PROPUESTA

OBJETIVO

PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA LA ORGANIZACIÓN Y REPORTE DE CORRESPONDENCIA, TRANSCRIPCION DE ACTAS DE SESION, APOYO TECNICO, LOGISTICO Y ASISTENCIAL A LA SECRETARIA GENERAL DEL CONCEJO

PROPONENTE

LAURA KATHERINE GUALDRON VARGAS
CC No 1.100.967.867 de San Gil – Santander

OCTUBRE DE 2026

CONCEJO MUNICIPAL
SAN GIL - SANTANDER
Hr: 8:50 am
No. 1: 27 - 30/10/26
SECRETARIA GENERAL

CONTENIDO

I. ACTIVIDADES A REALIZAR
II. PROPUESTA TÉCNICA Y ECONÓMICA
III. COSTO DEL SERVICIO & TIEMPO

I. ACTIVIDADES A REALIZAR

GENERAL

PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA LA ORGANIZACIÓN Y REPORTE DE CORRESPONDENCIA, TRANSCRIPCION DE ACTAS DE SESION, APOYO TECNICO, LOGISTICO Y ASISTENCIAL A LA SECRETARIA GENERAL DEL CONCEJO

Funciones:

1) Apoyar en las actividades logísticas u operativas necesarias para el óptimo desarrollo de las plenarias en los periodos ordinarios y extraordinarios del Concejo Municipal de San Gil.
2) Apoyar en la solución del imprevisto de tipo logístico u operativo que puedan presentarse en el desarrollo de las plenarias realizadas por la Corporación.
3) Prestar el respectivo cuidado en la conservación de la información magnetofónica de las secciones del Concejo Municipal, para cual se establecerá la forma de entrega de las mismas a la Secretaria General del Concejo.
4) Brindar apoyo a la Secretaria General del Concejo, en la entrega de las citaciones y convocatorias a las sesiones de los Honorables Concejales, cuando deban ser entregadas fuera de la corporación. Y diferentes oficinas privadas o publicas y a los organismos de control de acuerdo a los requerimientos.
5) Coadyuvar a la Secretaria General del Concejo en la realización del inventario de la información magnetofónica de las sesiones del Concejo Municipal.
6) Apoyar a la Secretaria General del Concejo en el archivo documental y archivo de los audios y las respectivas actas.
7) Apoyar en el área de Secretaría General en la transcripción diaria de actas de plenaria de cada periodo de sesiones ordinarias y extraordinarias (Mínimo 2 actas por semana), empleando en su cargo la responsabilidad de escritura y gramática al momento de transcribir las actas.
8) Apoyar en la organización del archivo de actas del Concejo al finalizar cada periodo de sesiones.

9) Cumplir con lealtad las actividades que debe desarrollar en cumplimiento del objeto del contrato.
10) Presentar los informes mensuales de las actividades realizadas al interior del Concejo Municipal.
11) Cumplir como contratista independiente con las obligaciones de seguridad y estampillas contenidas en las normas legales vigentes
12) Las demás actividades administrativas que sean dispuestas por el presidente del Honorable Concejo, siempre que las mismas tenga relación con el objeto de la contratación

II. PROPUESTA TÉCNICA Y ECONÓMICA

Soy una persona con experiencia e idoneidad suficiente para cumplir con el desarrollo, apoyo, organización y gestión de las actividades misionales que se deberán desarrollar en el Honorable Concejo Municipal de San Gil

INFORME DE RESULTADOS: Oportunamente se entregará la cuenta de cobro equivalente al pago resultante de la prestación del servicio.

Las estrategias a utilizar para cumplir los objetivos son:

- Una constante atención que me permita visualizar y ejecutar cualquier tipo de mejora para el desarrollo dentro de las instalaciones del Honorable Concejo Municipal de San Gil.
- Planificar y organizar las actividades a realizar para su respectivo cumplimiento y ejecución.

EJECUCIÓN DEL SERVICIO DE APOYO ADMINISTRATIVO
Honorable Concejo Municipal se San Gil

ADMINISTRACIÓN

La orientación, dirección y ejecución de la prestación del servicio estará a cargo del suscrito, procurando en todo momento el soporte y servicio eficiente al Honorable Concejo Municipal de San Gil.

III. COSTO DEL SERVICIO

El valor del presente contrato se estipula en la suma de **CUATRO MILLONES QUINIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL PESOS MCTE. ($4.558.000)** incluidos impuestos, descuentos, gastos de legalización y retenciones de Ley.

FORMA DE PAGO

LA CORPORACION pagara al contratista dos pagos (02) pagos por el valor de **TRES MILLONES CUATROCIENTOS DIECIOCHO MIL QUINIENTOS PESOS MCTE** ($3.418.500) mes vencido, y requerirá para cada pago certificación de cumplimiento expedida por el supervisor del contrato que la ejercerá la Secretaria del Honorable Concejo Municipal, informe rendido por el Contratista y el Pago de los aportes al sistema de Seguridad Social en salud, pensión Y riesgos.

PLAZO: 1 mes y 15 días.

El citado presupuesto incluye todos los gastos inherentes para el cabal desarrollo de la prestación del servicio.

Cordialmente

Laura Gualdron

LAURA KATHERINE GUALDRON VARGAS
CC No 1.100.967.867

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
Gualdron	Vargas	Laura Katherine

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS. ( ) No. 1100967867

GENERO: F (X) M ( ) NB ( )

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 04 MES 08 AÑO 1995

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: SANTANDER

MUNICIPIO: SAN GIL

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: SANTANDER

MUNICIPIO: SAN GIL

TELÉFONO: EMAIL: lauragualdronvargas@gmail.com

2 FORMACION ACADEMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO			
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		BÁSICA SECUNDARIA			
											FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	2017
										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 ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 IDIOMAS

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

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

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
CONCEJO DE SAN GIL	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
SANTANDER	SAN GIL	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	01	Mes	08	Año	2026	Día	30	Mes	09	Año	2026
3158623178												

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
045-2017 APOYO A LA ADMINISTRA	ADMINISTRATIVO	calle 12#9-52

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
CONCEJO DE SAN GIL	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
SANTANDER	SAN GIL	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	01	Mes	02	Año	2026	Día	05	Mes	06	Año	2026
3158623178												

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
#573 APOYO GESTION CON POBLACI	ADMINISTRATIVO	calle12#9-52

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	2
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

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	OTRO	Fecha de publicación	2026-07-29 13:15

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
LAURA	KATHERINE	GUALDRON	VARGAS

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1100967867

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	SANTANDER	Municipio	SAN GIL

Lugar de domicilio					
País	COLOMBIA	Departamento	SANTANDER	Municipio	SAN GIL

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	CONCEJO DE SAN GIL

Lugar de sede					
País	COLOMBIA	Departamento	SANTANDER	Municipio	SAN GIL

Dirección	["CALLE 12 N 9 51 Frente al Parque Principal"]
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019: Persona natural y jurídica, pública o privada, que presten función pública, que presten servicios públicos respecto de la información directamente relacionada con la prestación del servicio público.

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente mi declaración de bienes y rentas y manifiesto que los únicos bienes y rentas que poseo a la fecha, en forma personal o por interpuesta persona, son los que relaciono a continuación.

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2025 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$0,00

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

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

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

12. 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:

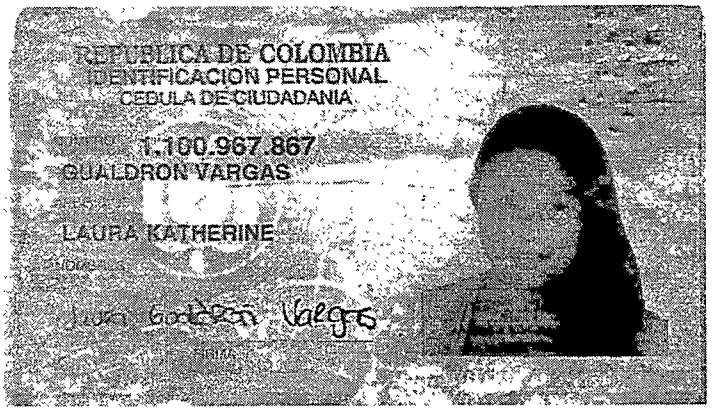
Nombre entidad	Valor

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:


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.100.967.867
GUALDRON VARGAS
LAURA KATHERINE


FECHA DE NACIMIENTO 04-AGO-1995
SAN GIL
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.57
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
23-AGO-2013 SAN GIL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL

San gil, 30 de Octubre DE 2026

Señores
CONCEJO MUNICIPAL DE SAN GIL
Ciudad

ASUNTO: Declaración Juramentada.

Yo **LAURA KATHERINE GUALDRÓN VARGAS,** mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.100.967.867, expedida en San Gil, actuando en mi propio nombre y bajo la gravedad de juramento, declaro de manera libre, voluntaria y consiente de no hallarme incurso en ninguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidad, ni he sido sancionado administrativa, fiscal, disciplinario o penal mente que me impida contratar, con EL CONCEJO MUNICIPAL DE SAN GIL, de conformidad con lo establecido en la Constitución Política y las normas legales vigentes.

Cordialmente,

Laura Gualdrón

LAURA KATHERINE GUALDRÓN VARGAS
C.C **1.100.967.867** de San Gil

Policía Nacional

Inicio | Preguntas frecuentes | Contacto | Normatividad

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 18:39:44 horas del 29/10/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **100967867,**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **CONCEJO MUNICIPAL SAN GIL**, con NIT **804004425-1** 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.

Imprimir

30584897

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente

No.Radicación: 734435

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

FECHA DE RADICACIÓN: 29 | 10 | 2026

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual [ ] a) Cotizante (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 [X] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]
7. CÓDIGO: A1689

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO: GUALDRON | SEGUNDO APELLIDO: VARGAS | PRIMER NOMBRE: LAURA | SEGUNDO NOMBRE: KATHERINE

9. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CR, MS, RC, TI, CC, CE, SC, CD, AS, PT
10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1100967867
11. SEXO BIOLÓGICO: F [X] M [ ]
12. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [X] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
13. NACIONALIDAD: COLOMBIA
14. LUGAR DE NACIMIENTO: COLOMBIA | SANTANDER | DEPARTAMENTO | SAN GIL | MUNICIPIO
15. FECHA NACIMIENTO: DÍA 04 | MES 08 | AÑO 1993

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA: 6
17. COMUNIDAD INDÍGENA: I
18. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [X]
CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD: [ ]
19. TIENE ENCUESTA SISBEN? SI [ ] NO [X]
20. CLASIFICACIÓN SISBEN: 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 4 20B 39
TELÉFONO FIJO:
TELÉFONO CELULAR: 3158623178
CORREO ELECTRÓNICO: lauragualdronvargas@gmail.com
DEPARTAMENTO: SANTANDER
MUNICIPIO/ DISTRITO: SAN GIL
LOCALIDAD/COMUNA:
ZONA: CABECERA MUNICIPAL [X] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ]
IPS: 5002

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, BC, 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	40. SEXO IDENTIFICACIÓN	41. LUGAR DE NACIMIENTO	42. FECHA DE NACIMIENTO
01								
02								
03								
04								
05								

	Datos complementarios del Beneficiario																								
	43. PARENTESCO	44. ETNIA	45. COMUNIDAD	46. ENCUESTA POBLACIÓN ESPECIAL	47. TIENE ENCUESTA SISBEN		48. CLASIFICACIÓN SISBEN		49. DISCAPACIDAD		50. DISCAPACIDAD TEMPORAL		51. Datos de residencia				ZONA			
					SI	NO	NIVEL	GRUPO	SI	NO	SI	NO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CENTRO POBLADO	RURAL DISPERSO				
01																				
02																				
03																				
04																				
05																				

	52. TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	57. VALOR UPC DEL AFILIADO ADICIONAL	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CÓDIGO DE LA IPS (A DILIGENCIAR POR LA EPS)
01							
02							
03							
04							
05							

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 cotizante de pensiones (A registrar por la EPS)
59. Ubicación: DIRECCIÓN | TELÉFONO FIJO O CELULAR | CORREO ELECTRÓNICO | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO/DISTRITO

VI. 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. INSCRIPCIÓN EPS RETORNO AL PAÍS I. 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 PENSIONADO
19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO
20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA.
21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA.

VII. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: TI, CC, CE, SC, CD, PT
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
62. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ]
63. SEXO IDENTIFICACIÓN: F M T NB Otro — Cual?
64. FECHA NACIMIENTO: DÍA | MES | AÑO
65. EPS ANTERIOR
66. FECHA DE NOVEDAD: DÍA 01 | MES 11 | 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. [ ]
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
71. Declaración de existencia de causales 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 interrupción del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
73. Autorización para que la EPS notifique 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 expreso para que nuevas EPS establezcan comunicación a través de SMS, EMAIL (Página Web: Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, VideoApp 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 términos regulados, mismos a estos establecido 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 vigencia del Régimen vigente. [ ]

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que hará pago 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. Firma del titular, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional
81. Firma empleador/pagador 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 declaración de insubsistencia permanente emitida 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 acta administrativa de custodia. [ ]
88. Documento en que conste la posesión de la pareja notariada o el certificado de declaración de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres [ ]
89. Copia de la autorización otorgada por parte de la Superintendencia Nacional de Salud mediante el 4 y 5 del artículo 2.1.7.5 del Decreto 780 de 2016 [ ]
90. Certificación de devolución a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
91. Copia del acta administrativa o providencia de las autoridades competentes en las que conste la calidad de desplazado y 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
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: TI, CC, CE, SC, CD, PT
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
95. FIRMA DEL FUNCIONARIO
96. FECHA DE RADICACIÓN: DÍA | MES | AÑO
97. FECHA DE VALIDACIÓN: DÍA | MES | AÑO

OBSERVACIONES:

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 900156264-2

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

Yo, LAURA KATHERINE GUALDRON VARGAS identificado (a) con [R.C.] [T.I.] [C.C.] [C.E.C.C S.C.] [C.D.] [P.E.] [P.T.]
número 1100967867 de SAN GIL, 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 afiliacion, 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, 3158623178
y/o correo electrónico: lauragualdronvargas@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 dia _____ del año _____

Cordialmente,
Firma: Laura Gualdron Vargas
Tipo ID: CC No. ID: 1100967867
Fecha de Solicitud: 29/10/2026
Dirección: KR 4 20B 39
Tel: 3158623178 Municipio: SAN GIL
Departamento: SANTANDER
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 certificacion, autorizo expresamente y conforme a lo dispuesto en los articulos 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 informo 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 articulo 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 atencion 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 si 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	SÍ		PRODUCTOR AGROPECUARIO	SÍ	
INDEPENDIENTE	NINGUNA	COLPENSIONES	$1750905		NO	X		NO	X

Nivel de Escolaridad									Posición Ocupacional							
	Ninguno	☐	Secundaria	☐	Normalista	☐	Profesional	☐	Doctorado	☐	Patrón/Empleador	☐	Contratista	☐	Trabaje por su Cuenta	X
	Preescolar	☐	Media académica o clásica (bachillerato básico)	☐	Técnica Profesional	X	Especialización	☐	Último Grado							
	Básico Primaria	☐	Media técnica (bachillerato básico)	☐	Tecnológica	☐	Maestría	☐	Aprobado							

Inicio Contrato	01/11/2026	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 GENERARA MORA, LA CUAL TENDRÁ VIGENCIA HASTA EL MOMENTO EN EL QUE REPORTE SU RETIRO AL SISTEMA, DECRETO 806 ART 57 DE 1998 Y ART. 49 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	CIUDAD Y FECHA
Damaris Trujillo Centeno	A1689		

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 305637462

PIB
18:30:50

Bogotá DC, 29 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) LAURA KATHERINE GUALDRON VARGAS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1100967867:

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.

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 29 de octubre de 2026, a las 18:32:33, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1100967867
Código de Verificación	110096786726102918323 3

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 MARTÍNEZ ROMERO
Contralor Delegado

Generó: WEB

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 06:34:10 PM horas del 29/10/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1100967867**
Apellidos y Nombres: **GUALDRON VARGAS LAURA KATHERINE**

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.

Volver al Inicio

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141231819949

(415)7707212489984(8020) 000014123181994 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 0 0 9 6 7 8 6 7	2	Impuestos y Aduanas de Bucaramanga	

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 1 0 0 9 6 7 8 6 7

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	San Gil 6 7

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GUALDRON	VARGAS	LAURA	KATHERINE

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	San Gil 6 7

41. Dirección principal: CR 28 # 3 - 59 BRR PROVIVIENDA

42. Correo electrónico: lauragualdronvargas@gmail.com

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

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

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 GUALDRON VARGAS LAURA KATHERINE

985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 26-01-2026 05:22:51

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

EPS SAS
CEMESO
CENTRO MÉDICO DE EXCELENCIA EN SALUD OCUPACIONAL Y MEDICINA LABORAL

NIT. 901073980 - 4
Carrera 10 No. 16 - 33, San Gil - Santander
Cel. 310 273 2388 - 3167410048 - Tel 7237917
E-mail. cemesoipssas@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 50.259

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
12 DÍA	02 MES	2025 AÑO	SAN GIL (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

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

PARTICULARES CONTADO	PARTICULARES
Nombre de la empresa	Empresa en misión

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	Genero	Edad	Documento de Identificación	
GUALDRON VARGAS LAURA KATHERINE	FEMENINO	29 AÑOS 6 MESES 10 DÍAS	CC (Tipo)	1100967867 (Número)

Cargo
CONTRATISTA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

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

Observaciones: *NO APLICA*

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

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL INGRESO	✓	VISIOMETRÍA	✓
AUDIOMETRÍA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP : EN SITIO DE TRABAJO	HÁBITOS SALUDABLES : DIETA Y EJERCICIO
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : MINIMO DOS VECES AL DÍA	HACER DEPORTE : 30 MINUTOS DIARIOS POR 5 DIAS A LA SEMANA
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

BUENAS CONDICIONES GENERALES, EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL NORMAL, PORCENTAJE DE SATURACION NORMAL, TEMPERATURA NORMAL, EVALUACION OSTEOMUSCULAR SIN EVIDENCIA DE ALTERACIONES. NO PRESENTA DIFICULTAD RESPIRATORIA, CON ALTERACION METABOLICA DEL PESO CORPORAL DADA POR SOBREPESO, SE RECOMIENDA CAMBIO DE HABITOS ALIMENTICIOS Y EJERCICIO FISICO, REPORTE DE AUDIOMETRIA NORMAL, REPORTE DE VISIOMETRIA NORMAL, PUEDE INICIAR LAS ACTIVIDADES LABORALES PARA LAS QUE SERA CONTRATADA.

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 mi 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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma: Fernando Pinzon

Dr. Edgar Fernando Pinzón Lasprilla

Nombre: PINZON LASPRILLA EDGAR FERNANDO

R. M.: 01419 SSS L.S.O.: 004584 SSS

Código de Seguridad

S198Y1E50259

Aspirante o Trabajador

Firma: Laura Gualdron

Nombre: GUALDRON VARGAS LAURA KATHERINE

cc: 1100967867

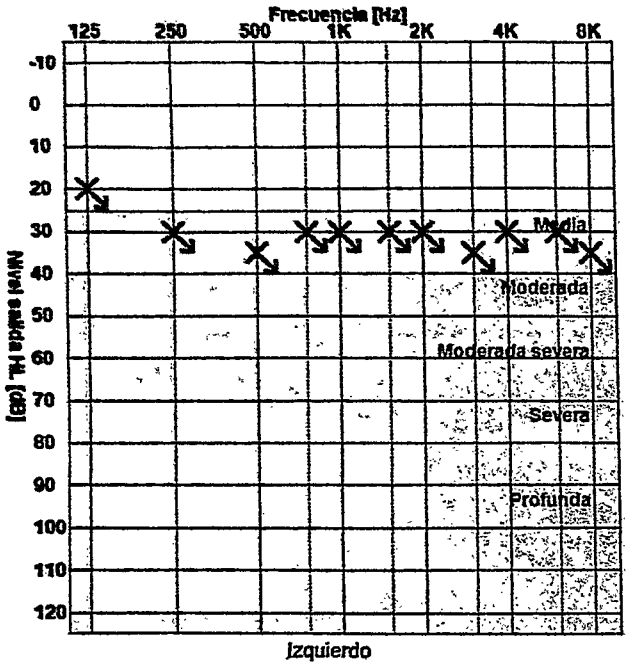
EDGAR FERNANDO PINZON LASPRIL
CRA 10 16-33 00 SAN GIL,
COLOMBIA

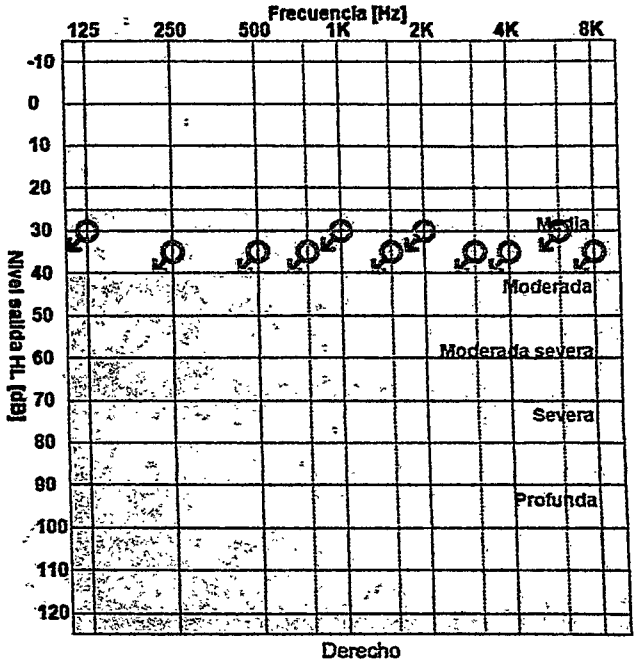
IRA KATHERINE GUALDRON VARGAS

Nº	1100967867
Fecha nacimiento	4/08/1995
Edad	29
Empresa/ Escuela	PARTICULAR

12/02/2025 9:03 a. m.

	125	250	500	750	1K	1.5K	2K	3K	4K	6K	8K
Aerea izquierda	(20)	(30)	(35)	(30)	(30)	(30)	(30)	(35)	(30)	(30)	(35)
Aereo derecha	(30)	(35)	(35)	(35)	(30)	(35)	(30)	(35)	(35)	(30)	(35)





Notas:

DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES --EDGAR FERNANDO PINZON LASPRILLA, 2025-02-12 09:06:30

Legend	L	R
AC	X	O
AC - Masked	□	△
BC	>	<
BC - Masked	]	[
MCL	M	M
UCL	U	U
AC - Mask Level	—	—
BC - Mask Level	⌐	¬

Dr. Edgar Fernando Pinzon Lasprilla

Usuario: EDGAR FERNANDO PINZON LASPRILLA

CENTRO MÉDICO DE EXCELENCIA EN SALUD OCUPACIONAL
Y MEDICINA LABORAL

CRA 10 # 16-33 San Gil – Email: cemesoipssas@gmail.com
TELEFONO 723 79 17
CEL: 3102732388- 31677410048

VISIOMETRÍA

FECHA: 12/02/2025

ENTIDAD: Particulares IDENTIFICACIÓN: 1100967867

NOMBRE: Gualdron Vargas laura Katherine

EDAD: 29 años ACTIVIDAD: Contratista

DIRECCIÓN: ÚLTIMO CONTROL:

SINTOMATOLÓGIA:

RX USO OD:	OI:
AGUDEZA VISUAL SC	AGUDEZA VISUAL CC
LEJOS OD: 20/20	LEJOS OD:
OI: 20/20	OI:
CERCA OD: 20/20	CERCA OD:
OI: 20/20	OI:
OJO DOMINANTE: Izquierdo	PPC:

SEGMENTO EXTERNO: Normal

CAMPO MOTOR: Normal

FONDO DE OJO: Normal

REFRACCIÓN: OD: OK OI: OK

TEST DE COLOR: Normal

TEST DE ESTEREOPSIS: Normal

DIAGNOSTICO: Emetrope

RECOMENDACIONES

EXAMINADOR

INSTITUTO TÉCNICO
PARA EL DESARROLLO RURAL "IDEAR"
SAN GIL- SANTANDER

DANE	368679000931
INSCRIPCIÓN	
JORNADA	Completa

Acta Individual de Grado

En la ciudad de SAN GIL a los 05 días del mes de DICIEMBRE del año 2017 se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría del INSTITUTO TÉCNICO PARA EL DESARROLLO RURAL "IDEAR", UNIDAD ACADÉMICA ADMINISTRATIVA ADSCRITA AL SECRETARIADO DIOCESANO DE PASTORAL SOCIAL "SEPAS". Institución CON LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO PARA DESARROLLAR EL PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA JÓVENES Y ADULTOS POR CICLOS LECTIVOS ESPECIALES INTEGRADOS en el nivel de Educación Media ACADÉMICA SEGÚN RESOLUCIÓN No. 015124 DEL 13 DE OCTUBRE DE 2010 DE LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE SANTANDER para otorgar el título de Bachiller en la Modalidad ACADÉMICA CON PROFUNDIZACIÓN EN BIENESTAR RURAL .

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media ***ACADÉMICA*** , Según el Proyecto Educativo Institucional.

BACHILLER ACADÉMICO CON PROFUNDIZACIÓN EN BIENESTAR RURAL

Al graduando cuyos nombres, apellidos y números de documento de identidad se relacionan a continuación:

LAURA KATHERINE GUALDRÓN VARGAS

C.C. 1100967867 Expedida en San Gil

Es fiel copia tomada del Acta Original General No. 261 de fecha DICIEMBRE 05 DE 2017 que consta de 76 alumnos y que inicia con el nombre de *PAULA ANDREA ALARCON VESGA*
y cierra con el nombre de *SARA ZAMBRANO ARCINIEGAS*

Firmada y sellada por Pbro. LUIS ALBERTO RIVERA HERNÁNDEZ (Rector)
y GLADYS ROCIO GALVIS PIMIENTO (Secretaria)

Dada en SAN GIL el 05 de DICIEMBRE del año 2017

Firmado y Sellado por

Robinson Poveda Rivera, Pbro.
C.C. No. 13.702.918 de Charalá
Rector,

Nancy García Porras
C.C. No. 37.894.497 de San Gil
Secretaria,

7570

Instituto Técnico
Para el Desarrollo Rural
"IDEAR"
San Gil - Santander

Reconocido Oficialmente por la Secretaría de Educación Departamental según Resolución No. 015124 del 13 de Octubre de 2010, Unidad Académica Administrativa Adscrita al Secretariado Diocesano de Pastoral Social "SEPAS"

Confiere a:

Laura Katherine Gualdrón Vargas

Identificado(a) con C.C. 1100967867 Expedida en San Gil

El título de:

Bachiller Académico
Con Profundización en Bienestar Rural

Por haber alcanzado y aprobado los logros de formación integral correspondientes al nivel de Educación Media Académica, de acuerdo al Proyecto Educativo Institucional - P.E.I - del Instituto.

Róbinson Poveda Rivera, Pbro.
Rector

Nancy García Porras
Secretaria

Anotado en el control interno del plantel en el
Libro No. 11 Folio No. 1478 Diploma No. 7570

Dado en San Gil, a 05 de Diciembre de 2017