115

Apartadó, 29 de octubre de 2026

SEÑORES

**INSTITUTO MUNICIPAL DE CULTURA Y CULTURA CIUDADANA DE APARTADÓ, ANTIOQUIA - IMCCA**

De manera atenta me permito someter a consideración del Instituto, propuesta para la celebración de un Contrato de Prestación de Servicios, de acuerdo con las siguientes condiciones:

OBJETO: "PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO GESTOR PARA EL DESARROLLO DE ESTRATEGIAS PEDAGÓGICAS, COMUNITARIAS Y COMUNICACIONALES EN MATERIA DE CULTURA CIUDADANA Y MOVILIDAD SEGURA EN EL MARCO DEL PROYECTO MOVILIDAD AMIGABLE EN EL MUNICIPIO DE APARTADÓ.

VALOR: Hasta por la suma total de DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS ($2.500.000) M/CTE) incluidos impuestos, tasas, contribuciones, costos directos e indirectos a que haya lugar.

TIEMPO: UN (1) MES.

Igualmente, manifiesto bajo la gravedad de juramento, que no me encuentro dentro de las causales de inhabilidades e incompatibilidades, del orden constitucional o legal, para la suscripción de contratos con la administración pública; que conozco y acepto los términos contenidos en los estudios previos, así como la designación de los riesgos derivados del mismo.

Cordialmente,

NOMBRE: YAIRY LEUDO CORDOBA

C.C 1040366468


CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.040.366.468

Apellidos
LEUDO CORDOBA

Nombres
YAIRY

Nacionalidad
COL

Estatura
1.69

Sexo
F

Fecha de nacimiento
16 DIC 1991

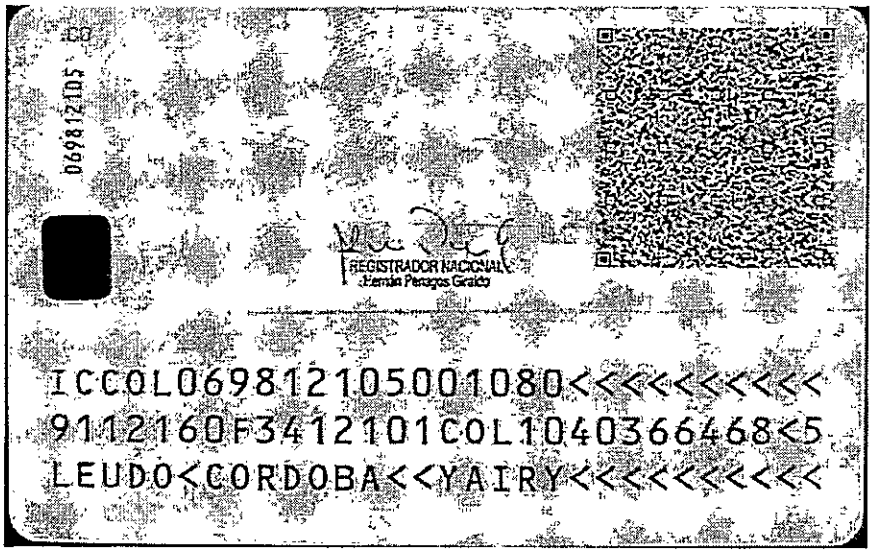
G.S.
O+

Lugar de nacimiento
CAREPA (ANTIOQUIA)

Fecha y lugar de expedición
02 FEB 2010 CAREPA

Firma

Fecha de expiración
10 DIC 2034


CO

0698121D5

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL0698121050010800<<<<<<<<<<<
9112160F3412101COL1040366468<5
LEUDO<CORDOBA<<YAIRY<<<<<<<<<<

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario 141188472896

(415)7707212489984(8020) 000014118847289 6

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 0 4 0 3 6 6 4 6 8 | 0 | Impuestos de Medellín | 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 4 0 3 6 6 4 6 8 |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Antioquia 0 5 | Carepa 1 4 7 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| LEUDO | CORDOBA | YAIRY | |

35. Razón social

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

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Antioquia 0 5 | Apartadó 0 4 5 |

41. Dirección principal
BRR OBRERO BL 4 MZ 39 CA 27

42. Correo electrónico yaleco2010@hotmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 1 2 3 8 6 0 8 4 4 | |

## CLASIFICACIÓN

| Actividad económica | | | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | |
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8 2 9 9 | 2 0 2 5 0 6 2 7 | | | | | | |

## 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 | 55. Forma | 56. Tipo | Servicio | 1 | 2 | 3 |
| 54. Código | | | | | | | | | | | | 57. Modo | | | |
| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | | | 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 [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 1 61. Fecha: 2025-06-27 / 08:19:48AM

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 OCHOA MONTERO DIEGO FERNANDO

985. Cargo Analista I

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

**Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales**

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 04:26:03 PM horas del 27/10/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1040366468**

Apellidos y Nombres: **LEUDO CORDOBA YAIRY**

**NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**

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

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

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

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

DIJIN

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

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 martes 27 de octubre de 2026, a las 16:26:34, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 1040366468 |
| Código de Verificación | 1040366468261027162634 |

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.

LUIS MIGUEL MARTINEZ ROMERO
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO
## No. 305491491

PIB
16:26:55


Bogotá DC, 27 de octubre 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) YAIRY LEUDO CORDOBA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1040366468:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

Mario Enrique Castro González
Jefe División de 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.**

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, 27/10/2026 04:30:55 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1040366468** y Nombre: **YAIRY LEUDO CORDOBA.**

## 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. **150419739** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

TIC

# MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

## CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1040366468 **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 27/10/2026 04:57 PM

Código Verificación: **JN84W39P6T**

Válida hasta: **27/01/2027**

---

## Dirección de Gobierno Digital


## MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

## CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 16:32:23 horas del 27/10/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1040366468,** Apellidos y Nombres **LEUDO CORDOBA YAIRY**

**NO REGISTRA INHABILIDAD**

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **IMCCA,** con NIT **890980095-2** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.




© 2026 Policía Nacional de Colombia - Grupo Tecnologías de la Información y las Comunicaciones DIJIN

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

*ENTIDAD RECEPTORA*

## 1 DATOS PERSONALES

| *PRIMER APELLIDO* | *SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)* | *NOMBRES* |
|---|---|---|
| Leudo | Córdoba | Yairy |

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN*: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1.040.366.468 — *SEXO*: F (X) M ( ) — *NACIONALIDAD*: COL. (X) EXTRANJERO ( ) — *PAÍS*: Colombia

*LIBRETA MILITAR*

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

*FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO*

FECHA DÍA 16 MES 12 AÑO 1991

PAÍS Colombia

DEPTO Antioquia

MUNICIPIO Carepa

*DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA*

Blq. 4 Mz. 39 casa 37 B/ Obrero

PAÍS Colombia DEPTO Antioquia

MUNICIPIO Apartadó

TELÉFONO 312 386 0844 EMAIL valeco2010@hotmail.com

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

*EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA*

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

| *EDUCACIÓN BÁSICA* | | | | | | | | | | *TÍTULO OBTENIDO:* Bachiller Académico |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *PRIMARIA* | | | | | *SECUNDARIA* | | | | *MEDIA* | *FECHA DE GRADO* |
| 1o. | 2o. | 3o. | 4o. | 5o. | 6o. | 7o. | 8o. | 9o. | 10 | MES 12 AÑO 2010 |
| | | | | | | | | | X | |

*EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)*

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

**TC** (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
**ES** (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),

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

| *MODALIDAD ACADÉMICA* | *No. SEMESTRES APROBADOS* | *GRADUADO SI* | *GRADUADO NO* | *NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO* | *TERMINACIÓN MES* | *TERMINACIÓN AÑO* | *No. DE TARJETA PROFESIONAL* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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

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

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

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

*EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE*

| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| | | | |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| | | |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| | DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO |

| *CARGO O CONTRATO ACTUAL* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| | | |

*EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR*

| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| IMCCA | X | | Colombia |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| Antioquia | Apartadó | |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| 322 670 96 97 | DÍA 1,6 MES 0,1 AÑO 2,0,2,6 | DÍA 1,5 MES 0,9 AÑO 2,0,2,6 |

| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| Agente pedagógico de transito | Movilidad | Apartadó |

*EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR*

| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| IMCCA | X | | Colombia |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| Antioquia | Apartadó | |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| 322 670 96 97 | DÍA 2,1 MES 0,8 AÑO 2,0,2,5 | DÍA 1,5 MES 1,1 AÑO 2,0,2,5 |

| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| Agente pedagógico de transito | Movilidad | Apartadó |

*EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR*

| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| Aseo y sostenimiento S.A.S | | X | Colombia |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| Antioquia | Medellin | aysmedellin@ayssa.com.co |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| 448 4850 | DÍA 1,5 MES 0,4 AÑO 2,0,2,4 | DÍA 1,6 MES 0,4 AÑO 2,0,2,5 |

| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| Servicios generales | Administrativo | El poblado |

**NOTA:** SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA .

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 4 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* | | |
| *EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO* | | 12 |
| *TRABAJADOR INDEPENDIENTE* | | 12 |
| ***TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA*** | | 24 |

## 5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

*Ciudad y fecha de diligenciamiento* APARTADÓ ANTIOQUIA 28/10/2026

YAIRY IRUSO CORDOBA

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

## 6 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*

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 | 2026-10-27 17:10 |
|---|---|---|---|

| Nombres y apellidos completos | | | |
|---|---|---|---|
| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
| YAIRY | | LEUDO | CORDOBA |

Documento de identificación

| Tipo | CEDULA DE CIUDADANIA | Número | 1040366468 |
|---|---|---|---|

Lugar de nacimiento

| País | COLOMBIA | Departamento | ANTIOQUIA | Municipio | CAREPA |
|---|---|---|---|---|---|

Lugar de domicilio

| País | COLOMBIA | Departamento | ANTIOQUIA | Municipio | APARTADÓ |
|---|---|---|---|---|---|

| 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 | INSTITUTO MUNICIPAL DE CULTURA Y CIUDADANIA DE APARTADO ANTIOQUIA |
|---|---|

Lugar de sede

| País | COLOMBIA | Departamento | ANTIOQUIA | Municipio | APARTADÓ |
|---|---|---|---|---|---|

| Dirección | ["CARRERA 100 96 06 Segundo piso"] |
|---|---|

| 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 | $9.000.000,00 |
| Cesantías e intereses de cesantías | $0,00 |
| Gastos de representación | $0,00 |
| Arriendos | $0,00 |
| Honorarios | $0,00 |
| Otros ingresos y rentas | $0,00 |
| TOTAL | $9.000.000,00 |

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 |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

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 [ ] No [X]

Los intereses personales de mi cónyuge o compañero o compañera permanente son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [ ]

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

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

| |
|---|
| |

## 2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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:

| |
|---|
| |

La República de Colombia

El Ministerio

# La Institución Educativa San Pedro Clave

Otorga el Título de

# Bachiller Académico

## Yairis Leudo Cordoba

Rector

Héctor Hernández Palacios

Secretaria Académica

Haydee Arias Carrillo

Antioquia, 4 de Diciembre 2020

REGIONAL DISTRITO CAPITAL

## EL CENTRO DE TECNOLOGÍAS DEL TRANSPORTE

# CERTIFICA

Que YAIRY LEUDO CORDOBA identificado(a) con Cedula de Ciudadania No 1.040.366.468 de , realizó y aprobó el curso de IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO con una intensidad horaria de Cincuenta (50) y obtuvo una evaluación Apto (A) con una equivalencia de (4.5).

Equivalencia de Evaluaciones:

D: Reprobó
A: Aprobó

Se expide en Bogotá, a los veinte (20) días del mes de junio de dos mil diecisiete (2017)

Firmado Digitalmente por
WILLIAM DARIO RIANO BARON
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

WILLIAM DARIO RIAÑO BARON
Subdirector CENTRO DE TECNOLOGÍAS DEL TRANSPORTE
REGIONAL DISTRITO CAPITAL



La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9213001420621CC1040366468E.

REGIONAL DISTRITO CAPITAL

## EL CENTRO DE SERVICIOS FINANCIEROS

# CERTIFICA

Que YAIRY LEUDO CORDOBA identificado(a) con Cedula de Ciudadania No 1.040.366.468 de , realizó y aprobó el curso de CONTABILIDAD BÁSICA con una intensidad horaria de Cuarenta (40) y obtuvo una evaluación Apto (A) con una equivalencia de (4.5).

Equivalencia de Evaluaciones:

D: Reprobó
A: Aprobó

Se expide en Bogotá, a los veinticinco (25) días del mes de abril de dos mil diecisiete (2017)

Firmado Digitalmente por
JORGE ALBERTO BETANCOURT RODRIGUEZ
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

JORGE ALBERTO BETANCOURT RODRIGUEZ
SUBDIRECTOR CENTRO DE SERVICIOS FINANCIEROS
REGIONAL DISTRITO CAPITAL



La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9405001408197CC1040366468E.

REGIONAL ANTIOQUIA

## EL COMPLEJO TECNOLOGICO AGROINDUSTRIAL, PECUARIO Y TURISTICO

# CERTIFICA

Que YAIRY LEUDO CORDOBA identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No 1.040.366.468 de , realizó y aprobó el curso de BASICO DE ARCHIVO con una intensidad horaria de Treinta (30) y obtuvo una evaluación Apto (A) con una equivalencia de (4.5).

Equivalencia de Evaluaciones:
D: Reprobo
A: Aprobo

Se expide en Apartadó, a los veintinueve (29) días del mes de septiembre de dos mil diez (2010)

Firmado Digitalmente por
ELKIN HUMBERTO GRANADA JIMENEZ
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

ELKIN HUMBERTO GRANADA JIMENEZ
SUBDIRECTOR COMPLEJO TECNOLOGICO AGROINDUSTRIAL, PECUARIO Y TURISTICO
REGIONAL ANTIOQUIA



La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9504001275O4CC1040366468E.

# La Universidad Católica de Oriente




Hace constar que:

## Yairy Leudo Córdoba

Con documento de identidad No.

**1040366468**

Participó del Curso:

## Manipulación segura de alimentos

Con una intensidad de 20 Horas

Fecha de fin: junio 20 de 2025

Anotado en libro de registro de Certificados en el Folio No.2403 – Registro No. 63257, el 24 de junio de 2025

**SANTIAGO VALLEJO GIRALDO**
Líder - Centro de educación permanente
Universidad Católica de Oriente
Acreditación Institucional en Alta Calidad
Resolución 008912 29/05/2023 M.E.N. -Vigilada Mineducación

Servicio Público de Empleo

UCO Universidad Católica de Oriente Vigilada Mineducación

comfama

Vigilado Supersubsidio

MUNICIPIO DE APARTADÓ
DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA

IMCCA

**EL INSTITUTO MUNICIPAL DE CULTURA Y CIUDADANÍA DE APARTADÓ - IMCCA**

**CERTIFICA QUE:**

Verificados los archivos contractuales que reposan en nuestra entidad, se encontró que la señora **YAIRY LEUDO CORBOBA**, identificada con cedula de ciudadanía **No. 1.040.366.468** prestó sus servicios de la siguiente manera:

**CONTRATO**: CPS–007–2026

**OBJETO DEL CONTRATO:** PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA EL DESARROLLO DE ESTRATEGIAS PEDAGÓGICAS, COMUNITARIAS Y COMUNICACIONALES EN MATERIA DE CULTURA CIUDADANA Y MOVILIDAD SEGURA EN EL MARCO DEL PROYECTO MOVILIDAD AMIGABLE EN EL MUNICIPIO DE APARTADÓ

**VALOR DEL CONTRATO:** Veinte millones de pesos **($20.000.000)**

**DURACION:** 8 meses
**FECHA DE INICIO:** 16 de enero de 2026
**FECHA DE TERMINACIÓN:** 15 de septiembre de 2026

Se expide a solicitud del interesado el día 27 de octubre del 2026.

Cordialmente,

**LUISA FERNANDA GARCIA GAVIRIA**
Subdirectora Administrativa y financiera
Instituto Municipal de Cultura y Ciudadanía de Apartadó- Antioquia IMCCA

imcca.apartado

30579861

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

**No.Radicación: 729380**

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

FECHA DE RADICACIÓN: 27 | 10 | 2026

## I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI [ ] NO [X]
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]
7. CÓDIGO: A1768

## A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO: LEUDO | SEGUNDO APELLIDO: CORDOBA | PRIMER NOMBRE: YAIRY | SEGUNDO NOMBRE:

9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: RC [ ] MS [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] SC [ ] CC [X] AS [ ] PT [ ]
10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1040366468
11. SEXO BIOLÓGICO: X (M)
12. SEXO IDENTIFICACIÓN: X (M) | T [ ] | NB [ ] | Otro [ ] | Cual?
13. NACIONALIDAD: COLOMBIA
14. LUGAR DE NACIMIENTO: COLOMBIA | ANTIOQUIA | CAREPA | MUNICIPIO
15. FECHA NACIMIENTO: 16 | 12 | 1990

### III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA: 6
17. COMUNIDAD INDÍGENA: 1
18. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [X] | CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD: [ ]
19. TIENE SISBEN? SI [ ] NO [X] | 20. CLASIFICACIÓN SISBEN: [ ] | NIVEL: [ ] | GRUPO: [ ]
21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL: [ ]
22. ARL: SURA
23. AFP: PROTECCIÓN
24. IBC: $1,750,905.00
25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: $0.00
26. RESIDENCIA | DIRECCIÓN: MZ 39 CASA 27 BR OBRERO BLOQUE 4
TELÉFONO FIJO:
TELÉFONO CELULAR: 3123860844
CORREO ELECTRÓNICO: yaleco2010@hotmail.com
DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA
MUNICIPIO/ DISTRITO: APARTADO
LOCALIDAD/COMUNA:
ZONA: CABECERA MUNICIPAL [X] | CENTRO POBLADO [ ] | RURAL DISPERSO [ ] | RESTO RURAL [ ]
IPS: 6358

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

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

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

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

| | 35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS | 36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 37. NÚMERO DE IDENTIDAD | 38. NACIONALIDAD | 39. SEXO BIOLÓGICO F / M | 40. SEXO IDENTIFICACIÓN F / M / T / NB / Otro? | 41. LUGAR DE NACIMIENTO PAÍS / DEPART. / MUNICIPIO | 42. FECHA DE NACIMIENTO DÍA / MES / AÑO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 31 | | | | | | | | |
| 32 | | | | | | | | |
| 33 | | | | | | | | |
| 34 | | | | | | | | |
| 35 | | | | | | | | |

| | Datos complementarios del Beneficiario 43. PARENTESCO | 44. ETNIA | 45. DISCAPACIDAD | 46. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL | 47. TIENE SISBEN? SI / NO | 48. CLASIFICACIÓN SISBEN NIVEL / GRUPO | 49. DISCAPACIDAD SI / NO | 50. TRATAMIENTO PERMANENTE SI / NO | 51. Datos de residencia DEPARTAMENTO | MUNICIPIO/ DISTRITO | ZONA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 31 | | | | | | | | | | | |
| 32 | | | | | | | | | | | |
| 33 | | | | | | | | | | | |
| 34 | | | | | | | | | | | |
| 35 | | | | | | | | | | | |

| | TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR | 53. VALOR DE LA UPC DEL AFILIADO ADICIONAL | DIRECCIÓN | LOCALIDAD/ COMUNA | CORREO ELECTRÓNICO | 54. IPS | 54. CÓDIGO DE LA IPS (A DESIGNAR POR LA EPS) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 31 | | | | | | | |
| 32 | | | | | | | |
| 33 | | | | | | | |
| 34 | | | | | | | |
| 35 | | | | | | | |

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

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

## B. REPORTE DE NOVEDADES

58. 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. INSCRIPCIÓN 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 REGIMEN
B) DIFERENTE RÉGIMEN
16. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]
21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]

### VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: TI [ ] CC [ ] CE [ ] RC [ ] CD [ ] PT [ ]
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:
62. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ]
63. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] | Cual?
64. FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO
65. EPS ANTERIOR:
66. FECHA DE NOVEDAD: 28 | 10 | 2026
67. MOTIVO DE TRASLADO Código:
68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O FONDO 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. [ ]
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad [ ]
72. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
73. Autorización para que la EPS acceda 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 en la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [ ]
75. Autorizo para que la EPS realice el manejo de los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [X]
76. a). Autorizo mi consentimiento explícito para que Nueva EPS establezcan comunicación a través de SMS, EMAIL, Pagina Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos. [ ]
b). Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE) [ ]
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. [ ]
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y los tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente. [ ]

### VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: TI [ ] CC [ ] CE [ ] SC [ ] CD [ ] PT [ ]
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

### IX. FIRMAS

80. El cotizante / cabeza de familia, beneficiario o afiliado adicional: Yairy
81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

### X. ANEXOS

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

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

92. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL: Código del Municipio: [ ] | Código del departamento: [ ]
93. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN:

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

94. APELLIDOS Y NOMBRES
Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC [ ] CE [ ] SC [ ] TI [ ] CD [ ] PT [ ]
Número del documento de identidad:
95. FIRMA DEL FUNCIONARIO:
96. FECHA DE RADICACIÓN: DÍA | MES | AÑO
97. FECHA DE VALIDACIÓN: DÍA | MES | AÑO

OBSERVACIONES:

VERSIÓN SUPERSALUD

# 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, YAIRY LEUDO CORDOBA identificado (a) con R.C. | T.I. | C.C. | C.E.C.C S.C. | C.D. | P.E. | P.T.
número 1040366468 de CAREPA, 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? | SI☐ 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? | SI☐ No☐ |
| 3 | ¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente? | SI☐ No☐ |
| 4 | ¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS? | SI☐ No☐ |
| 5 | ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS? | SI☐ No☐ |

Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al teléfono celular No. 3123860844
y/o correo electrónico: yaleco2010@hotmail.com
SI☐ No☐
Autorizo la entrega de la carta de Derechos y Deberes del Afiliado y carta de Desempeño, en formato electrónico. SI☐ 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,
Firma: Yairy L
Tipo ID: CC No. ID: 1040366468
Fecha de Solicitud: 27/10/2026
Dirección: MZ 39 CASA 27 BR OBRERO BLOQUE 4
Tel: 3123860844 Municipio: APARTADO
Departamento: ANTIOQUIA
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 está expresamente prohibido o no haya sido autorizado.
• Solicitar prueba de la autorización otorgada al responsable del tratamiento, salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el tratamiento, de conformidad con lo previsto en el artículo 10 de la Ley 1581 de 2012.
• Ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento, previa solicitud, con respecto del uso que le ha dado a los datos personales.
• Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
• Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. La revocatoria y/o supresión procederá cuando la Superintendencia de Industria y Comercio haya determinado que en el tratamiento el responsable o encargado han incurrido en conductas contrarias a esta ley y a la constitución.
En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o complementen, le informamos que usted puede conocer la política de tratamiento de los datos personales de NUEVA EPS S.A., a través de los siguientes mecanismos que ponemos a su disposición:

Sitio web: www.nuevaeps.co
**Régimen Contributivo:**
Línea Gratuita: 01 8000 954400
Línea de atención en Bogotá: (601) 307 7022
**Régimen Subsidiado:**
Línea Gratuita: 01 8000 95 2000
Línea de atención en Bogotá: (601) 307 7051
Oficinas de atención al afiliado de NUEVA EPS S.A.
Conmutador: (601) 419 3000
Dirección Administrativa: Carrera 85k No 46A – 66 Piso 2

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

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

| ACTIVIDAD ECONÓMICA | ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES | ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES | INGRESO BASE DE COTIZACION | POSEE VIVIENDA PROPIA | SI | X | PRODUCTOR AGROPECUARIO | SI | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| INDEPENDIENTE | SURA | PROTECCIÓN | $1750905 | | NO | | | NO | X |

| Nivel de Escolaridad | | | | | | | | | Posición Ocupacional | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Ninguno | ☐ | Secundaria | ☐ | Normalista | ☐ | Profesional | X | Doctorado | ☐ | Patrón/Empleador | ☐ | Contratista | X | Trabaja por su Cuenta | ☐ |
| | Preescolar | ☐ | Media académica o clásica (bachillerato básico) | ☐ | Técnica Profesional | ☐ | Especialización | ☐ | Último Grado | | Inicio Contrato | 28/10/2026 | | | Fin Contrato | |
| | Básico Primaria | ☐ | Media técnica (bachillerato básico) | ☐ | Tecnológica | ☐ | Maestría | ☐ | Aprobado | | | | | | | |

SEÑOR USUARIO: TRABAJADOR INDEPENDIENTE O CONTRATISTA, RECUERDE REPORTAR LA NOVEDAD DE RETIRO EN LA PLANILLA DE PAGO A PARTIR DEL MOMENTO QUE DECIDA NO CONTINUAR CON LOS SERVICIOS DE SALUD. EL NO HACERLO LE GENERA MORA, LA CUAL TENDRÁ VIGENCIA HASTA EL MOMENTO EN EL QUE REPORTE SU RETIRO AL SISTEMA, DECRETO 806 ART 57 DE 1998 Y ART. 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 | CODIGO ASESOR o PROMOTOR | Nombre de OFICINA | |
|---|---|---|---|
| Jose Alberto Marquez Ortega | A1768 | | CIUDAD Y FECHA |

porvenir
sólo hay uno

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.**
**En su condición de administradora del**
**FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR**
NIT 800.144.331-3

# CERTIFICA QUE:

**YAIRY LEUDO CORDOBA,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.040.366.468,** se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.**

La presente certificación se expide el 27 de Octubre del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

IPS Prosalud
Servimos para tu bienestar

# CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

**ID: 94279**



**Fecha de apertura:** 2025-07-22 07:22:04
**Fecha de cierre:** 2025-07-22 08:22:41
**Lugar:** Apartadó - Antioquia
**Empresa:** 1040366468-0 YAIRY LEUDO CORDOBA
**Actividad económica:**
**Cargo:** Gestor de movilidad **Área de trabajo:** Movilidad
**La Empresa aporta perfiles ocupacionales:** No
**Examen Médico:** Evaluación Médica de Pre-ingreso

## INFORMACIÓN GENERAL

**Nombre completo:** Yairy Leudo Cordoba
**Identificación:** CC 1040366468
**Fecha nacimiento:** 1991-12-16 (Carepa - Antioquia - Colombia)
**Edad:** 33 Años
**Género:** Femenino
**Estado civil:** Soltero (a)
**Lugar de residencia:** Apartadó - Antioquia
**Teléfono:** 3123860844
**Dirección de residencia:** OBRERO BLQ 4, MZN 39, C27
**Correo:** yaleco2010@hotmail.com
**Entidad Promotora de Salud (EPS):**Nueva EPS
**Administradora de Riesgos Laborales (ARL):**No refiere
**Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP):**Porvenir

El teléfono y correo del paciente se encuentra actualizados de acuerdo a los última información suministrada por el mismo, para efectos de un contacto oportuno ante cualquier eventualidad

## LABORATORIOS:

No se realizo ayudas clínicas.

## PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

No se realizo ayudas paraclínicas.

## INMUNIZACIONES:

No trae el carnet de vacunas.

## CONCEPTO

Sin restricciones para: Trabajo osteomuscular.

## RESTRICCIONES

Sin restricciones.

## REMISIONES

Nutrición (EPS).

## RECOMENDACIONES GENERALES:

Usar los elementos de protección personal (EPP) en caso de aplicar, Aplicar el autocuidado y la higiene postural, Reportar los riesgos de su puesto de trabajo, Asistir a evaluaciones médicas periódicas de salud ocupacional.

## OTRAS RECOMENDACIONES:

Modificar hábitos alimentarios, Realizar ejercicio físico 1 hora 5 veces por semana

## SE DEBE INGRESAR AL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA (SVE)

Los SVE se establecen según los factores de riesgos asociados al cargo.
Visual, Psicosocial, Desordenes musculoesqueleticos.

## OBSERVACIONES:

Sin observaciones.

## MARCO LEGAL

El presente Certificado Médico Ocupacional se expide en cumplimiento de la normativa vigente aplicable, de conformidad con lo establecido en el Decreto Ley 1295 de 1994, artículo 2; la Resolución 1016 de 1989, artículo 10; y la Resolución 1843 de 2025.

IPS Prosalud
Servimos para tu bienestar

# CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

YARY [illegible]
Firma el aspirante/trabajador

Natalia Albarracin Cabeza
Médico Especialista en Salud Ocupacional
Registro profesional: 5-3964-08 CES Licencia: 2021060074756

Firma electrónica verificada

# Certificación
## Bancaria

Martes, 27 de octubre de 2026

A quien le interese

Bancolombia S.A. se permite informar que YAIRY LEUDO CORDOBA identificado(a) con CC 1040366468, 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 | 00500000929 | 2020-09-02 | 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: (57-5) 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.

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