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
Niño	Tablante	Kimberlint

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ○ C.E. ○ PAS ○ No. 1260098	F ⊗ M ○ NB ○	COL. ○ EXTRANJERO ⊗	VENEZUELA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 22 MES 11 AÑO 1995

PAÍS VENEZUELA

DEPTO

MUNICIPIO

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Carrera 9 · 1-25

PAÍS COLOMBIA DEPTO HUILA

MUNICIPIO YAGUARÁ

TELÉFONO 3108184230 EMAIL ninokimberlint0@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	07	AÑO	2012

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
ESPAÑOL			X			X			X

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	15	Mes	09	Año	2023	Día	14	Mes	12	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL ANALISTA APOYO OPERATIVO	DEPENDENCIA ALCALDIA - SECRETARIA GENERAL				DIRECCIÓN CARRERA 4 3 null 91						

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	3
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 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

Kimberlin Niño

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

No. 1260098

COL

NIÑO TABLANTE
APELLIDOS

KIMBERLINT
NOMBRES

VEN
NACIONALIDAD

F
SEXO

24517863
DNI Nro.

22-11-1995
FECHA DE NACIMIENTO

07-05-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO

VISIBLES



FIRMA

E1906497

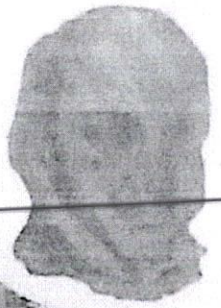
INDICE DERECHO

El titular de este documento debe notificar a Migración Colombia cualquier cambio en la condición o información migratoria.

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES
www.migracioncolombia.gov.co

Juan Francisco Espinosa Palacios
Director General de Migración Colombia

IPCOL1260098<<4<<<<<<<<<<<<<<<
9511224F3105308VENE1906497<<<2
NINO<TABLANTE<<KIMBERLINT<<<<<



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA EDUCACIÓN
Viceministerio de Participación y Apoyo Académico
Dirección General de Registro y Control Académico

Zona Educativa / Plantel: UNIDAD EDUCATIVA "FRANCISCO MARÍA ARIAS"
Código: OD05470909
Título de: EDUCACIÓN MEDIA GENERAL EN CIENCIAS
Plan de estudio, Código Nro.: 31018
Que se otorga a: KIMBERLINT YAMILET NIÑO TABLANTE
Cédula de Identidad Nro.: V-24517863
Nacido (a) en: CALABOZO ESTADO GUÁRICO
En Fecha: 22 DE NOVIEMBRE DE 1995
Previo el cumplimiento de los requisitos exigidos por la ley
Lugar y Fecha de expedición: TINACO, 20 DE JULIO DE 2012
Año de Egreso: 2012

Director Zona Educativa / Plantel
Nombres: OLGA DIAZ
C.I. V-9107597

Coordinador de Control de Estudio
Representante del Consejo General de Docentes
Nombres: ROSARIO HERRERA
C.I. V- 10988386

Funcionario designado por el
Ministerio del Poder Popular para la Educación
Nombres: MARÍA ÁVILA
C.I. V-4097057

Sello de la Zona Educativa

AA 4657915

Ministerio del Poder Popular para la Educación

Powered by CamScanner

Municipio de
YAGUARÁ

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

CERTIFICA

Que el(la) señor(a) **KIMBERLY NIÑO TABLANTE** identificado(a) con P.T No. **1260098** de Bogotá D.C – **RUT N° 700415090-4**, ejecutó Contrato de Prestación de Servicios de Apoyo a la Gestión **No. 216 de 2023** 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	216 DE 2023
OBJETO	**PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYOOPERATIVO 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 2023.
FECHA DE INICIO	15 DE SEPTIEMBRE DE 2023
FECHA DE TERMINACION	14 DE DICIEMBRE 2023
VALOR EJECUTADO	**CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS MCTE ($4.500.000,00)**

Cumpliendo a cabalidad las siguientes obligaciones:

La presente certificación se expide a solicitud del interesado.

- Brindar apoyo en la divulgación y sensibilización en la IE Ana Elisa Cuenca Lara prácticas pesqueras y cuidado de los recursos naturales en especial las fuentes hídricas.
- 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 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.
- 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.
- Prestar apoyo en la limpieza y mantenimiento de zonas verdes aledañas al embalse de Betania correspondientes a la quebrada al agua hedionda, quebrada agua dulce y rio Yaguará.
- Realizando el apilamiento de material orgánico 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.
- Brindar apoyo el desarrollo de actividades de reforestación de zonas rivereñas de las cuencas del rio magdalena y otros afluentes que alimenten el rio madalena en el Municipio de Yaguará

Dada en el Municipio de Yaguará; a los veintidós (22) días del mes de septiembre del año Dos Mil Veintiséis (2026).

WILMER MEDINA ANDRADE
Secretario General y de Participación Ciudadana

PROYECTÓ	REVISÓ	APROBÓ
Nombre: Angela María Lara Camacho	Nombre: Wilmer Medina Andrade Secretario General y de Participación Ciudadana	Nombre: Wilmer Medina Andrade Secretario General y de Participación Ciudadana
Firma:	Firma:	Firma:

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 301932450

PIB
10:48:33

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) KIMBERLINT YAMILET NIÑO TABLANTE identificado(a) con PPT número 1260098:

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 10:38:37, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Permiso por Protección Temporal
No. Identificación	1260098
Código de Verificación	1260098260827103837

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

Logo

- Inicio
- Contáctenos
- Preguntas Frecuentes
- Ley 2455 / 2025 "Ley Ángel"

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 11:36:55 AM horas del 27/08/2026, el ciudadano extranjero con:
Cédula de Extranjería N° **1260098**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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.

Los resultados de esta consulta solo corresponden a antecedentes judiciales dentro del territorio nacional de Colombia.

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

Volver al Inicio

logo-dijin logo-policia
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
logo Presidencia de la República
logo Ministerio de Defensa Nacional
logo Portal Único de Contratación
logo GOV.CO

Todos los derechos reservados.

Close

¿Qué debo hacer para acceder a mi certificado de inhabilidades por delitos contra animales?

Para acceder a su certificado por inhabilidades de delitos contra animales se debe realizar solicitud, conforme a los siguientes parámetros:

I. Cuando la consulta es realizada por el titular de los datos

El titular de la información podrá solicitar directamente la consulta, verificación o expedición del certificado de inhabilidad por delitos contra los animales mediante solicitud firmada por el peticionario al correo dijin.araic-atc@policia.gov.co.

Para ciudadanos colombianos:

- ☑ Anexar copia de la Cédula de ciudadanía vigente.

Para ciudadanos extranjeros:

- ☑ Anexar copia de Pasaporte vigente.

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 27/08/2026 11:36:09 a. m. para **la Cedula de Extranjeria:** Nº. **1260098**

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. **146510133** . 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

Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Carrera 59 # 26 - 21
Centro Administrativo Nacional CAN , Bogotá D.C
Línea de atención: 018000-910112

GOV.CO

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 PPT 1260098 **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 31/08/2026 11:41 AM

Código Verificación: **P3T718UHM9**

Válida hasta: **29/11/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario: 141273306798

(415)7707212489984(8020) 000014127330679 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
7 0 0 4 1 5 0 9 0	4	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	Permiso por Protección Tempo 4 8	1 2 6 0 0 9 8	

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
NIÑO	TABLANTE	KIMBERLINT	

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: CR 9 1 25 BRR EL JARDIN

42. Correo electrónico		
ninokimberlint0@gmail.com		
43. Código postal	44. Teléfono 1: 3 1 0 8 1 8 4 2 3 0	45. Teléfono 2: 3 2 1 4 6 4 1 5 9 5

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 8 2 5	0 3 1 2	2 0 2 0 0 1 1 3				

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros																				Exportadores						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código																						57. Modo			
																						58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2026-08-31 / 09:51:24AM

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: NIÑO TABLANTE KIMBERLINT

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 31-08-2026 09:52:15AM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

EMPRESAS PÚBLICAS DE YAGUARÁ SA ESP	**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-23-09-2026-835

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

CERTIFICA

Que **KIMBERLINT NIÑO TABLANTE,** identificado (a) con cedula de ciudadanía No. 1.260.098 de BOGOTÁ D.C, 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.

EMPRESAS PÚBLICAS DE YAGUARÁ SA ESP

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: Kerly Ramirez	Firma:	Firma:

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141273306798

(415)7707212489984(8020) 000014127330679 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
7 0 0 4 1 5 0 9 0	4	Impuestos y Aduanas de Neiva 1 3	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión iliquida 2	Permiso por Protección Tempo 4 8	1 2 6 0 0 9 8	

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
NIÑO	TABLANTE	KIMBERLINT	

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
CR 9 1 25 BRR EL JARDIN

42. Correo electrónico ninokimberlint0@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 0 8 1 8 4 2 3 0	3 2 1 4 6 4 1 5 9 5

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 8 2 5	0 3 1 2	2 0 2 0 0 1 1 3					

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
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 2026-08-31 / 09:51:24AM

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 NIÑO TABLANTE KIMBERLINT

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 31-08-2026 09:52:15AM

Municipio de
YAGUARÁ

SHM No. 120-1-633

Yaguará, 23 de septiembre de 2026

PAZ Y SALVO

La secretaria de Hacienda Municipal, certifica que el señor (a) **KIMBERLINT NIÑO TABLANTE,** identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía No. 700.415.090 expedida en Bogotá D.C., 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:

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141273306798

(415)7707212489984(8020) 000014127330679 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
7 0 0 4 1 5 0 9 0	4	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	Permiso por Protección Tempo 4 8	1 2 6 0 0 9 8	

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
NIÑO	TABLANTE	KIMBERLINT	

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
CR 9 1 25 BRR EL JARDIN

42. Correo electrónico ninokimberlint0@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 0 8 1 8 4 2 3 0	3 2 1 4 6 4 1 5 9 5

CLASIFICACIÓN

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
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 2026-08-31 / 09:51:24AM

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 NIÑO TABLANTE KIMBERLINT

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 31-08-2026 09:52:15AM



MARTHA CECILIA GARCIA CORDOBA
Medico General R/M 6906
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Resolución 2008 de 2018

CERTIFICADO MEDICO LABORAL

EMPRESA: ALCALDIA DE YAGUARA FECHA: 24/09/2026

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

NOMBRES Y APELLIDOS: **KIMBERLINT NIÑO TABLANTE** C.C. 1260098

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
Dra. Martha Cecilia García Córdoba Medico General R/M 6906 Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional Resolución 2008 de 2018	

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

30564558

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

No.Radicación: 713804

FECHA DE RADICACIÓN: 20 | 10 | 2026

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRAMITE: 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: NIÑO | SEGUNDO APELLIDO: TABLANTE | PRIMER NOMBRE: KIMBERLINT | SEGUNDO NOMBRE: YAMILET

9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: C.N. M.S. R.C. T.I. C.C. C.E. S.C. C.D. A.S. P.T. → PT
10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1260098
11. SEXO BIOLÓGICO: X
12. SEXO IDENTIFICACIÓN: X | M | F | NB | Otro | Cual?
13. NACIONALIDAD: VENEZUELA
14. LUGAR DE NACIMIENTO: VENEZUELA | DEPARTAMENTO: VENEZUELA | MUNICIPIO: VENEZUELA
15. FECHA NACIMIENTO: 02 | MES | 1995

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA: 6
17. COMUNIDAD INDÍGENA:
18. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [X] | CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD:
19. TIENE ENCUESTA SISBÉN? SI [ ] NO [X]
20. CLASIFICACIÓN SISBÉN: NIVEL | GRUPO
21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL:
22. ARL: NINGUNA
23. AFP: COLPENSIONES
24. IBC: $1,750,905.00
25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: $0.00
26. RESIDENCIA
DIRECCIÓN: KR 9 NO 1 - 25
TELÉFONO FIJO:
TELÉFONO CELULAR: 3108184230
CORREO ELECTRONICO: KIMBERLINTYAMILETNINOTABLANTE1995@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: T.I. C.C. C.E. S.C. C.D. P.T.
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 M	40. SEXO IDENTIFICACIÓN F M T NB Otro?	41. LUGAR DE NACIMIENTO PAÍS DEPART. MUNICIPIO	42. FECHA DE NACIMIENTO DÍA MES AÑO
B1		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT						
B2		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT						
B3		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT						
B4		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT						
B5		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT						

	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	50. CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD	51. Datos de residencia DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/ DISTRITO	ZONA ÁREA RURAL	CENTRO POBLADO	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: N.I. T.I. C.C. C.E. S.C. P.A. C.D. P.T.
57. Número del documento de identificación
58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
59. Ubicación: DIRECCIÓN | TELÉFONO FIJO O CELULAR | CORREO ELECTRÓNICO | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO/DISTRITO

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. TIPO DE NOVEDAD
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS Código: ____
6. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO Código: ____
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR [X]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO
11. INSCRIPCION EPS RETORNO AL PAÍS.1. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN 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 RÉGIMEN CONTRIBUTIVO
B) AL RÉGIMEN 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: T.I. C.C. C.E. S.C. C.D. P.T.
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 mí. [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 Enticad
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.
76. a). Autorizo mi consentimiento expícito para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones Apk, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos. [X]
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: T.I. C.C. C.E. S.C. C.D. P.T.
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

IX. FIRMAS

Kimberlint Niño

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 declara 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: C.C. C.E. S.C. C.D. P.T.
Número de 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, KIMBERLINT YAMILET NIÑO TABLANTE identificado (a) con R.C. | T.I. | C.C. | C.EXT | I.D. | C.D. | P.E. | P.T.

número 1260098 de VENEZUELA, 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. 3108184230
y/o correo electrónico: KIMBERLINTYAMILETNINOTABLANTE1995@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, Kimberlint Niño

Firma: _____
Tipo ID: PT No. ID: 1260098
Fecha de Solicitud: 20/10/2026
Dirección: KR 9 NO 1 - 25
Tel: 3108184230 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 1999, 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 del 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	COLPENSIONES	$1750905	SÍ			SÍ	
				NO	X		NO	X

Nivel de Escolaridad									
Ninguno	☐	Secundaria	☐	Normalista	☐	Profesional	X	Doctorado	☐
Preescolar	☐	Media académica o clásica (bachillerato básico)	☐	Técnica Profesional	☐	Especialización	☐	Último Grado	
Básica Primaria	☐	Media técnica (bachillerato básico)	☐	Tecnológica	☐	Maestría	☐	Aprobado	____

Posición Ocupacional	Patrón/Empleador	☐	Contratista	X	Trabaja por su Cuenta	☐
Inicio Contrato	20/10/2026		Fin Contrato			

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. 58 DECRETO 1406 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	DV
			P.A.	☐	T.I.	☐	C.D.	☐		

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del ASESOR o PROMOTOR	CÓDIGO ASESOR o PROMOTOR	Nombre de OFICINA	
Marisol Rivera Rios	M0372		CIUDAD Y FECHA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

No. 1260098

COL

NIÑO TABLANTE
APELLIDOS

KIMBERLINT
NOMBRES

VEN
NACIONALIDAD

F
SEXO

24517863
DNI Nro.

22-11-1995
FECHA DE NACIMIENTO

07-05-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO



FIRMA

VISIBLE

Escaneado con CamScanner

E1906497

INDICE DERECHO

El titular de este documento debe notificar a Migración Colombia cualquier cambio en la condición o información migratoria.

Juan Francisco Espinosa Palacios
Director General de Migración Colombia

MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES
www.migracioncolombia.gov.co

IPCOL1260098<<4<<<<<<<<<<<<<<<
9511224F3105308VENE1906497<<<2
NINO<TABLANTE<<KIMBERLINT<<<<<

Escaneado con CamScanner

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **KIMBERLINT NIÑO TABLANTE** identificado/a con documento de identidad **Permiso Protección Temporal** número **1260098,** se encuentra afiliado/a desde **14/03/2025** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES.**

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 27 de agosto de 2026.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

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, **KIMBERLINT NIÑO TABLANTE**, mayor de edad, identificada con cédula de extranjeria No. 1260098, 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,

Kimberlint Niño

KIMBERLINT NIÑO TABLANTE
C.E. No. 1260098

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	2026-09-24 10:45

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
KIMBERLINT		NIÑO	TABLANTE

Documento de identificación

Tipo	PERMISO POR PROTECCION TEMPORAL	Número	1260098

Lugar de nacimiento

País	VENEZUELA	Departamento		Municipio	

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	$1.500.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$500.000,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$2.000.000,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$150.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio		Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo	

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

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

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro		País

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

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio		País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

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

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

Detalle de las actividades	Forma participación	

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [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
FREDY	ALBEIRO	COLLAZOS	MEDINA

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 83237991

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:

Certificación
Bancaria

Jueves, 27 de agosto de 2026

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que KIMBERLINT NIÑO TABLANTE identificado(a) con CD 1260098, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta de ahorros	21300008247	2025-03-14	Activo	*****

*Importante: Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.
*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-S) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345.Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

VIGILADO Superintendencia Financiera de Colombia
BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento de Crédito

Bancolombia

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

secop.gov.co/CO1Marketplace/Companies/CompanyConfiguration/Index?pageid=14001307

Demuestra que eres tú

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 16:19:17
KIMBERLINT YAMILE...

úsqueda Mis procesos Menú Ir a

Buscar...

scritorio → 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	KIMBERLINT YAMILETH NIÑO TABLANTE
Nombre abreviado	KIMBERLINT YAMILETH NIÑO TABLANTE
Fecha de creación	28/09/2026 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
País de origen	VENEZUELA
Tipo de documento	Permiso especial de permanencia
Número de documento	1260098
Tipo Entidad Estatal / Proveedor	Persona Natural Extranjera
Código UNSPSC	
Zona horaria	
Idioma	
Moneda por defecto	
País	VENEZUELA

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): **FREDY ALBEIRO COLLAZOS MEDINA**
Documento de identidad	C.C. No. 83.237.991
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: **KIMBERLINT NIÑO TABLANTE**
Documento de identidad	C.E. No. 1260098

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) **FREDY ALBEIRO COLLAZOS MEDINA**, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 83.237.991, pasa a ser ocupado por la señora **KIMBERLINT NIÑO TABLANTE**, identificada con PPT No. 1260098, 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**
Fredy A. Collazos M	Kimberlint Niño
Nombre: **FREDY ALBEIRO COLLAZOS MEDINA**	Nombre: **KIMBERLINT NIÑO TABLANTE**
C.C. No.: 83.237.991	PPT. No.: 1260098