

INSTRUCTIVO

En este instructivo, se presenta el listado de los documentos requeridos para poder postularse a la oferta. Junto a cada uno de ellos, se incluirán los enlaces correspondientes para su descarga.

NOMBRE DOCUMENTO	FORMA DE PRESENTACIÓN
1. CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA HOJA DE VIDA	El formato lo encontrará en el siguiente enlace: https://drive.google.com/file
2. DECLARACIÓN DE MANTENIMIENTO DE LA OFERTA	El formato lo encontrará en el siguiente enlace: https://drive.google.com/file
3. OPIA DE CÉDULA DEL OFERENTE	
4. HOJA DE VIDA	El formato lo encontrará en el siguiente enlace: https://drive.google.com/file
5. LIBRETA MILITAR O CERTIFICACIÓN QUE ACREDITE DEFINICIÓN DE LA SITUACIÓN MILITAR	El certificado lo podrá descargar en el siguiente link: https://www.libretamilitar.mil.co/Modules/Consult/MilitaryCardCertificate
6. CERTIFICADO QUE ACREDITE LA AUSENCIA DE RESPONSABILIDAD FISCAL EXPEDIDO POR LA CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA.	El certificado lo podrá descargar en el siguiente link: https://www.contraloria.gov.co/web/guest/persona-natural
7. CERTIFICADO QUE ACREDITE LA AUSENCIA DE RESPONSABILIDAD DISCIPLINARIA EXPEDIDO POR LA PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN.	El certificado lo podrá descargar en el siguiente link: https://n9.cl/nqqlqg
8. CERTIFICADO QUE ACREDITE LA AUSENCIA DE ANTECEDENTES JUDICIALES EXPEDIDO POR AUTORIDAD COMPETENTE.	El certificado lo podrá descargar en el siguiente link: https://antecedentes.policia.gov.co:7005/WebJudicial/index.xhtml
9. CONSULTA REGISTRO NACIONAL DE MEDIDAS CORRECTIVAS.	El certificado lo podrá descargar en el siguiente link: https://srvcnpc.policia.gov.co/PSC/frm_cnp_consulta.aspx
10. CERTIFICADO QUE ACREDITE LA AUSENCIA DE INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS. LEY 1918 DE 2018.	El certificado lo podrá descargar en el siguiente link: https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta

11. CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES CON LOS SISTEMAS GENERALES DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES.

12. CERTIFICADO DEL REGISTRO DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS (REDAM)

El certificado lo podrá descargar en el siguiente link:
<https://www.redam.gov.co/>

13. CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

14. REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO

El certificado lo podrá descargar en el siguiente link:
<https://muisca.dian.gov.co/WebRutMuisca/DefSolicitaCopiaRUI.faces>

15. DECLARACIÓN DE NO ENCONTRARSE INCURSO EN INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

El formato lo encontrará en el siguiente enlace
<https://drive.google.com/file>

A continuación, se presentará un ejemplo de la forma correcta en que deben ser exhibidos los documentos. Dicho ejemplo incluirá cada uno de los certificados requeridos, así como los aspectos que deben ser considerados al momento de diligenciarlos o descargarlos.

Es importante recordar que todos los documentos deben presentarse en un único archivo en formato PDF, debidamente legibles y en su totalidad.

1. CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA HOJA DE VIDA

El oferente deberá diligenciar de manera OBLIGATORIA el formato correspondiente

 Universidad de Nariño FUNDADA EN 1964	VICERRECTORIA DE INVESTIGACION E INTERACCION SOCIAL SOLICITUD DE OFERTA 031-2026 SERVICIOS PROFESIONALES	CÓDIGO: CYC-GEF-FR-53
		PÁGINA: 48 DE 54
		VERSIÓN: 1
		VIGENTE A PARTIR DE: 2016-02-04

FORMATO 1 CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA HOJA DE VIDA

Fecha: _____

Señores
UNIVERSIDAD DE NARIÑO
Pasto (Nariño)

Asunto: Carta de presentación de la hoja de vida – Proceso de selección Facilitadores Proyecto Alfabetización CLEI 1.

Yo, _____, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. _____ expedida en _____, en atención a la Solicitud de Oferta No. _____ adelantado por la Universidad de Nariño, me permito presentar formalmente mi hoja de vida para participar como FACILITADOR(A) del Proyecto de Alfabetización CLEI 1, y manifiesto bajo la gravedad de juramento que:

La información consignada en la hoja de vida y en los documentos aportados es veraz, completa y verificable, y me comprometo a aportar los soportes adicionales que la Universidad de Nariño requiera para su validación.

Conozco y he revisado integralmente los términos de la presente Solicitud de Oferta, por lo cual acepto las condiciones allí establecidas y renuncio a cualquier reclamación derivada de su desconocimiento o interpretación errónea.

No me encuentro incurso(a) en causales de inhabilidad o incompatibilidad para contratar con entidades públicas, de conformidad con la normatividad vigente. En caso de sobrevenir alguna de ellas, informaré de manera inmediata a la Universidad de Nariño.

Reconozco que el presente proceso corresponde a la selección de contratistas bajo la modalidad de contrato de prestación de servicios profesionales, por lo cual no genera relación laboral ni subordinación. En caso de ser seleccionado(a), me comprometo a suscribir el contrato correspondiente y a cumplir con los requisitos exigidos para su perfeccionamiento y ejecución dentro de los términos establecidos por la Universidad de Nariño.

Declaro que conozco y acepto el compromiso anticorrupción, y que actuaré con transparencia, buena fe y ética en todas las actuaciones relacionadas con el presente proceso.

Autorizo a la Universidad de Nariño, para verificar la información suministrada y realizar las consultas que considere necesarias para efectos del proceso de selección.

Adjunto la hoja de vida y los documentos soporte exigidos en la presente convocatoria.

Cordialmente,

Firma

Nombre: _____
C.C. No. _____ de _____
Dirección: _____
Teléfono: _____
Correo electrónico: _____

2. DECLARACIÓN DE MANTENIMIENTO DE LA OFERTA

El oferente deberá diligenciar de manera OBLIGATORIA el formato correspondiente

 Universidad de Nariño FUNDADA EN 1984	VICERRECTORIA DE INVESTIGACION E INTERACCION SOCIAL SOLICITUD DE OFERTA 031-2026 SERVICIOS PROFESIONALES	CÓDIGO: CYC-GEF-FR-53
		PÁGINA: 50 DE 54
		VERSIÓN: 1
		VIGENTE A PARTIR DE: 2016-02-04

FORMATO 3 DECLARACIÓN DE MANTENIMIENTO DE LA OFERTA

Fecha: _____

OBJETO: CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA VINCULACIÓN DE FACILITADORES, RESPONSABLES DE ORIENTAR, IMPLEMENTAR Y DESARROLLAR LOS PROCESOS PEDAGÓGICOS DE ALFABETIZACIÓN DIRIGIDOS A POBLACIÓN JOVEN Y ADULTA, EN EL MARCO DEL PROYECTO DE ALFABETIZACIÓN – CICLO LECTIVO ESPECIAL INTEGRADO (CLEI 1). LO ANTERIOR, CON EL FIN DE ATENDER HASTA VEINTIDÓS (22) GRUPOS EN LOS MUNICIPIOS PRIORIZADOS DEL DEPARTAMENTO DE NARIÑO, DE CONFORMIDAD CON LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS ESTABLECIDOS EN EL ANEXO DEL PROYECTO Y LAS DISPOSICIONES EMITIDAS POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL – MEN.

SOLICITUD DE OFERTA NO. 031-2026.

A: UNIVERSIDAD DE NARIÑO.

Yo, _____, identificado con cédula de ciudadanía no. _____, expedida en _____, en calidad de aspirante dentro del presente proceso de selección, me permito manifestar lo siguiente:

1. Que conozco y acepto las condiciones establecidas en la presente Solicitud de Oferta.
2. Que mantengo el ofrecimiento de mi hoja de vida y propuesta por el término de validez establecido por la Universidad de Nariño, correspondiente a tres (3) meses contados a partir de la fecha de su presentación.
3. Que entiendo que la presente declaración perderá su efecto en caso de no resultar seleccionado(a) dentro del proceso de evaluación.

En constancia de lo anterior, se firma:

Firma: _____

Nombre: _____

C.C. No.: _____

Fecha (dd/mm/aaaa): _____

3. CEDULA DE CIUDADANÍA

El oferente deberá allegar copia por ambas caras de la cédula de ciudadanía



4. FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA

El oferente deberá presentar la Hoja de Vida debidamente diligenciada en el Formato Único de Hoja de Vida establecido por el Departamento Administrativo de la Función Pública. La Hoja de Vida deberá encontrarse completamente diligenciada, suscrita por el oferente.

FORMATO 4 HOJA DE VIDA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA



Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 150 de 1995, 489 y 443 de 1996)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☐ C.E. ☐ PAS ☐ No. _____		SEXO F ☐ M ☐	NACIONALIDAD COL. ☐ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐		NÚMERO _____ D.M. _____	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA MES AÑO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA PAÍS _____ DEPTO. _____ MUNICIPIO _____	
PAÍS _____ DEPTO. _____ MUNICIPIO _____		TELÉFONO _____ EMAIL _____	

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:	
PRIMARIA			SECUNDARIA			MEDIA					FECHA DE GRADO	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	MES	AÑO

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:
TO (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	No. SEMESTRES	GRADUADO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS		TERMINACIÓN		No. DE TARJETA
ACADÉMICA	APROBADOS	SI	NO	O TÍTULO OBTENIDO	MES	AÑO	PROFESIONAL

ESPECIFIQUE 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

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	

La experiencia laboral deberá ser diligenciada en los campos correspondientes, consignando los datos de manera idéntica a como figuren en los certificados laborales adjuntos.

Deberá especificarse claramente si la experiencia fue adquirida en entidades del sector público o en el sector privado

NOTA: Únicamente deberá adjuntarse la experiencia laboral que guarde relación directa con el objeto de la contratación o con el cargo descrito en la solicitud de oferta.

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

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		

Es necesario prestar especial atención al momento de consignar el tiempo de experiencia laboral. Dicho periodo debe calcularse con precisión y ser coherente con la información registrada en la página anterior.

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

RECORDATORIO: Es indispensable diligenciar la casilla de manifestación bajo gravedad de juramento sobre su estado de inhabilidades e incompatibilidades, mediante el marcado de las opciones “**Si**” o “**No**”, según corresponda a su situación jurídica actual.

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

OBLIGATORIO: La hoja de vida debe estar firmada por el oferente

4.1 SOPORTES

La hoja de vida debe estar acompañada de los soportes que acrediten la formación académica, experiencia laboral y demás información consignada en el documento: (Ejemplo de certificado laboral)

Certificado laboral*

NOMBRE DE LA EMPRESA

NIT.....

Todo certificado laboral tiene que dejar claro quién es el empleador. Es decir, nombre completo si es persona natural, o razón social si es empresa o entidad.

El certificado debe tener los datos completos y exactos del trabajador. Como mínimo: nombre y apellido, número de cédula (de ciudadanía, extranjería, pasaporte o el que corresponda)

En virtud a que **ingrese el nombre del trabajador** identificado(a) con la cédula de ciudadanía, **ingrese número de cédula**, laboró/ labora en esta compañía desde **ingrese fecha de inicio** hasta **ingrese fecha de finalización**, se procede a certificar que:

Asimismo, es recomendable incluir la fecha de inicio y, en su caso, de terminación de la relación laboral

Nombre del trabajador, desempeñó el cargo de **cargo: Docente/facilitador**, con funciones de, **realice una breve descripción de las funciones específicas del trabajador**.

La presente certificación se firma el **día** del **mes** del 201**X**

Será requisito indispensable que el certificado mencione expresamente el rol o cargo desempeñado, el objeto del contrato o, en su defecto, las actividades desarrolladas.

Ingrese nombre

Ingrese cargo de quien firma (gerente, jefe de recursos humanos o quien haga sus veces)

teléfono de la oficina

nombre de la empresa

*Este es un modelo de certificado laboral, el cual puede necesitar cambios de acuerdo con la necesidad de cada empresa; **actualicese.com** no se hace responsable por el mal empleo del mismo.

El oferente deberá adjuntar todos los diplomas o títulos que certifiquen debidamente su formación, conforme al perfil exigido de Licenciado o Normalista Superior.



DIPLOMA DE FINALIZACIÓN

Se hace constar que

Ha completado el Programa de _____
capacitándose en _____ y gestión
_____.

2025

Registro: _____ Fecha: _____

5. LIBRETA MILITAR O CERTIFICADO DE SITUACIÓN MILITAR

En caso de oferente masculino menor de cincuenta (50) años, deberá aportar copia por ambas caras de la libreta militar o certificación que acredite la definición de su situación militar.



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
COMANDO DE RECLUTAMIENTO Y CONTROL RESERVAS

EL SUSCRITO DIRECTOR DE RECLUTAMIENTO

CERTIFICA

Que el señor XXXXXXXXXX identificado con Cédula de Ciudadanía No. XXXXXXXXX, presenta los siguientes datos referentes a la definición de su situación militar:

Primer Nombre: XXXXXXX
Segundo Nombre: XXXXXXX
Primer Apellido: XXXXXXX
Segundo Apellido: XXXXXXX
Tipo Documento: Cédula de Ciudadanía
Número Documento: XXXXXXX
Razón para el estado: Inscripción
Estado del ciudadano: En registro

ESTA CERTIFICACIÓN ES GRATUITA
NO ES VÁLIDA COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN MILITAR
NO REEMPLAZA SU LIBRETA MILITAR

Se firma y se expide en Bogotá D.C. a los 24 días del mes de Abril de 2026, a las 9:56:28 AM.

Cordialmente,

CR. JUAN MAURICIO DIAZ SÁNCHEZ

Genero: Sistema de Información
de Reclutamiento

Director de Reclutamiento - Ejército Nacional

PATRIA HONOR LEALTAD

Carrera 11B No 104* - 64 Piso 4*
Bogotá, D.C.

corec@ejercito.mil.co <http://www.ejercito.mil.co/> www.reclutamiento.mil.co



El estado de situación militar del aspirante debe encontrarse, como mínimo, en la etapa de registro. No se admitirán situaciones distintas o previas a dicha condición.

6. ANTECEDENTES FISCALES

El oferente deberá allegar el certificado expedido por la Contraloría General de la República, con fecha de expedición no mayor a treinta (30) días calendario anteriores al cierre del proceso.



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 viernes 24 de abril de 2026, a las 09:59:44, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

RECORDATORIO: Fecha de expedición no mayor a 30 días del cierre de la oferta.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	XXXXXXXX
Código de Verificación	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

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

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


HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB



Con el Código de Verificación puede constatar la autenticidad del Certificado.
Carrera 69 No. 44-35 Piso 1. Código Postal 111071. PBX 5187000 - Bogotá D.C
Colombia Contraloría General NC, BOGOTÁ, D.C.

Página 1 de 1



7. ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS

El oferente deberá allegar el certificado expedido por la Procuraduría General de la Nación, con fecha de expedición no mayor a treinta (30) días calendario anteriores al cierre del proceso.

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO

No. 294827570

PIB
16:34:28
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 23 de abril 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) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX identificado(a) con Cédula de ciudadanía número XXXXXXXX.

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>

Olga Lucia Tibocha Cortés

Jefe División de Relacionamento Con El Ciudadano (C)

RECORDATORIO: Fecha de expedición no mayor a 30 días del cierre de la oferta.

NOTA: Deberá anexarse el certificado generado directamente en la página principal de la Procuraduría General de la Nación. No se aceptarán capturas de pantalla de la consulta de antecedentes disciplinarios.

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.

8. ANTECEDENTES JUDICIALES

El oferente deberá allegar el certificado expedido por la autoridad competente (Policía Nacional), con fecha no mayor a treinta (30) días calendario anteriores al cierre del proceso.

24/4/26, 10:01

Policía Nacional de Colombia



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:01:19 AM horas del 24/04/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° XXXXXXXX

Apellidos y Nombres: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

RECORDATORIO: Fecha de expedición no mayor a 30 días del cierre de la oferta.

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

<https://antecedentes.policia.gov.co:7005/WebJudicial/formAntecedentes.xhtml>

1/2

9. CONSULTA MEDIDAS CORRECTIVAS

El oferente deberá allegar consulta del Sistema de Registro Nacional de Medidas Correctivas, en la cual no existan medidas pendientes por cumplir, expedida dentro de los treinta (30) días calendario anteriores al cierre del proceso.

24/4/26, 10:00

Consulta RNMC



Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx) 🔍

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

👤 Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 24/04/2026 10:00:20 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. XXXXXXXX y Nombre: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX.

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. **138870913**. 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.

RECORDATORIO: Fecha de expedición no mayor a 30 días del cierre de la oferta.

🔍 Nueva Búsqueda

🖨 Imprimir



Dios y Patria

Información

515 9000

Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Cra. 55 N° 25 - 21
Centro Administrativo Nacional C.A.N. Bogotá D.C.
Línea de atención: 018000-910112

COLOMBIA
POTENCIA DE LA
VIDA

GOV.CO

https://srvcnpc.policia.gov.co/PSC/frm_cnp_consulta.aspx

1/1

10. CONSULTA DE INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

Certificación que acredite la ausencia de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años, con fecha no mayor a treinta (30) días calendario anteriores al cierre del proceso.

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 la 10:03:01 horas del 24/04/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. XXXXXXXX, Apellidos y Nombres XXXXXXXXXXXXXXXX

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **Universidad de Nariño** con NIT **800118954-1** 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.

RECORDATORIO: Fecha de expedición no mayor a 30 días del cierre de la oferta.

El certificado deberá ser expedido expresamente a nombre de la Universidad de Nariño, identificada con el NIT 800118954-1, a quien deberá dirigirse la consulta correspondiente.

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E INTERPOL



Área de Administración de Información Criminal

ENLACES DE INTERÉS

- > Portal web DIJIN
- > Consulta Antecedentes Judiciales
- > Protección de Datos

SÍGANOS EN LAS REDES SOCIALES



Consulta de Inhabilidades - Ley 1918 de 2018 | Ley 2375 de 2024

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

11. CERTIFICADO AFILIACIÓN A SALUD

El oferente deberá acreditar su afiliación (Régimen contributivo en calidad de independiente) al sistema de seguridad social en salud y pensión mediante certificado expedido dentro de los treinta (30) días al Sistema de Seguridad Social Integral correspondiente al mes inmediatamente anterior (Ejemplo de certificado de afiliación).



CERTIFICA

El(La) Señor(a) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX identificado(a) con CC XXXXXXXX se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1º **COTIZANTE.**

Fecha de Activación de 06/10/2025

Estado de la Afiliación: **ACTIVO**

IPS: CLINICA CARDIOQUIRURGICA DE NARIÑO SEDE PRAGA

Categoría: A

Afiliación Activa como Cotizante Independiente en el régimen CONTRIBUTIVO

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE a los 24 días del mes de abril del año 2026.

RECORDATORIO: Fecha de expedición no mayor a 30 días del cierre de la oferta.

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

Observaciones:

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

Cordialmente,


Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

En caso de no contar con el certificado de afiliación, se podrá anexar, en su lugar, el formulario de afiliación respectivo. Es importante señalar que dicho formulario deberá contar, de manera **OBLIGATORIA**, con un **NÚMERO DE RADICADO**, toda vez que este constituye la constancia de que el proceso de afiliación se encuentra en curso.

☐ ORIGINAL: E.P.S. - ☐ - 1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL - ☐

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y
REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva
eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

"Código Único para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

FORMULARIO VÍA WEB

Les alertamos las instrucciones antes de diligenciar este formulario

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE

A. AFILIACIÓN ☐ B. REPORTE DE NOVEDADES ☐

2. TIPO DE AFILIACIÓN

A. Individual: ☐ A. Cotizante o cabeza de familia ☐ B. Beneficiario o afiliado adicional ☐ C. Colectiva ☐ D. De oficio ☐

3. RÉGIMEN

C. Contributivo ☐ S. Subsidiado ☐

4. TIPO DE AFILIADO

CO Cotizante ☐ CF Cabeza de Familia ☐ BE Beneficiario ☐ A. Dependiente ☐ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐

5. TIPO DE CERTIZANTE

CÓDIGO

FECHA DE LA SOLICITUD

DÍA MES AÑO

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

5. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

PRIMER NOMBRE

SEGUNDO NOMBRE

7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

9. SEXO

F M

10. FECHA NACIMIENTO

DÍA MES AÑO

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. UBICACIÓN

Código

12. DISCAPACIDAD

13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN

14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL

15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES

17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC

18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA

ZONA

19. LOCALIDAD / COMUNA

SAFIDIO

CUIDAD / MUNICIPIO

DEPARTAMENTO

TÉLEFONO FIJO

TÉLEFONO MÓVIL

CORREO ELECTRÓNICO

CÓDIGO IPS

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos de identificación del beneficiario (Complete a continuación la información de los beneficiarios)

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

PRIMER NOMBRE

SEGUNDO NOMBRE

20. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

22. SEXO

F M

23. FECHA NACIMIENTO

DÍA MES AÑO

CÓDIGO IPS

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

24. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS

25. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

26. NÚMERO DE IDENTIDAD

27. SEXO

F M

28. FECHA NACIMIENTO

DÍA MES AÑO

29. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN

30. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

31. TIPO DE TRÁMITE

32. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

33. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

34. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

35. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

36. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

37. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

38. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

39. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

40. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

41. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

42. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

43. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

44. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

45. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

46. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

47. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

48. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

49. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

50. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

51. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

52. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

53. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

54. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

55. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

56. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

57. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

58. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

59. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

60. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

61. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

62. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

63. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

64. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

65. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

66. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

67. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

68. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

69. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

70. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

71. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

72. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

73. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

74. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

75. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

76. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

77. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

78. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

79. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

80. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

81. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

82. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

83. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

84. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

85. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

86. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

87. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

88. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

89. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

90. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

91. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

92. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

93. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

94. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

95. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

96. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

97. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

98. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

99. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

100. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APOYANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre e Razón Social

36. Tipo documento de identidad

37. Número documento de identidad

38. Tipo de aportante o pagador de pensiones

39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN

CUIDAD / MUNICIPIO

DEPARTAMENTO

TÉLEFONO FIJO

TÉLEFONO MÓVIL

CORREO ELECTRÓNICO

FECHA NÚCLEO DE RELACIÓN LABORAL

DÍA MES AÑO

CARGO

SALARIO

VI. REPORTE DE NOVEDADES

40. 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

6. RESERVA EN LA EPS

7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES

8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES

9. NÚCLEO DE RELACIÓN LABORAL O ADSCRIPCIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR

10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PERCEPCIÓN DE LAS CONDICIONES PARA SER COTIZADO

11. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS

12. RESERVA EN LA EPS

13. MODIFICACIÓN

14. AL REGÍMEN CONTRIBUTIVO

15. TRÁSLADO

16. AL REGÍMEN SUBSIDIADO

17. AL REGÍMEN RESERVA

18. AL REGÍMEN RESERVA

19. AL REGÍMEN RESERVA

20. AL REGÍMEN RESERVA

21. AL REGÍMEN RESERVA

22. AL REGÍMEN RESERVA

23. AL REGÍMEN RESERVA

24. AL REGÍMEN RESERVA

25. AL REGÍMEN RESERVA

26. AL REGÍMEN RESERVA

27. AL REGÍMEN RESERVA

28. AL REGÍMEN RESERVA

29. AL REGÍMEN RESERVA

30. AL REGÍMEN RESERVA

31. AL REGÍMEN RESERVA

32. AL REGÍMEN RESERVA

33. AL REGÍMEN RESERVA

34. AL REGÍMEN RESERVA

35. AL REGÍMEN RESERVA

36. AL REGÍMEN RESERVA

37. AL REGÍMEN RESERVA

38. AL REGÍMEN RESERVA

39. AL REGÍMEN RESERVA

40. AL REGÍMEN RESERVA

41. AL REGÍMEN RESERVA

42. AL REGÍMEN RESERVA

43. AL REGÍMEN RESERVA

44. AL REGÍMEN RESERVA

45. AL REGÍMEN RESERVA

46. AL REGÍMEN RESERVA

47. AL REGÍMEN RESERVA

48. AL REGÍMEN RESERVA

49. AL REGÍMEN RESERVA

50. AL REGÍMEN RESERVA

51. AL REGÍMEN RESERVA

52. AL REGÍMEN RESERVA

53. AL REGÍMEN RESERVA

54. AL REGÍMEN RESERVA

55. AL REGÍMEN RESERVA

56. AL REGÍMEN RESERVA

57. AL REGÍMEN RESERVA

58. AL REGÍMEN RESERVA

59. AL REGÍMEN RESERVA

60. AL REGÍMEN RESERVA

61. AL REGÍMEN RESERVA

62. AL REGÍMEN RESERVA

63. AL REGÍMEN RESERVA

64. AL REGÍMEN RESERVA

65. AL REGÍMEN RESERVA

66. AL REGÍMEN RESERVA

67. AL REGÍMEN RESERVA

68. AL REGÍMEN RESERVA

69. AL REGÍMEN RESERVA

70. AL REGÍMEN RESERVA

71. AL REGÍMEN RESERVA

72. AL REGÍMEN RESERVA

73. AL REGÍMEN RESERVA

74. AL REGÍMEN RESERVA

75. AL REGÍMEN RESERVA

76. AL REGÍMEN RESERVA

77. AL REGÍMEN RESERVA

78. AL REGÍMEN RESERVA

79. AL REGÍMEN RESERVA

80. AL REGÍMEN RESERVA

81. AL REGÍMEN RESERVA

82. AL REGÍMEN RESERVA

83. AL REGÍMEN RESERVA

84. AL REGÍMEN RESERVA

85. AL REGÍMEN RESERVA

86. AL REGÍMEN RESERVA

87. AL REGÍMEN RESERVA

88. AL REGÍMEN RESERVA

89. AL REGÍMEN RESERVA

90. AL REGÍMEN RESERVA

91. AL REGÍMEN RESERVA

92. AL REGÍMEN RESERVA

93. AL REGÍMEN RESERVA

94. AL REGÍMEN RESERVA

95. AL REGÍMEN RESERVA

96. AL REGÍMEN RESERVA

97. AL REGÍMEN RESERVA

98. AL REGÍMEN RESERVA

99. AL REGÍMEN RESERVA

100. AL REGÍMEN RESERVA

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

41. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

PRIMER NOMBRE

SEGUNDO NOMBRE

42. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

43. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

44. SEXO

F M

45. FECHA NACIMIENTO

DÍA MES AÑO

46. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

DÍA MES AÑO

47. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

DÍA MES AÑO

48. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

DÍA MES AÑO

49. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

DÍA MES AÑO

50. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

DÍA MES AÑO

51. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

DÍA MES AÑO

52. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

DÍA MES AÑO

53. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

DÍA MES AÑO

54. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

DÍA MES AÑO

55. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

DÍA MES AÑO

56. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

DÍA MES AÑO

57. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

DÍA MES AÑO

58. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

DÍA MES AÑO

59. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

DÍA MES AÑO

60. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

DÍA MES AÑO

61. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

DÍA MES AÑO

62. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

DÍA MES AÑO

63. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

DÍA MES AÑO

64. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

DÍA MES AÑO

65. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

DÍA MES AÑO

66. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

DÍA MES AÑO

67. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

DÍA MES AÑO

68. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

DÍA MES AÑO

69. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

DÍA MES AÑO

70. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

DÍA MES AÑO

71. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

DÍA MES AÑO

72. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

DÍA MES AÑO

73. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

DÍA MES AÑO

74. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

DÍA MES AÑO

75. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

DÍA MES AÑO

76. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

DÍA MES AÑO

77. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

DÍA MES AÑO

78. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

DÍA MES AÑO

79. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

DÍA MES AÑO

80. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

DÍA MES AÑO

81. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

DÍA MES AÑO

82. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

DÍA MES AÑO

83. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

DÍA MES AÑO

84. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

DÍA MES AÑO

85. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

DÍA MES AÑO

86. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

DÍA MES AÑO

87. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

DÍA MES AÑO

88. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

DÍA MES AÑO

89. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

DÍA MES AÑO

90. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

DÍA MES AÑO

91. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

DÍA MES AÑO

92. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

DÍA MES AÑO

93. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

DÍA MES AÑO

94. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

DÍA MES AÑO

95. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

DÍA MES AÑO

96. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

DÍA MES AÑO

97. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

DÍA MES AÑO

98. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

DÍA MES AÑO

99. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

DÍA MES AÑO

100. FECHA DE INGRESO AL REGÍMEN

DÍA MES AÑO

VIII. FIRMAS

54. Firma de cotizante, cabeza de familia o beneficiario

55. Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente

58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital

59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y morosa política, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital

60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor

61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia

62. 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

63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud

64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas

65. 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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial

67. Datos del SISBEN

68. Fecha de radicación

69. Fecha de validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación

71. Firma del funcionario

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.

- 2a. COPIA: AFILIADO -



OPCIÓN 00001 012

**ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES
Y CARTA DE DESEMPEÑO**

FORMULARIO VÍA WEB



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

Yo, _____ identificado (a) con R.C. T.S. C.C. C.E. Otro: _____
 número _____ de _____, certifico que:

1. He recibido la carta de derechos y deberes ☐ No ☐ 2. He recibido la carta de desempeño con el ranking de NUEVA EPS ☐ No ☐ 3. Lei el contenido de la carta de derechos y deberes ☐ No ☐ 4. Lei el contenido de la carta de desempeño ☐ No ☐ 5. Me fueron resueltas las dudas sobre el contenido de las cartas de derechos y deberes y la carta de desempeño ☐ No ☐ 6. Entendi y comprendí lo enunciado en la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño ☐ No ☐ 7. NUEVA EPS cuenta con canales disponibles y eficaces para resolver las dudas sobre el contenido de las cartas ☐ No ☐	Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al teléfono celular No. _____ y/o correo electrónico: _____ ☐ No ☐
---	--

Cordialmente,

Firma: _____

Tipo ID: _____ No. ID: _____

Fecha (dd/mm/aaaa): _____

Dirección: _____

Tel: _____ Municipio _____

Departamento: _____

Huella

Afilado 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. consultada al reverso de este documento.

Información de NUEVA EPS

Asesor: _____

Código: _____ Oficina _____

Autorizaciones

En virtud de la anterior certificación, autorizo expresamente conforme a lo dispuesto en los artículos 14 y 16 de la Ley 527 de 1995, a NUEVA EPS S.A. Para que me remita información en forma de mensajes de datos, a través de mecanismos como sms -short message service -, correos electrónicos y redes sociales, relacionada con los servicios de NUEVA EPS S.A. y la carta de derecho de deberes.

Autorizo de manera expresa a NUEVA EPS S.A. y/o a la persona natural o jurídica a quien ésta encargue, para que recolecte, almacene, use, haga circular, actualice o suprima mis datos personales, para acceder a los servicios de la NUEVA EPS S.A. y para el cumplimiento de la carta de derechos y deberes.

Aviso de privacidad

Hago constar expresamente que NUEVA EPS S.A. me informó sobre los siguientes derechos que me asisten como titular de datos personales:

- Acceder los datos personales que hayan sido objeto de tratamiento conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
- Conocer, actualizar y rectificar los datos personales frente al responsable del tratamiento.
 - Ejercer el derecho de oposición, cancelación o retiro de datos personales, salvo en los casos, datos, en relación con datos parciales, incorrectos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos datos cuyo tratamiento esté expresamente prohibido o no haya sido autorizado.
 - Solicitar la portabilidad de los datos personales del tratamiento, salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el tratamiento, de conformidad con lo previsto en el artículo 10 de la Ley 1581 de 2012.
 - Ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento, previa solicitud, respecto al uso que se hace de 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.S., a través de los siguientes mecanismos que ponemos a su disposición:

Sitio web: www.nuevaeps.com.co
Oficinas de atención al afiliado de NUEVA EPS S.A.
Línea Gratuita: 01 8000 954400
Línea de atención en Bogotá: 307 7022
Commutador: (57 + 1) 4193000
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 a lo establecido en la Ley 1780 de 2016, sin que ello implique la transferencia, transmisión y/o recepción de los datos, y el cual se realizará a través de sí misma, terceros encargados de tratamiento de información o de sus aliados comerciales, para fines comerciales y para la correcta prestación del servicio, de la forma indicada en los Términos y Condiciones de uso de sus portales y de la Política de Confidencialidad y Protección de Datos.

[illegible]

Universidad de Nariño VIIS - Carrera 33 No. 5-121 Barrio Las Acacias- Bloque 5 - Piso 1- Oficina 104
Teléfono 6027310327 - 6027244309 Ext. 2420 - Línea Gratuita 018000957071
Correo electrónico: proyectosinvestigacionviis@udenar.edu.co - San Juan de Pasto - Nariño - Colombia

Institución de Educación Superior | Vigilada por MINEDUCACIÓN - Fundada mediante Decreto No. 049 del 4 de noviembre de 1904.
Acreditada en Alta Calidad mediante Resolución No. 10567 MINEDUCACIÓN

Piensa en tu compromiso con el ambiente; reduce, reutiliza y separa tus residuos correctamente.



11. CERTIFICADO AFILIACIÓN A PENSIÓN

El oferente deberá acreditar su afiliación (Régimen contributivo en calidad de independiente) al sistema de seguridad social en salud y pensión mediante certificado expedido dentro de los treinta (30) días al Sistema de Seguridad Social Integral correspondiente al mes inmediatamente anterior (Ejemplo de certificado de afiliación).

Protección

Una empresa SURQ

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) XXXXXXXXXXXXXXXX identificado(a) con CC número XXXXXXXXXXXX se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 02 de agosto de 2018 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 24 de abril de 2026.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

RECORDATORIO: Fecha de expedición no mayor a 30 días del cierre de la oferta.

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá (601) 482 33 64 – Medellín (604) 510 90 99 – Cali (602) 386 00 80 -

Barranquilla (605) 319 79 99 – Cartagena (605) 642 49 99 – WhatsApp +57 310 220 5575

o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a <https://customer0001.wolkvox.com/proteccion/index.php>

Pag. 1 de 1

12. REDAM

El oferente deberá allegar el certificado de no estar inscrito en el registro de deudores alimentarios morosos, el cual deberá estar VIGENTE al momento de la presentación de toda la documentación, en cumplimiento de la Ley 2097 de 2021.



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 XXXXXXXX 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 24/04/2026 10:17 AM



Código Verificación: 1JXJK7RI5BC

Válida hasta: 23/07/2026

RECORDATORIO: El certificado deberá encontrarse plenamente vigente al momento de su presentación.

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS
COMUNICACIONES - MINTIC

13. EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

El oferente deberá allegar certificado de examen médico ocupacional de ingreso, expedido por una persona y/o autoridad competente, en el cual se determine su aptitud para el desarrollo de las actividades objeto del contrato. El certificado deberá encontrarse vigente al momento de la presentación de la oferta, con una vigencia máxima de tres (3) años.



EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL

INFORMACION ADMINISTRATIVA

NOMBRE DE LA EMPRESA:	FECHA:
CENTRO DE TRABAJO:	ASPIRANTE A CARGO:
GERENCIA:	CENTRO DE COSTO:

DATOS DEL TRABAJADOR o CANDIDATO A CARGO

NOMBRE Y APELLIDO:		EDAD:
FECHA DE NACIMIENTO:	CEDULA:	CARGO:
CUMPLE CON PERFIL PROFESIOGRAFICO: SI ___ NO ___ CARGO SIN PROFESIOGRAMA	OBSERVACIONES:	

TIPO DE EVALUACION A REALIZAR (MARCAR CON UNA X)

PREEMPLEO (INGRESO)	PREVACACIONAL	TRANSFERENCIA
POSTEMPLEO (EGRESO)	POSTVACACIONAL	PROMOCION
ESPECIAL (Act. Deportivas, Riesgo Específico)	REINTEGRO	OTRO: Especifique

RESULTADOS DEL EXAMEN SEGÚN CRITERIOS INDICADOS EN LA POLITICA DE SERVICIO DE SALUD (MARCAR CON UNA X)

RECOMENDABLE PARA REALIZAR LAS ACTIVIDADES LABORALES DEL CARGO.	
NO RECOMENDABLE PARA REALIZAR LAS ACTIVIDADES LABORALES DEL CARGO	

Requiere Programa de Vigilancia Epidemiológica: Normal: _____ Específica: _____ Ninguna: _____

Postulado para Discapacidad: SI ___ NO ___

VISUAL	INTELCTUAL Y DEL SISTEMA NERVIOSO	
AUDITIVA Y DE LA COMUNICACION	ORGANICA	FISICA-MOTORA

ESTE TRABAJADOR DEBE SER SOMETIDO A (LOS) PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA SIGUIENTE (S):

TIPO DE PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	Permanente	Temporal
1 Exposición a Trastornos Musculo Esqueléticos (TME) – PVE DE ERGONOMIA		
2 Exposición a Ruido – PVE DE PROTECCION AUDITIVA		
3 Exposición a partículas – PVE DE PROTECCION RESPIRATORIA		
4 Exposición a Químicos – PVE DE MANEJO DE MATERIALES PELIGROSOS		
5 Morbilidad de hernias umbilicales, inguinales, varicocele, eventración, entre otros		
6 Exposición a Trastornos Metabólicos		
7 Exposición a Radiaciones –PVE DE PROTECCION A RADIACIONES		
8 Exposición a riesgos propios de Brigadistas de Emergencias – PVE PATOGENOS EN SANGRE		
9 Exposición a riesgos propios de Personas con Discapacidad – PVE DE FISIATRIA		
10 Alteraciones producidas por riesgos psicosociales – PVE RIESGOS PSICOSOCIALES		
11 Mujeres embarazadas o en condición materno infantil (1er año del hijo o hija)		
12 Infección de Transmisión Sexual (ITS)		
13 Diabetes / Hipertensión / Obesidad – PVE DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES COMUNES		
14 Exposición a riesgos de altura / espacios confinados / Electricos		
15 PVE DE PROTECCION VISUAL		
16 Otro:		

OBSERVACION GENERAL :

FIRMA Y SELLO DEL SERVICIO DE SALUD:	RECIBIDO GESTION DE GENTE:
	FECHA/HORA:

Se hace constar que el trabajador señalado se compromete a cumplir con cada una de las recomendaciones descritas y realizar solamente las actividades que formalmente le autorice el supervisor inmediato, a su vez debe comunicar al servicio medico o al departamento de RYCO cualquier eventualidad.

El certificado deberá acreditar que la evaluación médico ocupacional consideró las actividades propias del cargo de Facilitador o funciones equivalentes, garantizando que el aspirante cuenta con las condiciones de salud necesarias para ejecutar el servicio.

14. RUT

El oferente, deberá presentar copia del certificado de Registro Único Tributario – RUT.

DIAN Formulario del Registro Único Tributario 001

2. Concepto 02 Actualización

4. Número de formulario 141365492738

5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 6. DV 12. Dirección seccional Impuestos y Aduanas de Pasto 14. Buzón electrónico

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida 25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 26. Número de identificación

Lugar de expedición COLOMBIA 28. País 29. Departamento 30. Ciudad/Municipio

31. Primer apellido 32. Segundo apellido 33. Primer nombre 34. Otros nombres

35. Razón social 36. Nombre comercial 37. Signo

UBICACIÓN

38. País 39. Departamento 40. Ciudad/Municipio

41. Dirección principal 42. Correo electrónico 43. Código postal 44. Teléfono 1 45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica		Ocupación	
Actividad principal	Actividad secundaria	Otras actividades	
46. Código 8513	47. Fecha inicio actividad 20250701	48. Código 8560	49. Fecha inicio actividad 20240812
50. Código 1	51. Código	52. Número establecimientos	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

43. Código 49

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

54. Código

Exportadores

55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3

57. Modo 58. CPC

984. Nombre 985. Cargo

Fecha generación documento PDF: 25-04-2026 11:51:45AM

El certificado que se expida deberá constituir un documento oficial y actualizado, por lo que deberá indicar expresamente **"certificado documento sin costo"** o **"copia certificado sin costo"**. No se admitirán certificados presentados en calidad de borrador o documento preliminar.

ACTIVIDAD ECONÓMICA: relacionado con el objeto a contratar y contemplar actividades económicas que guarden relación con el mismo.

NOTA: El ejemplo expuesto contiene dos códigos que pueden ser empleados a tal efecto.

En caso de no contar con una actividad económica que se relacione con el objeto a contratar y requiera actualizar el Registro Único Tributario (RUT), a fin de evitar que el documento quede en estado "Borrador" o "En Trámite", se recomienda revisar el correspondiente INSTRUCTIVO, el cual le permitirá realizar la descarga del documento en los términos adecuados.

15. DECLARACIÓN DE NO ENCONTRARSE INCURSO EN INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

El oferente bajo la gravedad de juramento y mediante declaración suscrita por el oferente y/o representante legal, deberá informar que no se encuentra incurso en el régimen de inhabilidades e incompatibilidades

FORMATO 5

CERTIFICACIÓN DE NO ESTAR INCURSO EN CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD.

Yo, _____, identificado con cédula de ciudadanía No. _____ expedida en _____, obrando en calidad de proponente dentro del proceso contractual que adelanta la Universidad de Nariño, y en cumplimiento de lo dispuesto por la Constitución Política de Colombia, el artículo 8° de la Ley 80 de 1993, la Ley 1474 de 2011, la Ley 1918 de 2018 y el artículo 183 del Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana, así como las disposiciones concordantes que regulan los regímenes de inhabilidad e incompatibilidad aplicables a la contratación estatal, me permito certificar bajo la gravedad del juramento, que:

- No me encuentro incurso(a) en causal alguna de inhabilidad e incompatibilidad, de orden legal, constitucional o reglamentario, que impida mi participación o contratación con entidades estatales, conforme al marco jurídico vigente.
- No tengo vínculo laboral, contractual ni de cualquier otra naturaleza con la Universidad de Nariño, ni con sus dependencias, programas o proyectos, al momento de la presente declaración.
- Declaro igualmente que no represento intereses personales o institucionales que interfieran o comprometan la imparcialidad, moralidad o transparencia de la presente actuación administrativa.

Esta declaración se expide bajo la gravedad de juramento y con pleno conocimiento de las consecuencias legales derivadas de su falsedad u omisión, conforme a lo previsto en el artículo 442 del Código Penal Colombiano, y demás disposiciones que regulan la responsabilidad penal y disciplinaria de los ciudadanos en su relación con el Estado.

Se expide en la ciudad de Pasto, el día _____ del mes de _____ del año 2026.

FIRMA

NOMBRE: _____

C.C. No. _____ de _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

ACREDITACIÓN DE CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD

En caso de que el oferente acredite alguna condición de discapacidad, deberá diligenciar y adjuntar obligatoriamente el formato que se indica a continuación.

 UNIVERSIDAD DE NARIÑO Vicerrectoría de Investigación e Interacción Social SOLICITUD DE OFERTA 031-2026 SERVICIOS PROFESIONALES	CÓDIGO: CYC-GEF-FR-53
	PÁGINA: 49 DE 54
	VERSIÓN: 1
	VIGENTE A PARTIR DE: 2016-02-04

FORMATO 2
ACREDITACIÓN DE CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD

(Criterio de asignación de puntaje)

Señores

Universidad de Nariño
San Juan de Pasto

SOLICITUD DE OFERTA NO. 031-2026.

OBJETO: CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA VINCULACIÓN DE FACILITADORES, RESPONSABLES DE ORIENTAR, IMPLEMENTAR Y DESARROLLAR LOS PROCESOS PEDAGÓGICOS DE ALFABETIZACIÓN DIRIGIDOS A POBLACIÓN JOVEN Y ADULTA, EN EL MARCO DEL PROYECTO DE ALFABETIZACIÓN – CICLO LECTIVO ESPECIAL INTEGRADO (CLEI 1). LO ANTERIOR, CON EL FIN DE ATENDER HASTA VEINTIDÓS (22) GRUPOS EN LOS MUNICIPIOS PRIORIZADOS DEL DEPARTAMENTO DE NARIÑO, DE CONFORMIDAD CON LOS LINEAMIENTOS TÉCNICOS ESTABLECIDOS EN EL ANEXO DEL PROYECTO Y LAS DISPOSICIONES EMITIDAS POR EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL – MEN.

Yo, _____, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. _____ expedida en _____, en calidad de aspirante dentro del presente proceso de selección, me permito manifestar que:

Acredito mi condición de persona con discapacidad, para efectos de la asignación de puntaje dentro de la presente convocatoria.

Para tal fin, adjunto el **Certificado de Discapacidad Vigente**, generado en el marco del procedimiento de certificación establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social y registrado en el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD), de conformidad con lo dispuesto en la Resolución No. 1197 de 2024.

Declaro bajo la gravedad de juramento que el documento aportado es auténtico, se encuentra vigente y corresponde a mi situación personal, autorizando a la Universidad de Nariño para verificar su validez.

En constancia, se firma en _____, a los _____ días del mes de _____ de 2026.

Firma: _____

Nombre: _____

C.C. No: _____