



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 Polanco		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Tobar		NOMBRES Lorena Andrea	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 26607948		GÉNERO F ☒ M ☐ NB ☐		NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐	
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐		NÚMERO		D.M.	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 28 MES 08 AÑO 1984 PAÍS COLOMBIA DEPTO HUILA MUNICIPIO YAGUARÁ		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CALLE 1A 14 5 VILLA LAURA PAÍS COLOMBIA DEPTO HUILA MUNICIPIO YAGUARÁ TELÉFONO 3226594811 EMAIL lorenapolanco.lp22@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		EDUCACION MEDIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	2002	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO) DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO. EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:			
TC (TÉCNICA)	TL (TECNOLÓGICA)	TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA)	UN (UNIVERSITARIA)
ES (ESPECIALIZACIÓN)	MG (MAESTRÍA O MAGISTER)	DOC (DOCTORADO O PHD)	
RELACIONE AL FRENTE EL 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

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

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

5

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR																	
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE YAGUARA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA									
DEPARTAMENTO HUILA		MUNICIPIO YAGUARÁ					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD										
TELÉFONOS 8383035		FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO										
		Día	18	Mes	06	Año	2024	Día	17	Mes	09	Año	2024				
CARGO O CONTRATO ACTUAL GUARDABOSQUE		DEPENDENCIA SECRETARIA GENERAL Y DE GOBIERNO					DIRECCIÓN CARRERA 4 3 91										
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR																	
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL LAURA PERDOMO DE GARCIA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA									
DEPARTAMENTO HUILA		MUNICIPIO YAGUARÁ					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD										
TELÉFONOS 8383567		FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO										
		Día	02	Mes	02	Año	2009	Día	09	Mes	06	Año	2009				
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE INFORMACION AL USU		DEPENDENCIA APOYO ATENCION AL USUARIO					DIRECCIÓN CARRERA 8 7 29										

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

7

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

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

8

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI NO ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD 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

Dolena Andrea Pobano T

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

9

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN AL CLIENTE No. 018000917770 PÁGINA WEB: www.funcionpublica.gov.co

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
26.607.948
NUMERO

POLANCO TOBAR
APELLIDOS

LORENA ANDREA
NOMBRES

LORENA ANDREA POLANCO
FIRMA



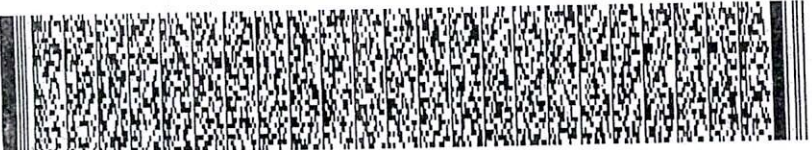
INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-AGO-1984**
YAGUARA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 **O+** **F**
ESTATURA G.S. RH SEXO

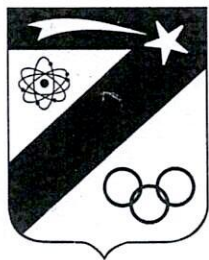
11-DIC-2002 YAGUARA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Almabeatriz Rengifo Lopez
REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ



P-1909400-50116101-F-0026607948-20030808 03712 03220A 01 132329190

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO



COLEGIO ANA ELISA CUENCA LARA

AVENIDA EL COMPONENTE
TELEFONOS 8383007-8383109
YAGUARA - HUILA

Inscripción S.E. 3728115 191

Inscripción Dane 014188500014

En Yaguará Huila, a veintinueve (29) días del mes de noviembre de 2002, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, las suscritas Rectora (E) y Secretaria en la Rectoría del **COLEGIO ANA ELISA CUENCA LARA**, institución aprobada hasta el 2005 inclusive en el nivel de Educación Media Académica y autorizada por la Secretaría de Educación del Departamento del Huila, para otorgar el Título de **BACHILLER ACADEMICO**; según Resolución No. 001820 del 25 de Octubre de 2000.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el Título de **BACHILLER ACADEMICO**; al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

Lorena Andrea Polanco Tobar

T.I. 840828-10276 de Yaguará(Huila)

Es fiel copia tomada del Acta Original General No. 36 del 29 de noviembre de 2002, consta de 57 alumnos; comienza con el nombre de Alexi Liliana Salazar Jorge y termina con el nombre de Yuli Constanza Zúñiga Ortíz. Firmada por **MYRIAM VIANEY ROJAS DE ALARCON** (Rectora (E)) y **LUZ MYRIAM MONJE DE FIERRO** (Secretaria).

Dada en Yaguará Huila a veintinueve (29) días del mes de noviembre de 2002.

No requiere Registro de la Secretaría de Educación según, Decretos 921 del 6 de Mayo de 1994 y 2150 del 5 de Diciembre de 1995; de la Presidencia de la República.


MYRIAM VIANEY ROJAS DE ALARCON
C.C. 23.270.598 de Tunja
Rectora (E)


LUZ MYRIAM MONJE DE FIERRO
C.C. 36.157.527 de Neiva
Secretaria



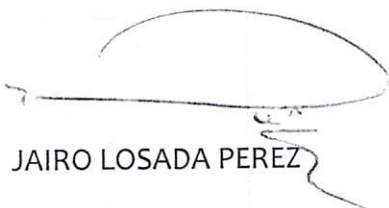
E L SUSCRITO GERENTE DE LA ESE LAURA PERDOMO DE GARCIA

DE YAGUARA HUILA

NIT 813003431

Certifica que **LORENA ANDREA POLANCO TOVAR** , identificada con la cédula de ciudadanía No., 26.607.948 expedida en Yaguarà, actualmente desarrolla actividades como AUXILIAR DEL SISTEMA DE INFORMACION AL USUARIO en esta Institución, mediante orden de prestación de servicios desde el 2 de Febrero de 2009 hasta la fecha.

La presente se expide a solicitud del interesado el 9 de Junio de 2009.



JAIRO LOSADA PEREZ

GERENTE



EL SUSCRITO SECRETARIO GENERAL Y DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA
DEL MUNICIPIO DE YAGUARÁ-HUILA

CERTIFICA

Que el(la) señor(a) **LORENA ANDREA POLANCO TOBAR** identificado(a) con cédula de ciudadanía No. **26.607.948** de Yaguará Huila, ejecutó Contrato de Prestación de Servicios de Apoyo a la Gestión No. **171 de 2024** suscrito con el Municipio de Yaguará conforme se relaciona a continuación:

TIPO DE CONTRATO	Contrato de Prestación de Servicios de Apoyo a la Gestión	
NUMERO	171 DE 2024	
OBJETO	PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN OPERATIVO PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE PROTECCIÓN Y CONSERVACIÓN DE LA MICROCUENCA DEL RIO MAGDALENA EN EL MUNICIPIO DE YAGUARÁ - HUILA	
PLAZO	TRES (03) MESES, contados a partir de la suscripción del acta de inicio respectiva, en todo caso sin superar el 31 de diciembre de 2024.	
FECHA DE INICIO	18 DE JUNIO DE 2024	
FECHA DE TERMINACION	DE	17 DE SEPTIEMBRE 2024
VALOR EJECUTADO	CINCO MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y CINCO PESOS MCTE (\$5.666.665,00)	

Cumpliendo a cabalidad las siguientes obligaciones:

1. Realizar las actividades en forma independiente, bajo su propio riesgo y responsabilidad, sin sujeción o condiciones diversas a aquellas que requieran para el cumplimiento del objeto contractual y sin que ello implique exclusividad, salvo en los eventos en que se configure un conflicto de interés.
2. Informar en forma oportuna al municipio sobre cualquier novedad o anomalía que se presente durante la ejecución del contrato.
3. Entregar a la finalización del contrato, en perfecto estado, salvo el deterioro normal por el uso, los elementos, documentos y equipos entregados para la prestación del servicio objeto de este contrato.
4. Pagar en forma cumplida y de manera de acuerdo con la normatividad que regula la materia, los aportes al Sistemas de Seguridad Social Integral y presentar los respectivos comprobantes de pago.
5. Adelantar las gestiones necesarias para realizar la afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales, de conformidad con lo establecido en el artículo 2 de la Ley 1562 de 2012 y el Decreto 0723 de 2013.
6. Responder en forma oportuna por el diligenciamiento y gestión de la correspondencia generada y recibida a través de los sistemas de comunicación que operan en el MUNICIPIO.
7. El contratista se obliga a inscribir su hoja de vida en el SIGEP II durante el primer mes de ejecución del contrato.
8. Presentar informe mensual de las actividades ejecutadas durante el periodo ante el supervisor del contrato.
9. Las demás actividades que sean necesarias y/o que sean solicitadas relacionadas con el objeto del contrato.
10. Prestar apoyo en la limpieza y mantenimiento de zonas verdes aledañas al embalse de Betania correspondientes a las quebradas primera, segunda y terceras moyas,

PROYECTO	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: Paula Andrea Dussán Rivera	Nombre: Wilmer Medina Andrade Secretario General y de Participación Ciudadana	Nombre: Wilmer Medina Andrade Secretario General y de Participación Ciudadana
Firma:	Firma:	Firma:



MUNICIPIO DE YAGUARÁ

NIT: 800.097.180-6

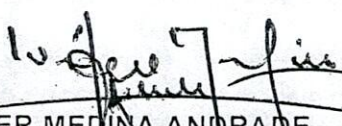
Carrera 4 No. 3 - 91 / Código Postal: 412080 / Tel (608) 8383035
Web: www.yaguara-huila.gov.co / E mail: alcaldia@yaguara-huila.gov.co

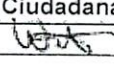
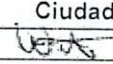


- realizando el apilamiento de material orgánico e inorgánico presente en las secciones a intervenir y realizar la recolección de material apilado y retiro a las zonas delimitadas para su respectiva disposición final.
11. Prestar apoyo en la recuperación de las zonas verdes del Municipio mediante la siembra de árboles, desarrollando para ello las siguientes actividades: (i) Preparación del suelo; (ii) Excavación de punto de siembra; (iii) Aplicación de compost como relleno parcial del punto de excavación; (iv) Siembra de árbol en el punto de excavación; (v) complemento de relleno sobre el punto de excavación, y (vi) Realización de platón sobre la base del árbol ya sembrado.
 12. Brindar asistencia en la limpieza de fuentes hidrográficas realizando la recolección de material orgánico e inorgánico y el retiro de material apilado a zonas delimitadas por el Municipio.
 13. Brindar apoyo al desarrollo de actividades de reforestación de zonas riverañas de las cuencas del río magdalena y otros afluentes que alimentan el rio magdalena en el Municipio de Yaguará

La presente certificación se expide a solicitud del interesado.

Dada en el Municipio de Yaguará; a los dieciocho (18) días del mes de noviembre del año Dos Mil Veinticuatro (2024).


WILMER MEDINA ANDRADE
Secretario General y de Participación Ciudadana

PROYECTÓ	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: Paula Andrea Dussán Rivera	Nombre: Wilmer Medina Andrade Secretario General y de Participación Ciudadana	Nombre: Wilmer Medina Andrade Secretario General y de Participación Ciudadana
Firma: 	Firma: 	Firma: 

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 303117802



PIB

11:59:41

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 17 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) LORENA ANDREA POLANCO TOBAR identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 26607948:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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



Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamento 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.

División de Relacionamento con el Ciudadano.



www.procuraduria.gov.co



Carrera 5 No. 15 - 60 Piso 1; Pbx 5878750
ext. 13170; Bogotá D.C.



Línea gratuita 018000910315

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 jueves 17 de septiembre de 2026, a las 11:55:59, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	26607948
Código de Verificación	26607948260917115559

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



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 11:56:48 AM horas del 17/09/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 26607948

Apellidos y Nombres: **POLANCO TOBAR LORENA ANDREA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las **instalaciones de la Policía Nacional** más cercanas.



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, 17/09/2026 11:57:59 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **26607948** y Nombre:

LORENA ANDREA POLANCO TOBAR.

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. **147901613** . 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 Búsqueda

 Imprimir



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 26607948 **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 17/09/2026 12:07 PM



Código Verificación: 9KA61XM4ZL

Válida hasta: 17/12/2026

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS
COMUNICACIONES - MINTIC

	SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL		CÓDIGO: EPY-GS-F-08
	EMPRESAS PÚBLICAS DE YAGUARÁ S.A. E.S.P.		VERSIÓN: 2
			EMISIÓN: 28/09/2017
PAZ Y SALVO			PÁGINA 1 DE 1

Yaguará, 22 de septiembre de 2026

EPY-C-22-09-2026-824

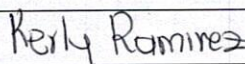
El suscrito, **WILSON ERNESTO CAVIEDES CAMACHO**, Representante Legal de EMPRESAS PÚBLICAS DE YAGUARÁ S.A E.S.P.

CERTIFICA

Que **LORENA ANDREA POLANCO TOBAR**, identificado (a) con cedula de ciudadanía No. 26.607.948 de YAGUARÁ (H), se encuentra a PAZ Y SALVO, y a la fecha no registra deudas pendientes a favor de Empresas Públicas de Yaguará S.A E.S.P.

La presente certificación es válida por un (1) mes a partir de la fecha, y se expide a solicitud del interesado para efectos de trámites de contratación.


WILSON ERNESTO CAVIEDES CAMACHO
 Gerente

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	
Nombre: Kerly Yulieth Ramírez Trujillo	Nombre: Lexnova Consultorías y Asesorías S.A.S	Nombre: Wilson Ernesto Caviedes Camacho	
Firma: 	Firma: 	Firma: 	

"UN SERVICIO EFICIENTE Y CON CALIDAD"
 "VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS
 PÚBLICOS DOMICILIARIOS SSPD"
 Carrera 4 No. 3-93 Celular: 3208339546
 E-Mail: emsepuyasaesp@gmail.com

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 02 Actualización

4. Número de formulario

141279025494



(415)7707212489984(8020) 000014127902549 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

2 6 6 0 7 9 4 8

6. DV

8

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Neiva

14. Buzón electrónico

1 3

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión líquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de identificación

2 6 6 0 7 9 4 8

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Huila

4 1

30. Ciudad/Municipio

Yaguará

8 8 5

31. Primer apellido

POLANCO

32. Segundo apellido

TOBAR

33. Primer nombre

LORENA

34. Otros nombres

ANDREA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Huila

4 1

40. Ciudad/Municipio

Yaguará

8 8 5

41. Dirección principal

CL 1 A 14 05 BRR VILLA LAURA

42. Correo electrónico

lorenapolanco.lp22@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 2 2 6 5 9 4 8 1 1

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

8 1 3 0

47. Fecha inicio actividad

2 0 2 4 0 5 0 2

Actividad secundaria

48. Código

0 3 1 2

49. Fecha inicio actividad

2 0 2 4 0 1 1 5

Otras actividades

50. Código

1 2

Ocupación

51. Código

9 2 2 1

52. Número

establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO

DOCUMENTO</



SHM No. 120-1-626

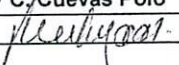
Yaguará, 23 de septiembre de 2026

PAZ Y SALVO

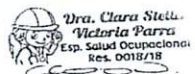
La secretaria de Hacienda Municipal, certifica que el señor (a) **LORENA ANDREA POLANCO TOBAR**, identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía No. 26.607.948 expedida en Yaguará Huila, se encuentra a **PAZ Y SALVO** por todo concepto con la Secretaría de Hacienda Municipal.

La presente certificación es válida por tres (3) meses a partir de la fecha, y se expide a solicitud del interesado para efectos de trámite de contratación.


JULIE TATIANA DUSSAN PEÑA
Secretaria de Hacienda

PROYECTÓ:	REVISÓ:	APROBÓ:
Nombre: Ruby C. Cuevas Polo	Nombre: Julie Tatiana Dussán Peña	Nombre: Julie Tatiana Dussán Peña
Firma: 	Firma:	Firma:



		CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL																																																																
FECHA DEL EXAMEN	25 / 4 / 2024	Ciudad:	Neiva Huila																																																															
1. DATOS GENERALES																																																																		
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE *(Tipo documento de identidad: C.C. Cédula de Ciudadanía, C.E. Cédula de Extranjera, T.I. Tarjeta de Identidad, P.T. Pasaporte)																																																																		
Apellidos y Nombres		Edad (años)	Documento de Identidad																																																															
LORENA ANDREA POLANCO TOVAR		39	*Tipo CC No. 26.607.948																																																															
Razón social de la empresa que lo contrató		CARGO DE EMPLEADO	TELÉFONO DE CONTACTO																																																															
ALCALDIA DEL MUNICIPIO DE YAGUARA		APOYO A LA GESTION	3226594811																																																															
TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL (Marque con "X" una de las siguientes opciones)																																																																		
☒ Pre-ingreso ☐ Post-incapacidad ☐ Periódico ☐ Egreso (Diligencie desde el ítem 3)																																																																		
☐ Reintegro ☐ Cambio de ocupación ☐ Otro: Post incapacidad covid																																																																		
2. EXAMEN DE INGRESO - POSTINCAPACIDAD - PERIÓDICO - REINTEGRO - CAMBIO DE OCUPACIÓN																																																																		
CONCEPTO DE APTITUD		REQUISITOS DE SALUD																																																																
(Marque con "X" una de las siguientes opciones)		(Marque con "X" el cumplimiento o no aplicación de los requisitos de salud de salud para cada uno de los tipos de trabajo)																																																																
Sin limitaciones o restricciones para el cargo ☒		<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>Aplazado</th> <th>No aplica</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cumple con los requisitos de salud para trabajo en alturas</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☒</td> </tr> <tr> <td>Cumple con los requisitos de salud para manipular alimentos</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☒</td> </tr> <tr> <td>Otro: _____</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Otro: _____</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </tbody> </table>			SI	NO	Aplazado	No aplica	Cumple con los requisitos de salud para trabajo en alturas	☐	☐	☐	☒	Cumple con los requisitos de salud para manipular alimentos	☐	☐	☐	☒	Otro: _____	☐	☐	☐	☐	Otro: _____	☐	☐	☐	☐																																						
	SI	NO	Aplazado	No aplica																																																														
Cumple con los requisitos de salud para trabajo en alturas	☐	☐	☐	☒																																																														
Cumple con los requisitos de salud para manipular alimentos	☐	☐	☐	☒																																																														
Otro: _____	☐	☐	☐	☐																																																														
Otro: _____	☐	☐	☐	☐																																																														
Con limitaciones o restricciones para el cargo ☐																																																																		
Aplazo ☐																																																																		
Motivo de aplazamiento (Aplica cuando en el CONCEPTO DE APTITUD se seleccionó "Aplazado")																																																																		
LIMITACIONES O RESTRICCIONES Aplica cuando el CONCEPTO DE APTITUD se seleccionó "con limitaciones o restricciones para el cargo" o cuando "NO" CUMPLE CON LOS REQUISITOS DE SALUD para uno o más tipos de trabajo indicados. Describa cuales son, ante qué condiciones o funciones tipo de trabajo, agentes o factores de riesgo se producen. Marque con una "X" en la casilla correspondiente.																																																																		
¿Cuál(es)?	Condiciones o funciones / Tipo de trabajo	Agentes o factores de riesgo	T P Recomendaciones																																																															
El Concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:																																																																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Examen Médico</td> <td>☒</td> <td>☐</td> <td>Electroencefalograma</td> <td>☐</td> <td>☒</td> <td>Valoración por Especialista</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Audiometría</td> <td>☐</td> <td>☒</td> <td>Prueba de Neuroconducción</td> <td>☐</td> <td>☒</td> <td>¿Cuál(es)?</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Espirómetro</td> <td>☐</td> <td>☒</td> <td>Exámenes de Laboratorio</td> <td>☐</td> <td>☒</td> <td>Otros</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Visiometría</td> <td>☐</td> <td>☒</td> <td>¿Cuál(es)?</td> <td></td> <td></td> <td>¿Cuál(es)?</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Examen Optométrico</td> <td>☐</td> <td>☒</td> <td>Radiología</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>Otros</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Electrocardiograma</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>¿Cuál(es)?</td> <td></td> <td></td> <td>¿Cuál(es)?</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </tbody> </table>					SI	NO		SI	NO		SI	NO	Examen Médico	☒	☐	Electroencefalograma	☐	☒	Valoración por Especialista	☐	☐	Audiometría	☐	☒	Prueba de Neuroconducción	☐	☒	¿Cuál(es)?	☐	☐	Espirómetro	☐	☒	Exámenes de Laboratorio	☐	☒	Otros	☐	☐	Visiometría	☐	☒	¿Cuál(es)?			¿Cuál(es)?	☐	☐	Examen Optométrico	☐	☒	Radiología	☐	☐	Otros	☐	☐	Electrocardiograma	☐	☐	¿Cuál(es)?			¿Cuál(es)?	☐	☐
	SI	NO		SI	NO		SI	NO																																																										
Examen Médico	☒	☐	Electroencefalograma	☐	☒	Valoración por Especialista	☐	☐																																																										
Audiometría	☐	☒	Prueba de Neuroconducción	☐	☒	¿Cuál(es)?	☐	☐																																																										
Espirómetro	☐	☒	Exámenes de Laboratorio	☐	☒	Otros	☐	☐																																																										
Visiometría	☐	☒	¿Cuál(es)?			¿Cuál(es)?	☐	☐																																																										
Examen Optométrico	☐	☒	Radiología	☐	☐	Otros	☐	☐																																																										
Electrocardiograma	☐	☐	¿Cuál(es)?			¿Cuál(es)?	☐	☐																																																										
3. EXAMEN DE EGRESO																																																																		
CONCEPTO _____																																																																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Hay sospechas de: Secuela de Accidente de trabajo no reportado</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>Enfermedad Profesional</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>Enfermedad común agravada por el trabajo</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </tbody> </table>					SI	NO		SI	NO		SI	NO	Hay sospechas de: Secuela de Accidente de trabajo no reportado	☐	☐	Enfermedad Profesional	☐	☐	Enfermedad común agravada por el trabajo	☐	☐																																													
	SI	NO		SI	NO		SI	NO																																																										
Hay sospechas de: Secuela de Accidente de trabajo no reportado	☐	☐	Enfermedad Profesional	☐	☐	Enfermedad común agravada por el trabajo	☐	☐																																																										
4. OTRAS RECOMENDACIONES (Escriba en términos sencillos para que el empleador tenga en cuenta los cuidados, controles y recomendaciones)																																																																		
EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL INGRESO ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL DE (INGRESO) TRABAJADOR(A) SIN RESTRICCIONES MEDICAS PARA DESEMPEÑAR EL CARGO: (APOYO A LA GESTION) RECOMENDACIONES: 1) USAR LOS EPP. 2) HACER LAS TAREAS SEGUN LAS NORMAS Y PROTOCOLOS DE LA EMPRESA PARA PREVENIR LOS ATEP. 3) MANTENER UN POSICION ERGUIDA- 4) HACER LAS PAUSAS ACTIVAS DURANTE SU JORNADA LABORAL. 5) SEGUIR LOS PROTOCOLOS DEBIOSEGURIDAD PARA PREVENCION DEL SARS COV2 6) SE DAN RECOMENDACIONES DE CONTROL DE PESO Y DE HABITOS ALIMENTICIOS.																																																																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>¿Se entrega remisión a EPS?</td> <td>☐</td> <td>☒</td> </tr> </tbody> </table>					SI	NO	¿Se entrega remisión a EPS?	☐	☒																																																									
	SI	NO																																																																
¿Se entrega remisión a EPS?	☐	☒																																																																
MÉDICO		TRABAJADOR O ASPIRANTE																																																																
																																																																		
Firma:		Firma:																																																																
Nombre: CLARA STELLA VICTORIA PARRA		Nombre: LORENA ANDREA POLANCO TOVAR																																																																
Registro Médico: 0129/03 Licencia Ocupacional: 0018/18																																																																		

1. The first group of four items (1-4) are the most common and are used to assess the overall level of risk.

 2. The second group of four items (5-8) are used to assess the level of risk for specific types of behavior.

 3. The third group of four items (9-12) are used to assess the level of risk for specific types of behavior.

 4. The fourth group of four items (13-16) are used to assess the level of risk for specific types of behavior.

 5. The fifth group of four items (17-20) are used to assess the level of risk for specific types of behavior.

 6. The sixth group of four items (21-24) are used to assess the level of risk for specific types of behavior.

 7. The seventh group of four items (25-28) are used to assess the level of risk for specific types of behavior.

 8. The eighth group of four items (29-32) are used to assess the level of risk for specific types of behavior.

 9. The ninth group of four items (33-36) are used to assess the level of risk for specific types of behavior.

 10. The tenth group of four items (37-40) are used to assess the level of risk for specific types of behavior.

 11. The eleventh group of four items (41-44) are used to assess the level of risk for specific types of behavior.

 12. The twelfth group of four items (45-48) are used to assess the level of risk for specific types of behavior.

 13. The thirteenth group of four items (49-52) are used to assess the level of risk for specific types of behavior.

 14. The fourteenth group of four items (53-56) are used to assess the level of risk for specific types of behavior.

 15. The fifteenth group of four items (57-60) are used to assess the level of risk for specific types of behavior.

 16. The sixteenth group of four items (61-64) are used to assess the level of risk for specific types of behavior.

 17. The seventeenth group of four items (65-68) are used to assess the level of risk for specific types of behavior.

 18. The eighteenth group of four items (69-72) are used to assess the level of risk for specific types of behavior.

 19. The nineteenth group of four items (73-76) are used to assess the level of risk for specific types of behavior.

 20. The twentieth group of four items (77-80) are used to assess the level of risk for specific types of behavior.

 21. The twenty-first group of four items (81-84) are used to assess the level of risk for specific types of behavior.

 22. The twenty-second group of four items (85-88) are used to assess the level of risk for specific types of behavior.

 23. The twenty-third group of four items (89-92) are used to assess the level of risk for specific types of behavior.

 24. The twenty-fourth group of four items (93-96) are used to assess the level of risk for specific types of behavior.

 25. The twenty-fifth group of four items (97-100) are used to assess the level of risk for specific types of behavior.

nueva
eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

FECHA DE RADICACIÓN
20 10 2026

1. TIPO DE TRÁMITE

3. RÉGIMEN

A. Contributivo

B. Subsidiado

2. TIPO DE AFILIACIÓN

A. Individual:

a) Cotizante o cabeza de familia

b) Beneficiario o afiliado adicional

B. Colectiva

C. Institucional

D. De oficio

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

N0372

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

8. APELLIDOS Y NOMBRES

PRIMER APELLIDO

POLANCO

SEGUNDO APELLIDO

TOBAR

PRIMER NOMBRE

LORENA

SEGUNDO NOMBRE

ANDREA

9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

C.N.

M.S.

R.C.

T.I.

C.C.

10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

26607948

11. SEXO BIOLÓGICO

X

M

12. SEXO IDENTIFICACIÓN

X

M

F

T

NB

Otro

13. NACIONALIDAD

COLOMBIA

14. LUGAR DE NACIMIENTO

COLOMBIA

HUILA

DEPARTAMENTO

YAGUARA

MUNICIPIO

15. FECHA NACIMIENTO

28

08

1984

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA

6

17. COMUNIDAD INDÍGENA

SI

NO

18. DISCAPACIDAD

SI

NO

19. TIENE ENCUESTA SISBEN?

SI

NO

20. CLASIFICACIÓN SISBEN

1

21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL

NINGUNA

22. ARL

23. APP

PORVENIR

24. IBC

\$1,750,905.00

25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

\$0.00

26. RESIDENCIA

DIRECCIÓN

CL 1A NO 14 - 05

27. TELÉFONO FIJO

28. TELÉFONO CELULAR

3226594811

29. CORREO ELECTRÓNICO

lorenapolanco.lp22@gmail.com

30. DEPARTAMENTO

HUILA

31. MUNICIPIO/DISTRITO

YAGUARA

32. LOCALIDAD/COMUNA

33. ZONA

CABECERA MUNICIPAL

X

CENTRO PUEBLO

RURAL DISPERSO

34. IPS

3352

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

35. APELLIDOS Y NOMBRES

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

PRIMER NOMBRE

SEGUNDO NOMBRE

36. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

37. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

38. SEXO BIOLÓGICO

39. SEXO IDENTIFICACIÓN

40. LUGAR DE NACIMIENTO

41. FECHA DE NACIMIENTO

42. TIPO DE TRÁMITE

43. RÉGIMEN

44. A. Contributivo

45. B. Subsidiado

46. A. Cotizante

47. B. Cabeza de Familia

48. C. Beneficiario

49. D. Afiliado adicional

50. A. Dependiente

51. B. Independiente

52. C. Pensionado

53. CÓDIGO

54. N0372

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS Y DE LOS AFILIADOS ADICIONALES

43. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS

44. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD

45. NÚMERO DE IDENTIDAD

46. NACIONALIDAD

47. SEXO BIOLÓGICO

48. SEXO IDENTIFICACIÓN

49. LUGAR DE NACIMIENTO

50. FECHA DE NACIMIENTO

51. TIPO DE TRÁMITE

52. RÉGIMEN

53. A. Contributivo

54. B. Subsidiado

55. A. Cotizante

56. B. Cabeza de Familia

57. C. Beneficiario

58. D. Afiliado adicional

59. A. Dependiente

60. B. Independiente

61. C. Pensionado

62. CÓDIGO

63. N0372

VI. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

64. Nombre o razón social

65. Tipo documento de identificación

66. Número del documento de identificación

67. TIPO DE TRÁMITE

68. RÉGIMEN

69. A. Contributivo

70. B. Subsidiado

71. A. Cotizante

72. B. Cabeza de Familia

73. C. Beneficiario

74. D. Afiliado adicional

75. A. Dependiente

76. B. Independiente

77. C. Pensionado

78. CÓDIGO

79. N0372

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

80. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí.

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

82. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impidan la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad.

83. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.

84. 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.

85. 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 vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.

86. Autorización para que la EPS realice el manejo de 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.

87. Autorización para que la EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales para recibir mensajes informativos.

88. Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Escudados" (RNE).

89. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.

90. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

92. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

PRIMER NOMBRE

SEGUNDO NOMBRE

93. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

94. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

95. SEXO BIOLÓGICO

96. SEXO IDENTIFICACIÓN

97. LUGAR DE NACIMIENTO

98. FECHA DE NACIMIENTO

99. TIPO DE TRÁMITE

100. RÉGIMEN

101. A. Contributivo

102. B. Subsidiado

103. A. Cotizante

104. B. Cabeza de Familia

105. C. Beneficiario

106. D. Afiliado adicional

107. A. Dependiente

108. B. Independiente

109. C. Pensionado

110. CÓDIGO

111. N0372

IX. FIRMAS

112. FIRMA DEL EMPLEADOR, APORTANTE O ENTIDAD RESPONSABLE DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

113. FIRMA DEL BENEFICIARIO

114. FIRMA DEL AFILIADO ADICIONAL

115. FIRMA DEL EMPLEADOR, APORTANTE O ENTIDAD RESPONSABLE DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

116. FIRMA DEL BENEFICIARIO

117. FIRMA DEL AFILIADO ADICIONAL

118. FIRMA DEL EMPLEADOR, APORTANTE O ENTIDAD RESPONSABLE DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

119. FIRMA DEL BENEFICIARIO

120. FIRMA DEL AFILIADO ADICIONAL

121. FIRMA DEL EMPLEADOR, APORTANTE O ENTIDAD RESPONSABLE DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

122. FIRMA DEL BENEFICIARIO

123. FIRMA DEL AFILIADO ADICIONAL

124. FIRMA DEL EMPLEADOR, APORTANTE O ENTIDAD RESPONSABLE DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

125. FIRMA DEL BENEFICIARIO

126. FIRMA DEL AFILIADO ADICIONAL

127. FIRMA DEL EMPLEADOR, APORTANTE O ENTIDAD RESPONSABLE DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

128. FIRMA DEL BENEFICIARIO

129. FIRMA DEL AFILIADO ADICIONAL

130. FIRMA DEL EMPLEADOR, APORTANTE O ENTIDAD RESPONSABLE DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

131. FIRMA DEL BENEFICIARIO

132. FIRMA DEL AFILIADO ADICIONAL

133. FIRMA DEL EMPLEADOR, APORTANTE O ENTIDAD RESPONSABLE DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

134. FIRMA DEL BENEFICIARIO

135. FIRMA DEL AFILIADO ADICIONAL

136. FIRMA DEL EMPLEADOR, APORTANTE O ENTIDAD RESPONSABLE DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

137. FIRMA DEL BENEFICIARIO

138. FIRMA DEL AFILIADO ADICIONAL

139. FIRMA DEL EMPLEADOR, APORTANTE O ENTIDAD RESPONSABLE DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

140. FIRMA DEL BENEFICIARIO

141. FIRMA DEL AFILIADO ADICIONAL

142. FIRMA DEL EMPLEADOR, APORTANTE O ENTIDAD RESPONSABLE DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

143. FIRMA DEL BENEFICIARIO

144. FIRMA DEL AFILIADO ADICIONAL

145. FIRMA DEL EMPLEADOR, APORTANTE O ENTIDAD RESPONSABLE DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

146. FIRMA DEL BENEFICIARIO

147. FIRMA DEL AFILIADO ADICIONAL

148. FIRMA DEL EMPLEADOR, APORTANTE O ENTIDAD RESPONSABLE DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

149. FIRMA DEL BENEFICIARIO

150. FIRMA DEL AFILIADO ADICIONAL

151. FIRMA DEL EMPLEADOR, APORTANTE O ENTIDAD RESPONSABLE DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

152. FIRMA DEL BENEFICIARIO

153. FIRMA DEL AFILIADO ADICIONAL

154. FIRMA DEL EMPLEADOR, APORTANTE O ENTIDAD RESPONSABLE DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

155. FIRMA DEL BENEFICIARIO

156. FIRMA DEL AFILIADO ADICIONAL

157. FIRMA DEL

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.

- ORIGINAL: E.P.S. -

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES
Y CARTA DE DESEMPEÑO

nueva
eps

gente cuidando gente

NIT. 900.156.264-2

Autorización de mensajes de texto. (Circular externa 000016 mayo de 2013)

Yo, LORENA ANDREA POLANCO TOBAR identificado(a) con		R.C.	T.I.	C.C.	C.E.CC	S.C.	C.B.	P.S.	P.T.
número 26607948 de YAGUARA , certifico que:									
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?	SÍ ☐ No ☐	Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al teléfono celular No. 3226594811 y/o correo electrónico: lorenapolanco.lp22@gmail.com							
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?	SÍ ☐ No ☐	SÍ ☐ No ☐ Autorizo la entrega de la carta de Derechos y Deberes del Afiliado y carta de Desempeño, en formato electrónico. SÍ ☐ No ☐ Consulte la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño en el micrositio Web https://www.nuevaeps.com.co/carta-derechos-deberes Evitando impresiones para ser amigable con el planeta. SÍ ☐ No ☐							
3 ¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SÍ ☐ No ☐								
4 ¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	SÍ ☐ No ☐								
5 ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS?	SÍ ☐ No ☐								

Declaración juramentada de convivencia: Declarar que convivo con el(la) señor(a) _____ Identificado(a) con _____

No. _____ desde el día _____ del año _____

Cordialmen LORENA ANDREA POLANCO	Afiliado manifiesta que no sabe o no puede firmar, autoriza a:
Firma: _____	Firma: _____
Tipo ID: CC No. ID: 26607948	Tipo ID: _____ No. ID: _____
Fecha de Solicitud: 20/10/2026	Fecha (dd/mm/aaaa): _____
Dirección: CL 1A NO 14 - 05	Dirección: _____
Tel: 3226594811 Municipio: YAGUARA	Tel: _____ Municipio: _____
Departamento: HUILA	Departamento: _____
Huella	Huella

Manifiesto con mi firma la aceptación de todas las declaraciones y términos incorporados en este formato y el consentimiento expreso, previo e informado en relación con el tratamiento de mis datos personales que hará NUEVA EPS S.A., en sujeción a la política para el tratamiento de datos personales de la NUEVA EPS S.A..

Autorizaciones

En virtud de la anterior certificación, autorizo expresamente y conforme a lo dispuesto en los artículos 14 y 15 de la Ley 527 de 1995, a NUEVA EPS S.A. para que me remita información en forma de mensajes de datos, a través de mecanismos como sms -short message service -, correos electrónicos y redes sociales, relacionada con los servicios de NUEVA EPS S.A. y la carta de derecho de deberes.

Autorizo de manera expresa a NUEVA EPS S.A. y/o a la persona natural o jurídica a quien ésta encargue, para que recolecte, almacene, use, haga circular, actualice o suprima mis datos personales, para acceder a los servicios de la NUEVA EPS S.A. y para el cumplimiento de la carta de derechos y deberes.

Aviso de privacidad

Hago constar expresamente que NUEVA EPS S.A. me informó sobre los siguientes derechos que me asisten como titular de datos personales:

- Acceder los datos personales que hayan sido objeto de tratamiento conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
- Conocer, actualizar y rectificar los datos personales frente al responsable del tratamiento y al encargado del tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros datos, en relación con datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos datos cuyo tratamiento esté expresamente prohibido o no haya sido autorizado.
- Solicitar prueba de la autorización otorgada al responsable del tratamiento, salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el tratamiento, de conformidad con lo previsto en el artículo 10 de la Ley 1581 de 2012.
- Ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento, previa solicitud, con respecto del uso que le ha dado a los datos personales.
- Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.

- Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. La revocatoria y/o supresión procederá cuando la Superintendencia de Industria y Comercio haya determinado que en el tratamiento el responsable o encargado han incurrido en conductas contrarias a esta ley y a la constitución. En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o complementen, le informamos que usted puede conocer la política de tratamiento de los datos personales de NUEVA EPS S.A., a través de los siguientes mecanismos que ponemos a su disposición:

Sitio web: www.nuevaeps.co

Régimen Contributivo:

Línea Gratuita: **01 8000 954400**

Línea de atención en Bogotá: **(601) 307 7022**

Régimen Subsidiado:

Línea Gratuita: **01 8000 95 2000**

Línea de atención en Bogotá: **(601) 307 7051**

Oficinas de atención al afiliado de NUEVA EPS S.A.

Conmutador: **(601) 419 3000**

Dirección Administrativa: Carrera 85k No. 46A – 66 Piso 2

Sr.(a) afiliado(a), la información por usted suministrada en este formato, así como la relacionada en el formulario de afiliación y/o demás documentos anexos, serán utilizados por NUEVA EPS S.A. como responsable del tratamiento de la información únicamente para los fines específicos relacionados con la administración y prestación de servicios en salud de Plan Obligatorio de Salud, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 "Hábeas Data"; dicho tratamiento podrá implicar la transferencia, transmisión y/o recepción de los datos, y el cual se realizará a través de sí misma, terceros encargados de tratamiento de información o de sus aliados comerciales, para fines comerciales y para la correcta prestación del servicio, de la forma indicada en los Términos y Condiciones de cada uno de sus portales y de la Política de Confidencialidad y Protección de Datos.

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE CUYO INGRESO SEA IGUAL O SUPERIOR A 1 SMMVL

ACTIVIDAD ECONÓMICA	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	POSEE VIVIENDA PROPIA	SÍ	PRODUCTOR AGROPECUARIO	SÍ
INDEPENDIENTE	NINGUNA	PORVENIR	1750905		NO ☒		NO ☒
Nivel de Escolaridad	Ninguno ☐ Secundaria ☒ Normalista ☐ Profesional ☐ Doctorado ☐	Posición Ocupacional	Patrón/Empleador ☐ Contratista ☒ Trabaja por su Cuenta ☐				
	Preescolar ☐ Media académica o clásica (bachillerato básico) ☐ Técnica Profesional ☐ Especialización ☐ Último Grado ☐	Inicio Contrato	20/10/2026	Fin Contrato			
	Básico Primaria ☐ Media técnica (bachillerato básico) ☐ Tecnológica ☐ Maestría ☐ Aprobado ☐						
SEÑOR USUARIO: TRABAJADOR INDEPENDIENTE O CONTRATISTA. RECUERDE REPORTAR LA NOVEDAD DE RETIRO EN LA PLANILLA DE PAGO A PARTIR DEL MOMENTO QUE DECIDA NO CONTINUAR CON LOS SERVICIOS DE SALUD. EL NO HACERLO LE GENERA MORA, LA CUAL TENDRÁ VIGENCIA HASTA EL MOMENTO EN EL QUE REPORTE SU RETIRO AL SISTEMA. DECRETO 806 ART. 57 DE 1998 Y ART. 59 DECRETO 1408 DE 1999.							
SÓLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE INDEPENDIENTE PAGO POR TERCERO		Nombre del Tercero	Tipo de Identificación	NIT	C.C.	C.E.	Identificación del Tercero que realiza el Aporte
			P.A.	T.I.	C.D.		DV

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del ASESOR o PROMOTOR	CÓDIGO ASESOR o PROMOTOR	Nombre de OFICINA
Marisol Rivera Rios	N0372	
CIUDAD Y FECHA		



**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:

LORENA ANDREA POLANCO TOBAR, identificado(a) con cédula de ciudadanía **26.607.948**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 17 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.

Tipo de declaración

INGRESO

Fecha de publicación

2026-09-17 12:27

Nombres y apellidos completos

Primer nombre

Segundo nombre

Primer apellido

Segundo apellido

LORENA

ANDREA

POLANCO

TOBAR

Documento de identificación

Tipo

CEDULA DE CIUDADANIA

Número

26607948

Lugar de nacimiento

País

COLOMBIA

Departamento

HUILA

Municipio

YAGUARÁ

Lugar de domicilio

País

COLOMBIA

Departamento

HUILA

Municipio

YAGUARÁ

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 YAGUARA

Lugar de sede

País

COLOMBIA

Departamento

HUILA

Municipio

YAGUARÁ

Dirección

["Carrera 4 No. 3-91"]

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	
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	\$0,00

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

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

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí ☐ No ☒

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 ☒

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 ☒

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 ☐

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
CARLOS	ALBERTO	UNI	ZUÑIGA

Tipo documento	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	83237947
----------------	----------------------	--------	----------

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:

SíNo

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:

SíNo

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: SíNo

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 ☒

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 ☒

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 ☒

- 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:

Yaguará, 22 de septiembre 2026

Doctor

LENIN ALBERTO TRUJILLO GONZALEZ

Alcalde Municipal

Yaguará – Huila

**REF.DECLARACIÓN JURAMENTADA DE INEXISTENCIA DE
INHABILIDAD, INCOMPATIBILIDAD, PROHIBICIÓN O
CONFLICTO DE INTERES.**

Cordial saludo,

El suscrito, **Lorena Andrea Polanco Tobar** mayor de edad identificado con cédula de ciudadanía No. **26607948** de Yaguará - Huila, actuando en nombre propio, declaro bajo la gravedad del juramento que se entiende prestado con la firma del presente documento, que no me encuentro incurso en causales de inhabilidad, incompatibilidad, prohibición o conflicto de intereses para contratar consagradas en las leyes 80 de 1993, 136 de 1994, 617 de 2000, 1952 de 2019, 1474 de 2011 y demás normas reglamentarias y complementarias para celebrar contratos con esta entidad, por no existir vínculo con el representante legal de la entidad contratante o demás personas o funcionarios respecto de quienes pudiesen obrar estas limitantes.

Atentamente,

Lorena Andrea Polanco T
LORENA ANDREA POLANCO TOBAR
C.C No. **26607948** de Yaguará - Huila

Miércoles, 16 de septiembre de 2026

BANCOLOMBIA S.A. informa que, a la fecha de emisión de este certificado, **LORENA ANDREA POLANCO TOBAR**, identificado con CC. **26.607.948**, cuenta con los siguientes productos financieros en el Banco:

Nombre Producto	N.º Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	45900001658	2026/09/16	ACTIVA

***Importante:** esta certificación solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la información de esta constancia, puede comunicarse a la línea de atención al cliente en: Bogotá: (601) 343 00 00, Medellín (604) 510 90 00, Cali (602) 554 05 05, Barranquilla (605) 361 88 88, Cartagena (605) 693 44 00, Bucaramanga (607) 697 25 25, Pereira (606) 340 12 13, a nivel nacional: 018000912345; desde España: 900 995 717 y Estados Unidos: 1866 379 9714. Defensor del Consumidor Financiero: María Adelayda Calle Correa, de lunes a viernes entre 8:00 a.m. a 12 p.m. y 2:00 p.m. a 5:00 p.m. línea gratuita 01 8000 52 2622, teléfonos (604) 3561225, correo electrónico defensor@bancolombia.com.co, o en la: Carrera 48 #18 A 14, Edificio FIC48, Piso 11, Medellín

MUNICIPIO DE YAGUARÁ – HUILA
SECRETARÍA GENERAL Y DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA

CONSTANCIA DE CAMBIO Y CESIÓN DE CUPO

*Proceso de selección de pescadores artesanales – Convenio de Cooperación y Cofinanciación
2026*

Fecha: 22 de septiembre de 2026

En el municipio de Yaguará, Huila, se deja constancia de la modificación presentada respecto de uno de los cupos asignados inicialmente en el proceso de selección de pescadores artesanales para participar en el Convenio de Cooperación y Cofinanciación 2026 entre ENEL Colombia S.A. E.S.P., la Fundación Enel y el Municipio de Yaguará – Huila:

1. ANTECEDENTE

De acuerdo con el Acta N.º 003 de 2026, correspondiente a la reunión de selección de pescadores artesanales realizada el 26 de agosto de 2026 en Yaguará – Huila, fueron seleccionadas cuarenta y cinco (45) personas del gremio de pescadores artesanales. La selección se realizó mediante los mecanismos establecidos en dicha acta, y las personas seleccionadas debían cumplir los requisitos exigidos para la contratación.

2. IDENTIFICACIÓN DEL CUPO INICIAL

Persona inicialmente seleccionada	SEÑOR(A): Carlos Alberto Uni Zuñiga	
Documento de identidad	C.C. No. 83237947	
Motivo por el cual no puede continuar	No me encuentro por el momento en el municipio	

3. MANIFESTACIÓN DE NO CONTINUAR Y CESIÓN DEL CUPO

El(la) señor(a) anteriormente identificado(a), quien fue seleccionado(a) inicialmente dentro de los cuarenta y cinco (45) cupos, manifiesta de manera expresa y voluntaria que, por razones que le impiden desarrollar las actividades objeto del proceso, no puede continuar con el cupo asignado. En consecuencia, solicita dejar constancia de su retiro del proceso y manifiesta su voluntad de ceder el cupo que le había sido asignado a la persona que se identifica a continuación, para que sea considerada como reemplazo, sujeto al cumplimiento de los requisitos, validaciones y demás condiciones establecidas para la contratación.

4. IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA QUE INGRESA EN REEMPLAZO

Persona que ingresa en reemplazo	SEÑORA: Lorena Andrea Polanco T	
Documento de identidad	C.C. No. 26607948	

5. TRAZABILIDAD DEL CAMBIO

Con el fin de garantizar la transparencia y trazabilidad del proceso, se deja constancia de que el cupo inicialmente asignado al(la) señor(a) Carlos Alberto Uni Zúñiga, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 83237947, pasa a ser ocupado por la señora Lorena Andrea Polanco Tobar, identificada con cédula de ciudadanía No. 26607948, en calidad de reemplazo. Este cambio deberá incorporarse al listado actualizado de personas seleccionadas y a los documentos que correspondan dentro del proceso contractual.

La presente constancia no constituye, por sí misma, la celebración del contrato ni exonera a la persona que ingresa en reemplazo del cumplimiento de los requisitos documentales, administrativos, contractuales y demás condiciones exigidas para formalizar su vinculación.

6. ACEPTACIÓN Y CONSTANCIA

Leída la presente constancia, las partes manifiestan que la información consignada es correcta y que conocen el alcance de la modificación registrada. En señal de aceptación y para efectos de dejar evidencia de la trazabilidad del cambio, firman las dos personas involucradas.

PERSONA INICIALMENTE SELECCIONADA PERSONA QUE INGRESA EN REEMPLAZO

Carlos Alberto Uni Zúñiga
Nombre: Carlos Alberto Uni Zúñiga
C.C. No.: 83 237 947

Lorena Andrea Polanco T
Nombre: Lorena A Polanco
C.C. No.: 26607948