Roldanillo, Septiembre 2026

Asunto: Presentación de propuesta laboral

OBJETO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN DEL DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE DESARROLLO INSTITUCIONAL DEL MUNICIPIO DE ROLDANILLO – VALLE DEL CAUCA, EN LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DE RESCATE, CLASIFICACIÓN, ORDENACIÓN, INVENTARIO, DIGITALIZACIÓN Y REUBICACIÓN TEMPORAL DEL ARCHIVO DOCUMENTAL DE LA DEPENDENCIA, AFECTADO POR EL SISMO, QUE OCASIONÓ LA PÉRDIDA DE LA PLANTA FÍSICA MUNICIPAL.

DURACIÓN: El término para la ejecución del contrato será igual a los días contados a partir de la suscripción del acta de inicio hasta el 30 de diciembre de 2026.

VALOR: El valor estimado para el contrato será la suma de DIECINUEVE MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS ($12.500.000,00) M/CTE.

FORMA DE PAGO: La anterior cifra será cancelada por el MUNICIPIO, así: pagos parciales por avance de actividades.

ACTIVIDADES A DESARROLLAR

- Realizar labores de limpieza superficial y primeros auxilios documentales sobre las unidades de conservación, expedientes y documentos afectados, aplicando medidas básicas de manipulación, estabilización, protección y recuperación inicial, de acuerdo con el estado de conservación identificado y procurando evitar el incremento de daños físicos, mecánicos, ambientales o biológicos.

- Identificar y separar preventivamente la documentación que presente afectaciones, tales como deformaciones, desprendimientos, roturas, humedad, deterioro de unidades de conservación u otras alteraciones visibles, con el fin de determinar las acciones inmediatas de atención y manejo requeridas.

- Realizar el retiro, sustitución o adecuación de unidades de conservación deterioradas, cuando resulte necesario para garantizar la protección física de los documentos, utilizando carpetas, cajas u otros elementos de almacenamiento apropiados y disponibles para la atención de la contingencia.

- Reagrupar, clasificar y ordenar los documentos y expedientes que hayan sufrido desplazamientos, desorganización o pérdida de su ubicación física como consecuencia del sismo, respetando los principios archivísticos de procedencia y orden original y tomando como referencia las Tablas de Retención Documental y demás instrumentos archivísticos aplicables del Municipio.

- Verificar la integridad física y documental de los expedientes intervenidos, procurando conservar su conformación original, secuencia documental y vínculo archivístico, e identificando situaciones de documentos sueltos, expedientes incompletos, unidades sin identificación o documentación cuya ubicación deba ser determinada.

- Realizar la identificación, rotulación y organización física de las unidades documentales intervenidas, de conformidad con los criterios archivísticos

institucionales y las necesidades derivadas del proceso de recuperación y traslado.

- Elaborar y/o actualizar el inventario documental correspondiente a la documentación objeto de intervención, registrando la información necesaria para su identificación, ubicación, control y posterior consulta, incluyendo, cuando corresponda, observaciones relacionadas con su estado de conservación o las afectaciones identificadas.

- Apoyar técnicamente el embalaje, traslado, recepción, distribución y acomodación de la documentación hacia la sede temporal, espacio de contingencia o lugar que determine la Administración Municipal, procurando mantener en todo momento la identificación, secuencia, integridad y control de las unidades documentales.

- Informar oportunamente a la supervisión del contrato sobre situaciones de deterioro grave o afectaciones que requieran intervención especializada, tales como presencia significativa de humedad, contaminación microbiológica, pérdida de soporte, documentos adheridos, fragmentados o con daños que excedan las acciones básicas de primeros auxilios documentales.

- Mantener durante la ejecución de las actividades las condiciones de seguridad, manipulación y control necesarias para prevenir pérdidas, mezclas, extravíos o nuevos deterioros de la documentación intervenida.

- Las demás conexas y complementarias que se deriven del objeto del Contrato.

Juliana Herrera Soto

JULIANA HERRERA SOTO
CC :1032450858
3174966711

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
Herrera	Soto	Juliana

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1032450858	F ⊗ M ○ NB ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 14 MES 07 AÑO 1992

PAÍS COLOMBIA

DEPTO CALDAS

MUNICIPIO SAMANÁ

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 3 OESTE 8A 28

PAÍS COLOMBIA DEPTO VALLE DEL CAUCA

MUNICIPIO ROLDANILLO

TELÉFONO 3174966711 EMAIL julianaherrera131415@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°	MES	11	AÑO	2008
										X				

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

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 DECORPISOS			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA	*MUNICIPIO* ROLDANILLO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 2490390	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	01	*Año*	2020	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL AASESOR COMERCIAL	*DEPENDENCIA* ASESOR VENTAS						*DIRECCIÓN* CALLE 7 4 38					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD DECORPISOS			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA	*MUNICIPIO* ROLDANILLO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 2490390	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	01	*Año*	2017	*Día*	03	*Mes*	01	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL AASESOR COMERCIAL	*DEPENDENCIA* COMERCIAL VENTAS						*DIRECCIÓN* CALLE 7 4 38					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD E.P.S.I PIJAOS SALUD			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO TOLIMA	*MUNICIPIO* IBAGUÉ						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 2616201	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	04	*Mes*	03	*Año*	2013	*Día*	25	*Mes*	03	*Año*	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL ADMINISTRADOR SALUD	*DEPENDENCIA* ADMINISTRACION SALUD						*DIRECCIÓN* CARRERA 8A 17 22					

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	2	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	8	6
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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 Roldanillo 07-Sep-2026

Juliana Herrera Soto

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

INSTITUCION EDUCATIVA PIO XII
Aprob. por Res. Nº 12724 de Octubre 14 de 1986
Florencia - Samaná - Caldas

NIT: 810.001.502-9 Código DANE: 217662002801
Reg. Educativo: 266200002801 Código ICFES: 029306
Código S.E: 2662030005 Registro PEI: 200202004

ACTA INDIVIDUAL DE GRADUACION No. 06

En el corregimiento de Florencia, Samaná, Caldas, a los 29 días del mes de Noviembre de 2008, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes del último grado, las suscritas Rectora y Secretaria de la INSTITUCION EDUCATIVA PIO XII de Florencia, Samaná, Caldas. Institución aprobada hasta nueva visita, en el nivel de Educación Media y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional, para otorgar el titulo de BACHILLER ACADEMICO, según Resolución No. 12724 de Octubre 14 de 1986.

Comprobada la situación legal y académica, por la cual curso y aprobó los estudios correspondientes al nivel de Educación Media, se procede a otorgar el título de **BACHILLER ACADEMICO** a **HERRERA SOTO JULIANA** identificada con **T.I. No. 92071409319** de Samaná Caldas.

Dada en Florencia Samana Caldas, a los 29 días del mes de Noviembre de 2008.

Esp. FANNY RAMIREZ RAMIREZ
C.C. No. 24.865.985 de Pensilvania
Rectora

PATRICIA CARDONA VALENCIA
C.C. No. 30.388.987 de La Dorada
Secretaria.

Escaneado con CamScanner

Powered by CamScanner

PIJAOS SALUD EPS INDÍGENA

RESOLUCIÓN 013 DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE ASUNTOS INDÍGENAS DEL MINISTERIO DEL INTERIOR
NIT. 809.008.362-2

PAZ Y SALVO
ENTRE PIJAOS SALUD EPS INDIGENA Y
JULIANA HERRERA SOTO

Entre los suscritos, **JOSE RENE DUCUARA DUCUARA**, mayor de edad identificado con la cédula de ciudadanía **No.5.969.656 de Ortega**, obrando en nombre de la Entidad Promotora de Salud **"PIJAOS SALUD EPS INDIGENA"**, debidamente registrada por Dirección General de Asuntos Indígenas del Ministerio del Interior mediante Resolución No.013 del 05 de marzo de 2001, para funcionar como administradora del régimen de subsidiado en el departamento del Tolima y la señorita **JULIANA HERRERA SOTO** identificada con la cédula de ciudadanía **No. 1.032.450.858 de Bogota**, certifican que la entidad Pijaos Salud EPS Indigena queda **PAZ Y SALVO** por todo concepto del Contrato de Prestaciones Sociales (salarios, auxilio de transporte, cesantias, intereses a las cesantias, vacaciones, primas, indemnizacion, dotaciones, aportes a salud, pension, ARL, Caja de compensacion, ICBF, sena y demas emolumentos incluidos en el contrato), **firmado entre las partes el cuatro (04) de Marzo de 2013 dado por terminado el Veinticinco (25) de Junio de 2015, motivo del retiro RENUNCIA VOLUNTARIA.**

Para constancia de lo anterior se firma por las dos partes en la ciudad de Ibagué, a los veinticinco (25) dias del mes de Junio de 2015.

JOSE RENE DUCUARA DUCUARA
Gerente Pijaos Salud

JULIANA HERRERA SOTO
CC. 1.032.450.858 de Bogota.

Testigo

_____
cc._____de _____

Testigo

_____
CC._____ de _____

Powered by CamScanner

DECORPISOS
Colombia Zomac Sas
La mejor alternativa en acabados

A QUIEN INTERESE

DECORPISOS COLOMBIA ZOMAC SAS con NIT 901.298.358-9, ubicada en el municipio de Roldanillo Valle, en la Calle 7 # 4 - 38, teléfono 2490390.

C E R T I F I C A

Que la señora **JULIANA HERRERA SOTO** identificada con cédula de ciudadanía No. **1.032.450.858**, laboró para la empresa como **ASESORA COMERCIAL** desde el 4 de enero de 2020 al 30 de junio de 2025, su último salario básico mensual fue de $1.423.500 m/cte más auxilio legal de transporte $200.000 m/cte, el motivo de retiro de la empresa fue terminación de contrato.

Para constancia se firma en Roldanillo Valle, a los cinco (05) días del mes de agosto del 2026

José Luis Benítez Zapata

C.C 1.113.785.837 de Roldanillo Valle

Representante legal

Roldanillo Valle del Cauca, 05 de agosto de 2026

A QUIEN PUEDA INTERESAR

ASUNTO: CERTIFICACIÓN LABORAL

Conforme lo expuesto en el numeral 7 del artículo 57 del Código Sustantivo del Trabajo, emitimos este documento para certificar que **JULIANA HERRERA SOTO**, identificada con cédula de ciudadanía **Nº 1.032.450.858**, laboró en esta para mi establecimiento Decorpisos desde el 01 de enero de 2017 hasta el 03 de enero de 2020, y desempeñó el cargo de **ASESORA COMERCIAL**. Por ejecutar esta labor fue remunerada para el año 2020 con un salario fijo mensual de NOVECIENTOS OCHENTA MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y SIETE PESOS M/CTE. ($980.657) pagados conforme lo expuesto en el capítulo I del título V del Código Sustantivo del Trabajo.

Cualquier inquietud con gusto será atendida

Cordialmente

Ana Milena Zapata Castillo
C.C 66.870.613 de Roldanillo
Exrepresentante legal
Decorpisos – Establecimiento con matricula cancelada

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL
Y EN SU NOMBRE

EL INSTITUTO DE EDUCACIÓN TÉCNICA PROFESIONAL DE ROLDANILLO, VALLE - INTEP

Creado por Decreto No. 1093 del 17 de mayo de 1979
Registro SNIES 4101

CONFIERE EL TÍTULO DE

TÉCNICA PROFESIONAL EN PROCESOS ADMINISTRATIVOS

A

JULIANA HERRERA SOTO

Identificado(a) con documento de identidad No.1.032.450.858 de Bogotá D.C.

QUIEN CUMPLIÓ CON LOS REQUISITOS EXIGIDOS POR LA INSTITUCIÓN
EN TESTIMONIO DE ELLO OTORGA EL PRESENTE DIPLOMA.

Expedido en Roldanillo - Valle del Cauca, el 12 de Enero de 2024

Rector **Secretario General** **Director de la Unidad**

Acta No. 320 Registro 10433 Folio No. 462 Libro No. 1 10280

Escaneado con CamScanner

Powered by CamScanner

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre

EL INSTITUTO DE EDUCACIÓN TÉCNICA PROFESIONAL DE ROLDANILLO, VALLE - INTEP

Creado por Decreto No. 1093 del 17 de mayo de 1979, Registro SNIES 4101

Teniendo en cuenta que:

JULIANA HERRERA SOTO

Identificado(a) con documento de identidad No. 1032450858 de BOGOTA D.C.

Cumplió los requisitos exigidos por la Institución, le confiere el título de

TECNOLOGA EN GESTION EMPRESARIAL

En testimonio de lo expuesto se expide el presente Diploma que así lo acredita.

Roldanillo, Valle del Cauca, 17 de julio de 2025

Rector | **Secretario General** | **Director de Unidad**

13331

Acta No. 328 Registro 13478 Folio 579 Libro 1

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA

CENCAdent

Centro de Formación en Auxiliares de Enfermería Mecánica Dental

RESOLUCIONES OFICIALES Nos. 6182/96 Y 7189/98 Secretaría de Educación
APROBACIÓN ACUERDO 007/94 y acuerdo 023/97 del Ministerio de Salud

CERTIFICA:

Herrera Soto Juliana

Con C.C. No. 1.032.450858 de Bogotà D.C.

Por cuanto ha cursado los estudios con la intensidad reglamentaria 1.800 horas, realizado los trabajos prácticos y presentado los exámenes de rigor, conforme a las disposiciones estatutarias, esta Institución le otorga el certificado de:

Técnico Laboral en Auxiliares de Enfermería

DIRECCIÓN GENERAL CENCAdent

Director General

Centro de Formación en Enfermería y Mecánica Dental CENCAdent

Director(a) Administrativo(a)

CADEN COORDINACIÓN ACADÉMICA

Director Académico

Escaneado con CamScanner

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA

DEPARTAMENTO DE CALDAS

LA SECRETARIA DE EDUCACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE CALDAS
Y EL INSTITUTO TÉCNICO DE EDUCACIÓN "PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO"

ACADEMIA COMPUEST

CON LICENCIA 07349 DE 28 DE SEPTIEMBRE DE 1.988, RES. 3190 DEL 8 DE SEPTIEMBRE DE 1.999
DE LA SECRETARIA DE EDUCACIÓN DE CALDAS

CONCEDE A:

Juliana Herrera Soto

T.I 320714-09319

El Presente Certificado de:

AUXILIAR EN SISTEMAS

QUIEN CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADEMICOS EXIGIDOS
PARA EL PRIMER NIVEL DE SISTEMAS CON UNA INTENSIDAD DE 75 HORAS
(ARQUITECTURA PC, WINDOWS, WORD, EXCEL, POWERPOINT E INTERNET)
EN TESTIMONIO DE ELLO OTORGA EL PRESENTE CERTIFICADO

Director

Secretaria

Inserto en libro 1 folio 42

Dado en Florencia a los 13 días del mes de Diciembre de 2.008

Escaneado con CamScanner

Powered by CamScanner

Escaneado con CamScanner

CENCAdent

Centro de Formación en Enfermería y Mecánica Dental

Acuerdos Ejecutivos No. 023 de 1997 Ministerio de Salud
Autorización Oficial No.7189 de 1998 Secretaría de Educación del Distrito

El Centro de Formación en Auxiliares de Enfermería y Mecánica Dental CENCAdent en uso de sus facultades legales consagradas en el articulo 14 del Decreto 114 de 1996

CERTIFICA

JULIANA HERRERA SOTO

Participo y aprobó el DIPLOMADO en

ATENCIÓN PRE-HOSPITALARIA
- APH -

Con una Intensidad de 315 horas Teórico Practicas con forme a lo establecido en la Resolución 9279 de 1993 para TRIPULANTES DE AMBULANCIA

Julio 03 de 2010 Bogotá D.C. - Colombia

DIRECCIÓN GE...

Directora

Coordinador del Diplomado

Powered by CamScanner

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 141068210539

(415)7707212489984(8020) 000014106821053 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
1 0 3 2 4 5 0 8 5 8	1	Impuestos y Aduanas de Tuluá	2 1	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1032450858	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
HERRERA	SOTO	JULIANA	

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	Roldanillo 6 2 2

41. Dirección principal: CL 2 OESTE 8 A 28

42. Correo electrónico: julianaherrera131415@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
7 6 1 5 5 0	3 1 7 4 9 6 6 7 1 1	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
0 0 1 0	2 0 1 7 0 1 0 1							

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 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

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 [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024-07-25 / 12:36:51PM

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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.032.450.858
HERRERA SOTO
APELLIDOS
JULIANA
NOMBRES
Juliana Herrera
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 14-JUL-1992
SAMANA
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.67
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
21-JUL-2010 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
A-5204300-00676322-F-1032450858-20150306-
0043472663A 3
41645676

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 302406656

PIB
14:54:32

Bogotá DC, 04 de septiembre 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) JULIANA HERRERA SOTO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1032450858:

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 viernes 04 de septiembre de 2026, a las 14:59:41, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1032450858
Código de Verificación	1032450858260904145941

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 03:00:20 PM horas del 04/09/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1032450858**

Apellidos y Nombres: **HERRERA SOTO JULIANA**

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

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, 04/09/2026 03:00:51 p. m. para **el Nº de Expediente o Comparendo:** Nº. **1032450858**

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. **147049392** . 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 15:09:22 horas del 04/09/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1032450858,**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ALCALDIA DE ROLDANILLO**, con NIT **891900289-6** 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.

© 2026 Policía Nacional de Colombia - Grupo Tecnologías de la Información y las Comunicaciones DIJIN

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 1032450858 **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 04/09/2026 03:07 PM

Código Verificación: **T3QJ48L7C5**

Válida hasta: **03/12/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

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:

JULIANA HERRERA SOTO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.032.450.858**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 4 de Septiembre 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.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

SOS Servicio Occidental de Salud

No. De Radicado	Fecha de Radicado
	07/09/2026

I. Datos del tramite

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

5. Tipo de Afiliado	6. Tipo de Cotizante	7. Código (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐	A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐	

A. AFILIACION

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

8. Apellidos y Nombres			
Primer Apellido: HERRERA	Segundo Apellido: SOTO	Primer Nombre: JULIANA	Segundo Nombre:

9. Tipo de Documento de Identidad	10. N° de Documento de Identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CC	1032450858	Femenino ☒ Masculino ☐	F ☒ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál ☐	COLOMBIANA

14. Lugar de nacimiento						15. Fecha de nacimiento
País	COLOMBIA	Departamento	CALDAS	Municipio	SAMANA	14/07/1992

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

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

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

26. Residencia			
Calle 3 oeste 8a 28	Teléfono Fijo:	Teléfono Celular: 3174966711	Julianaherrera131415@gmail.com
Departamento: VALLE	Municipio/Distrito: ROLDANILLO	Localidad/Comuna: CENTRO	Zona: Cabecera municipal ☐ Rural disperso ☐ Centro Poblado ☒ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

27. Apellidos y Nombres			
Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:

28. Tipo de Documento de Identidad	29. N° de Documento de Identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál ☐	

33. Lugar de nacimiento						34. Fecha de nacimiento
País		Departamento		Municipio		

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	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B2	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B3	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B4	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B5	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

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

Datos Complementarios del beneficiario

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

51. Datos de Residencia

	Departamento	Municipio / Distrito	Zona				Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
			Cabecera Municipal	Centro poblado	Rural disperso	Resto rural		
B1								CONS.PERS.14424
B2								FECHA 08/09/2026
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad /Comuna	Correo electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	ROLDANILLO•95415•MEDICIPS ROLDANILLO	
B1		
B2		
B3		
B4		
B5	INDEPENDIENTE	

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

55. Nombre o Razón Social	56. Tipo de Documento de Identidad	57. Número de Identificación	58. Tipo de Aportante o Pagador de pensiones
JULIANA HERRERA SOTO	CC	1032450858	PORVENIR

59. Ubicación				
Calle 3 oeste 8a 28	3174966711	Julianaherrera131415@gmail.com	VALLE	ROLDANILLO

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 identidad.
- ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código ☐
- ☐ 6. Reporte de pago a través de un tercero Código ☐
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- ☐ 10. Terminación de relación laboral o perdida de 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 tramite 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
HERRERA	SOTO	JULIANA	

Tipo de Documento de identidad	Número de documento de Identidad	62. Sexo biólogico	63. Sexo identificación	64. Fecha de Nacimiento
CC	1032450858	Femenino ☒ Masculino ☐	F ☒ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál	14/07/1992

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado Código:	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	01/09/2026		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de Documento de identidad:	Número del documento de identidad:

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio
Juliana Herrera	

X. ANEXOS

- ☐ 82. Anexo copia del documento de identidad: cantidad de documento de indentidad anexos CN ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ 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 2.1.7.3 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	93. Nombre de la Institución
Código del Municipio ☐ Código del Departamento ☐	

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	Numero de Documento de Identidad	95. Firma del funcionario

96. Fecha de radicación	97. Fecha de validación
DD / MM / AAAA	DD / MM / AAAA

OBSERVACIONES: 2 ACTIVA REGIMEN SUBSIDIADO PASA A COTIZAR

Radicado por Diana Carolina Ulloa Marulanda Cód.2209 Cel.3218466619 Cons.pers.14424

Diana Carolina Ulloa Marulanda
Celular y Whatsapp
321 846 6619

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 del formulario

SOS Servicio Occidental de Salud	ANEXO FORMULARIO DE AFILIACIÓN PBS	Código: FT-GEC-AF-010 Versión: 1 Fecha de actualización:

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

Inicio vigencia del afiliado	07/09/2026	Código Asesor	2209	Sucursal	005	Ciudad/Municipio	ZARZAL

CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

Autorizo la entrega de la Carta de Derechos y Deberes y la Carta de Desempeño en formato electrónico? SI X NO_____

Correo Electrónico:_____

ENCUESTA DE ENTREGA DE CARTILLA

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

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

AUTORIZACION TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

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

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

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

SI [x] NO [ ]

Firma del Cotizante : Juliana Herrera

C.C. N° 1032450858

Declaración de Convivencia

Nosotros_____ y _____

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

Firma del Cotizante
C.C N°:

Firma del Compañero(a)
C.C N°:

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

SOS Servicio Occidental de Salud

No. De Radicado	Fecha de Radicado
	07/09/2026

I. Datos del tramite

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

5. Tipo de Afiliado	6. Tipo de Cotizante	7. Código (a registrar por la EPS)
A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]	A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]	

A. AFILIACION

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

8. Apellidos y Nombres			
Primer Apellido: HERRERA	Segundo Apellido: SOTO	Primer Nombre: JULIANA	Segundo Nombre:

9. Tipo de Documento de Identidad	10. N° de Documento de Identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación
CC	1032450858	Femenino [X] Masculino [ ]	F [X] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál [ ]

13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento						15. Fecha de nacimiento
	País		Departamento		Municipio		
COLOMBIANA	COLOMBIA		CALDAS		SAMANA		14/07/1992 DD/MM/AAAA

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

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

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

26. Residencia				
Dirección: Calle 3 oeste 8a 28	Teléfono Fijo:	Teléfono Celular: 3174966711	Correo Electrónico: Julianaherrera131415@gmail.com	
Departamento: VALLE	Municipio/Distrito: ROLDANILLO	Localidad/Comuna:	Zona: Cabecera municipal [ ] Rural disperso [ ] Centro Poblado [X] Resto rural [ ]	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

27. Apellidos y Nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

28. Tipo de Documento de Identidad	29. N° de Documento de Identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación
		Femenino [ ] Masculino [ ]	T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál [ ]

32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento						34. Fecha de nacimiento
	País		Departamento		Municipio		
							DD/MM/AAAA

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

35. Apellidos y Nombres				
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B2	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B3	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B4	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B5	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

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

Datos Complementarios del beneficiario

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

51. Datos de Residencia

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

	Dirección	Localidad /Comuna	Correo electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

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

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

55. Nombre o Razón Social	56. Tipo de Documento de Identidad	57. Número de Identificación	58. Tipo de Aportante o Pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
JULIANA HERRERA SOTO	CC	1032450858	PORVENIR

59. Ubicación					
Dirección: Calle 3 oeste 8a 28	Teléfono Fijo: 3174966711	Correo Electrónico: Julianaherrera131415@gmail.com	Departamento: VALLE	Municipio/Distrito: ROLDANILLO	Localidad/Comuna:

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 identidad.
- ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código ☐
- ☐ 6. Reporte de pago a través de un tercero Código ☐
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- ☐ 10. Terminación de relación laboral o perdida de 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 tramite 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
HERRERA	SOTO	JULIANA	

Tipo de Documento de Identidad	Número de documento de Identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de Nacimiento
CC	1032450858	Femenino ☒ Masculino ☐	F ☒ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál	14/07/1992

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado Código:	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	01/09/2026		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de Documento de identidad:	**Número del documento de identidad:**		

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio
Juliana Herrera	

X. ANEXOS

- ☐ **82.** Anexo copia del documento de identidad: cantidad de documento de indentidad anexos — CN ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ 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 2.1.7.3 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	93. Nombre de la Institución
Código del Municipio / Código del Departamento	

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	Numero de Documento de Identidad	95. Firma del funcionario

96. Fecha de radicación	97. Fecha de validación
DD / MM / AAAA	DD / MM / AAAA

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 del formulario

SOS Servicio Occidental de Salud	ANEXO FORMULARIO DE AFILIACIÓN PBS	Código: FT-GEC-AF-010 Versión: 1 Fecha de actualización:

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

Inicio vigencia del afiliado	D	D	M	M	A	A	A	A	Código Asesor		Sucursal		Ciudad/Municipio	

CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

Autorizo la entrega de la Carta de Derechos y Deberes y la Carta de Desempeño en formato electrónico? SI _____ NO_____

Correo Electrónico:_____

ENCUESTA DE ENTREGA DE CARTILLA

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

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

AUTORIZACION TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

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

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

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

SI [x] NO [ ]

Firma del Cotizante : Juliana Herrera

C.C. N° 1032450858

Declaración de Convivencia

Nosotros_____ y _____

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

Firma del Cotizante
C.C N°:

Firma del Compañero(a)
C.C N°:

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE PARA PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1032450858
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JULIANA HERRERA SOTO
CIUDAD/MUNICIPIO:	ROLDANILLO	DEPARTAMENTO:	VALLE
DIRECCIÓN:	CALLE 3 OESTE 8A 28	TELÉFONO:	3023102
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**6035461477**		TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	septiembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	septiembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2026	SALUD:	AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:		0			
ESTADO:		GUARDADA			

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL POR PAGAR
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002248088	230301	230301-PORVENIR	1	$ 280.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 280.200**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8050011572	EPS018	EPS018-S.O.S.	1	$ 218.900
		SUBTOTAL:	1	**$ 218.900**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 9.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 9.200**

TOTAL POR PAGAR:	**$ 508.300**

Planilla NO Pagada

Nota: Este soporte no es válido para reclamaciones ante entidades financieras y administradoras.

Servicio Occidental de Salud
EN INTERVENCIÓN

SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.
NIT 805.001.157 - 2
CERTIFICA:

El(la) señor(a) JULIANA HERRERA SOTO , identificado(a) con CC 1032450858 se encuentra afiliado(a) en el Plan de Beneficios en Salud P.B.S. en la EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. E.P.S., afiliado desde: 19/01/2017 y su estado de Afiliación a la fecha de generación este certificado es: RETIRADO por el Régimen SUBSIDIADO, en calidad de COTIZANTE

Su grupo familiar es:

Tipo de Documento	Número de documento	Nombre del afiliado	Estado de afiliación
CC	1032450858	JULIANA HERRERA SOTO	VIGENTE

Relación del histórico de afiliación y días pagados a la EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A en el último año.

Tipo doc	Número de documento	Nombre del Cotizante	Tipo ID Emp	NúmeroID Empleador	Razón Social	Periodo Cotización	Días Cotizados
CC	1032450858	JULIANA HERRERA SOTO	NI	890303208	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA	2025/10	30
CC	1032450858	JULIANA HERRERA SOTO	NI	890303208	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA	2025/11	30
CC	1032450858	JULIANA HERRERA SOTO	NI	890303208	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA	2025/12	30
CC	1032450858	JULIANA HERRERA SOTO	NI	890303208	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA	2026/01	30
CC	1032450858	JULIANA HERRERA SOTO	NI	890303208	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA	2026/02	30
CC	1032450858	JULIANA HERRERA SOTO	NI	890303208	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA	2026/03	30

Para constancia de lo anterior se firma en la Ciudad de Santiago de Cali, a los OCHO (8) días del mes de SEPTIEMBRE del año 2026.

Información sujeta a verificación por parte de la EPS Servicio Occidental de Salud SOS S.A, "Esta información es propiedad privada del Ministerio de Salud y Protección Social."

Este documento no es válido como autorización de servicios o traslado entre EPS.

Atentamente,



Andres Arango Zapata.
Gerencia de Experiencia al Usuario

canales_webusr

CD3 6160204 Sep 8 2026 8:41AM

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	2026-09-04 15:15

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
JULIANA		HERRERA	SOTO

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1032450858

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	CALDAS	Municipio	SAMANÁ

Lugar de domicilio					
País	COLOMBIA	Departamento	VALLE DEL CAUCA	Municipio	ROLDANILLO

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	ALCALDIA DE ROLDANILLO

Lugar de sede					
País	COLOMBIA	Departamento	VALLE DEL CAUCA	Municipio	ROLDANILLO
Dirección	["CARRERA 7 N 7 17 "]				
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA				

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$14.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$130.000,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$0,00
Otros ingresos y rentas	$2.000.000,00
TOTAL	$16.130.000,00

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	$0,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

1.2. PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y/O ASOCIACIONES

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí [ ] No [X]

En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas o Consejos Directivos:

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí [ ] No [X]

A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí [ ] No [X]

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma ocasional o permanente son las siguientes:

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente el registro de la información que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con los intereses de mi cónyuge o compañero(a) permanente, parientes y socios de hecho o de derecho.

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [ ] No [X]

Los intereses personales de mi cónyuge o compañero o compañera permanente son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [ ]

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

Descripción del potencial conflicto de interés con su cónyuge o compañero(a) permanente:

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con Intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [X]

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño.

De acuerdo con la Ley 2003 de 2019, los congresistas deben registrar sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeñan.

Parentesco	Pariente	Tipo de documento de identidad	Documento de identidad	Descripción del potencial conflicto de interés

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual:

Sí [ ] No [X]

Dentro del año anterior tuve interés directo o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera), y a continuación describo cómo puede influir en las decisiones y acciones de mi cargo actual:

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Los fideicomisos y encargos fiduciarios de los cuales soy constituyente o beneficiario en Colombia y en el exterior son:

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario y otras que tengo en Colombia y en el exterior son:

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta del último año gravable son:

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí [ ] No [X]

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:
> Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
> Establecimientos que posee.
> Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
> Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

CERTIFICADO DE APTITUD MÉDICO LABORAL ENFÁSIS OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha:05/SEPTIEMBRE/2026

Paciente: JULIANA HERRERA SOTO

Identificación: CC. 1.032.450.858 Expedición: BOGOTÁ D.C

Género: FEMENINO

Fecha de Nacimiento:14/JULIO/1992

Dirección: CALLE 3 OESTE 8A 28 SAN JOSE OBRERO

Escolaridad: TECNOLOGA EN GESTION EMPRESARIAL

Examen médico de: Ingreso: _X__ Periódico: ____ Egreso: ____

Mediante el presente informe del Examen Médico Laboral que le fue realizado como proveedor de evaluaciones de medicina del trabajo, en el marco del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, hacemos entrega de las Recomendaciones y Remisiones médicas emitidas por el Médico Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo, las cuales, agradecemos acoger y gestionar en su Entidad de Salud, según corresponda.

Me permito certificar que la paciente **JULIANA HERRERA SOTO** identificada con el número de cédula **1.032.450.858** una vez practicado el examen médico laboral se encuentra:

APTO SIN RESTRICCIONES	X

CARGO	**CONTRATISTA**

Recomendaciones Medico Laborales

- Uso de EPP de acuerdo al cargo.
- Higiene postural.
- Se indica optometría, tamizaje de salud visual 1 vez por año.
- Aplicar programa de pausa activa, énfasis tareas repetitivas.
- Cumplir con las responsabilidades frente al SG-SST de la empresa para la cual laborales

Dra. Lorena A. Rios
Médico y Cirujano
R.M. 19164

Dra. Lorena Rios
MEDICINA Y CIRUGÍA
ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO

Dra. LORENA A. RIOS MARTINEZ
MEDICO Y CIRUJANO REGISTRO MEDICO No 19164, ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO GERENCIA Y CONTROL DE RIESGOS
LICENCIA ESPECIALIZACION: DIRECCION TERRITORIAL SALUD DE CALDAS, RESOLUCION No. 73037 DE MARZO 6 DE 2017
UNIVERSIDAD LIBRE DE COLOMBIA
Celular: 3176575629
E-mail:lorenarios36@hotmail.com
Consultorio: Calle14a #9-08 Roldanillo Valle del Cauca

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

ROLDANILLO,
VALLE DEL
CAUCA,
COLOMBIA,

05/09/2026

A quien interese

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora JULIANA HERRERA SOTO** con **Cédula de Ciudadanía** número **1032450858**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550488418778889**
Fecha de apertura	**24/01/2021**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Banco Davivienda S.A.
NIT. 860.034.313-7