FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Medina		Kerly Viviana

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1006530470	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 30 MES 09 AÑO 1994

PAÍS COLOMBIA

DEPTO CAQUETÁ

MUNICIPIO VALPARAÍSO

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

VEREDA JAGUAL

PAÍS COLOMBIA DEPTO HUILA

MUNICIPIO YAGUARÁ

TELÉFONO 3202783657 EMAIL vm485976@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 SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 IDIOMAS

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

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

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD DIANA MARCELA VARGAS			PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO HUILA	MUNICIPIO YAGUARÁ					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 3228406130	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
	Día	30	Mes	09	Año	2024	Día	31	Mes	10	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL OFICIOS VARIOS	DEPENDENCIA OFICIOS VARIOS					DIRECCIÓN YAGUARA					

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	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	1
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO X 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

Kelly Viviana Medina

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.006.530.470

MEDINA

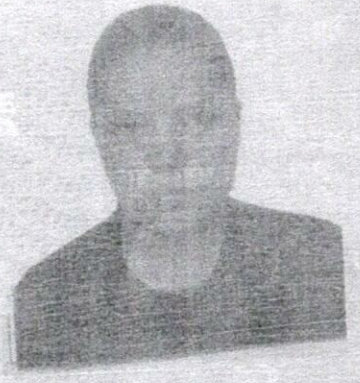
APELLIDOS

KERLY VIVIANA

NOMBRES

Kerly Viviana Medina

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 30-SEP-1994

VALPARAISO
(CAQUETA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50
ESTATURA

A+
G.S. RH

F
SEXO

05-FEB-2013 YAGUARA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-1909400-00442544-F-1006530470-20130623 0033592962A 1 37160487

CONSTANCIA LABORAL

DIANA MARCELA VARGAS
CC. 23.366.712

HAGO CONSTAR:

Que la señora **KERLY VIVIANA MEDINA**, identificada con el número de cédula de ciudadanía 1.006.530.470, laboro a mi servicio en el cargo de oficios varios, durante un año, desde el 30 de Septiembre de 2024 hasta el 31 de Octubre de 2025, desempeñándose por ser una persona responsable, honesta, trabajadora y cumplidora de sus deberes.

La presente constancia se expide a solicitud del interesado, para los fines pertinentes, hoy once (11) de Septiembre de dos mil veintiséis (2026).

Atentamente, Diana marcela vargas

DIANA MARCELA VARGAS
CC. 23.366.712

Cel. 3228406130
Yaguará, Huila

Powered by CamScanner

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 301956415

PIB
15:15:33

Bogotá DC, 27 de agosto del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) KERLY VIVIANA MEDINA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1006530470:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 27 de agosto de 2026, a las 15:13:23, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1006530470
Código de Verificación	1006530470260827151323

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 03:16:13 PM horas del 27/08/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1006530470**

Apellidos y Nombres: **MEDINA KERLY VIVIANA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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

DIJIN

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Todos los derechos reservados.

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 27/08/2026 03:17:35 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1006530470** y Nombre: **KERLY VIVIANA MEDINA .**

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. **146532854** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

TIC

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1006530470 **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 07/09/2026 04:20 PM

Código Verificación: **1UYKQTRC8A**

Válida hasta: **06/12/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC



Medico General R/M 6906
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Resolución 2008 de 2018

CERTIFICADO MEDICO LABORAL

EMPRESA: ALCALDIA DE YAGUARA FECHA: 11/09/2026

INGRESO [X] PERIODICO [ ] RETIRO [ ] REINTEGRO [ ] POS INCAPACIDAD [ ]

NOMBRES Y APELLIDOS: KERLY VIVIANA MEDINA C.C. 1006530470

CARGO: APOYO A LA GESTION

EXAMENES PRACTICADOS

Examen	SI	NO	LABORATORIOS	SI	NO
Evaluacion Medico Ocupacional	X				X
Visiometria		X			
Audiometria		X			

RESULTADO DE VALORACION MEDICA

EXAMEN DE INGRESO

SIN RESTRICCIONES	X	SIN PATOLOGIA APARENTE	X	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR	
CON RESTRICCION		MOTIVO			
APLAZADO		MOTIVO			
NO APTO		MOTIVO			

EXAMEN PERIODICO

PUEDE CONTINUAR CON SU LABOR [ ]
CON RECOMENDACIONES
SE SUGIERE REUBICACION LABORAL [ ] TEMPORAL [ ] PERMANENTE [ ] REASIGNAR TAREAS [ ]

OTROS

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS [ ] NO APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS [ ] PUEDE MANIPULAR ALIMENTOS [ ]
APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS CON RECOMENDACIONES [ ] EXAMEN OSTEOMUSCULAR NORMAL [X] ANORMAL [ ]

EXAMEN DE EGRESO

SATISFACTORIO [ ] NO SATISFACTORIO [ ] MOTIVO _____
SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL SI [ ] NO [ ]

RECOMENDACIONES ESPECIFICAS

PACIENTE A QUIEN SE REALIZO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO, ENFASIS OSTEOMUSCULAR, PARA EL CUAL SE ENCUENTRA ACEPTABLE, SE RECOMIENDA CAPACITACIÓN EN ERGONOMÍA, HIGIENE POSTURAL, REALIZACION DE PAUSAS ACTIVAS, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL EN SU CARGO. DEBE REALIZAR LAS TAREAS SEGÚN LAS NORMAS Y PROTOCOLOS DE LA EMPRESA PARA PREVENIR ACCIDENTES LABORALES.

Dentro de la evaluación médica integral realizada, se hizo un especial énfasis en su estado osteomuscular para establecer su capacidad para movilizar cargas o realizar actividades con movimientos y posturas forzadas, no encontrándose alteraciones significativas que se considere puedan generar un riesgo aumentado para su salud y seguridad. Este examen es realizado en condiciones de reposo y tiene el carácter de tamizaje osteomuscular y el hecho de no evidenciarse patología o secuelas de ella, no significa que pueda realizar actividad o tareas que superen su capacidad física, lo cual debe verificarse de manera permanente y evaluarse de acuerdo a los criterios del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo, con la asesoría y asistencia técnica de la Administradora de Riesgos Laborales. Es necesario implementar todas las medidas de prevención y protección.

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

MEDICAS		OCUPACIONALES				HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE	
REMISION A EPS		USO DE EPP	X			INICIO DE ACTIVIDAD FISICA	SI
		INGRESO A SVE				VERIFICAR Y/O COMPLETAR ESQUEMA DE VACUNACION	SI
CONTINUAR MANEJO MEDICO		SIVIG - OTOM				DEJAR DE FUMAR	NO
		SIVIG - OIR (Ruido)	X	SIVIG-Visual		PAUSAS ACTIVAS	SI
SEGUIMIENTO CASO POR ARL		SIVIG - Sustancias Quimicas				REDUCIR CONSUMO DE ALCOHOL	SI
		SIVIG- Biologico			X	DIETA BAJA EN GRASAS Y/O HARINAS	SI
CITOLOGIA VAGINAL		SIVIG - Radiaciones ionizantes				CONTOL DE PESO	NO
		SIVIG- Psicolaboral			X		
		SIVIG - Cardiovascular				OTRO [ ] CUAL _____	

Autorizo al profesional abajo mencionado, a que se me realicen de manera voluntaria el examen medico ocupacional y/o examenes complementarios y dejo constancia que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento del examen medico ocupacional y/o examenes complementarios y referenciados en este documento. Comprendo el proposito, los beneficios, interpretacion, limitaciones y riesgos del examen medico ocupacional y/o examenes complentarios a partir de la informacion recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que no he omitido ningun dato relevante sobre mis antecedentes ocupacionales, personales y/o familiares que pudiesen influir sobre mi estado de salud. Certifico que toda la informacion expresada en este documento es verdadera y completa y acepto el manejo de confidencialidad que la empresa de a la misma. Autorizo que suministren la informacion necesaria a las personas o entidades cotempladas en la legislacion para el buen cumplimiento del programa de salud ocupacional

NOMBRE DEL MEDICO - FIRMA - REGISTRO Y LICENCIA S.O.



FIRMA DEL TRABAJADOR Y CC

Se mantendra la custodia de la historia clinica que genero este certificado, conforme a la Resolucion 1918 de 2009, articulo 2

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario 141274355562

(415)7707212489984(8020) 000014127435556 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
1 0 0 6 5 3 0 4 7 0	5	Impuestos y Aduanas de Neiva	1 3	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 0 6 5 3 0 4 7 0

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Huila 4 1	Yaguará 8 8 5

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MEDINA		KERLY	VIVIANA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Huila 4 1	Yaguará 8 8 5

41. Dirección principal
VRD EL JAGUAL

42. Correo electrónico vm485976@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 0 2 7 8 3 6 5 7	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 1 3 0	2 0 2 6 0 1 0 5	0 3 1 2	2 0 2 6 0 1 0 5				

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

Usuarios aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
54. Código																				

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2026-09-02 / 03:59:39PM

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 MEDINA KERLY VIVIANA

985. Cargo Contribuyente

Fecha generación documento PDF: 02-09-2026 03:59:42PM

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

Municipio de
YAGUARÁ

SHM No. 120-1-632

Yaguará, 23 de septiembre de 2026

PAZ Y SALVO

La secretaria de Hacienda Municipal, certifica que el señor (a) **KERLY VIVIANA MEDINA,** identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía No. 1.006.530.470 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:

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

Yaguará, 23 de septiembre de 2026

EPY-C-23-09-2026-830

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

CERTIFICA

Que **KERLY VIVIANA MEDINA,** identificado (a) con cedula de ciudadanía No. 1.006.530.470 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:

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario 141274355562

(415)7707212489984(8020) 000014127435556 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
1 0 0 6 5 3 0 4 7 0	5	Impuestos y Aduanas de Neiva	1 3	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 0 6 5 3 0 4 7 0	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Huila 4 1	Yaguará 8 8 5

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MEDINA		KERLY	VIVIANA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Huila 4 1	Yaguará 8 8 5

41. Dirección principal: VRD EL JAGUAL

42. Correo electrónico: vm485976@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 0 2 7 8 3 6 5 7	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 1 3 0	2 0 2 6 0 1 0 5	0 3 1 2	2 0 2 6 0 1 0 5					

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

Usuarios aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2026-09-02 / 03:59:39PM

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 MEDINA KERLY VIVIANA

985. Cargo Contribuyente

Fecha generación documento PDF: 02-09-2026 03:59:42PM

30562714

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

No.Radicación: 712058

FECHA DE RADICACIÓN: 20 10 2026

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI [ ] NO [X]
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]
7. CÓDIGO: N0372

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO: MEDINA | SEGUNDO APELLIDO: | PRIMER NOMBRE: KERLY | SEGUNDO NOMBRE: VIVIANA

9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CN [ ] MS [ ] RC [ ] TI [ ] CC [X] CE [ ] SC [ ] PA [ ] CD [ ] AS [ ] PT [ ] — CC
10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1006530470
11. SEXO BIOLÓGICO: F [X] M [ ]
12. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [X] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
13. NACIONALIDAD: COLOMBIA
14. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS: COLOMBIA | DEPARTAMENTO: CAQUETA | MUNICIPIO: VALPARAISO
15. FECHA NACIMIENTO: DÍA 30 | MES 09 | AÑO 1994

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA: 6
17. COMUNIDAD INDÍGENA:
18. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [X] — CATEGORIA DE DISCAPACIDAD:
19. TIENE ENCUESTA SISBÉN? SI [ ] NO [X]
20. CLASIFICACIÓN SISBÉN — NIVEL: | GRUPO:
21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL:
22. ARL: NINGUNA
23. AFP: PORVENIR
24. IBC: $1,750,905.00
25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: $0.00
26. RESIDENCIA — DIRECCIÓN: VDA EL JAGUAL KM 1 VIA NEIVA
TELÉFONO FIJO:
TELÉFONO CELULAR: 3202783657
CORREO ELECTRÓNICO: olgapaz2024@gmail.com
DEPARTAMENTO: HUILA
MUNICIPIO/ DISTRITO: YAGUARA
LOCALIDAD/COMUNA:
ZONA — CABECERA MUNICIPAL [X] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]
IPS: 3352

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

27. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE

28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: TI [ ] CC [ ] CE [ ] SC [ ] CD [ ] PT [ ]
29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
30. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ]
31. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
32. NACIONALIDAD
33. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO
34. FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO

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

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO F	39. SEXO M	40. SEXO IDENTIFICACIÓN F	T	NB	Otro?	41. LUGAR DE NACIMIENTO PAÍS	DEPART.	MUNICIPIO	42. FECHA DE NACIMIENTO DÍA	MES	AÑO
B1																
B2																
B3																
B4																
B5																

	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. DISCAPACIDAD PERMANENTE SI	NO	51. Datos de residencia DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/ DISTRITO	ZONA CABECERA MUNICIPAL	CENTRO POBLADO	RURAL DISPERSO	RESTO RURAL
B1							I. II.												
B2							I. II.												
B3							I. II.												
B4							I. II.												
B5							I. II.												

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. VALOR DE LA UPC DEL AFILIADO ADICIONAL	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CÓDIGO DE LA IPS A REGISTRAR POR LA EPS)
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

V. 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

55. Nombre o razón social
56. Tipo documento de identificación: NI [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] SC [ ] PA [ ] CD [ ] PT [ ]
57. Número del documento de identificación
58. Tipo de aportante o pagador de pensiones a registrar por la EPS)
59. Ubicación — DIRECCIÓN | TELEFONO FIJO O CELULAR | CORREO ELECTRÓNICO | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO/DISTRITO

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. TIPO DE NOVEDAD
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCION DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS Código: ____ [ ]
6. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO Código: ____ [ ]
7. INCLUSION 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 [X]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. INSCRIPCIÓN EPS RETORNO AL PAIS.1. RETIRO DE CONTRIBUCION SOLIDARIA. [ ]
12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
14. MOVILIDAD A) AL REGIMEN CONTRIBUTIVO B) AL REGIMEN SUBSIDIADO [ ]
15. TRASLADO A) MISMO RÉGIMEN B) DIFERENTE RÉGIMEN [ ]
16. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]
21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: TI [ ] CC [ ] CE [ ] SC [ ] CD [ ] PT [ ]
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
62. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ]
63. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
64. FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO
65. EPS ANTERIOR
66. FECHA DE NOVEDAD: 20 10 2026
67. MOTIVO DE TRASLADO Código
68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. 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 mi. [X]
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. Anexo soporte de la Entidad [ ]
72. Declaración de no intermediación 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 vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [ ]
75. Autorizo 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. [X]
76. a). Autorizo mi consentimiento explícito para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos. [ ]
b). 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 Excluidos" (RNE). [ ]
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 hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: TI [ ] CC [ ] CE [ ] SC [ ] CD [ ] PT [ ]
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

IX. FIRMAS

Kerly V. Medina

80. El cotizante, Cabeza de familia, Beneficiario cuando aplique o afiliado adicional
81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] MS [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] SC [ ] PA [ ] CD [ ] AS [ ] PT [ ] Cantidad: Total
83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
84. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. [ ]
86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. [ ]
89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016 [ ]
90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en las que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. [ ]
Total Anexos

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES

92. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL — Código del Municipio | Código del departamento
93. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

XII. DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN.

94. APELLIDOS Y NOMBRES
Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC [ ] CE [ ] SC [ ] CD [ ] PT [ ]
Número del documento de identidad
95. FIRMA DEL FUNCIONARIO
96. FECHA DE RADICACIÓN: DÍA | MES | AÑO
97. FECHA DE VALIDACIÓN: DÍA | MES | AÑO

OBSERVACIONES:

VIGILADO Supersalud

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, KERLY VIVIANA MEDINA identificado (a) con R.C. | T.I. | C.C. | C.E. | **CC** | S.C. | C.D. | P.E. | P.T.

número 1006530470 de VALPARAISO, 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☐
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☐
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☐

Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al teléfono celular No. 3202783657

y/o correo electrónico: olgapaz2024@gmail.com

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 SI ☐ NO ☐

Declaración juramentada de convivencia: Declarar que convivo con el(la) señor(a) _____ Identificado(a) con _____ No. _____ desde el día _____ del año _____

Cordialmente Kerly V. Medina

Firma: _____

Tipo ID: CC No. ID: 1006530470

Fecha de Solicitud: 20/10/2026

Dirección: VDA EL JAGUAL KM 1 VIA NEIVA

Tel: 3202783657 Municipio: YAGUARA

Departamento: HUILA

Huella

Afiliado manifiesta que no sabe o no puede firmar, autoriza a:

Firma: _____

Tipo ID: _____ No. ID: _____

Fecha (dd/mm/aaaa): _____

Dirección: _____

Tel: _____ Municipio: _____

Departamento: _____

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 trasferencia, trasmisión 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 SMMLV

ACTIVIDAD ECONÓMICA	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	POSEE VIVIENDA PROPIA	PRODUCTOR AGROPECUARIO
INDEPENDIENTE	NINGUNA	PORVENIR	$1750905	SÍ NO X	SÍ NO X

Nivel de Escolaridad									
	Ninguno ☐	Secundaria ☐	Normalista ☐	Profesional ☐	Doctorado ☐	Posición Ocupacional	Patrón/Empleador ☐	Contratista X	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 X	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. ☐ P.A. ☐ T.I. ☐ C.D. ☐	Identificación del Tercero que realiza el Aporte	DV

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

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

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:

KERLY VIVIANA MEDINA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.006.530.470**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 11 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.

Yaguará, 23 de Septiembre de 2026

Señor
LENIN ALBERTO TRUJILLO GONZÁLEZ
Alcalde Municipal
Yaguará – Huila

REF.: DECLARACIÓN JURAMENTADA DE INEXISTENCIA DE INHABILIDAD, INCOMPATIBILIDAD, PROHIBICIÓN O CONFLICTO DE INTERESES

Cordial saludo,

Yo, **KERLY VIVIANA MEDINA**, mayor de edad, identificada con cédula de candidemia No. 1.006.530.470, actuando en nombre propio, manifiesto bajo la gravedad del juramento, que se entiende prestado con la firma del presente documento, que no me encuentro incursa en ninguna causal de inhabilidad, incompatibilidad, prohibición o conflicto de intereses para contratar con la Alcaldía Municipal de Yaguará.

Declaro igualmente que no existe vínculo, relación o circunstancia alguna con el representante legal de la entidad contratante, ni con los demás servidores públicos o personas respecto de quienes puedan configurarse las mencionadas limitaciones, que me impida celebrar contratos con esta entidad.

La presente declaración se realiza de conformidad con las disposiciones contenidas en las Leyes 80 de 1993, 136 de 1994, 617 de 2000, 1474 de 2011, 1952 de 2019 y demás normas legales, reglamentarias y complementarias aplicables.

Para constancia, se firma en el municipio de Yaguará, Huila, a los veintidós (22) días del mes de septiembre de 2026.

Atentamente,

Kerly Viviana Medina

KERLY VIVIANA MEDINA
C.C. No. 1.006.530.470

Función Pública

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS
(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2026-09-07 16:36

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
KERLY	VIVIANA	MEDINA	

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1006530470

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	CAQUETÁ	Municipio	VALPARAÍSO

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 [X]

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro		País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio		País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación	

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [X] 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 [X]

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
FABIO	RENE	PERDOMO	

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 1004493943

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual: Sí [ ] No [X]

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

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

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

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

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

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

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

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

Bancolombia

Neiva, *29 de septiembre de 2026*

Señor(es):

A QUIEN PUEDA INTERESAR

Ciudad

BANCOLOMBIA S.A. *se permite informar que* ***KERLY VIVIANA MEDINA*** *con documento de Id. N°* ***1006530470*** *a la fecha de expedicion de ésta certificación tiene con nosotros los siguientes productos:*

PRODUCTO	N° DE PRODUCTO	FECHA DE APERTURA	ESTADO
CUENTA AHORROS	*459-000016-41*	*2026/09/09*	*ACTIVA*

El manejo de este (os) producto (s) es adecuado y responde a las condiciones y compromisos adquiridos con BANCOLOMBIA.

****Importante: Esta constancia sólo hace referencia al producto mencionado anteriormente.***
Recuerde para la recepcion de giros desde el exterior utilizar nuestro codigo Swift COLOCOBM

Si desea verificar la veracidad de la informacion, puede comunicarse al telefono (+578) 8702443 ext 151 de la Sucursal Neiva la Nueva de Neiva - Huila, Sucursales Telefónicas en el exterior España (+34) 900 995 717 Estados Unidos (+1) 1 866 379 97 14, en la que con gusto le atenderemos sus inquietudes.

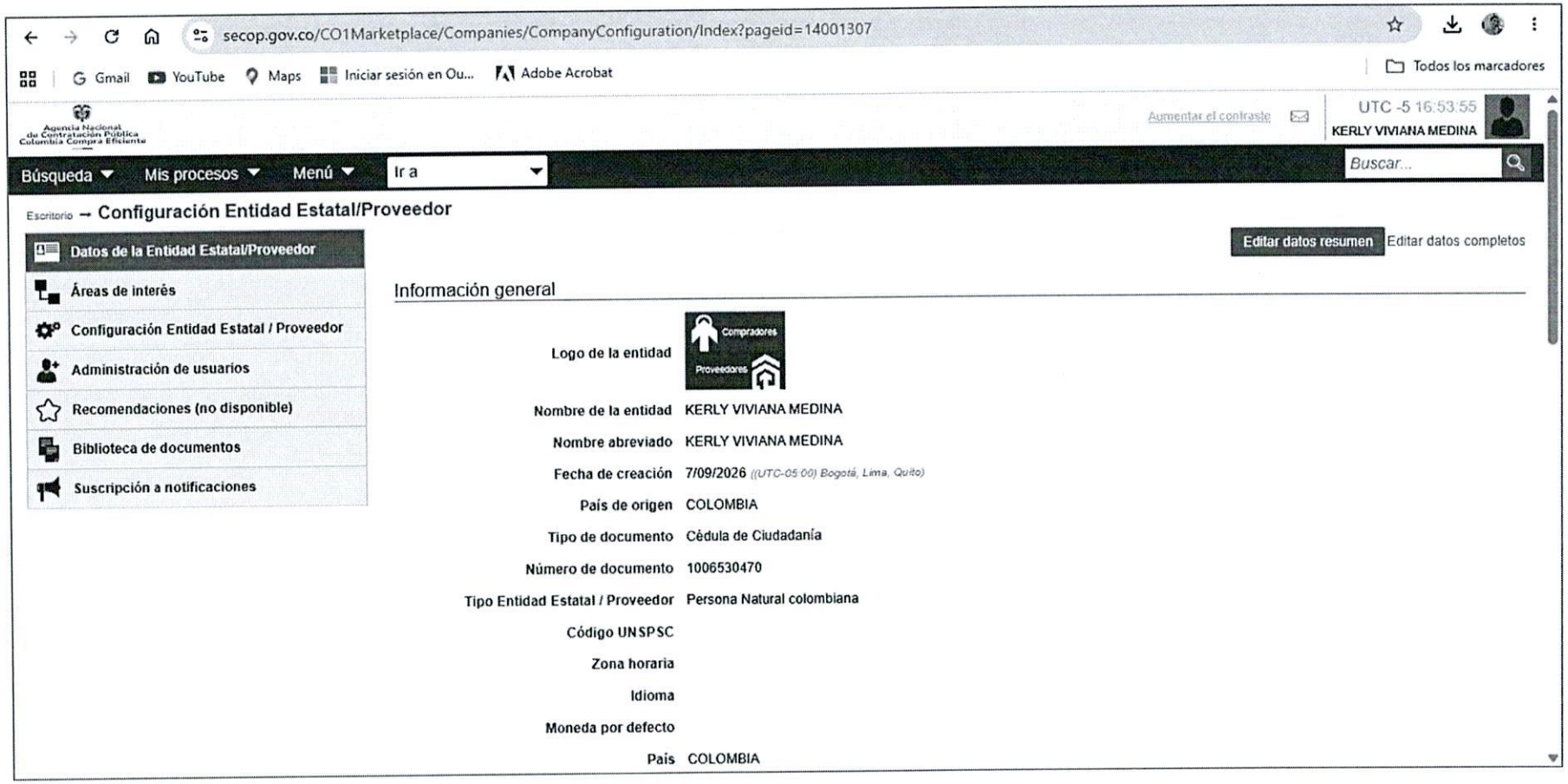
Atentamente,

Claudia María Posada Álvarez
Gerente Transformación de Sucursales

Grupo Bancolombia

Bancolombia nunca le solitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vinculos de correo electrónico.
En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com

VIGILADO


secop.gov.co/CO1Marketplace/Companies/CompanyConfiguration/Index?pageid=14001307
Gmail
YouTube
Maps
Iniciar sesión en Ou...
Adobe Acrobat
Todos los marcadores
Agencia Nacional de Contratación Pública Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
UTC -5 16:53:55
KERLY VIVIANA MEDINA
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio → Configuración Entidad Estatal/Proveedor
Datos de la Entidad Estatal/Proveedor
Áreas de interés
Configuración Entidad Estatal / Proveedor
Administración de usuarios
Recomendaciones (no disponible)
Biblioteca de documentos
Suscripción a notificaciones
Editar datos resumen
Editar datos completos
Información general
Logo de la entidad
Compradores
Proveedores
Nombre de la entidad KERLY VIVIANA MEDINA
Nombre abreviado KERLY VIVIANA MEDINA
Fecha de creación 7/09/2026 ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
País de origen COLOMBIA
Tipo de documento Cédula de Ciudadanía
Número de documento 1006530470
Tipo Entidad Estatal / Proveedor Persona Natural colombiana
Código UNSPSC
Zona horaria
Idioma
Moneda por defecto
País COLOMBIA

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: 23 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): **FABIO RENE VARGAS PERDOMO**
Documento de identidad	C.C. No. 1.004.493.943
Motivo por el cual no puede continuar	Me encuentro laborando

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: **KERLY VIVIANA MEDINA**
Documento de identidad	C.C. No. 1.006.530.470

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) **FABIO RENE VARGAS PERDOMO**, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1.004.493.943, pasa a ser ocupado por la señora **KERLY VIVIANA MEDINA**, identificada con cedula de ciudadanía No. 1.006.530.470, 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

Nombre: **FABIO RENE VARGAS PERDOMO**
C.C. No.: 1.004.493.943

PERSONA QUE INGRESA EN REEMPLAZO

Nombre: **KERLY VIVIANA MEDINA**
CC. No.: 1.006.530.470