Bogotá D. C., enero de 2022

Doctor (a)
**OLGA LILIANA RAMÍREZ MANCERA**
Gerente General
Instituto Departamental para la Recreación y el Deporte de Cundinamarca.
Ciudad.

**ASUNTO:** PRESENTACIÓN DE PROPUESTA

Cordial Saludo,

Atendiendo su amable invitación a presentar propuesta para prestar mis servicios al Instituto Departamental para la Recreación y el Deporte de Cundinamarca**,** con el propósito de desarrollar del contrato cuyas características describo a continuación, manifiesto que acepto dicha invitación y que conozco las condiciones contractuales establecidas en el estudio previo, para lo cual allego la documentación correspondiente a fin de adelantar el trámite de correspondiente.

**OBJETO DEL CONTRATO:** PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO FORMADOR DEPORTIVO Y RECREATIVO PARA EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA EN EL MARCO DEL PLAN DE DESARROLLO “CUNDINAMARCA REGIÓN QUE PROGRESA”, PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS A CARGO DE INDEPORTES – CUNDINAMARCA

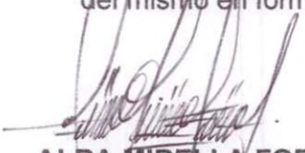
**VALOR DEL CONTRATO:** ONCE MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL PESOS ($11.998.000) M/CTE

**PLAZO DE EJECUCIÓN: SIETE (07) MESES,** contados a partir de la suscripción del acta de inicio, la cual se realizará una vez cumplidos los requisitos de ejecución del contrato.

**OBLIGACIONES ESPECÍFICAS:**

1. Efectuar la organización, planeación, dirección y realización de las actividades que se requieran para la consecución de mínimo 3 niveles de formación en el deporte, en los niveles de iniciación, fundamentación y perfeccionamiento, en el municipio asignado por el supervisor. El contratista será la persona responsable de adelantar y gestar los procesos de convocatoria e inscripción en los mencionados niveles, a través de los medios necesarios, involucrando a las Juntas de Acción Comunal, Instituciones Educativas, Resguardos Indígenas, personas en condición de discapacidad, población diversa y demás comunidades que se puedan beneficiar con el programa.
2. Presentar ante el supervisor del contrato, dentro de los 20 días calendario siguientes a la suscripción del acta de inicio, el Plan Pedagógico y Malla Pedagógica de todos los niveles de formación, en el formato indicado por parte de la Subgerencia Técnica, especificando horarios, sitios de práctica, y la demás información aplicable.
3. Desarrollar todas las actividades planteadas en el plan pedagógico y en la malla pedagógica, dejando las evidencias respectivas que den cuenta de los beneficiarios impactados con ellas.
4. Para deportes en conjunto, tener una cobertura mínima de 15 personas por grupo o una cobertura global mínima de 45 beneficiados activos, sin importar la distribución dentro de los niveles de formación en los que se encuentren; y, para deportes individuales tener una cobertura mínima de 10 personas por grupo o mínimo una cobertura global de 30 beneficiados activos sin importar la distribución dentro de los niveles de formación en los que se encuentren. De todo lo anterior, deberá tener los soportes respectivos organizados por sesiones, actividades y niveles de formación.

5. Utilizar adecuadamente la imagen y nombres de Indeportes Cundinamarca en todo momento, en cualquiera de sus actividades, resaltando el decoro que las mismas implican, con las evidencias de su adecuada utilización.
6. Preparar y ejecutar 9 sesiones de formación a la semana, mínimo 36 sesiones al mes, con las escuelas de formación a cargo. Cada sesión estará compuesta como mínimo por 2 horas, la distribución de las sesiones para cada nivel será concertado con el coordinador y/o supervisor del mismo.
7. Consolidar y mantener actualizada la información pertinente a través de la plataforma o los medios que para tal fin Indeportes Cundinamarca tenga implementada o le indique para esa finalidad.
8. Presentar la planeación de las sesiones mensuales de clase antes del inicio de cada mes, al respectivo supervisor, describiendo los objetivos, aspectos físicos, técnicos y evaluativos a tener en cuenta, así como los métodos empleados en ellas.
9. Presentar ante el Supervisor las evaluaciones técnicas, físicas y teóricas que le realice a los grupos de alumnos a su cargo, de acuerdo con los manuales y formatos que le sean entregados, las cuales deberán estar establecidas en el cronograma general. Los resultados obtenidos deberán ser entregados junto con el informe del respectivo periodo y un consolidado en el informe final.
10. El contratista deberá entregar una certificación por parte del organismo deportivo municipal en donde conste la realización de actividades mensuales relacionadas con las obligaciones contractuales en el municipio asignado.
11. Apoyar a los demás componentes en las diferentes actividades que realicen en los municipios asignados por la Subgerencia Técnica.
12. Asistir y/o apoyar las reuniones, capacitaciones o actividades institucionales de la entidad.
13. Entregar debidamente diligenciado al área de archivo de la Subgerencia Administrativa y Financiera el Formato Único de Inventario Documental (FUID) o su equivalente, cuando se requiera enviar y/o trasladar documentos al archivo del Instituto.
14. Consolidar y presentar a través de la plataforma SECOP II; informe de ejecución contractual con sus respectivos soportes y evidencias; de acuerdo con la forma de pago, condiciones técnicas y/o productos establecidos.
15. Realizar la entrega al supervisor del contrato los documentos, estudios y demás productos elaborados durante la ejecución del contrato a la entrega del informe final del mismo en formato digital y modificable.



**ALBA MIRELLA FORERO SANTANA**
**C.C. No. 1030554818 expedida en BOGOTA**
**Celular: 3105829658**
**Dirección: Cra 3 N° 2- 71 del municipio de Susa**

El servicio público es de todos | Función Pública

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

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO ( O DE CASADA ) | NOMBRES |
|---|---|---|
| FORERO | SANTANA | ALBA MIRELLA |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | SEXO | NACIONALIDAD | PAÍS |
|---|---|---|---|
| C.C ◉ C.E ○ PAS ○ No. 1030554818 | F ◉ M ○ | COL. ◉ EXTRANJERO ○ | Colombia |

**LIBRETA MILITAR**

PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO D.M

| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO | | | | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA | DÍA 28 | MES 11 | AÑO 1988 | cra 3 # 2 - 71 Casa Leticia | | | |
| PAÍS | Colombia | | | PAÍS | Colombia | DEPTO | Cundinamarca |
| DEPTO | Cundinamarca | | | MUNICIPIO | SUSA | | |
| MUNICIPIO | SUSA | | | TELÉFONO | 3105829658 | EMAIL | albaforeros1@gmail.com |

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

**EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA**

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

| EDUCACIÓN BÁSICA | | | | | | | | | | | TÍTULO OBTENIDO: Bachiller |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO |
| 1o. | 2o. | 3o. | 4o. | 5o. | 6o. | 7o. | 8o. | 9o. | 10 | X | MES 12 AÑO 2005 |

**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 | |
| UN | 5 | X | | LICENCIATURA EN EDUCACION FISICA, RECREACION Y DEPORTE | 04 | 2016 | si |

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.

## 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 |
|---|---|---|---|
| INDEPORTES INSTITUTO DEPARTAMENTAL PARA LA RECREACION Y EL DEPORTE DE CUNDINAMARCA | X | | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Cundinamarca | SUSA | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 7491205 | DÍA 26 MES 03 AÑO 2021 | DÍA 10 MES 12 AÑO 2021 |

| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Licenciada en Educación Física Formador Deportivo | Deportiva | CALLE 26 # 51-53 |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| INDEPORTES INSTITUTO DEPARTAMENTAL PARA LA RECREACION Y EL DEPORTE DE CUNDINAMARCA | X | | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Cundinamarca | SUSA | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 7491205 | DÍA 10 MES 09 AÑO 2020 | DÍA 30 MES 12 AÑO 2020 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Licenciada en Educación Física Apoyo a la gestion de formador deportivo | Deportiva | CALLE 26 # 51-53 |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| Alcaldía de Susa | X | | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Cundinamarca | SUSA | secgobierno@susa-cundinamarca.gov.co |
| **TELÉFONOS** | **FECHA DE INGRESO** | **FECHA DE RETIRO** |
| 3203114589 | **DÍA** 05 **MES** 02 **AÑO** 2019 | **DÍA** 04 **MES** 12 **AÑO** 2019 |
| **CARGO O CONTRATO** | **DEPENDENCIA** | **DIRECCIÓN** |
| Docente Instructor de la Escuela de Formación Deportiva | Adulto Mayor | cra 4 No 6-07 |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| The Coach & Fans SAS | | X | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Bogotá D.C | BOGOTÁ | mariaelena.cardona@thecoach.com.co |
| **TELÉFONOS** | **FECHA DE INGRESO** | **FECHA DE RETIRO** |
| 7049777 | **DÍA** 01 **MES** 03 **AÑO** 2018 | **DÍA** 08 **MES** 03 **AÑO** 2020 |
| **CARGO O CONTRATO** | **DEPENDENCIA** | **DIRECCIÓN** |
| Prestación de Servicios | Deportiva | calle 95 No 13 09 of 206 |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| Escuela de Formación Deportiva Atlético Garcés | | X | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Bogotá D.C | BOGOTÁ | yami2118@yahoo.es |
| **TELÉFONOS** | **FECHA DE INGRESO** | **FECHA DE RETIRO** |
| 3123758902 | **DÍA** 01 **MES** 06 **AÑO** 2016 | **DÍA** 30 **MES** 11 **AÑO** 2017 |
| **CARGO O CONTRATO** | **DEPENDENCIA** | **DIRECCIÓN** |
| Entrenador Deportivo | | Carrera 105 No. 77 A - 69 |

## 4 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 Susa, 7 de Enero de 2022

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.

## 5 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUI 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

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.

# Declaración de Ley 2013 de 2019

Ver aceptación de la política de seguridad de datos

Registrar nueva Información del usuario | Consulte sus declaraciones publicadas

## Listar Información del usuario

Formulario 397.351 finalizado

| Acciones | Entidad | Cargo | ¿Es usted Contratista? | Tipo de publicación | Fecha de creación | Fecha de publicación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | INSTITUTO DEPARTAMENTAL PARA LA RECREACIONY EL DEPORTE DE CUNDINAMARCA | | SÍ | INGRESO | 2022-01-07 19:23 | 2022-01-07 19:27 |
| | INSTITUTO DEPARTAMENTAL PARA LA RECREACIONY EL DEPORTE DE CUNDINAMARCA | | SÍ | OTRO | 2021-02-17 20:11 | 2021-02-18 22:21 |

REPUBLICA DE COLOMBIA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.030.554.818

FORERO SANTANA
APELLIDOS

ALBA MIRELLA
NOMBRES

Alba Mirella Forero
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 28-NOV-1988
SUSA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA
B- G.S. RH
F SEXO

03-ABR-2007 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500108-45160655-F-1030554818-20070626 00644 07177B 02 238484912

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14804932899

(415)7707212489984(8020) 000001480493289 9

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 0 3 0 5 5 4 8 1 8 | 5 | Impuestos de Bogotá 3 2 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 0 3 0 5 5 4 8 1 8 | 2 0 0 7 0 4 0 3 |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Bogotá D.C. 1 1 | Bogotá, D.C. 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| FORERO | SANTANA | ALBA | MIRELLA |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| ALMACEN Y MISCELANIA MARIAM | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Cundinamarca 2 5 | Susa 7 7 9 |

41. Dirección principal
CR 3 2 71

42. Correo electrónico albaforeros1@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 9 4 4 0 0 1 | 3 1 0 5 8 2 9 6 5 8 |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 |
| 8 2 9 9 | 2 0 1 6 0 6 0 1 | 4 7 7 2 | 2 0 1 3 0 1 0 1 | | 4 7 7 1 | 4 7 7 4 |

### Ocupación

| 51. Código | 52. Número establecimientos |
|---|---|
| | 1 |

### 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

### Obligados aduaneros

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

### Exportadores

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

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

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2022 - 01 - 07 / 15 : 38: 50

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 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre FORERO SANTANA ALBA MIRELLA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 07 de enero de 2022, a las 10:45:43, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | CC |
| No. Identificación | 1030554818 |
| Código de Verificación | 1030554818220107104543 |

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.

FERNANDO ALFONSO CRUZ MONTOYA
CONTRALOR DELEGADO (E)

Digitó y Revisó: WEB

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO No. 186542956

WEB
10:47:36


Bogotá DC, 07 de enero del 2022

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) ALBA MIRELLA FORERO SANTANA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1030554818:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

**ADVERTENCIA:** La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y, en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.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. (Artículo 174 Ley 734 de 2002).

**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 ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html



MANUEL ANTONIO ESPINOSA FIGUEREDO
Jefe División Centro de Atención al Público (CAP) (E)

**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.**

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES

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

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 10:50:19 AM horas del 07/01/2022, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1030554818**

Apellidos y Nombres: **FORERO SANTANA ALBA MIRELLA**

**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.

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, 07/01/2022 03:48:35 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1030554818** y Nombre: **ALBA MIRELLA FORERO SANTANA.**

## 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. **28789156** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

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

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 11:01:45 horas del 07/01/2022, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1030554818,** Apellidos y Nombres **FORERO SANTANA ALBA MIRELLA**

**NO REGISTRA INHABILIDAD**

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **indeportes cundinamarca**, con NIT **900294884-1** 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.

https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSS

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

No. de Radicación

Fecha de Radicación

151995340

*(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)*

## I. DATOS DEL TRÁMITE

| 1. Tipo de Trámite | 2. Tipo de Afiliación | 3. Régimen |
|---|---|---|
| A. Afiliación B. Reporte de Novedades | A. Individual — Cotizante o Cabeza de Familia / B. Colectiva / D. De Oficio; Beneficiario o Afiliado adicional / C. Institucional | A. Contributivo B. Subsidiado |

| 4. Tipo de Afiliado | 5. Tipo de Cotizante | Código |
|---|---|---|
| A. Cotizante B. Cabeza de Familia C. Beneficiario | A. Dependiente B. Independiente C. Pensionado | (a registrar por la EPS) |

**A. AFILIACIÓN**

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

| 6. Apellidos y nombres — Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|
| Rivera | Santana | alba | mirella |

| 7. Tipo de documento de identidad | 8. Número del documento de identidad | 9. Sexo | 10. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| CN TI CE CD RC CC PA SC | 1080.554.818 | Femenino Masculino | |

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

| 11. Etnia | 12. Discapacidad (Tipo F N M — Condición T P) | 13. Puntaje SISBÉN | 14. Grupo de población especial |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL | 16. Administradora de Pensiones | 17. Ingreso base de cotización - IBC |
|---|---|---|
| | | $ 908.526 |

| 18. Residencia — Dirección | Teléfono Fijo |
|---|---|
| Cra 3 #1 2-77 | N.R |

| Teléfono Celular | Correo Electrónico |
|---|---|
| 3105829658 | albarivera104@Gmail.com |

| Municipio / Distrito | Zona | Localidad / Comuna | Departamento |
|---|---|---|---|
| Chocontá | Urbana Rural | Centro | Cundinamarca |

## IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

| 19. Apellidos y nombres — Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 20. Tipo de documento de identidad | 21. Número del documento de identidad | 22. Sexo | 23. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| CN TI CE CD RC CC PA SC | | Femenino Masculino | D D M M A A A A |

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

| 24. Apellidos y nombres | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | |
| B2 | | | | |
| B3 | | | | |
| B4 | | | | |
| B5 | | | | |

Datos Complementarios

| | 25. Tipo de documento de identidad | 26. Número del documento de identidad | 27. Sexo | 28. Fecha de nacimiento | 29. Parentesco |
|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | Femenino Masculino | D D M M A A A A | |
| B2 | | | Femenino Masculino | D D M M A A A A | |
| B3 | | | Femenino Masculino | D D M M A A A A | |
| B4 | | | Femenino Masculino | D D M M A A A A | |
| B5 | | | Femenino Masculino | D D M M A A A A | |

| | 30. Etnia | 31. Discapacidad Tipo (F N M) | Condición (T P) | 32. Datos de Residencia Municipio/Distrito | Zona | Departamento | Teléfono Fijo y/o Celular | 33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | F N M | T P | | Urbana Rural | | | |
| B2 | | F N M | T P | | Urbana Rural | | | |
| B3 | | F N M | T P | | Urbana Rural | | | |
| B4 | | F N M | T P | | Urbana Rural | | | |
| B5 | | F N M | T P | | Urbana Rural | | | |

Selección de la IPS Primaria

| | 34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS | Código de la IPS (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|
| C | Salud Vital Chiquinquirá | |
| B | | |
| B | | |
| B | | |

Escaneado con CamScanner

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

| 35. Nombre o razón social | 36. Tipo documento de Identificación (NIT, TI, CE, CC, PA, CD) | 37. Número del documento de Identificación | 38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| | | | |

39. Ubicación — Dirección | Teléfono Fijo

Correo Electrónico | Municipio / Distrito | Departamento

## B. 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 corrección de datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS.
  Código [ ]
- [ ] 6. Reinscripción en la EPS.
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 13. Movilidad. [ ] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento
- [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado

## VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

**41. Datos básicos de identificación**

| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|
| Tuiro | Santana | Wilber | Manuel |

| Tipo de documento de identidad (CN, RC, TI, CC, CE, PA, CD, SC) | Número del documento de identidad | Sexo | Fecha de nacimiento | 42. Fecha |
|---|---|---|---|---|
| CC | 1030554.918 | Femenino [ ] Masculino [X] | D D M M A A A A: 12 04 1998 | 07 01 2022 |

| 43. EPS anterior | 44. Motivo de traslado (Código) | 45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones |
|---|---|---|
| Sanitas | | |

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [ ] 50. 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.
- [ ] 51. 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.
- [ ] 52. 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 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [ ] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

## VIII. FIRMAS

| 54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario | 55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio |
|---|---|
| | |

## IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC — Cantidad [1] TOTAL [1]
- [ ] 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 escritura pública, 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: Código del Municipio | Código del Departamento | 67. Datos del SISBEN: Número de ficha | Puntaje | Nivel | 68. Fecha de Radicación (D D M M A A A A) | 69. Fecha de Validación (D D M M A A A A) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |

| 70. Datos del funcionario que realiza la validación: Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo de documento | Número de documento de identidad | 71. Firma del Funcionario |
|---|---|---|
| | | |

**Observaciones:**

Reingreso

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.

| Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial | Sello de Radicación | Sticker procesamiento |
|---|---|---|
| | | |

Sanitas
11 ENE 2022
RECIBIDO PARA SU ESTUDIO
OFICINA CHIQUINQUIRÁ

Escaneado con CamScanner

# Protección

**Fondo de Pensiones Obligatorias Protección**

**NIT 800.229.739**

**Hace constar que:**

El(la) Señor(a) **FORERO SANTANA ALBA MIRELLA** identificado(a) con **CC** número **1.030.554.818** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 27 de junio de 2008 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 07 de enero de 2022.

Cordialmente,




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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2022010711292

IPS- PROFESIONALES DE GESTION INTEGRADA IPS-PGI-SAS
CRA 8 No.12-51 EDIFICIO GALENOS
CHIQUINQUIRA-BOYACA
CELULAR 3103031779-3134721113

NIT: 900615249-1
Licencia IPS No. 750 del 21-04-2014
Código de habilitación No. 151760206301
Cra. 8 # 12 - 51, Chiquinquirá - Boyacá
e-mail: pgisas@gmail.com
www.pgisas.com Cel. 3103031779



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 6.907

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 07 DÍA | 01 MES | 2022 AÑO | ~~CHIQUINQUIRÁ (BOYACÁ, COLOMBIA)~~ Ciudad | ~~EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO~~ |

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

| PARTICULAR | GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA |
|---|---|
| Nombre de la empresa | Empresa en misión |

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

| FORERO SANTANA ALBA MIRELLA | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| | FEMENINO | 33 AÑOS 1 MESES 9 DÍAS | CC | 1030554818 |
| Apellidos y Nombres | Teléfonos 3105829658 | | Tipo | Número |

Cargo
**FORMADOR DEPORTIVO**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO**

Observaciones: *SIN RESTRICCIONES*

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

| RESTRICCIONES LABORALES | TIPO | RECOMENDACIONES |
|---|---|---|
| SIN RESTRICCIONES LABORALES | NO APLICA | NO APLICA |

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

EXAMEN OCUPACIONAL CON ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR ✓ ----------

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| | USO DE EPP | HÁBITOS SALUDABLES |
| | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : REALIZAR EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO MUSCULAR POSTURAS ERGONOMICAS | |
| | OTROS : USO PERMANENTE DE TAPABOCAS LAVADO FRECUENTE DE MANOS - ~~DISTANCIAMIENTO SOCIAL SI PRESENTA SINTOMAS~~ GRIPALES QUEDESE EN SU CASA/* | |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

NO PRESENTA FACTORES DE VULNERABILIDAD SEGÚN CIRCULAR 030-ESTE EXAMEN NO DESCARTA ENFERMEDAD POR COVID-19 YA QUE EXISTEN PACIENTES ASINTOMATICOS – SE TUVIERON EN CUENTA LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD PARA SU ATENCION, SIGUIENDO PROTOCOLOS DE LIMPIEZA Y DESINFECCION ESTRICTOS Y USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL COMPLETOS DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD POR LA PANDEMIA COVID -19

**Médico**

Dra. Sonia Sánchez
MD. SALUD OCUPACIONAL

**Firma:**

**Nombre:** SANCHEZ FIGUEROA SONIA ESPERANZA
**R. M.:** 0781 **L.S.O.:** 6344 DEL 31-05-2013

**Aspirante o Trabajador**

**Firma:**

**Nombre:** FORERO SANTANA ALBA MIRELLA
**CC:** 1030554818

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

Bancolombia

Chiquinquirá, 07 de enero de 2022

Cordial saludo,

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que la Sra. **ALBA MIRELLA FORERO SANTANA,** identificada con el **CC 1030554818**, a la fecha de expedición de ésta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

| Nombre Producto | No Producto | Fecha Apertura | Estado |
|---|---|---|---|
| Cuenta de Ahorros | 15425651193 | 2014/05/31 | ACTIVA |

El manejo de este (os) producto (s) es adecuado y responde a las condiciones y compromisos adquiridos con BANCOLOMBIA.

Estamos a su disposición para confirmar la anterior información, en el teléfono 7262444 de Chiquinquirá, o en nuestra sucursal Chiquinquirá ubicada en la Calle 17 No. 8 – 56.

Atentamente,

BANCOLOMBIA
Chiquinquirá - Of. 352 Chiquinquirá

Director (a) de Servicio al Cliente Nº 300
Cédula Nº

*Juan Pablo Zambrano Barragán*
*Subgerente Comercial*
*Oficina Chiquinquirá*
*e-mail:juzambra@bancolombia.com.co*
*Tel: (8)7262444 ext 151*

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

La República de Colombia
El Ministerio de Educación Nacional
y En Su Nombre

# La Institución Educativa Departamental

# Tisquesusa

de Susa - Cundinamarca
Autorizada por la Secretaría de Educación de Cundinamarca
según Resolución No 003523 de Agosto 6 de 2003
Confiere a

## Alba Mirella Forero Santana

T.I. No. 881128-59696 de Susa

El Título de

# Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, según los planes y programas vigentes.

EDUCATIVA INSTITUCION DEPARTAMENTAL TISQUESUSA

Dado en Susa - Cundinamarca a 09 de Diciembre de 2005
Acta General de Graduación No 22
De fecha 09 de Diciembre de 2005

Lic. Orlando Cubillos Velásquez
Rector
C.C. 346.032 de Pandi

Rosa Elvira Lara de Caro
Secretaria
C.C. 20.973.662 de Susa

No se requiere Registro, según Decreto 921 del 6 de Mayo de 1994.

UNIMINUTO

Corporación Universitaria Minuto de Dios

Acta de Grado No. 010

# *ACTA INDIVIDUAL DE GRADO*

*La Suscrita Secretaria General de La Corporación Universitaria Minuto de Dios - UNIMINUTO,*

***Certifica:***

*Que en la ciudad de Bogotá, departamento de Cundinamarca; el día nueve (9) de Abril de dos mil dieciséis (2016), la* ***Corporación Universitaria Minuto de Dios – UNIMINUTO,*** *Institución de Educación Superior, reconocida por el Ministerio de Educación Nacional, previo el juramento reglamentario, confirió el título de* ***Licenciada en Educación Física, Recreación y Deporte*** *a* ***Alba Mirella Forero Santana*** *con cédula de ciudadanía No.* ***1030554818*** *quien aprobó el trabajo de grado y cumplió con las normas legales, los requisitos académicos y las exigencias establecidas en los Estatutos y Reglamentos para el grado, y le otorgó el Diploma No* ***38927*** *que lo acredita como tal, registrado en el Folio* ***102*** *del Libro No.* ***006*** *de Registro de Títulos expedidos por la* ***Corporación Universitaria Minuto de Dios – UNIMINUTO.***

***La Corporación Universitaria Minuto de Dios- UNIMINUTO*** *está autorizada para conferir este título por la Ley 30 del 28 de Diciembre de 1992. El programa cuenta con Resolución de Registro Calificado según Código SNIES* ***54656*** *concedido por el Ministerio de Educación Nacional.*

*En constancia de lo anterior, se firma en la ciudad de Bogotá, departamento de Cundinamarca; el día nueve (9) de Abril de dos mil dieciséis (2016).*

*Jefferson Enrique Arias Gómez*
*Rector Sede Principal*

*Linda Lucía Guarín Gutiérrez*
*Secretaria General*



THOMAS GREG & SONS.

INDEPORTES
INSTITUTO DEPARTAMENTAL PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE DE CUNDINAMARCA

**LA GERENTE GENERAL DEL INSTITUTO DEPARTAMENTAL PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE DE CUNDINAMARCA**
**NIT. 900-294.884-1**

Certifica que **ALBA MIRELLA FORERO SANTANA** identificado (a) con cedula de ciudadanía No 1030554818 suscribió los siguientes contratos con esta entidad.

| | | |
|---|---|---|
| **TIPO DE CONTRATO** | **PRESTACION DE SERVICIOS Nº 233 DE 2021** | |
| **OBJETO** | PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIO COMO FORMADOR DEPORTIVO Y RECREATIVO PARA EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA EN EL MARCO DEL PLAN DE DESARROLLO "CUNDINAMARCA REGION QUE PROGRESA " PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS DEL INSTITUTO DEPARTAMENTAL PARA LA RECREACION Y EL DEPORTE DE CUNDINAMARCA | |
| **FECHA DE INICIO** | 26 DE MARZO DE 2021 | |
| **PLAZO DE EJECUCIÓN** | (7) SIETE MESES | |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 11.592.000 | ONCE MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y DOS MIL PESOS |
| **VALOR MENSUAL** | $1'656.000 | |
| **VALOR ADICION** | $ 2.760.000 | |
| **PRORROGA** | (1) UN MES (20) VEINTE DIAS | |
| **FECHA TERMINACION** | 15 DICIEMBRE 2021 | |
| **OBLIGACIONES ESPECIFICAS** | 1)EFECTUAR LA ORGANIZACIÓN, INSTRUCCIÓN, PLANEACIÓN, DIRECCIÓN Y REALIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES QUE SE REQUIERAN PARA LA CONSECUCIÓN DE MÍNIMO 3 GRUPOS DE FORMACIÓN DEPORTIVA EN EL ÁREA Y MUNICIPIO ASIGNADOS POR EL SUPERVISOR, EL CONTRATISTA SERÁ LA PERSONA RESPONSABLE DE ADELANTAR Y GESTAR LOS PROCESOS DE CONVOCATORIA E INSCRIPCIÓN A LOS PROCESOS DE FORMACIÓN QUE LIDERA, PARA LA INICIACIÓN, FUNDAMENTACIÓN Y PERFECCIONAMIENTO EN EL DEPORTE, A TRAVÉS DE MEDIOS DE COMUNICACIÓN MASIVOS, LAS JUNTAS DE A CCIÓN COMUNAL, LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS, RESGUARDOS INDÍGENAS, PERSONAS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD, POBLACIÓN DIVERSA Y DEMÁS COMUNIDADES. 2) POSTERIOR AL ACTA DE INICIO SE DEBERÁ PRESENTAR ANTE EL RESPECTIVO SUPERVISOR EL PLAN DE TRABAJO, TENIENDO 15 DÍAS CALENDARIO COMO TÉRMINO PARA DICHA ENTREGA, EN DONDE SE ESPECIFIQUE HORARIOS, SITIOS DE PRÁCTICA, Y DEMÁS DATOS CORRESPONDIENTES.3)TENER UNA COBERTURA MÍNIMA DE 20 PERSONAS POR GRUPO O UNA COBERTURA GLOBAL DE 60 BENEFICIADOS ACTIVOS COMO MÍNIMO DURANTE EL MES EN LOS 3 GRUPOS, EN CASO DE ESTAR VIGENTES LAS MEDIDAS QUE RESTRINJAN LA MOVILIDAD, O QUE PROMUEVAN EL AISLAMIENTO O DISTANCIAMIENTO FÍSICO, EL CONTRATISTA PODRÁ DISMINUIR LA COBERTURA A 15 PERSONAS POR GRUPO O UNA COBERTURA GLOBAL DE 45 BENEFICIADOS ACTIVOS COMO MÍNIMO DURANTE EL MES. 4) PREPARAR Y EJECUTAR 9 SESIONES DE FORMACIÓN A LA SEMANA, MINIMO 36 SESIONES AL MES, CON LAS ESCUELAS DE FORMACION A CARGO. CADA SESIÓN ESTARÁ COMPUESTAS POR VEINTE (20) MINUTOS DE PREPARACIÓN, HORA Y TREINTA (1:30) MINUTOS DE FORMACION Y DIEZ (10) MINUTOS DE CIERRE, PARA UN TOTAL DE 2 HORAS COMO MÍNIMO. EL NO CUMPLIMIENTO EN EL NÚMERO DE SESIONES SEÑALADAS DARÁ COMO CONSECUENCIA QUE EL PAGO ACORDADO POR EL RESPECTIVO PERIODO SE REALICE DE MANERA PROPORCIONAL A LAS SESIONES EFECTIVAMENTE REALIZADAS; EN CASO DE QUE SE RESTRINJA LA MOVILIDAD O QUE PROMUEVAN EL AISLAMIENTO O DISTANCIAMIENTO FÍSICO, EL CONTRATISTA DESARROLLARÁ 6 SESIONES DE FORMACIÓN A LA SEMANA, MINIMO 24 SESIONES AL MES, A TRAVÉS DE LA UTILIZACIÓN DE MEDIOS VIRTUALES O MEDIOS DE COMUNICACIÓN MASIVO, ADOPTANDO LAS ESTRATEGIAS PERTINENTES JUNTO CON EL SUPERVISOR, TENIENDO EN CUENTA LAS NECESIDADES DE LOS MUNICIPIOS Y CONMUTANDO, SI ES EL CASO, POR ACTIVIDADES DE RECREACIÓN O ACTIVIDAD FÍSICA. 5) CONSOLIDAR Y ACTUALIZAR LA INFORMACIÓN A TRAVÉS DE LA PLATAFORMA O LOS MEDIOS QUE PARA TAL FIN INDEPORTES CUNDINAMARCA TENGA IMPLEMENTADA PARA LA INSCRIPCIÓN, CONSENTIMIENTO INFORMADO Y FIRMADO POR LOS PADRES O TUTORES DE CADA DEPORTISTA, Y DEMÁS INFORMACIÓN QUE SE REQUIERA. 6) EL CONTRATISTA DEBERÁ TOMAR ASISTENCIA DE LOS BENEFICIADOS POR SESIÓN REALIZADA Y SOPORTE FOTOGRÁFICO CONFORME AL FORMATO DISPUESTO PARA ELLO Y ENTREGA EN EL RESPECTIVO INFORME MENSUAL; LA NO ENTREGA DE ESTA EVIDENCIA OCASIONARÁ QUE NO SE CONTABILICE COMO SESIÓN REALIZADA. EN LA EVIDENCIA SE DEBE DEJAR CONSTANCIA DEL BUEN USO Y PROMOCIÓN DE LA IMAGEN DE INDEPORTES CUNDINAMARCA.7) PRESENTAR LA PLANEACIÓN DE LAS SESIONES DE CLASE ANTES DEL INICIO DE CADA MES Y HASTA LA FINALIZACIÓN DE SU CONTRATO AL RESPECTIVO SUPERVISOR O PERSONA DELEGADA POR LA SUBGERENCIA TÉCNICA, LA PLANEACIÓN DIARIA DE CLASE DESCRIBIENDO EN CADA UNA DE LAS PARTES DE ELLA LOS OBJETIVOS, ASPECTOS FÍSICOS, TÉCNICOS Y EVALUATIVOS, ASÍ COMO LOS MÉTODOS EMPLEADOS.8) PRESENTAR ANTE EL SUPERVISOR LAS EVALUACIONES QUE LE REALICE A LOS GRUPOS DE ALUMNOS A SU CARGO, DE ACUERDO CON LOS MANUALES Y FORMATOS QUE LE SEAN ENTREGADOS; LAS CUALES ESTARÁN ESTABLECIDOS EN EL CRONOGRAMA GENERAL, LOS RESULTADOS OBTENIDOS DEBERÁN SER ENTREGADOS JUNTO CON EL INFORME DEL RESPECTIVO PERIODO Y UN CONSOLIDADO EN EL INFORME FINAL. 9) EL CONTRATISTA DEBERÁ ENTREGAR CERTIFICACIÓN POR PARTE DEL ORGANISMO DEPORTIVO MUNICIPAL EN DONDE CONSTE LA REALIZACIÓN | |

| | |
|---|---|
| | DE ACTIVIDADES MENSUALES RELACIONADAS CON LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES EN EL MUNICIPIO ASIGNADO. 10) DESARROLLAR DOS EVENTOS DE CARÁCTER MUNICIPAL, DE MANERA PRESENCIAL O VIRTUAL TENIENDO EN CUENTA LAS MEDIDAS ADOPTADAS POR LAS AUTORIDADES TERRITORIALES EN MATERIA DE AISLAMIENTO PREVENTIVO OBLIGATORIO DE CARA A CONJURAR LA CRISIS GENERADA POR LA COVID 19. UNO DE ESTOS EVENTOS DEBERÁ ENCAMINARSE A LA RESPECTIVA DISCIPLINA DEPORTIVA Y EL OTRO A ACTIVIDADES RECREATIVAS SEGÚN LAS FECHAS INDICADAS POR LA SUBGERENCIA TÉCNICA. 11) CONSOLIDAR Y PRESENTAR MENSUALMENTE CON EL INFORME DE SUPERVISIÓN UN LOGRO O ACTIVIDAD QUE DEBA SER RESALTADO, EN EL FORMATO ESTABLECIDO POR INDEPORTES CUNDINAMARCA. 12) CUMPLIR E IMPLEMENTAR LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD EMITIDOS POR LAS AUTORIDADES COMPETENTES PARA EVITAR EL CONTAGIO Y PROPAGACIÓN DEL VIRUS COVID-19 O RELACIONADOS, ASÍ COMO DISPONER DE LOS ELEMENTOS DE AUTOCUIDADO NECESARIOS PARA CUMPLIR CON LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES DE FORMA HABITUAL O POR MEDIOS ALTERNOS.13) ASISTIR A LAS DIFERENTES REUNIONES Y CAPACITACIONES CONVOCADAS POR EL SUPERVISOR O LA SUBGERENCIA TÉCNICA, AL IGUAL QUE APOYAR LA REALIZACIÓN DE LOS EVENTOS QUE INDEPORTES CUNDINAMARCA PROGRAME Y REQUIERA SU APOYO O PARTICIPACIÓN. 14) APOYAR EL COMPONENTE DE ACTIVIDAD FÍSICA Y RECREACIÓN EN LAS DIFERENTES ACTIVIDADES QUE REALICEN LOS FINES DE SEMANA EN LOS MUNICIPIOS ASIGNADOS POR LA SUBGERENCIA TÉCNICA.15) REALIZAR LA ENTREGA AL SUPERVISOR DEL CONTRATO LOS DOCUMENTOS, ESTUDIOS Y DEMÁS PRODUCTOS ELABORADOS DURANTE LA EJECUCIÓN A TRAVÉS DE UN INFORME FINAL, EN FORMATO DIGITAL Y MODIFICABLE. |

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado a los 10 días del mes de diciembre de 2021

**OLGA LILIANA RAMÍREZ MANCERA**
**GERENTE GENERAL**

Elaboró: Betty Zulay Garzón Peñaloza – contratista

- Datos de la Entidad Estatal/Proveedor
- Áreas de interés
- Configuración Entidad Estatal / Proveedor
- Administración de usuarios
- Recomendaciones (no disponible)
- Biblioteca de documentos
- Suscripción a notificaciones

Editar datos resumen | Editar datos completos

## Información general

| | |
|---|---|
| Logo de la entidad |  |
| Nombre de la entidad | ALBA MIRELLA FORERO SANTANA |
| Nombre abreviado | ALBA MIRELLA FORERO SANTANA |
| Fecha de incorporación | 7/01/2022 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* |
| País de origen | COLOMBIA |
| Tipo de documento | Cédula de Ciudadanía |
| Número de documento | 1030554818 |
| Tipo Entidad Estatal / Proveedor | Persona Natural colombiana |
| Código UNSPSC | |
| Zona horaria | |
| Idioma | |
| Moneda por defecto | |