**PERSONAS NATURALES DECLARACIÓN JURAMENTADA DE SUSCRIPCION DE CONTRATOS**

Yo, SANDRO UBAQUE BOHORQUEZ, identificado con la cedula de ciudadanía No 86.043.250 de CUMARAL META, de acuerdo con lo señalado DIRECTIVA PRESIDENCIAL No. 01 DE 17 de enero 17 de 2022, DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO, que SI _____ NO ____X_____ tengo contratos suscrito de la misma naturaleza, con otras entidades del Estado.

**SANDRO UBQUE BOHORQUEZ**
**CC. 86.043.250 de Cumaral Meta**
**CONTRATISTA.**
**Septiembre 2026**

# CERTIFICADO NO INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

Barranca de Upía Meta, septiembre de 2026

**Señores:**
**BARRANCA DE UPIA - META**

**ASUNTO:** *Declaración de no inhabilidades e incompatibilidades.*

Por medio de la presente certifico que el suscrito SANDRO UBAQUE BOHORQUEZ identificado con cedula de ciudadanía No. 86.043.250 de Cumaral Meta, no me hallo incurso en las causales de inhabilidad e incompatibilidad establecidas en la Ley 80 de 1993, en el decreto 128 de 1976 y la ley 1474 de 2011 y demás normas sobre la materia, para contratar.

Cordialmente,

**SANDRO UBAQUE BOHORQUEZ**
**CC. 86.043.250 de Cumaral Meta**
**CONTRATISTA.**

MEDICO DE LOS LLANOS
FE Y SALUD

Dr. Oscar Andres Torres Ladino
Dirección: Carrera 32 N 46 - 14 Barrio el Triunfo
Cel: 310 783 8127
Correo: medicodelosllanos@gmail.com
VILLAVICENCIO



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1.488

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 27 DÍA | 02 MES | 2024 AÑO | VILLAVICENCIO (META, COLOMBIA) Ciudad | EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO |

| DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE | |
|---|---|
| PARTICULAR | ALCALDIA DE BARRANCA DE UPIA |
| Nombre de la empresa | Empresa en misión |

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

| UBAQUE BOHORQUEZ SANDRO | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| | MASCULINO | 51 AÑOS 1 MESES 27 DÍAS | CC | 86043250 |
| Apellidos y Nombres | | | Tipo | Número |

Cargo
**APOYO ADMINISTRATIVO**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL: **APTO**

Observaciones: *NO APLICA*

**N/A** — NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

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

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

| | |
|---|---|
| CONSULTA MEDICA OCUPACIONAL | ✓ |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| CONTINUAR MANEJO MÉDICO : CRÓNICOS EN SU EPS | USO DE EPP | HÁBITOS SALUDABLES |
| | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | DIETA BALANCEADA |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

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

**Médico**

Firma: Dr. Oscar Andres Torres L. MÉDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL Licencia S.O. N°. 7736/2022

Nombre: TORRES LADINO OSCAR ANDRES

R. M.: 25882004 L.S.O.: 7736/2022

**Código de Seguridad**
C1425I1O1488

**Aspirante o Trabajador**

Firma:

Nombre: UBAQUE BOHORQUEZ SANDRO

CC: 86043250

Barranca de upia-meta, septiembre de 2026

Señores (a)
**RICHARD DAVID VALLEJO BALLESTEROS**
SECRETARIO DE PLANEACION E INFRAESTRUCTURA
**ENRIQUE DE JESUS ACOSTA URREGO**
SECRETARIO ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO
MUNICIPIO DE BARRANCA DE UPÍA
DEPARTAMENTO DEL META.

Asunto: Acuerdo expreso sobre pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral.

Cordial saludo, Dr. Enrique:

SANDRO UBAQUE BOHORQUEZ, identificado con cédula de ciudadanía No 86.043.250. de Villavicencio-Meta de forma libre, expresa y espontánea, manifiesto mi voluntad para acordar que los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, derivados del futuro contrato a celebrarse cuyo objeto es PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN LABORES TÉCNICO-OPERATIVAS DE CAMPO PARA LA CONSTATACIÓN DE OCUPACIÓN, LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN PREDIAL Y CONFORMACIÓN DE EXPEDIENTES EN EL MARCO DEL PROGRAMA DE TITULACIÓN Y CESIÓN DE BIENES FISCALES ADJUDICABLES DEL MUNICIPIO DE BARRANCA DE UPÍA - META, serán gestionados, realizados y pagados en su totalidad por el suscrito.

Lo anterior, en virtud de la habilitación legal emanada del Decreto 514 de 2025, del artículo 2.2.4.18.7, que permite el presente acuerdo, y que exonera de esta manera al contratante, en este caso, el Municipio de Barranca Meta, de las obligaciones derivadas de la Ley 2381 de 2024, en especial de aquellas contenidas en los artículos 7 y 21.

Atentamente,

SANDRO UBAQUE BOHORQUEZ
CC. 86.043.250. de Villavicencio-Meta

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

# CERTIFICA QUE:

**SANDRO UBAQUE BOHORQUEZ,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **86.043.250**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

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

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

*Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a* www.porvenir.com.co *y actualice su Historia Laboral.*

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

capitalsalud eps-s

Número de Radicación: | Fecha de Radicación: 17 09 2026 (D D M M A A A A)



**I. DATOS DEL TRÁMITE** *(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo).*

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

**II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)** — **A. AFILIACIÓN**

8. Apellidos y nombres completos

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| UBAQUE | BOHORQUEZ | SANDRO | |

| 9. Tipo documento de identidad | 10. Número de documento de identidad | 11. Sexo biológico | 12. Sexo de identificación |
|---|---|---|---|
| CC | 860432250 | Femenino [ ] Masculino [✓] | F [ ] M [✓] T [ ] NB [ ] OTRO [ ] Cuál? |

| 13. Nacionalidad | 14. Lugar de nacimiento: País | Departamento | Municipio | 15. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|
| COLOMBIANO | VILLAVICENCIO | META | VILLAVICENCIO | 30 12 1972 |

**III. DATOS COMPLEMENTARIOS** Datos personales

| 16. Etnia | 17. Comunidad | 18. Discapacidad | Categoría de discapacidad | 19. Tiene encuesta SISBÉN | 20. Clasificación SISBÉN | 21. Grupo de población especial |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Si [ ] No [ ] | Tipo: Condición: | Si [ ] No [ ] | Nivel: Grupo: | |

| 22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL | 23. Administradora de Pensiones | 24. Ingresos base de cotización - IBC | 25. Tarifa Contribución Solidaria |
|---|---|---|---|
| POSITIVA | PORVENIR | 1750905 | |

26. Residencia

| Dirección | Teléfono fijo | Teléfono celular | Correo electrónico |
|---|---|---|---|
| CRA 3 # 10-35 | 3138341765 | | SANDROUW2010HOTMAIL.COM |

| Departamento | Municipio/Distrito | Localidad/Comuna | Zona |
|---|---|---|---|
| META | BARRANCA UPIA | CENTRO | Cabecera Municipal [ ] Centro Poblado [✓] Rural Disperso [ ] 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 completos

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 28. Tipo documento de identidad | 29. Número de documento de identidad | 30. Sexo biológico | 31. Sexo de identificación |
|---|---|---|---|
| | | Femenino [ ] Masculino [ ] | F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] OTRO [ ] Cuál? |

| 32. Nacionalidad | 33. Lugar de nacimiento: País | Departamento | Municipio | 34. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

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

35. Apellidos y nombres completos

| | Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | |
| B2 | | | | |
| B3 | | | | |

| | 36. Tipo de documento de identidad | 37. Número de documento de identidad | 38. Nacionalidad | 39. Sexo biológico: Femenino | Masculino | 40. Sexo identificación: F | M | T | NB | OTRO | Cuál? | 41. Lugar de nacimiento: País | Departamento | Municipio | 42. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | | | | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | | | | | | | | |

**Datos complementarios del beneficiario**

| | 43. Parentesco | 44. Etnia | 45. Comunidad | 46. Grupo de población especial | 47. Tiene encuesta SISBÉN: SI | NO | 48. Clasificación SISBÉN: Nivel | Grupo | 49. Discapacidad: SI | NO | Categoría de discapacidad | 50. Incapacidad permanente: SI | NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | | | | | | |

| | 51. Datos de residencia: Departamento | Municipio/Distrito | Cabecera Municipal | Zona: Centro Poblado | Rural Disperso | Resto Rural | Teléfono fijo y/o celular | 52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | |

| | Dirección | Localidad/Comuna | Correo electrónico |
|---|---|---|---|
| B1 | | | |
| B2 | | | |
| B3 | | | |

**Selección de la IPS primaria**

| | 53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS | 54. Código de la IPS (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|
| C | | |
| B | | |
| B | | |
| B | | |

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

| 55. Nombre o razón social | 56. Tipo de documento de identificación | 57. Número del documento de identificación | 58. Tipo de aportante o pagador a pensiones (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| | | | |

59. Ubicación

| Dirección | Teléfono | Correo electrónico | Departamento | Municipio/Distrito |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

VIGILADO SUPERSALUD

capitalsalud
eps-s



## B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación datos básicos de identificación.
- ☐ 2. Corrección de los datos básicos de Identificación.
- ☐ 3. Actualización del documento de identidad.
- ☐ 4. Actualización y corrección 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 la relación laboral o pérdida 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 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 de documento de identidad | 62. Sexo biológico: Femenino ☐ Masculino ☐ | 63. Sexo identificación: F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ OTRO ☐ Cuál? | 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 |
|---|---|---|---|
| | 17 09 2026 | ☐ | |

### VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☐ 69. Declaración 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 el 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 de 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 |
|---|---|
| | |

### X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad

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

Total Anexos ☐

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.
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.

### 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 documento de identidad | Número del documento de identidad | 95. Firma del funcionario |
|---|---|---|
| | | |

| 96. fecha de radicación | 97. Fecha de validación |
|---|---|
| | |

**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.**

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) | NOMBRES |
|---|---|---|
| UBAQUE | BOHORQUEZ | SANDRO |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | GENERO | NACIONALIDAD | PAÍS |
|---|---|---|---|
| C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 86043250 | F ( ) M (X) NB ( ) | COL. (X) EXTRANJERO ( ) | COLOMBIA |

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NÚMERO 86043250 D.M. 05

| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO | | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| FECHA | DIA 30 MES 12 AÑO 1972 | CARRERA 3 N 10 35 CASA CENTRO | | | |
| PAÍS | COLOMBIA | PAÍS | COLOMBIA | DEPTO | META |
| DEPTO | META | MUNICIPIO | BARRANCA DE UPÍA | | |
| MUNICIPIO | CUMARAL | TELÉFONO | | EMAIL | sandroub2010@hotmail.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 | 12 | AÑO | 1995 |

***EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)***

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

**TC** (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA ESPECIALIZADA) **UN** (UNIVERSITARIA)

**ES** (ESPECIALIZACIÓN) **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER) **DOC** (DOCTORADO O PHD)

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

## 3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

***EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO***

*DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:*

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

| INSTITUCIÓN | MODALIDAD | No. TOTAL HORAS | GRADUADO | | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS | TERMINACIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | SI | NO | | MES | AÑO |
| POLITECNICO AGROINDUSTRIAL | EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO | 1100 | X | | administración financiera y auditoria | 07 | 1998 |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 4 IDIOMAS

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (**R**), BIEN (**B**) O MUY BIEN (**MB**)

| *IDIOMA* | *LO HABLA* | | | *LO LEE* | | | *LO ESCRIBE* | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | *R* | *B* | *MB* | *R* | *B* | *MB* | *R* | *B* | *MB* |
| | | | | | | | | | |

## 5 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ALCALDIA DE BARRANCA DE UPIA | | | *PÚBLICA*<br>X | | *PRIVADA* | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>META | *MUNICIPIO*<br>BARRANCA DE UPÍA | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3108593911 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 30 | *Mes* | 01 | *Año* | 2026 | *Día* | 29 | *Mes* | 06 | *Año* | 2026 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA | *DEPENDENCIA*<br>SECRETARIA DE PLANEACION E | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 11 2 15 /17 | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ALCALDIA DE BARRANCA DE UPIA | | | *PÚBLICA*<br>X | | *PRIVADA* | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>META | *MUNICIPIO*<br>BARRANCA DE UPÍA | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3108593911 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 17 | *Mes* | 10 | *Año* | 2025 | *Día* | 16 | *Mes* | 12 | *Año* | 2025 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA | *DEPENDENCIA*<br>SECRETARIA DE PLANEACION E | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 11 2 15 /17 BARRIO EL CENTRO | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ALCALDIA DE BARRANCA DE UPIA | | | *PÚBLICA*<br>X | | *PRIVADA* | | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>META | *MUNICIPIO*<br>BARRANCA DE UPÍA | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3108593911 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 11 | *Mes* | 03 | *Año* | 2025 | *Día* | 10 | *Mes* | 07 | *Año* | 2025 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA | *DEPENDENCIA*<br>SECRETARIA DE PLANEACION E | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 11 2 15 /17 BARRIO EL CENTRO | | | | | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

## Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ALCALDIA DE BARRANCA DE UPIA | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>META | *MUNICIPIO*<br>BARRANCA DE UPÍA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3108793911 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 08 | *Año* 2006 | *Día* | 30 | *Mes* | 11 | *Año* | 2007 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATISTA | *DEPENDENCIA*<br>ALMACEN | | | | | *DIRECCIÓN*<br>ALCALDIA MUNICIPAL | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ALCALDIA DE BARRANCA DE UPIA | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>META | *MUNICIPIO*<br>BARRANCA DE UPÍA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3108793911 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 08 | *Año* 2006 | *Día* | 30 | *Mes* | 11 | *Año* | 2007 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>ALMACENISTA / AUXILIAR DE OFIC | *DEPENDENCIA*<br>"ALMACEN" | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 11 2 15 Alcaldia Municipal | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ALCALDIA DE BARRANCA DE UPIA | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>META | *MUNICIPIO*<br>BARRANCA DE UPÍA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3108793911 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 01 | *Mes* | 03 | *Año* 2001 | *Día* | 09 | *Mes* | 01 | *Año* | 2003 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>5140 SECRETARIO 12 | *DEPENDENCIA*<br>DESPACHO DEL PERSONERIA | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 11 2 15 Alcaldia Municipal | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ALCALDIA DE TAURAMENA | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>CASANARE | *MUNICIPIO*<br>TAURAMENA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>6088630043 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | | |
| | *Día* | 08 | *Mes* | 05 | *Año* 1997 | *Día* | 14 | *Mes* | 10 | *Año* | 1997 | |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>APOYO ADMINISTRATIVO Y SOCIAL | *DEPENDENCIA*<br>AREA DE CONVIVENCIA Y DESARROLLO | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 5 14 34 Palacio Municipal | | | | | | |

## 6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

| OCUPACIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|---|---|---|
| | AÑOS | MESES |
| SERVIDOR PÚBLICO | 3 | 7 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 0 | 0 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 2 | 3 |
| EXPERIENCIA DOCENTE | 0 | 0 |

## 8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO __ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

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

*Ciudad y fecha de diligenciamiento* Bosconia Cesar, Sep 2026

*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*

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14938666124

(415)7707212489984(8020) 000001493866124

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

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 8 6 0 4 3 2 5 0 | |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Meta 5 0 | Villavicencio 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| UBAQUE | BOHORQUEZ | SANDRO | |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Meta 5 0 | Barranca de Upía 1 1 0 |

41. Dirección principal
CR 3 10 35 BRR CENTRO

42. Correo electrónico sandroub2010@hotmail.com

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

## CLASIFICACIÓN

| Actividad económica | | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|
| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | |
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8 2 9 9 | 2 0 1 7 0 8 0 3 | | | | | | | |

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

53. Código 49 - No responsable de IVA

| Usuarios aduaneros | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Exportadores | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 55. Forma | 56. Tipo | Servicio | 1 | 2 | 3 |
| 54. Código | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 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 2023-08-17 / 08:38:12AM

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 UBAQUE BOHORQUEZ SANDRO

985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 31-08-2026 06:20:35PM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

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 | PERIÓDICO | Fecha de publicación | 2026-08-31 18:18 |
|---|---|---|---|

Nombres y apellidos completos

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| SANDRO | | UBAQUE | BOHORQUEZ |

Documento de identificación

| Tipo | Número |
|---|---|
| CEDULA DE CIUDADANIA | 86043250 |

Lugar de nacimiento

| País | Departamento | Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA | META | CUMARAL |

Lugar de domicilio

| País | Departamento | Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA | META | BARRANCA DE UPÍA |

| | |
|---|---|
| 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 BARRANCA DE UPIA |

Lugar de sede

| País | Departamento | Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA | META | BARRANCA DE UPÍA |

| | |
|---|---|
| Dirección | ["CALLE 11 # 2 - 15/17"] |
| 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:

| 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]

## 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:

| |
|---|
| |

República de Colombia

# El Colegio Ezequiel Moreno y Díaz

Villanueva - Casanare

Aprobado por el Ministerio de Educación Nacional
según Resolución No. 04386 de Noviembre 18 de 1993

Confiere a:

# Sandro Ubaque Bolórquez

Identificado con CC. No. 86.043.250 de VILLAVICENCIO. META.

El Título de:

# Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, según los planes y programas vigentes.

Rector(a)

RECTOR

Secretario (a)

Dado en Villanueva a 27 de Nov. de 19 96

Anotado al Folio 201 del Libro de Registro No. 19

Secretario de Educación

En Yopal a 16 de Dic. de 19 96

# Institución Educativa Ezequiel Moreno y Díaz

*Villanueva - Casanare*

DUPLICADO

*DANE: 185440000118* *ICFES: 087437* *NIT: 832000069-6*

# Acta de Grado

*En el Municipio de Villanueva Casanare a los 27 días del mes de Noviembre del año 1993, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes del último grado, los Suscritos Rector y Coordinador Académico, en la Rectoría del Colegio "EZEQUIEL MORENO Y DÍAZ", Institución Aprobada hasta grado Undécimo, en el Nivel de Educación Media Académica y aprobada por la Secretaría de Educación del Departamento de Casanare, para otorgar el Título de BACHILLER ACADÉMICO, según Resolución No. 04386 del 18 de Noviembre de 1993.*

*Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el título de:*

## Bachiller Académico

*Al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:*

## Sandro Ubaque Bohórquez

*Identificado (a) con C.C. Nº 86.043.250 de Villavicencio, Meta*

*Es fiel copia tomada del Acta General de Graduación No 013 de Fecha 27 de Noviembre del año 1993, que consta de 61 estudiantes que inicia con el nombre de ABAUNZA ARÉVALO NELLY y cierra con el nombre de: VIZCAINO CAGÜEÑO LUZ PIEDAD.*

*Firmada y sellada originalmente por GIL ROBERTO ARDILA CARO (Rector)*

*Fecha de Expedición de Duplicado: Dado a los 26 días del mes de Marzo de 2024*

*ELINA JUDITH CASTAÑEDA PERILLA*
*C.C. No. 39.949.275 de Villanueva, Casanare*
*Rectora*

*MAXIMINO VARGAS CARDENAS*
*C.C. No. 7.226.280 de Duitama. Boyacá*
*Coordinador Académico*

NOTA: Según Decreto No. 1024 del 15 de Abril de 1982 No requiere autenticación de firmas

REPUBLICA DE COLOMBIA

DEPARTAMENTO DEL CASANARE

EL INSTITUTO DE EDUCACION NO FORMAL

# POLITECNICO AGROINDUSTRIAL

Con Licencia de Iniciación de labores No. 01890 de 1997 emanada de la Secretaria de Educación del Casanare

## CONFIERE A:

*SANDRO UBAQUE BOHORQUEZ*

C.C. NUMERO DE VILLAVICENCIO (META)

El Presente Certificado de aptitud ocupacional

TECNICO en:

*ADMINISTRACION FINANCIERA Y AUDITORIA*

Por cuanto cursó y aprobó satisfactoriamente las asignaturas del area con una intensidad de *1100* horas.

Firma y Sello
Director

Firma y Sello
Director Académico

Firma y Sello
Secretario

Firma y Sello
Vo. Bo. Secretario Educación del Casanare

Expedido en *VILLANUEVA* a los *VEINTICINCO* (25) días del mes de *JULIO* de 199 *8*

## ACTA INDIVIDUAL DE CERTIFICACIÓN TECNICO

En la ciudad de Villavicencio a los veinticinco (25) días del mes de julio de 1998, se reunieron con el fin de formalizar la certificación Técnica Laboral del estudiante: **SANDRO UBAQUE BOHORQUEZ** identificado con documento de identidad número 86.043.250 de Villavicencio. Los suscritos: Director, Directora Académica, Secretario, Profesorado y comunidad en general del Instituto Politécnico Agroindustrial, aprobado según resolución No.1298 de 1998 emanada de la Secretaría de educación del Meta, y que rige en el desarrollo del proyecto educacional según lo estipulado en el capítulo 2 del código Nacional de Educación (Ley 115 de Febrero 8 de 1994 y ley 30 de Diciembre 28 de 1992) lo que respecta a la formación de recursos humanos para los diferentes sectores de la economía.

Comprobada la situación legal, administrativa y académica del estudiante; quien participó en el desarrollo de contenidos curriculares, dentro de un proceso de capacitación y formación por suficiencia académica, en áreas específicas a través de Trabajos Dirigidos, Orientados y Evaluados, se aprueban estudios correspondientes al nivel de capacitación Técnica Laboral, otorgando el Certificado de Técnico en: **ADMINISTRACION FINANCIERA Y AUDITORIA** al estudiante cuyos nombres apellidos y número de documento de identidad se relaciona a continuación:

| |
|---|
| **SANDRO UBAQUE BOHORQUEZ**<br>86.043.250 de Villavicencio. |

La presente certificación de técnico laboral por competencias queda registrada con el serial No. 12, folio 51, libro No. 1.

En constancia se firma y sella la presente por el director, directora académica y secretaria del Instituto.

POLITÉCNICO AGROINDUSTRIAL — DIRECTOR

**Dr. OMAR GUALTEROS VILLARREAL**
**Director.**

POLITÉCNICO AGROINDUSTRIAL — Dirección Académica

**NAREN STEFANY HERNANDEZ VELOZA**
**Directora Académica.**

POLITÉCNICO AGROINDUSTRIAL — Secretaria

**LAURA ALEJANDRA PEREZ REYES**
**Secretaria**

Digitó: Stefany H.
Duplicado
Copia Controlada

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ESAP

PROYECTO SISTEMA NACIONAL DE CAPACITACIÓN MUNICIPAL

UNION EUROPEA

LA ESCUELA SUPERIOR DE ADMINISTRACIÓN PUBLICA

CERTIFICA QUE

# SANDRO UBAQUE BOHÓRQUEZ

# C.C. 86,043,250

APROBÓ EL DIPLOMADO FINANZAS PÚBLICAS TERRITORIALES

Realizado por la Escuela Superior de Administración Pública ESAP con el apoyo del Proyecto Sistema Nacional de Capacitación Municipal, en la ciudad de Villavicencio del 27/09/02 al 30/11/02.

INTENSIDAD: CIENTO VEINTE (120) HORAS

GUIDO ECHEVERRI PIEDRAHITA
Director Territorial ESAP

ROBERTO PRIETO LADINO
Coordinador Nacional SNCM

THEODOR WERNERUS
Coordinador Europeo SNCM

LA ESCUELA SUPERIOR DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA
TERRITORIAL META, LLANOS ORIENTALES Y AMAZONAS
UNIVERSIDAD DEL ESTADO

En convenio con PETROMINERALES COLOMBIA LTD.,

CERTIFICA QUE:

SANDRO UBAQUE BOHÓRQUEZ

C. C. # 86.043.250

APROBÓ EL DIPLOMADO:

# *"LA GESTIÓN AMBIENTAL Y EL DESARROLLO HUMANO SOSTENIBLE"*

Realizado en Barranca de Upía ,Meta, desde el 20 de Septiembre hasta el 30 de Noviembre de 2008,con una intensidad de 160 horas.

Dado en Villavicencio, Meta, el 30 de Noviembre de 2008

GILDARDO GUTIERREZ TRUJILLO
DIRECTOR TERRITORIAL

# LA ESCUELA SUPERIOR DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Creada por la Ley 19 de 1958

## Dirección Territorial Meta

### Dirección de Capacitación - Meta

CERTIFICA QUE:

# SANDRO UBAQUE BOHÓRQUEZ
# C.C 86.043.250

**PARTICIPÓ en el SEMINARIO**

## ORIENTACIONES PARA EL PROCESO DE TRANSICIÓN DE GOBIERNOS TERRITORIALES

**Realizado en Barranca De Upía, Meta entre el 26 y el 27 de Septiembre de 2023**

**Con una intensidad de 16 horas, Se expide en BARRANCA DE UPIA, META, el 29 de Septiembre de 2023**

CRISTINA MURCIA MORALES
Directora (E) Territorial Meta
Escuela Superior de Administración Pública

Para verificar la autencidad del certificado, ingrese a https://sirecec3.esap.edu.co y digite el código.

Código: 14663cf3-7483-4033-94a3-4862aac4e353

# Departamento Del Meta
# Municipio De Barranca De Upía
# Instituto Ciencia y Tecnología del Meta

**NIT - 11280697-3**

**REGISTRO MERCANTIL - 80212-01**

**Según Artículo 9° y 14 del Decreto 114, del 15 de enero de 1996**

## CERTIFICA QUE:

**SANDRO UBAQUE BOHORQUEZ**
D.I. 86.043.250

Asistió y culminó satisfactoriamente el nivel de Informática Avanzada.

Temas dictados: Ambiente Windows, Office - "Word, Excel y PowerPoint" y Multimedia.

**FERNANDO RAMÍREZ**
Director

24 de junio - 2002

Quality Systems Consulting ltda.

MUNICIPIO
BARRANCA DE UPIA

## CERTIFICA QUE:

# *SANDRO UBAQUE BOHORQUEZ*

Asistió a la capacitación de

# "MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO (MECI 1000/05) Y NORMA TÉCNICA DE CALIDAD NTCGP-1000/04"

con una intensidad de 56 horas.

**El contenido del programa comprendió**

Enfoque basado en procesos
Direccionamiento estratégico
gestión documental
Construcción y manejo de indicadores
Seguimiento y medición
Procesos relacionados con el cliente
MECI 1000:2005

Barranca de Upia, Meta Noviembre de 2007

Iván Nivia Naranjo

Ramiro Villalobos Colmenares

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL META

# LICEO MODERNO

" APRENDER A VIVIR "

Res. 971/2000 S.E.M

## CERTIFICA

Que:

**SANDRO UBAQUE BOHORQUEZ**

C.C. 86.043.250 DE VILLAVICENCIO

Asistió durante los días 24 y 25 de Julio de 2001 al Seminario de

**DIRECCIÓN DE PERSONAL Y RELACIONES HUMANAS EN LA ADMINISTRACIÓN**

DIRECTOR

SECRETARIA

Dado en Villavicencio, a los 25 días del mes de Julio de 2001

# Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

**Función Pública certifica que:**

## SANDRO UBAQUE BOHORQUEZ

C.C 86.043.250

Participó y completó el curso virtual

**Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción**

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 01 de septiembre 2026

**Francisco Camargo Salas**
Director de Empleo Público

Código: 765830997000

Función Pública | mipg modelo integrado de planeación y gestión

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

**Hace constar que:**

# SANDRO UBAQUE BOHORQUEZ

C.C 86.043.250

Participó y completó con éxito los 8 módulos del curso virtual

**Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG**

MIPG VERSIÓN II (2021)

Bogotá D.C., 01 de septiembre 2026

**Luz Daifenis Arango Rivera**

Directora de Gestión y Desempeño Institucional

Código: 765829886000

**Nota:** la "Constancia de Participación" emitida a quienes completan satisfactoriamente los módulos correspondientes, no certifica horas académicas por cuanto el Departamento Administrativo de la Función Pública no es una institución educativa y su naturaleza de Departamento Técnico no le permite emitir certificaciones de formación en los términos del Decreto 1072 de 2015".

Función Pública | mipg modelo integrado de planeación y gestión

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

**Hace constar que:**

# SANDRO UBAQUE BOHORQUEZ

C.C 86.043.250

Participó y completó con éxito el Módulo de Auditoría del curso virtual

**Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG**

MIPG VERSIÓN II (2021)

Bogotá D.C., 01 de septiembre 2026

**Luz Daifenis Arango Rivera**
Directora de Gestión y Desempeño Institucional

Código: 7658298863161

**Nota:** la "Constancia de Participación" emitida a quienes completan satisfactoriamente los módulos correspondientes, no certifica horas académicas por cuanto el Departamento Administrativo de la Función Pública no es una institución educativa y su naturaleza de Departamento Técnico no le permite emitir certificaciones de formación en los términos del Decreto 1072 de 2015".

Función Pública | mipg modelo integrado de planeación y gestión

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

**Hace constar que:**

# SANDRO UBAQUE BOHORQUEZ

C.C 86.043.250

Participó y completó con el Módulo de Fundamentos Generales del curso virtual

**Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG**

MIPG VERSIÓN II (2021)

Bogotá D.C., 01 de septiembre 2026

**Luz Daifenis Arango Rivera**

Directora de Gestión y Desempeño Institucional

Código: 765829886206

Nota: la "Constancia de Participación" emitida a quienes completan satisfactoriamente los módulos correspondientes, no certifica horas académicas por cuanto el Departamento Administrativo de la Función Pública no es una institución educativa y su naturaleza de Departamento Técnico no le permite emitir certificaciones de formación en los términos del Decreto 1072 de 2015".