

Chía Cundinamarca, Veinte (20) de enero de 2025

Honorable concejal  
**JOHN EDWIN FUENTES CORREA**  
Presidente Concejo Municipal  
Chía Cundinamarca

Referencia: Propuesta Técnica y Económica

Respetado presidente,

Por medio de la presente, me permito presentar propuesta formal en la modalidad de contratación directa para la prestación de servicios en las actividades que se relacionan a continuación:

**OBJETO: “PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA APOYAR EN LAS DIFERENTES PROCESOS QUE SE DESARROLLEN Y ACTIVIDADES QUE SEAN ASIGNADAS EN LA SECRETARIA GENERAL DEL CONCEJO MUNICIPAL DE CHIA, PARA LA VIGENCIA 2025”**

**OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA:** Serán los establecidos en el artículo 5°, respectivamente de la Ley 80 de 1993, y lo indicado por el Concejo Municipal de Chía, que sea acorde con el objeto del contrato.

Actividades:

- 1) Apoyar activamente en la transcripción y digitación de manera ágil y oportuna de las diferentes actas emanadas de las sesiones plenarias y de comisiones del Concejo Municipal de Chía, generando los respectivos archivos magnéticos e impresos de manera secuencial y organizada para ser debidamente revisados y aprobados en la sesión o comisión que corresponda, según indicaciones establecidas en el área.
- 2) Apoyar en la elaboración de respuestas a las diferentes consultas e inquietudes que se generen por parte de los concejales y demás interesados en relación con la información generada y transcrita de acuerdo con cada acta digitada del área de secretaría general (Si es requerido)
- 3) Apoyar en la organización de documentación recibida y producida teniendo en cuenta el Sistema de Gestión de Calidad, Tablas de Retención Documental aprobadas y vigentes, para transferencia al área de Gestión Documental y/o Archivo Central a cargo de la secretaria general de la Corporación cuando sea requerido
- 4) Apoyar en los diferentes procesos, procedimientos, elaboración y proyección de documentos, actas, formatos y demás que sea requerido por el supervisor del contrato.
- 5) 5) Participar en las actividades del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG- SST de la Corporación según lo establecido en el Decreto No. 1072 de 2015 y Resolución No. 0312 de 2019 y demás normas relacionadas.
- 6) Entregar trimestralmente un informe ejecutivo de gestión que contenga los logros alcanzados de acuerdo con sus obligaciones, al cumplimiento del plan de acción 2025 y a los requerimientos del proceso de empalme en lo de su competencia, incluir al menos tres fotografías de alta calidad y entregarlo en formato Word y pdf firmado como anexo al informe que presenta para el pago mensual. (Si es requerido)
- 7) Realizar la entrega mensual al supervisor del contrato de todos los productos derivados del cumplimiento de las obligaciones contractuales con todos los soportes necesarios en formato editable, aclarando si corresponde que los derechos de autor, propiedad intelectual e industrial y demás pertenecen al Concejo Municipal.
- 8) Cumplir con el Sistema de Gestión de Calidad del Concejo Municipal de Chía, ejecutando las actividades de su competencia y especialmente aquellas que requieran acciones concretas para subsanar hallazgos

derivados de auditorías internas o externas y de no conformidades del Sistema de Gestión y contribuir para que el mismo se mantenga actualizado en lo de su competencia. (si es requerido)

- 9) Las demás actividades que considere el supervisor del contrato que hagan parte de la naturaleza del objeto contractual.

**VALOR DEL SERVICIO:** Hasta por la suma de Veintiocho Millones Trescientos Treinta y Tres Mil Trescientos Treinta y Tres Pesos (\$28'333.333) moneda corriente.

**FORMA DE PAGO:** Mediante **a).** Un (1) primer pago parcial correspondiente al mes de enero de 2025 por valor de Ochocientos Treinta y Tres Mil Trescientos Treinta y Tres Pesos (\$833.333) M/Cte., y **b).** Once (11) pagos parciales por los meses de febrero a diciembre de 2025, por valor de Dos Millones Quinientos Mil Pesos (\$2'500.000) M/Cte., cada uno.

**PLAZO DE EJECUCIÓN:** Hasta Treinta (30) de diciembre de 2025.

Así mismo, declaro que:

- \* Me comprometo totalmente con esta propuesta y con el contrato, sí se llegare a celebrar.
- \* No me encuentro incurso en ninguna causal de inhabilidad y/o incompatibilidad establecida en el Estatuto General de Contratación y demás normas legales pertinentes.
- \* Conozco las condiciones del presente proceso de contratación directa y acepto los requisitos en ellos contenidos.
- \* La oferta incluye todos los costos directos e indirectos por lo cual renuncio a cualquier reclamación por interpretación errónea del proceso o elaboración indebida de la propuesta.
- \* El término de validez de esta propuesta es de treinta (30) días contados a partir de la fecha de presentación de la oferta.

En caso de celebrar el contrato, me comprometo a:

- \* Ejecutar el objeto del contrato, de acuerdo con lo establecido en la presente propuesta y las condiciones contenidas en la invitación a presentar oferta.
- \* Cumplir con los plazos establecidos por la entidad para le ejecución del objeto del contrato.

Atentamente,



**LUISA FERNANDA LANCHEROS LARA**

C.C. 1.072.703.673 de Chía

Calle 16 # 1 - 67 conjunto residencial Nativo en Chía

Celular: 3505719915

Correo electrónico: [luisa.er94@hotmail.com](mailto:luisa.er94@hotmail.com)



POLICÍA NACIONAL  
DE COLOMBIA



## Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

### La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 04:31:41 PM horas del 09/01/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1072703673**

Apellidos y Nombres: **LANCHEROS LARA LUISA FERNANDA**

### **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.



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](mailto:dijin.araic-atc@policia.gov.co)



Presidencia de  
la República



Ministerio de  
Defensa Nacional



Portal Único  
de Contratación



GOV.CO

Todos los derechos reservados.

**CERTIFICADO DE ANTECEDENTES**  
**CERTIFICADO ORDINARIO**  
**No. 261223132**



PIB  
16:37:08  
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 09 de enero del 2025

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) LUISA FERNANDA LANCHEROS LARA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1072703673:

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>

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA  
Jefe División de Relacionamento Con El Ciudadano

**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.**

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

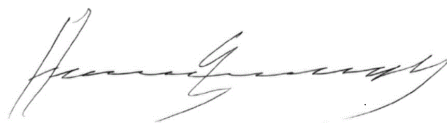
CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 09 de enero de 2025, a las 16:46:33, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1072703673
Código de Verificación	1072703673250109164633

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

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



HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ  
Contralor Delegado





## 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, 09/01/2025 06:00:33 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1072703673** .

## 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. **107864845** . 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 Búsqueda

Imprimir

Información

515 9000

**Dios y  
Patria**

**Policía Nacional de Colombia**  
Dirección General - Cra. 59 N° 26 - 21  
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.  
Línea de atención: 018000-910112

**COLOMBIA  
POTENCIA DE LA  
VIDA****GOV.CO**



**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 1072703673 **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 10/01/2025 09:55 AM



Código Verificación: **9DJPNU1E7X**

Válida hasta: **10/04/2025**

---

**Dirección de Gobierno Digital**

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

## Acta General de Grado

# Institución Educativa Santa María del Río

DANE 425175000985

En el Municipio de Chía, Cundinamarca a Dos (02) de Diciembre del año 2011, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rectora y Secretario de la INSTITUCIÓN EDUCATIVA SANTA MARIA DEL RIO.

Institución Aprobada hasta Nueva Visita en el nivel de Educación Media Académica. Aprobado por la Secretaría de Educación de Cundinamarca; para otorgar el Título de Bachiller Académico en la modalidad ACADÉMICA, según RESOLUCIÓN No. 000783 del 19 de Marzo y 004365 del 23 de Diciembre de 2004

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 se procedió a otorgar el: TÍTULO DE: BACHILLER ACADÉMICO

Al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relaciona a Continuación:

**Luisa Fernanda Lancheros Lara**  
C.C. 94082110334 Chía

Es fiel copia tomada del Acta original No. 008 de fecha Diciembre 02 de 2011 Esta Acta consta de Cuarenta y Cuatro (44) alumnos graduados, comienza con el nombre de Agudelo Cifuentes Laura Katherinne y termina con el nombre de Zambrano Jiménez Javier Enrique

En constancia se firma la presente por quienes intervinieron.  
MARIA PATRICIA ORTIZ BENAVIDES - Rectora  
y EDGARD EDMUNDO VARGAS TOVAR - Secretario

Chía, Cundinamarca Dos (02) de Diciembre de 2011.

  
María Patricia Ortiz Benavides  
Rectora  
C.C. 21070082 de Usaquén

  
Edgard Edmundo Vargas Tovar  
Secretario  
C.C.79642049 Bogotá D.C.

NOTA: SEGÚN DECRETO No. 1024 DEL 15 DE ABRIL DE 1982, NO SE REQUIERE AUTENTICACIÓN DE FIRMAS

EL HONORABLE CONCEJO MUNICIPAL DE CHÍA - CUNDINAMARCA

CERTIFICA:

Que la señora **LUISA FERNANDA LANCHEROS LARA**, identificada con la cédula de ciudadanía No. **1.072.703.673** de Chía, Cundinamarca, se encuentra vinculada laboralmente al Concejo Municipal de Chía desde el 11 de enero de 2019, ocupando el cargo de **Secretaria, Código 440, grado 02, DE PROVISIONALIDAD**, Planta Global de Empleos de la Corporación, dependencia **SECRETARIA GENERAL**, Jefe Inmediato, **SECRETARIA GENERAL**.

Desempeñando las siguientes funciones según Resolución No. 03 del 02 enero de 2019 entre el periodo 11 enero 2019 al 28 febrero 2021;

1. Realizar las funciones de secretariado en las labores que le sean asignadas.
2. Registrar las acciones y decisiones que se presenten en las sesiones de las Comisiones en las que sea asignado.
3. Elaborar, transcribir y ordenar las diferentes clases de actas que se producen en el Concejo municipal o sus Comisiones, de acuerdo con las indicaciones del Secretario (a) General.
4. Tomar notas y registrar los actos concernientes a las reuniones de la Comisión donde sea asignado o en las plenarias del Concejo.
5. Apoyar en las diferentes actividades que se programen en las sesiones del Concejo y/o sus Comisiones.
6. Realizar la organización del archivo y la documentación que se genere dentro de la dependencia de Secretaría General, de conformidad con las tablas de retención documental que se apliquen a los resultados de los procesos en los que interviene la dependencia.
7. Preparar los documentos e informes correspondientes a la dependencia de Secretaría General, hacer su distribución y entrega de acuerdo a las indicaciones del Secretario (a) General.
8. Realizar las demás funciones que le asigne el Secretario (a) General y que sean acorde con la naturaleza del cargo

Funciones desempeñadas según Resolución N° 015 de 01 de marzo del 2021 a partir del 01 marzo 2021 hasta la actualidad;

1. Realizar las funciones de secretariado en las labores que le sean asignadas.
2. Registrar las acciones y decisiones que se presenten en las sesiones de las Comisiones en las que sea asignado.
3. Elaborar, transcribir y ordenar las diferentes clases de actas que se producen en el Concejo municipal o sus Comisiones, de acuerdo con las indicaciones del Secretario (a) General.


Página 1 de 2



4. Tomar notas y registrar los actos concernientes a las reuniones de la Comisión donde sea asignado o en las plenarias del Concejo.
5. Apoyar en las diferentes actividades que se programen en las sesiones del Concejo y/o sus Comisiones.
6. Apoyar la organización de la documentación recibida y producida por el área, teniendo en cuenta el Sistema de Gestión de Calidad y las Tablas de Retención Documental aprobada y vigentes de la Corporación, junto con la transferencia al área de Gestión Documental y Archivo Central del Concejo Municipal de Chía
7. Apoyar y contribuir en la elaboración de los documentos e informes correspondientes a la dependencia de Secretaría General, hacer su distribución y entrega de acuerdo a las indicaciones del secretario (a) General.
8. Apoyar el sistema de gestión de calidad en su área de trabajo para mejorar continuamente su eficiencia en la dependencia, en concordancia con la normatividad legal vigente
9. Apoyar los procesos y modelos que implemente la Corporación, en busca del cumplimiento de su objetivo misional.
10. Colaborar en las actividades de logística, en las sesiones plenarias y de comisión, que se realicen en el Concejo municipal.
11. Mantener absoluta reserva y confidencialidad sobre los documentos e Información que conozca en ejercicio de sus funciones.
12. Realizar las demás funciones que le asigne el Secretario (a) General, Mesa Directiva o Presidente de la Corporación y que sean acorde con la naturaleza del cargo.

La presente Certificación se expide en el Honorable Concejo Municipal de Chía, a solicitud de la interesada a los diez (10) días del mes de abril del 2024.

Atentamente,

  
**MARÍA NELCY DÍAZ VÁSQUEZ**  
TECNICO ADMINISTRATIVO  
TALENTO HUMANO

Radicado Asociado N° 202404100010000411



# Certificado Bancario

Viernes, 10 de enero de 2025

A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que LUISA FERNANDA LANCHEROS LARA identificado(a) con CC 1072703673, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	33772647731	2024/09/25	ACTIVA

**\*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 los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 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.

REPUBLICA DE COLOMBIA

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.072.703.673**

**LANCHEROS LARA**

APELLIDOS

**LUISA FERNANDA**

NOMBRES

  
FIRMA



REGISTRADURIA NACIONAL  
REPUBLICA DE COLOMBIA

REGISTRADURIA NACIONAL

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL

REPUBLICA DE COLOMBIA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **21-AGO-1994**

**CHIA**  
**(CUNDINAMARCA)**

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.65**

ESTATURA

**A+**

G.S. RH

**F**

SEXO

**29-AGO-2012 CHIA**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carlos Ariel Sánchez Torres*

REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-1505500-00414036-F-1072703673-20121127

0031789907A 1

38698594

REGISTRADORA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL



# FORMATO ÚNICO

## HOJA DE VIDA Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

### DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Lancheros		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Lara			NOMBRES Luisa Fernanda	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1072703673		SEXO F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> NB <input type="radio"/>		NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>		PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/>		SEGUNDA CLASE <input type="radio"/>		NÚMERO		D.M.
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA <input type="text" value="21"/> MES <input type="text" value="08"/> AÑO <input type="text" value="1994"/>			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CALLE 16 1 67 Conjunto Residencial Nativo			
PAÍS COLOMBIA			PAÍS COLOMBIA		DEPTO CUNDINAMARCA	
DEPTO CUNDINAMARCA			MUNICIPIO CHÍA		MUNICIPIO CHÍA	
MUNICIPIO CHÍA			TELÉFONO 8853218		EMAIL luisa.er94@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		BASICA SECUNDARIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	2011

**EDUCACIÓN 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		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	9		X	ADMINISTRACION PUBLICA			

3

### EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

**EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO**  
EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:

INF (EDUCACIÓN INFORMAL)      TR\_DES (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

## FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO
POSITIVA Compañía de Seguros	EDUCACIÓN INFORMAL	4	X		Programa de prevención, preparación y atención de emergencias	10	2019
Función Pública	EDUCACIÓN INFORMAL	20	X		Modelo integrado de planeación y gestión MIPG	11	2020
Función Pública	EDUCACIÓN INFORMAL	20	X		Modelo Integrado de Planeación y Gestión	10	2021
Función Pública	EDUCACIÓN INFORMAL	20	X		Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción	10	2021
Función pública	EDUCACIÓN INFORMAL	20	X		Curso virtual de empleo para jueces y magistrados	10	2021

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 COLEGIO GIMNASIO CAMPESTRE MERYLAND				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA			MUNICIPIO CHÍA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	26	Mes	09	Año	2024	Día	13	Mes	12	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL SECRETARIA ACADEMICA			DEPENDENCIA SECRETARIA ACADEMICA					DIRECCIÓN Via Guanata						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD CONCEJO DE CHIA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA			MUNICIPIO CHÍA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 8855177			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	11	Mes	01	Año	2019	Día	17	Mes	04	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL SECRETARIA			DEPENDENCIA SECRETARIA GENERAL CONCEJO					DIRECCIÓN CARRERA 3 12 88 BARRIO 20 DE JULIO						

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD CONCEJO DE CHIA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA			MUNICIPIO CHÍA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 8855177			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	16	Mes	01	Año	2017	Día	30	Mes	12	Año	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA SECRETARIA GENERAL CONCEJO					DIRECCIÓN CARRERA 3 12 88 Barrio 20 de julio						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD SGHINOLFI GROUP COLOMBIA S.A				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA			MUNICIPIO SANTA FE					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 7466800			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	04	Mes	01	Año	2016	Día	30	Mes	09	Año	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL DIGITADORA			DEPENDENCIA SECRETARIA					DIRECCIÓN CALLE 128 50 52						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD LAS TARTAS IDEAS				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA			MUNICIPIO CHÍA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 8850463			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	19	Mes	02	Año	2013	Día	30	Mes	12	Año	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASISTENTE			DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA					DIRECCIÓN CALLE 7 10 112						

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	5	3
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	3	9
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	1	11
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 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* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*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*

Tipo de declaración

INGRESO

Fecha de publicación

2025-01-12 21:25

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
LUISA	FERNANDA	LANCHEROS	LARA

Documento de identificación

Tipo

CEDULA DE CIUDADANIA

Número

1072703673

Lugar de nacimiento

País

COLOMBIA

Departamento

CUNDINAMARCA

Municipio

CHÍA

Lugar de domicilio

País

COLOMBIA

Departamento

CUNDINAMARCA

Municipio

CHÍA

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 CHIA

Lugar de sede

País

COLOMBIA

Departamento

CUNDINAMARCA

Municipio

CHÍA

Dirección

["Carrera 3a. No.18-87 Chia Cundinamarca"]

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 2024 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	\$16.454.905,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	\$16.454.905,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	\$13.200,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
INMUEBLE	COLOMBIA	CUNDINAMARCA	CHÍA	\$3.500.000,00
MUEBLE	COLOMBIA	CUNDINAMARCA	CHÍA	\$129.950.000,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
CREDITO ORDINARIO	\$19.000.000,00
CREDITO HIPOTECARIO	\$37.823.000,00

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

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí  No

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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:

2. Concepto   Actualización de oficio

4. Número de formulario

14560330172



(415)7707212489984(8020) 000001456033017 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 7 2 7 0 3 6 7 3

6. DV

7

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

## IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

26. Número de Identificación

1 0 7 2 7 0 3 6 7 3

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Cundinamarca

2 5

30. Ciudad/Municipio

Chía

1 7 5

31. Primer apellido

LANCHEROS

32. Segundo apellido

LARA

33. Primer nombre

LUISA

34. Otros nombres

FERNANDA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

## UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Cundinamarca

2 5

40. Ciudad/Municipio

Chía

1 7 5

41. Dirección principal

CR 4 B 7 85 ESTE

42. Correo electrónico

luisa.er94@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

8 6 2 2 0 0 8

45. Teléfono 2

3 1 2 3 2 1 7 4 2 7

## CLASIFICACIÓN

## Actividad económica

## Ocupación

## Actividad principal

46. Código

8 2 9 9

47. Fecha inicio actividad

2 0 1 2 0 2 0 1

## Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

## Otras actividades

50. Código

1

2

51. Código

52. Número

establecimientos

## 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
54. Código									
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

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 

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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

No de Radicación:   
 Fecha de Radicación (Día - Mes - Año): **13-01-2025**



**I. DATOS DEL TRÁMITE** (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de trámite: A. Afiliación  B. Reporte de Novedades

2. Tipo de Afiliación: A. Individual: - Cotizante o cabeza de familia  - Beneficiario o afiliado adicional  B. Colectiva  C. Institucional  D. De oficio

3. Régimen: A. Contributivo  B. Subsidiado

4. Contribución solidaria: Si  No

5. Tipo de afiliado: A. Cotizante  B. Cabeza de familia  C. P. eficiario  D. Afiliado adicional

6. Tipo de cotizante: A. Precedente  B. Cotizante de EPS  C. Pensionado

7. Código a registrar por la EPS: **3**

8. Nombre del afiliado: **Lorena Barbosa Noguera**

**A. AFILIACIÓN / II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN** (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

9. Apellidos y nombres: **Lorecheros Lara Luisa Fernanda**

10. Tipo de documento de identidad: **CC**

11. Número de documento de identidad: **1072703673**

12. Sexo biológico: Femenino  Masculino

13. Sexo identificación: F  M  T  NB  Otro  Cuid?

14. Lugar de nacimiento: **Colombia Cundinamarca Chía**

15. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año): **21-08-1994**

**III. DATOS COMPLEMENTARIOS** (Datos personales)

16. Etnia: **N/A**

17. Comunidad: **N/A**

18. Discapacidad: Si  No  Categoría de discapacidad: **N/A**

19. Tiene encuesta SISEN: Si  No  20. Clasificación SISEN: Nivel  Grupo

21. Grupo de población especial: **N/A**

22. Administradora de Riesgos Laborales - ART: **N/A**

23. Administradora de Pensiones: **Protección**

24. Ingreso base de cotización - IBC: **3505719915**

25. Tarifa Contribución Solidaria: **N/A**

26. Residencia: **Chía Santa Rita**

27. Zona: Cabecera Municipal  Centro Poblado  Rural Disperso  Resio Rural

**IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR** (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

28. Apellidos y nombres: **Lorena Barbosa Noguera**

29. Tipo de documento de identidad: **CC**

30. Número de documento de identidad: **3505719915**

31. Sexo biológico: Femenino  Masculino

32. Sexo identificación: F  M  T  NB  Otro  Cuid?

33. Lugar de nacimiento: **Chía**

34. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año): **21-08-1994**

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

35. Apellidos y nombres		36. Tipo de documento de identidad		37. No. del documento de identidad		38. Nacionalidad		39. Sexo biológico		40. Sexo identificación		41. Lugar de nacimiento			42. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)	
B1	B2	B3	B4	B5	B1	B2	B3	B4	B5	B1	B2	B3	B4	B5	B1	B2

**Datos complementarios del Beneficiario**

43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISEN		48. Clasificación SISEN		49. Discapacidad		50. Incapacidad permanente	
				SI	NO	Nivel	Grupo	SI	NO	Categoría de discapacidad	SI
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

**51. Datos de residencia**

Departamento	Municipio/Distrito	52. Tipo de zona				Teléfono fijo y/o celular	53. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
		Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural disperso	Resio Rural		
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B2		
B3		
B4		
B5		

53 Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS

C	
B1	chia
B2	
B3	
B4	
B5	

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
---------------------------	---	--	---

B. REPORTE DE NOVEDADES

<p>60. Tipo de Novedad</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de identificación.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identificación.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios.</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Reporte de pago a través de un tercero. Código</p> <p><input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.</p> <p><input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.</p>	<p><input type="checkbox"/> 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.</p> <p><input type="checkbox"/> 11. Inscripción EPS reingreso al país.</p> <p><input type="checkbox"/> 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.</p> <p><input type="checkbox"/> 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.</p> <p><input type="checkbox"/> 14. Movilidad <input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado</p>	<p><input type="checkbox"/> 15. Traslado <input type="checkbox"/> A. Mismo Régimen <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen</p> <p><input type="checkbox"/> 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.</p> <p><input type="checkbox"/> 17. Reporte del trámite de protección al cesante.</p> <p><input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.</p> <p><input type="checkbox"/> 19. Reporte de la calidad de Pensionado.</p> <p><input type="checkbox"/> 20. Ingreso a Contribución Solidaria.</p> <p><input type="checkbox"/> 21. Retiro de Contribución Solidaria.</p>
---	---	--

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación	62. Sexo biológico <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	63. Sexo identificación <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cuál?
64. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)	65. EPS anterior	66. Fecha de novedad (Día - Mes - Año)
		67. Motivo de traslado <input type="checkbox"/> Cost. <input type="checkbox"/> Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

<p><input type="checkbox"/> 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.</p> <p><input type="checkbox"/> 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.</p> <p><input type="checkbox"/> 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.</p> <p><input type="checkbox"/> 72. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.</p> <p><input type="checkbox"/> 73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 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 vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> 75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1561 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisben vigente.</p>
--	--

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres	Identificación	Documento	Relación

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario, afiliado o afiliado adicional	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

X. ANEXOS

<p><input type="checkbox"/> 82. Anexo copia del documento de identidad <input type="checkbox"/> CI <input type="checkbox"/> BE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> EP <input type="checkbox"/> SC <input type="checkbox"/> PT</p> <p><input type="checkbox"/> 83. Cantidad de documentos de identidad anejados</p> <p><input type="checkbox"/> 84. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.</p> <p><input type="checkbox"/> 85. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.</p> <p><input type="checkbox"/> 86. 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.</p> <p><input type="checkbox"/> 87. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.</p>	<p><input type="checkbox"/> 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.</p> <p><input type="checkbox"/> 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.</p> <p><input type="checkbox"/> 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.</p> <p><input type="checkbox"/> 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.</p> <p><input type="checkbox"/> 91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.</p> <p>Total Anexos <input type="text"/></p>
--	---

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial	Código del municipio	Código del departamento	93. Nombre de la institución
--	----------------------	-------------------------	------------------------------

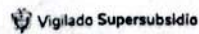
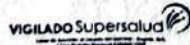
XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y nombres	Identificación	Documento	Relación
95. Firma del funcionario			

96. Fecha de radicación (Día - Mes - Año) 13-01-25

97. Fecha de validación (Día - Mes - Año)

OBSERVACIONES: COTI CC # 1097703673  
Novedad/Retiro a operador de Pago



**CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO**

	SI	NO
Al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes y del Paciente?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo la entrega de la carta de Desempeño que se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Autoriza recibir la Carta de Derechos y Deberes y la Carta de Desempeño por medio electrónico?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

SI:  Correo electrónico: \_\_\_\_\_ NO:  Me comprometo a consultar en [www.compensar/salud](http://www.compensar/salud)

Como cotizante y representante de mi grupo familiar, hago constar mediante mi firma que compartiré la presente carta de derechos y deberes y carta de desempeño de la EPS con mis beneficiarios.

Firma del afiliado: \_\_\_\_\_

No. Identificación: 1072703673

**FIRMA A RUEGO (Diligenciar exclusivamente cuando el cotizante no pueda firmar)**

A ruego de (la) señor(a) \_\_\_\_\_ con C.C. No. \_\_\_\_\_ lo hace en su nombre, el (la) señor(a) \_\_\_\_\_ con C.C. No. \_\_\_\_\_ mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que se está entregando, quien además actúa como testigo, certificando que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al (la) señor(a) \_\_\_\_\_

Firma a Ruego: \_\_\_\_\_

Nombres y apellidos: \_\_\_\_\_ Nombres y apellidos de quien no sabe firmar: \_\_\_\_\_

Identificación: \_\_\_\_\_ Identificación: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Dirección de domicilio: \_\_\_\_\_

COPIA VERIFICADA

13 ENE 2025

Cod. 616 Mayra Alejandra Barbosa Narvaez

SUBJETO A VERIFICACION

Huella

**AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**

Autorizo de manera voluntaria, explícita e inequívoca, previamente informada a la caja de compensación familiar Compensar y sus unidades de servicio (en adelante Compensar), de acuerdo a lo establecido en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y el Decreto Reglamentario 1377 de 2013, para tratar mi información personal, como datos biográficos y biométricos de acuerdo con lo establecido en el Manual de protección de Datos Personales de Compensar, disponible en: <https://corporativo.compensar.com/proteccion-de-datos>.

Estos datos serán utilizados en el desarrollo de las funciones propias de Compensar, con el fin de: Dar cumplimiento a obligaciones contraídas conmigo y mi grupo familiar. Atender a requerimientos legales y de organismos de control. Transmitir mis datos a las administradoras del Sistema General de Protección Social para la actualización de mi afiliación, traslados y novedades en el Sistema o para el reconocimiento de los diferentes subsidios según aplique por ley. Consultar mis datos en centrales de información financiera y operadores de información. Validar mi identidad a través de mecanismos de autenticación electrónica. Registrar mi información en la base de datos del Operador de Información Compensar - miplanilla. Registrarme en los programas de orientación, capacitación laboral y de emprendimiento siempre que sea de mi interés. Realizar análisis estadístico sobre hábitos de consumo para evaluar la calidad y mejorar los productos y servicios. Compartir mis datos con las entidades con las que Compensar tenga convenios, acuerdos comerciales o relación contractual como proveedor, siempre que se cuente con cláusulas de transferencia de datos. Realizar gestión de crédito, cartera, cobranza u otras acciones a nombre de Compensar, de manera interna o a través de terceros, a los cuales sería transmitida mi información en caso de ser necesario. Consultar los datos personales recolectados por los circuitos cerrados de televisión de Compensar, con la finalidad de garantizar la seguridad de las personas y los bienes, como evidencia en procesos disciplinarios o respuesta a solicitudes de los entes de control sobre actividades desarrolladas al

interior de nuestras instalaciones. Así mismo, autorizo a Compensar a enviar información comercial, publicitaria o promocional sobre servicios, nuevas alianzas o convenios, eventos o promociones, con el fin de impulsar, invitar, dirigir, ejecutar, informar y de manera general, llevar a cabo campañas, estrategias de marketing, promociones o concursos y todas aquellas actividades asociadas a los servicios de Compensar. Entiendo que Compensar realiza el envío de información y la gestión de cobranzas a través de visitas, correo físico, correo electrónico, teléfono celular, mensajes de texto o por medio de aplicaciones de mensajería instantánea, lo cual puedo revocar en cualquier momento.

En concordancia con lo establecido en el artículo 7 de la Ley Estatutaria 1581 de 2012, Compensar se comprometo a tratar los datos de niños, niñas y adolescentes, respetando sus derechos prevalentes y en función de los servicios propios de Compensar.

Entiendo que Compensar tratará mis datos dando cumplimiento a los principios de legalidad, finalidad, libertad, veracidad o calidad, transparencia, acceso y circulación restringida, confidencialidad y seguridad, señalados en el artículo 4 de la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y que en cualquier momento podré ejercer mi derecho a conocer, actualizar, rectificar o suprimir mi información, siempre que no tenga un deber legal o contractual de permanecer en la base de datos. Mis derechos como titular de la información sobre la cual Compensar realiza el tratamiento, los podré ejercer de acuerdo a lo definido en el Manual de Protección de Datos, radicando una solicitud o reclamo a través de la página web en el enlace <https://corporativo.compensar.com/te-escuchamos> o por escrito en la dirección Avenida 68 # 49 A - 47, ventanilla de correspondencia.

SI  No

Firma del afiliado: \_\_\_\_\_

No. Identificación: 1072703673

1072703673



Avenida Pradilla # 6-95, local 309  
Chía, Cundinamarca  
320 2110433 - 313 8667750  
NI 900491525



Impreso con MedSystem

## Certificado de aptitud laboral

900491525-5 - Particulares

**Paciente** LUISA FERNANDA LANCHEROS LARA **Examen** Ingreso laboral  
**CC** 1072703673 **Fecha** Vie., 10 de ene. 2025 13:03h  
**Edad** 30 años y 4 meses  
**Ocupación** Prestación de servicios



## Servicios realizados

 Medicina Ocupacional

## Concepto

**Tipo de concepto**

Sin restricción para el cargo

**Énfasis**

Osteomuscular

**Generación:** vie., 10 de ene. 2025

**Observaciones y/o recomendaciones**

USO PERMANENTE DE CORRECCIÓN VISUAL, CONTROL ANUAL POR OPTOMETRÍA

  
 Laura E. Pulido Meneses  
 Médica y Cirujana LIS  
 No. 1098745202  
 Esp. Seguridad y salud en el Trabajo  
 Res. 29530 de 26/12/2022

**LAURA ELIZABETH PULIDO MENESES**

CC: 1098745202  
 MEDICINA LABORAL

**LUISA FERNANDA LANCHEROS LARA**

CC: 1072703673  
 Paciente

\* Firma autorizada desde el consentimiento informado