUERA
1.118.544.609
Nombre / Clave Asesor Comercial
EPS SANITAS

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial
1118544609
HARLEY ANDRES CASTRO HIGUERA

Sticker procesamiento
1118544609

ComfaCasanare
Construimos Sueños !!!

Marque con una equis (x) y verifique instrucciones de diligenciamiento y causales de no aceptación al reverso

☐ Inscripción del trabajador ☐ Modificación

☐ Traslado

☐ Reintregro en el mismo mes. Si☐ NO☐

Indique última fecha de retiro: AÑO MES DIA

SGS CO09/2884

Formato de Inscripción, de Trabajadores

FAPP006

1. DATOS DEL TRABAJADOR

Tipo y número de identificación	Fecha de expedicion	Sexo	
CEDULA: 1118196673	1991-02-20	FEMENINO	
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
PORRAS	ARENAS	ANA	DELIA
Fecha de nacimiento	Telefono	Dirección de residencia	Barrio
1991-02-02	3116575670	CARRERA 14 # 7 - 57	

Correo Electronico: SGC.DISLACON25@GMAIL.COM

Estado civil: SOLTERO

Ciudad	Fecha de ingreso a la empresa	Horas labor mes	Cargo	Sueldo Básico
VILLANUEVA	2026-07-31	176	CONTADOR	1750905

Tipo de contrato	OBRA LABOR	Administra recursos públicos		Servidor público	Nivel de escolaridad: PROFESIONAL UN

Profesión	CONTADOR PÚBLICO	Ocupacion	CONTADORES
Orientacion sexual	HETEROSEXUAL	Vivienda	ARRENDADA

Factor de vulnerabilidad: NO APLICA

Pertenencia etnica: NO DISPONIBLE

2. DATOS DE LA EMPRESA

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: DISEÑO LABORATORIO & CONSULTORIA SAS

Telefono:

NIT, CC O CE: 901469984

DEPENDENCIA:

3. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tipo y número de identificación	Fecha de expedicion	Sexo	
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Fecha de nacimiento	EMPRESA DONDE TRABAJA O ACTIVIDAD ECONOMICA		
Caja de compensación a las cual está afiliado(a)	Sueldo básico		

Datos de Solicitud Personales

Yo, ANA DELIA PORRAS DELIA, Identificado con cédula de ciudadanía No. 1118196673,manifiesto así de manera expresa, que AUTORIZO para el uso y tratamiento de mis datos personales en virtud de la función que le compete el tratamiento de los que fueron recolectados para las finalidades, así como para el envío de mensajes de correos de texto (SMS); de igual forma autorizó de manera irrevocable a la Caja a corroborar con cualquier persona, institución y autoridad, la información relativa a mis referencias personales, comerciales, fiscales, judiciales, financieras y cualquier otro dato que a juicio de la organización sea pertinentes para verificar y ampliar información por mi suministrada de acuerdo al manual de políticas y protección de datos establecido por la Caja de Compensación Familiar del Casanare COMFACASANARE de acuerdo a lo establecido en la ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013

FIRMA

Declaro bajo la gravedad de juramento que todos los datos son exactos y examinados por quien firma.

Firma del trabajador(a)
C.C. T.I. R.C o C.E. No 1118196673

Firma y sello del empleador

OBSERVACIONES: FORMULARIO SIN BENEFICIARIOS

ComfaCasanare

Radicado: 2026-07-31-fPuwdcVZi-afi
Fecha: 2026-07-31
Hora: 12:23:01
Destino: Afiliaciones
Empresa: DISEÑO LABORATORIO Y CONSULTORIA SAS

La información de este formato está sujeta a verificacion

Utilice este formato exclusivamente para afiliación de trabajadores solteros, casados o en unión libre sin beneficiarios.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ANA DELIA PORRAS ARENAS** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1118196673,** se encuentra afiliado/a desde **23/02/2009** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 31 de julio de 2026.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.170.043-7

CERTIFICA QUE:

ANA DELIA PORRAS ARENAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.118.196.673**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR**.

La presente certificación se expide el 31 de Julio del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes