Puerto Berrío, 23 de octubre de 2026

ROBINSON ALBERTO BAENA ZULUAGA
Alcalde Municipal

ASUNTO: Propuesta Prestación de Servicios de Apoyo a la Gestión

A continuación, yo Sara Judith Gaviria López identificado (a) con número de cédula 1.007.567.343 expedida en Puerto Berrío Antioquia expreso mi interés para la **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS Y CONTABLES EN LA SECRETARÍA DE HACIENDA DEL MUNICIPIO DE PUERTO BERRIO, ANTIOQUIA.** con las que estoy dispuesto a ejecutar las siguientes actividades:

Obligaciones:

a. Digitalizar documentos recibidos y emitidos por la Secretaría de Hacienda que sean requeridos para su buen funcionamiento y normal desempeño de sus procesos y procedimientos.

b. Brindar apoyo en la recepción y envío electrónico de la correspondencia de la Secretaría de Hacienda.

c. Escanear los Comprobantes de Egresos con sus respectivos soportes y otros documentos de acuerdo con la necesidad de la Secretaría de Hacienda.

d. Brindar apoyo a soportes inherentes a descuentos de nómina y así mismo escanear estos.

e. Brindar apoyo en la verificación y registro de la facturación de los servicios públicos del municipio de Puerto Berrío y demás establecimientos adscritos.

f. Apoyar en la elaboración de los estudios previos y demás documentos requeridos para la gestión contractual de la Secretaría de Hacienda, asegurando el cumplimiento de los lineamientos y procedimientos establecidos por la normatividad vigente.

g. Apoyar la organización, clasificación, conservación y archivo de la documentación de la Secretaría de Hacienda.

h. Apoyar en la recepción y clasificación de la información suministrada por los contribuyentes de industria y comercio con el fin de verificar que los soportes presentados se encuentren completos y debidamente diligenciados.

i. Apoyar en la digitalización y tabulación de la información obtenida de las autoliquidaciones de RETEICA presentadas por los contribuyentes.

j. Las demás asignadas por el supervisor del contrato y que tengan relación con el objeto contractual.

TIEMPO Y DURACIÓN EN CALIDAD DE TRABAJADOR INDEPENDIENTE

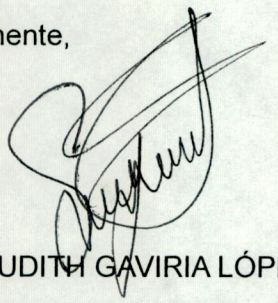
Con el propósito atender a cabalidad con el objeto del contrato como contratista. El tiempo propuesto para el desarrollo de los anteriores alcances es de (2) dos meses contados a partir del acta de inicio.

VALOR

El valor total de la prestación del servicio es: **SIETE MILLONES TRESCIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL PESOS ($7.388.000)**

En caso de requerir información adicional que garantice y respalde esta propuesta no dude en comunicarlo al móvil 3127368551 o al correo electrónico saragavirialopez@gmail.com

Atentamente,



SARA JUDITH GAVIRIA LÓPEZ

CC. 1.007.567.343

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.007.567.343**

GAVIRIA LOPEZ

APELLIDOS

SARA JUDITH

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **07-MAY-2003**

PUERTO BERRIO
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.67	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

13-MAY-2021 PUERTO BERRIO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-0120500-01241874 F-1007567343-20210625 0074776805A 1 54726007

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14797954218

(415)7707212489984(8020) 000001479795421 8

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

IDENTIFICACIÓN

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

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Antioquia 0 5	Puerto Berrío 5 7 9

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GAVIRIA	LOPEZ	SARA	JUDITH

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Antioquia 0 5	Puerto Berrío 5 7 9

41. Dirección principal: CL 14 # 12 47

42. Correo electrónico: sg525306@gmail.com

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

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
0 0 1 0	2 0 2 1 0 6 0 1	4 7 7 1	2 0 2 1 0 1 0 6					

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	2	0																								

20- Obtención NIT

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

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2021-11-19 / 05:32:06PM

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 GAVIRIA LOPEZ SARA JUDITH

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

CERTIFICADO DE LEGALIDAD Y VIGENCIA DEL RUT (REGISTRO UNICO TRIBUTARIO)

SARA JUDITH GAVIRIA LÓPEZ, identificado con cédula de ciudadanía N.º **1007567343** de Puerto Berrio, domiciliado en la ciudad de **Puerto Berrio** con dirección de residencia **Calle 14 #12-47**, manifiesto bajo la gravedad del juramento **que la información suministrada en el RUT no presenta cambios ni actualizaciones,** por lo tanto, la documentación allí registrada se encuentra vigente y es apta para contratar con el municipio de **PUERTO BERRIO** - Antioquia.

En el mismo sentido, autorizo a ser notificado en caso de requerirse al correo electrónico o dirección física allí registrados.

Dado en el Municipio de Puerto Berrío, Antioquia a los 23 días, del mes octubre de 2026.

CC 1007567343 **DE** Puerto Berrio Ant

FORMATO COMPLETO

Libertad y Orden

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Gaviria	Lopez	Sara Judith

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1007567343	F ⊗ M ○ NB ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 07 MES 05 AÑO 2003	CALLE 14 12 47 PATIO BONITO			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	ANTIOQUIA
DEPTO	ANTIOQUIA	MUNICIPIO	PUERTO BERRÍO		
MUNICIPIO	PUERTO BERRÍO	TELÉFONO	3193490939	EMAIL	saragavirialopez@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO		BASICA SECUNDARIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	2019
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

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

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO

FORMATO COMPLETO

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 FRANCY ELENA POSADA GAVIRIA			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* PUERTO BERRÍO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3133006886	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	10	*Mes*	01	*Año*	2021	*Día*	29	*Mes*	01	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL 22/2016 ASISTENTE CONTABLE	*DEPENDENCIA* ADM, CONTABLE						*DIRECCIÓN* CARRERA 24 714 172 PUERTO BOYACA					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE PUERTO BERRIO			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA	*MUNICIPIO* PUERTO BERRÍO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 8334873	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	13	*Mes*	06	*Año*	2019	*Día*	20	*Mes*	01	*Año*	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL AAUXILIAR CONTABLE	*DEPENDENCIA* ALCALDIA Y SECRETARIA DE HACIENDA						*DIRECCIÓN* CARRERA 5A 50 11 PALACIO MUNICIAPL					

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 COMPLETO

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	7
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	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 Pto Berrio, 03/07/2026

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Pto Berrio, 08/07/2026

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

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	2026-07-06 15:26

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
SARA	JUDITH	GAVIRIA	LOPEZ

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1007567343

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	PUERTO BERRÍO

Lugar de domicilio					
País	COLOMBIA	Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	PUERTO BERRÍO

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 PUERTO BERRIO

Lugar de sede					
País	COLOMBIA	Departamento	ANTIOQUIA	Municipio	PUERTO BERRÍO

Dirección	["carrera 5ª Nº 50-11"]
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	$30.000.000,00
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$30.000.000,00

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	$500.000,00

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
JUAN	ESTEBAN	LOPEZ	SALAZAR

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 1039692082

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:

FRANCY ELENA POSADA GAVIRIA

Contadora Pública

Asesorias Contables y Tributarias, Contabilidad sistematizada, Revisorias Fiscales, Auditorias, Consultorias.

De acuerdo a la obligación Art. 57 Ordinal 7 del Código Sustantivo De Trabajo

CERTIFICO QUE:

Que la Señora ***SARA JUDITH GAVIRIA LÓPEZ*** *identificada con Cedula de Ciudadanía No. 1.007.567.343 de la Puerto Berrio (Antioquia), labora en esta empresa desde el 10 de Enero del 2021, desempeñando el cargo de Auxiliar Contable y Administrativa, devengando un salario mensual de $ 1.350.000, con contrato a término indefinido.*

Se expide a solicitud de la interesada, a los veintinueve días (29) del mes de Enero del 2021.

FRANCY ELENA POSADA GAVIRIA
C.C. # 24.714.172 Dorada-Caldas

CARRERA 3A 18-31 CEL 3127095908 - 7384212
EMAIL: jafra20@yahoo.es
PUERTO BOYACÁ - BOYACÁ

PUERTO BERRÍO
VIBRA CON EL PROGRESO

ALCALDÍA MUNICIPAL
NIT 890.980.049-3

24.07.09

Puerto Berrío, 9 de junio de 2021

LA SUSCRITA SECRETARIA DE HACIENDA DEL MUNICIPIO
DE PUERTO BERRIO, ANTIOQUIA

HACE CONSTAR:

Que atendiendo lo establecido en el CONVENIO DE PRÁCTICA EMPRESARIAL ESTUDIANTIL E INSTITUCIONAL No. 060 celebrado entre el CETELI y la Alcaldía Municipal de Puerto Berrío, Antioquia, con fecha 13 de junio de 2019, la Estudiante (para la época), SARA JUDITH GAVIRIA LÓPEZ, portadora de la Tarjeta de Identidad No. 1.007.567.343 expedida en Puerto Berrío, tuvo asignada como centro de prácticas la Secretaría de Hacienda del Municipio.

Perfil de la Estudiante: Auxiliar Contable y Financiera
Horas de Práctica: 600
Fecha de Prácticas: 13/06/2019 al 20/01/2020

La estudiante desempeñó las actividades encomendadas con eficiencia, compromiso y oportunidad.

La presente constancia se expide a solicitud verbal de la interesad y se expide para los fines pertinentes.

BEATRIZ ELENA ÁLVAREZ HERNÁNDEZ
Secretaria de Hacienda y Crédito Público
hacienda@puertoberrio-antioquia.gov.com
Dirección: Carrera. 5ª Cale 50-11 Palacio Municipal
Teléfono (4) 833 4873

ELABORÓ	REVISÓ BEAH	APROBÓ BEAH
Musmed Morales Vargas	Beatriz Elena Álvarez Hernández	Beatriz Elena Álvarez Hernández

Escaneado con CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

CORPORACIÓN DE EDUCACIÓN LA INMACULADA "CETELI"

Institución de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Con autorización oficial según Resolución 4777 del 11 de febrero de 2010
y Registro de programas según Resolución 2017060040719 del 10 de febrero de 2017
por la Secretaria de Educación para la cultura de Antioquia.

CONFIERE A:

Sara Judith Gaviria López

Identificado(a) con *T.I* : 1.007.567.343 de Puerto Berrío, Antioquia

EL CERTIFICADO DE:

TÉCNICO LABORAL DE AUXILIAR CONTABLE Y FINANCIERO

Por haber terminado satisfactoriamente los estudios correspondientes al nivel de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano Y alcanzado las Competencias laborales necesarias para este, reglamentadas en el decreto 2888 del 31 de julio de 2007; con una intensidad de 960 horas teórico-prácticas

Anotado al Folio No. 062 del libro de registros No. 01 Numeral: 06

CETELI

Martha Ruiz V.

Directora

CETELI

Hilaria Rodríguez G.

Secretaria General

Dado en el Municipio de Puerto Berrío a los *19* días del mes de *Octubre* de *2019*

La República de Colombia

y en su nombre la

Institución Educativa
Escuela Normal Superior del Magdalena Medio

Puerto Berrío - Antioquia

Aprobada por la Secretaría de Educación Departamental mediante Resolución No. 19146 del 20 de diciembre de 2002 y con Acreditación de Calidad y Desarrollo del Ministerio de Educación Nacional según Resolución No. 9173 de agosto 8 de 2012 y Resolución Departamental No. 122830 de agosto 26 de 2014 por medio de la cual se aclara la Jornada aprobada por acto administrativo,

Confiere a

Sara Judith Gaviria López

Identificado(a) con T.I. No. 1.007.567.343 Expedida en Puerto Berrío

El Título de

Bachiller Académico

Con profundización en el campo de la Educación y la Formación Pedagógica

Por haber culminado la Educación Media Académica y haber cumplido con todos los requisitos de promoción adoptados por el establecimiento educativo en su Proyecto Educativo Institucional de acuerdo con la ley y las normas vigentes.

Rector,

I.E. ESCUELA NORMAL SUPERIOR DEL MAGDALENA MEDIO

Luis Fernando Perea Marrero
C.C. 14.238.618 de Ibagué

Registrado para efectos legales de conformidad con el Decreto Nacional No. 921 del 6 de mayo de 1994 en el

Libro de Actas de Graduación No. 02 Acta General No. 02

Folio No. 61 No. de Orden 10

Dado en Puerto Berrío, a 27 de Noviembre del año 2019

Escaneado con CamScanner

NIT 901187413-1

SEDE PRINCIPAL
Dir: Cra 5 # 48-03 Barrio el Hoyo
Cel: 322 637 9091 - Tel: 604 833 0595
Correo: ipssaludintegralpreventiva1@gmail.com

SEDE LABORAL
Dir: Calle 50 # 6-49 Barrio Centro
Cel: 313 391 2173
Correo: laboralsaludintegralpreventiva@gmail.com

Puerto Berrio, Antioquia



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 32.718

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
07 DÍA	07 MES	2026 AÑO	PUERTO BERRÍO (ANTIOQUIA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE PRE-INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PARTICULARES 2026	PARTICULARES

CIIU (Actividad Económica) del empleador: **SIN REGISTRAR**

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

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
GAVIRIA LOPEZ SARA JUDITH	FEMENINO	23 AÑOS 2 MESES 0 DÍAS	CC (Tipo)	1007567343 (Número)

Cargo: **CONTRATISTA**

EPS	AFP	ARL
LA NUEVA EPS	NO REFIERE	NO REFIERE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)

Observaciones: *APTA MEDICAMENTE PARA EL CARGO*

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

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	✓	EXAMEN OCUPACIONAL ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
		CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SE ENTREGA AL TRABAJADOR LA INFORMACIÓN DE LOS RESULTADOS, PRUEBA O VALORACIONES COMPLEMENTARIAS OCUPACIONALES

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

Médico

Firma: Carmona Castrillon ESP SST 2021060130687

Nombre: CC: 71189980 - RAMIRO ALEXANDER CARMONA

R. M.: 5-7187-11 L.S.O.: 2021060130687

Código de Seguridad R365X1D32718

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: GAVIRIA LOPEZ SARA JUDITH

CC: 1007567343

Puerto Berrío, 23 de octubre de 2026

Señor
ROBINSON ALBERTO BAENA ZULUAGA
Alcalde Municipal
Municipio de Puerto Berrío

Asunto: Autorización consulta inhabilidades por delitos sexuales contra menores de edad

Respetado señor:

El (la) suscrito(a) SARA JUDITH GAVIRIA LÓPEZ identificado con C.C. No. 1.007.567.343 expedida en Puerto Berrío -Antioquia, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018, reglamentada por el Decreto 753 de 2019, a la Alcaldía Municipal de Puerto Berrío con NIT. 890980049-3, a consultar mis datos personales en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra personas menores de edad que administra el Ministerio de Defensa-Policía Nacional de Colombia, de manera previa a mi eventual vinculación contractual y, de llegarse a formalizar, cada cuatro (4) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

Firma: _____

Nombre: Sara Judith Gaviria

C.C.: 1007567343

CERTIFICADO DE NO ESTAR INCURSO EN INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

SARA JUDITH GAVIRIA LÓPEZ identificada con cédula de ciudadanía Nº 1.007.567.343 de Puerto Berrío, Antioquia domiciliado en la ciudad de Puerto Berrío, Antioquia manifiesto bajo la gravedad del juramento **no estar incurso en las causales de inhabilidad e incompatibilidad** establecidas en la Constitución y la Ley, para celebrar contrato de prestación de servicios con el municipio de **PUERTO BERRIO** - Antioquia.

Dado en el Municipio de Puerto Berrío, Antioquia a los 23 días, del mes de octubre, de 2026.

C.C 1007567343 de Puerto Berrio Ant.

CIUDAD: Puerto Berrío
FECHA: 23/10/2026

AUTORIZACIÓN PARA PAGOS ELECTRONICOS	TIPO DE NOVEDAD		
	1	INSCRIPCIÓN INICIAL	X
	2	CAMBIO N.º DE CUENTA	
	3	MODIFICACIÓN OTROS DATOS	

IDENTIFICACIÓN				
CC/NIT 1.007.567.343	DV	NOMBRE SARA JUDITH GAVIRIA LÓPEZ		
DIRECCIÓN BARRIO GAITAN		TELEFONO 3127368551	º FAX	EMAIL Saragavirialopez@gmail.com

IDENTIFICACIÓN DE LA CUENTA EN LA CUAL AUTORIZA EL PAGO			
ENTIDAD FINANCIERA	CUENTA DE AHORROS	X	NUMERO DE LA CUENTA
BANCOLOMBIA	CUENTA CORRIENTE		16300000221

FIRMA DEL TITULAR DE LA CUENTA



C.C. 1.007.567.343

ANEXOS 1) CERTIFICADO DE LA CUENTA BANCARIA AUTORIZADA PARA PAGO, EXPEDIDA POR LA ENTIDAD FINANCIERA.

Certificación Bancaria

Bancolombia

Puerto Berrio, 6 de Julio de 2026.

Señor

A quien pueda Interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que SARA JUDITH GAVIRIA LOPEZ identificado(a) con CC No. 1007567343 a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Nombre Producto	Número Producto	Fecha Apertura (aaaa/mm/dd)	Estado
CUENTA AHORROS PLAN BASICO	16300000221	2020/03/02	A ACTIVA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario

* **Importante:** Esta constancia solo hace referencia al producto mencionado anteriormente.
*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: En Bogotá (601) 343 0000, Medellín (604) 510 9000, Cali (602) 554 0505, Barranquilla (605) 361 8888, Bucaramanga (607) 697 2525, Cartagena (605) 693 4400, Resto del país 018000912345.
Sede principal Carrera 48 # 26-85 Torre Norte. Medellín – Colombia

nueva eps

CERTIFICA QUE:

El(La) señor(a) SARA JUDITH GAVIRIA LOPEZ identificado con CC 1007567343 cabeza de familia se encuentra afiliado(a) a nuestra EPS.

Los siguientes son los datos básicos de dicha afiliación:

Fecha de Activación de Servicios:	10/04/2023
IPS Cotizante:	IPS SALUD ANTIOQUIA LTDA
Categoría:	A
Estado:	ACTIVO

Beneficiarios	Identificación	IPS	Tipo Afiliado	Inicio Vig.	Estado
ANA LUCIA LOPEZ GAVIRIA	RC 1039709869	IPS SALUD ANTIOQUIA LTDA	BENEFICIARIO	17/11/2025	ACTIVO

La presente solicitud se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en QUIEN , a los 23 días del mes de octubre del año 2026.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

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:

SARA JUDITH GAVIRIA LOPEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.007.567.343**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 23 de Octubre del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.