

REPUBLICA DE COLOMBIA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.022.369.056
AMAYA ROMERO

APELLIDOS
ALBA NAYIBE

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 20-JUN-1991
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.63
ESTATURA

A+
G.S. RH

F
SEXO

23-JUN-2009 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00350156-F-1022369056-20111214 0028676734A 1 37534282

| | | |
|---|---|---|
| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.<br>SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL | PROCESO GESTIÓN CONTRACTUAL<br><br>FORMATO MANIFESTACIÓN ESCRITA NOMBRE IDENTITARIO | Código: FOR-GEC-055 |
| | | Versión: 0 |
| | | Fecha: Memo I2024023109 – 21/08/2024 |
| | | Página: 1 de 1 |

Bogotá D.C., *20/11/2024*

SEÑORAS/ES
SECRETARÍA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL
CIUDAD

Asunto: MANIFESTACIÓN NOMBRE IDENTITARIO

Yo, *Alba Nayibe Amaya Romero,* cuyo nombre tal como aparece en mi documento de identificación actual es Alba Nayibe Amaya Romero, mayor de edad, residente en esta ciudad, con cédula de ciudadanía No.*1022369056,* mediante la presente me permito manifestar por escrito que, en ejercicio del derecho fundamental a la identidad de género establecido en la jurisprudencia de la Corte Constitucional en Sentencias como la T-476 de 2014, T-363 de 2016, T-443 de 2020, y T-236 de 2023, y dando cumplimiento a la Directiva 005 del 2021 de la Alcaldía Mayor de Bogotá (lineamientos para la Protección de los derechos de las personas Transgénero en el ámbito de la gestión del talento humano y la vinculación en el Distrito Capital) es mi voluntad que mi nombre identitario sea reconocido y utilizado por la Secretaría Distrital de Integración Social, plataformas de la entidad, sistemas de información, correo institucional, correspondencia, comunicaciones internas y en general en cualquier otro ámbito aplicable, para lo cual a continuación suministro los siguientes datos:

Nombre Identitario: *Alba Nayibe Amaya Romero.*
Tipo de documento:Cédula de ciudadanía
Número de documento: *1022369056*
Pronombres: *Femenino.*
Identidad de género: *Femenino*
Firma:



Cordialmente,



CC *1022369056* de Bogotá
Nombre identitario: *Alba Nayibe Amaya Romero*
Con nombre jurídico: *Alba Nayibe Amaya Romero*

**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 1022369056 **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 20/11/2024 06:51 PM

Código Verificación: **85KD43TC7M**

Válida hasta: **18/02/2025**

---

**Dirección de Gobierno Digital**

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

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14949635236

(415)7707212489984(8020) 000001494963523 6

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 0 2 2 3 6 9 0 5 6 | 8 | 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 2 2 3 6 9 0 5 6 | 2 0 0 9 0 6 2 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 |
|---|---|---|---|
| AMAYA | ROMERO | ALBA | NAYIBE |

35. Razón social

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

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Bogotá D.C. 1 1 | Bogotá, D.C. 0 0 1 |

41. Dirección principal
CR 68 F 36 A 23 SUR

42. Correo electrónico nayibe.amaya.romeo@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 1 3 8 0 4 5 4 6 5 | 6 0 1 4 7 0 7 0 8 9 |

## CLASIFICACIÓN

| Actividad económica | | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|
| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | |
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8 6 9 2 | 2 0 2 3 0 9 1 9 | | | | | | | |

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

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

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

## Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024 - 10 - 10 / 16 : 55: 40

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 AMAYA ROMERO ALBA NAYIBE
985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
HACIENDA
Secretaría de Hacienda

# DIRECCIÓN DE IMPUESTOS DE BOGOTÁ
## REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT
## INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha:20/11/2024

| CONTRIBUYENTE | C.C. 1022369056 | ALBA NAYIBE AMAYA ROMERO |
|---|---|---|

### INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: KR 68 F 36 A 23 SUR Teléfonos: 3138045465

Dirección electrónica: nayibe.amaya.romeo@gmail. Ciudad: BOGOTÁ DC Municipio: BOGOTÁ, D.C.

Fecha de Inscripción: 28/02/2018 Soporte Inscripción: -

### PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: PREFERENCIAL ICA Fecha desde: 02/09/2013

Matrícula Mercantil: NO Fecha inicio de Actividades: 19/09/2023 Fecha de cese de Actividades: NO No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 86921 - Actividades de apoyo terapéutico (excepto actividades de promoción y prevención que realicen las entidades e instituciones promotoras y prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública o privada, con recursos que provengan del Sistema General de Seguridad Social en

Actividad 2:

Actividad 3:

Actividad 4:

Actividad 5:

### ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

### REPRESENTANTES ACTIVOS

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y registrada en la Secretaria de Hacienda Distrital.



Fuente: RIT-SHD

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital de Integración Social

Sideap 2.0

Última Actualización: 21-nov-2024

Fecha Validación:21-nov-2024

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) | NOMBRES |
|---|---|---|
| AMAYA | ROMERO | ALBA NAYIBE |

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1022369056

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 20 MES JUN AÑO 1991

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

KR 68F 36A 23 SUR

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 4751576

EMAIL nayibe.amaya.romero@gmail.com

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

***EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA***

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

| EDUCACIÓN BASICA | | | | | | | | | | | TITULO BACHILLER TECNICO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO |
| 1°. | 2°. | 3°. | 4°. | 5°. | 6°. | 7°. | 8°. | 9°. | 10°. | 11°. | MES DICIEMBRE AÑO 2010 |
| | | | | | | | | | | X | |

***EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)***

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

**TC** (TECNICA). **TL** (TECNOLÓGICA). **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA). **UN** (UNIVERSITARIA).

**ES** (ESPECIALIZACIÓN). **MG** (MAESTRIA O MAGISTER). **DC** (DOCTORADO O PHD).

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

| MODALIDAD ACADÉMICA | No. SEMESTRES APROBADOS | GRADUADO SI | GRADUADO NO | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO | TERMINACIÓN MES | TERMINACIÓN AÑO | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Especialización universitaria | 2 | X | | ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | 11 | 2024 | |
| Universitaria | 9 | X | | FONOAUDIOLOGIA | 9 | 2023 | 1022369056 |

Firma electronica validador: LAURA MARIA MOSCOSO MORENO 21/11/2024 06:17:40



Documento electrónico: cb04977d40d3c0aae719ddd38762d279428530070ad3d2cbaf4d5ac89414661

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

***OTROS ESTUDIOS***

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

| *NOMBRE DEL CURSO* | *INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN* | *AÑO TERMINACIÓN* | *HORAS* |
|---|---|---|---|
| Seminario comportamiento, aprendizaje y cambio | corporacion universitaria iberoamericana | 2024 | 128 |
| Diplomado en inclusión y discapacidad | corporacion universitaria iberoamericana | 2023 | 60 |
| DIPLOMADO EN GESTIÓN INTEGRAL EN SALUD | CORPORACIÓN UNIVERSITARIA | 2022 | 120 |

***DOMINIO DE IDIOMAS***

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 |

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

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

***EMPLEO O CONTRATO***

| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. | X | | Colombia |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| Bogotá D.C. | Bogotá D.C. | certificaciones.ops@subredsur.gov.co |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| 7300000 | DIA 17 MES 10 AÑO 2023 | DIA 15 MES 7 AÑO 2024 |

| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| 7332 DE 2023 | Equipos de atención en casa | KR 24C 53 47 SUR |

***EMPLEO O CONTRATO***

| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| Esencial ips | | X | Colombia |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| Bogotá D.C. | Bogotá D.C. | servicioalestudiante@ibero.edu.co |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| 7426582 | DIA 31 MES 8 AÑO 2022 | DIA 29 MES 12 AÑO 2022 |

| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| FONOAUDIOLOGA | Clinica cuidados crónicos y paliativos | CL 67 5 27 |

Firma electronica validador: LAURA MARIA MOSCOSO MORENO 21/11/2024 06:17:40

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

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

| *EMPLEO O CONTRATO* | | | |
|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
| Colegio republica de colombia | X | | Colombia |
| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | |
| Bogotá D.C. | Bogotá D.C. | servicioalestudiante@ibero.edu.co | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* | |
| 7466876 | DIA 28 MES 2 AÑO 2022 | DIA 1 MES 6 AÑO 2022 | |
| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* | |
| FONOAUDIOLOGA | Educacion | CL 67 5 27 | |

| *EMPLEO O CONTRATO* | | | |
|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
| Asociacion de madres comunitarias de los hogares proternura | | X | Colombia |
| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | |
| Bogotá D.C. | Bogotá D.C. | notificacionjudicial@ibero.edu.co | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* | |
| 7426582 | DIA 30 MES 8 AÑO 2021 | DIA 1 MES 12 AÑO 2021 | |
| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* | |
| FONOAUDIOLOGA | Bienestar | CL 67 5 27 | |

## 4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

| *OCUPACIÓN* | *TIEMPO DE EXPERIENCIA* | |
|---|---|---|
| | *AÑOS* | *MESES* |
| Privada | 0 | 7 |
| Pública | 1 | 0 |
| Total | 1 | 7 |

Firma electronica validador: LAURA MARIA MOSCOSO MORENO 21/11/2024 06:17:40

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital de Integración Social

Sideap 2.0

Última Actualización: 21-nov-2024

Fecha Validación:21-nov-2024

## 5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ___ NO _X_ 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 CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Bogotá D.C. - 21-nov-2024
*Ciudad y fecha del diligenciamiento*

Firma electrónica:
ALBA NAYIBE AMAYA ROMERO 21/11/2024 06:12:05
*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

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

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

Bogotá, D.C 27/11/2024
*Ciudad y fecha*

RUBY ARIAS C.
*NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

Firma electronica validador: LAURA MARIA MOSCOSO MORENO 21/11/2024 06:17:40

FORMULARIO ÚNICO

**DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA**

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

*ENTIDAD RECEPTORA*

Secretaría Distrital de Integración Social

Sideap 2.0

Última Actualización: 20-nov-2024

# 1. DECLARACION JURAMENTADA

## 1.1 DE BIENES Y RENTAS

**YO,** ALBA NAYIBE AMAYA ROMERO

**IDENTIFICADO CON C.C.** ⓧ **C.E.** ◯ **T.I.** ◯ **No.** 1022369056 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

**País** Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.

**Dirección** KR 68F 36A 23 SUR **Teléfonos** 3138045465 4751576

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|---|---|---|
| LUIS ENRIQUE AMAYA RINCON | 79357347 | Padre |
| ROSA EMMA ROMERO ROMERO | 51762855 | Madre |

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,

PARA TOMAR POSESION ◯ PARA RETIRARME ◯ PARA ACTUALIZACION ⓧ

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ◯

QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

| CONCEPTO | VALOR |
|---|---|
| SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES | $ 0,00 |
| CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS | $ 0,00 |
| GASTOS DE REPRESENTACION | $ 0,00 |
| ARRIENDOS | $ 0,00 |
| HONORARIOS | $ 19.271.682,00 |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS | $ 0,00 |
| TOTAL | $ 19.271.682,00 |

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

| ENTIDAD FINANCIERA | TIPO DE CUENTA | NUMERO DE LA CUENTA | SEDE DE LA CUENTA | SALDO DE LA CUENTA |
|---|---|---|---|---|
| Banco Davivienda | Cuenta de ahorros | 008400771443 | 20 de julio | $ 0,00 |

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| TIPO DE BIEN | IDENTIFICACION DEL BIEN | VALOR |
|---|---|---|
| | | $ 0,00 |

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

| ENTIDAD O PERSONA | CONCEPTO | VALOR |
|---|---|---|
| PERSONA NATURAL | Credito educativo | $ 800.000,00 |

FORMULARIO ÚNICO

**DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA**

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

***ENTIDAD RECEPTORA***

Secretaría Distrital de Integración Social

Sideap 2.0

Última Actualización: 20-nov-2024

## 1.2 DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

| ENTIDAD O INSTITUCION | CALIDAD DE MIEMBRO |
|---|---|
| | |

b) A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

| CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION | CALIDAD DE SOCIO |
|---|---|
| | |

c) En la actualidad: **SI** ◯ **NO** ⓧ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

| NOMBRES Y APELLIDOS | TIPO DOCUMENTO<br>C.C ◯ C.E ◯ T.I. ◯ | NÚMERO DOCUMENTO |
|---|---|---|
| | | |

## 2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma acasional o permanente son las siguientes:

| DETALLE DE LAS ACTIVIDADES | FORMA DE PARTICIPACION |
|---|---|
| | |

## 3. FIRMA

Firma electrónica:
ALBA NAYIBE AMAYA ROMERO 20/11/2024 18:16:53

**FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA**

BOGOTÁ D.C. 20-nov-2024

**CIUDAD Y FECHA**



NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

# FORMATO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

## DATOS PERSONALES

| | |
|---|---|
| Nombre: | ALBA NAYIBE AMAYA ROMERO |
| Identificación: | 1022369056 |
| Entidad: | Secretaría Distrital de Integración Social |
| Cargo: | Contratista |
| Correo: | nayibe.amaya.romero@gmail.com |
| Tipo declaración: | Para suscribir contrato de prestación de servicios |
| Fecha Declaración: | 20/11/24 0:00 |

El/la servidor/a público/a o colaborador/a, se compromete desde ya, a informar a la Administración Distrital, de los eventos o situaciones potenciales o reales que puedan llegar a ser constitutivas de conflicto de intereses, así como de actualizar esta declaración en el momento en que se presente alguna de las tipologías que dé lugar a la configuración de un conflicto de interés.

Lo anterior, en aras de resguardar el interés general propio de la función pública y que este no entré en conflicto con el interés particular, de acuerdo a lo contemplado en la Leyes: 2016 de 2020 - Código de Integridad del Servicio Público Colombiano, adoptado para el Distrito Capital mediante el Decreto Distrital 118 de 2018; 1952 de 2019, modificada por la Ley 2094 de 2021 - Código General Disciplinario; 1437 de 2011 - Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y 190 de 1995 - Estatuto Anticorrupción anterior a la Ley 1474 de 2011.

Para efectos del diligenciamiento: Para suscribir contrato de prestación de servicios

Para el efecto manifiesto bajo la gravedad del juramento:

Documento electrónico: 861129982ae885dc466fe3805aee1d7d79f6612a70a8c533095f2ac8339c3fec

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

| | |
|---|---|
| TIPOLOGIA I. | 1. Interés directo |
| DESCRIPCIÓN | Que el(la) servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado, tenga interés particular y directo en la regulación, gestión, control o decisión del asunto |
| NORMATIVIDAD | • C.P.C, art. 126.<br>• Ley 1437 de 2011, art.11.<br>• Ley 1952 de 2019, art. 44, 56 núm. 1 y 2, 71, 104 num.1.<br>• Ley 1564 de 2012, art 141, num.1. |
| INCURSO EN LA CAUSAL | No |
| RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO | N/A |

Documento electrónico: 861129982ae885dc466fe3805aee1d7d79f6612a70a8c533095f2ac8339c3fec

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

| | |
|---|---|
| TIPOLOGIA I. | 2. Conocimiento previo |
| DESCRIPCIÓN | Que el(la) servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado, haya conocido del asunto en oportunidad anterior |
| NORMATIVIDAD | • Ley 1437 de 2011, art. 11, numeral 2.<br>• Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 2. |
| INCURSO EN LA CAUSAL | No |
| RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO | N/A |

Documento electrónico: 861129982ae885dc466fe3805aee1d7d79f6612a70a8c533095f2ac8339c3fec

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

| | |
|---|---|
| TIPOLOGIA I. | 3. Concepto o consejo fuera de la actuación |
| DESCRIPCIÓN | Que el(la) servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado, haya dado consejo o concepto por fuera de la actuación administrativa sobre las cuestiones materia de la misma, o haya intervenido en esta como apoderado(a), agente del Ministerio Público, perito(a) o testigo(a) |
| NORMATIVIDAD | • Ley 1437 de 2011, art.11 núm. 11.<br>• Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 4.<br>• Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 12. |
| INCURSO EN LA CAUSAL | No |
| RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO | N/A |

Documento electrónico: 861129982ae885dc466fe3805aee1d7d79f6612a70a8c533095f2ac8339c3fec

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

| | |
|---|---|
| TIPOLOGIA I. | 4. Que se haya proferido la decisión sujeta a revisión |
| DESCRIPCIÓN | Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) haya proferido la decisión que está sujeta a su revisión |
| NORMATIVIDAD | • Ley 1952 de 2019, art. 140, núm. 2. |
| INCURSO EN LA CAUSAL | No |
| RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO | N/A |

Documento electrónico: 861129982ae885dc466fe3805aee1d7d79f6612a70a8c533095f2ac8339c3fec

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

| | |
|---|---|
| TIPOLOGIA II. | 5. Relación con las partes |
| DESCRIPCIÓN | Que el(la) servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado, tenga relación con las partes interesadas en el asunto |
| NORMATIVIDAD | • Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 3.<br>• Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 3. |
| INCURSO EN LA CAUSAL | No |
| RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO | N/A |

Documento electrónico: 861129982ae885dc466fe3805aee1d7d79f6612a70a8c533095f2ac8339c3fec

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

| | |
|---|---|
| TIPOLOGIA III. | 6. Heredero o legatario |
| DESCRIPCIÓN | Que él(la) servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado, sea heredero(a) o legatario(a) de alguna de las personas interesadas en la actuación administrativa |
| NORMATIVIDAD | • Ley 1437 de 2011, art. 11, numeral 12.<br>• Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 7.<br>Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 13. |
| INCURSO EN LA CAUSAL | No |
| RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO | N/A |

Documento electrónico: 861129982ae885dc466fe3805aee1d7d79f6612a70a8c533095f2ac8339c3fec

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

| | |
|---|---|
| TIPOLOGIA IV. | 7. Amistad o enemistad |
| DESCRIPCIÓN | Que exista enemistad grave por hechos ajenos a la actuación administrativa, o amistad entrañable entre el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado y alguna de las personas interesadas en la actuación administrativa, su representante o apoderado(a) |
| NORMATIVIDAD | • Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 8.<br>• Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 5.<br>• Ley 1564 de 2012, art. 141, numeral 9. |
| INCURSO EN LA CAUSAL | No |
| RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO | N/A |

Documento electrónico: 861129982ae885dc466fe3805aee1d7d79f6612a70a8c533095f2ac8339c3fec

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

| | |
|---|---|
| TIPOLOGIA V. | 8. Curador o tutor del interesado |
| DESCRIPCIÓN | Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado, sea curador(a) o tutor(a) de la persona interesada en el asunto |
| NORMATIVIDAD | • Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 3.<br>• Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 4. |
| INCURSO EN LA CAUSAL | No |
| RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO | N/A |

Documento electrónico: 861129982ae885dc466fe3805aee1d7d79f6612a70a8c533095f2ac8339c3fec

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

| | |
|---|---|
| TIPOLOGIA VI. | 9. Organización, sociedad o asociación a la cual perteneció o continúa siendo miembro |
| DESCRIPCIÓN | Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado, sea socio(a) de alguna de las personas interesadas en la actuación administrativa o su representante o apoderado(a) en sociedad de personas |
| NORMATIVIDAD | • Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 10.<br>• Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 6.<br>• Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 11. |
| INCURSO EN LA CAUSAL | No |
| RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO | N/A |

Documento electrónico: 861129982ae885dc466fe3805aee1d7d79f6612a70a8c533095f2ac8339c3fec

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

| | |
|---|---|
| TIPOLOGIA VII. | 10. Litigio o controversia |
| DESCRIPCIÓN | Que exista litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales entre el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado y cualquiera de los interesados en la actuación, su representante o apoderado(a) |
| NORMATIVIDAD | • Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 10.<br>• Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 6.<br>• Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 11. |
| INCURSO EN LA CAUSAL | No |
| RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO | N/A |

Documento electrónico: 861129982ae885dc466fe3805aee1d7d79f6612a70a8c533095f2ac8339c3fec

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

| | |
|---|---|
| TIPOLOGIA VII. | 11. Decisión administrativa pendiente |
| DESCRIPCIÓN | Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado tenga decisión administrativa pendiente en que se controvierta la misma cuestión jurídica que debe resolver |
| NORMATIVIDAD | • Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 13.<br>• Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 14. |
| INCURSO EN LA CAUSAL | No |
| RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO | N/A |

Documento electrónico: 861129982ae885dc466fe3805aee1d7d79f6612a70a8c533095f2ac8339c3fec

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

| | |
|---|---|
| TIPOLOGIA VIII. | 12. Denuncia penal |
| DESCRIPCIÓN | Que alguno de los interesados en la actuación, su representante o apoderado(a) haya formulado queja disciplinaria contra el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado antes de iniciarse la actuación administrativa; o durante su trámite, siempre que la denuncia se refiera a hechos ajenos a la actuación y que el denunciado(a) se halle vinculado(a) a la investigación disciplinaria |
| NORMATIVIDAD | • Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 6.<br>• Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 8.<br>• Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 7. |
| INCURSO EN LA CAUSAL | No |
| RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO | N/A |

| | |
|---|---|
| TIPOLOGIA VIII. | 13. Denuncia Penal |
| DESCRIPCIÓN | Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado haya formulado denuncia penal contra una de las personas interesadas en la actuación administrativa o su representante o apoderado(a), antes de iniciarse la actuación administrativa; o durante su trámite, siempre que la denuncia se refiera a hechos ajenos a la actuación y que el denunciado(a) se halle vinculado(a) a la investigación penal, o estar aquellos legitimados para intervenir como parte civil en el respectivo proceso penal |
| NORMATIVIDAD | • Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 7.<br>• Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 8. |
| INCURSO EN LA CAUSAL | No |
| RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO | N/A |

| | |
|---|---|
| TIPOLOGIA IX. | 14. Acreedor/ deudor |
| DESCRIPCIÓN | Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado, sea acreedor(a) o deudor(a) de alguna de las personas interesadas en la actuación administrativa, su representante o apoderado(a), salvo cuando se trate de persona de derecho público, establecimiento de crédito o sociedad anónima |
| NORMATIVIDAD | • Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 9.<br>• Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 9.<br>• Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 10. |
| INCURSO EN LA CAUSAL | No |
| RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO | N/A |

| | |
|---|---|
| TIPOLOGIA X. | 15. Antiguo empleador |
| DESCRIPCIÓN | Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado, dentro del año anterior, haya tenido interés directo o haya actuado como representante, asesor(a), presidente(a), gerente(a), director(a), miembro(a) de Junta Directiva o socio(a) de gremio, sindicato, sociedad, asociación o grupo social o económico interesado(a) en el asunto objeto de definición |
| NORMATIVIDAD | • Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 16. |
| INCURSO EN LA CAUSAL | No |
| RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO | N/A |

Documento electrónico: 861129982ae885dc466fe3805aee1d7d79f6612a70a8c533095f2ac8339c3fec

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

| | |
|---|---|
| TIPOLOGIA XI. | 16. Lista de candidatos |
| DESCRIPCIÓN | Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado haya hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular inscritas o integradas también por el interesado(a) en el período electoral coincidente con la actuación administrativa o en alguno de los dos períodos anteriores |
| NORMATIVIDAD | • Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 14. |
| INCURSO EN LA CAUSAL | No |
| RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO | N/A |

Documento electrónico: 861129982ae885dc466fe3805aee1d7d79f6612a70a8c533095f2ac8339c3fec

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

| | |
|---|---|
| TIPOLOGIA XII. | 17. Recomendación |
| DESCRIPCIÓN | Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado haya sido recomendado(a) por el interesado(a) en la actuación para llegar al cargo que ocupa o haya sido señalado por este como referencia con el mismo fin |
| NORMATIVIDAD | • Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 15. |
| INCURSO EN LA CAUSAL | No |
| RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO | N/A |

Documento electrónico: 861129982ae885dc466fe3805aee1d7d79f6612a70a8c533095f2ac8339c3fec

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

| | |
|---|---|
| TIPOLOGIA XIII. | 18. Relación contractual o de negocios |
| DESCRIPCIÓN | Que alguno de los interesados(as) en la actuación administrativa sea representante, apoderado(a), dependiente, mandatario(a) o administrador(a) de los negocios del servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado |
| NORMATIVIDAD | • Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 4.<br>• Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 5. |
| INCURSO EN LA CAUSAL | No |
| RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO | N/A |

Documento electrónico: 861129982ae885dc466fe3805aee1d7d79f6612a70a8c533095f2ac8339c3fec

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

| | |
|---|---|
| TIPOLOGIA XIV. | 19. Participación directa |
| DESCRIPCIÓN | Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado hubiere participado en la expedición del acto enjuiciado, en la formación o celebración del contrato o en la ejecución del hecho u operación administrativa materia de la controversia |
| NORMATIVIDAD | • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 1 y 4. |
| INCURSO EN LA CAUSAL | No |
| RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO | N/A |

Documento electrónico: 861129982ae885dc466fe3805aee1d7d79f6612a70a8c533095f2ac8339c3fec

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

| | |
|---|---|
| TIPOLOGIA XV. | 20. Participación en proceso arbitral respecto de cuyo laudo se esté surtiendo recurso de anulación |
| DESCRIPCIÓN | Que el(la) juez(a) hubiere intervenido en condición de árbitro(a), de parte, de tercero interesado(a), de apoderado(a), de testigo(a), de perito(a) o de agente del Ministerio Público en el proceso arbitral respecto de cuyo laudo se esté surtiendo el correspondiente recurso de anulación ante la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo |
| NORMATIVIDAD | • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 2. |
| INCURSO EN LA CAUSAL | No |
| RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO | N/A |

Documento electrónico: 861129982ae885dc466fe3805aee1d7d79f6612a70a8c533095f2ac8339c3fec

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

| | |
|---|---|
| TIPOLOGIA XVI. | 21. Parientes en una de las entidades públicas que concurran al respectivo proceso |
| DESCRIPCIÓN | Que el cónyuge, compañero(a) permanente, o alguno de los parientes del juez(a) dentro de los grados de consanguinidad o afinidad establecidos en la normatividad tengan la condición de servidores(as) públicos(as) o contratistas en los niveles directivos, asesor(a) o ejecutivo(a) en una de las entidades públicas que concurran al respectivo proceso en calidad de parte o de tercero interesado |
| NORMATIVIDAD | • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 3. |
| INCURSO EN LA CAUSAL | No |
| RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO | N/A |

Documento electrónico: 861129982ae885dc466fe3805aee1d7d79f6612a70a8c533095f2ac8339c3fec

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

| | |
|---|---|
| TIPOLOGIA XVII. | 22. Dádivas |
| DESCRIPCIÓN | Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado reciba o haya recibido dádivas, agasajos, regalos, favores o cualquier otra clase de beneficios incluyendo dinero |
| NORMATIVIDAD | • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 3. |
| INCURSO EN LA CAUSAL | No |
| RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO | N/A |

Documento electrónico: 861129982ae885dc466fe3805aee1d7d79f6612a70a8c533095f2ac8339c3fec

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

| | |
|---|---|
| TIPOLOGIA XVIII | 23. Responsables de la Evaluación de Desempeño |
| DESCRIPCIÓN | Los responsables de evaluar el desempeño laboral de los empleados(as) de carrera o en período de prueba cuando se encuentren vinculados(as) con estos por matrimonio o por unión permanente o tengan parentesco dentro de los grados de consanguinidad o afinidad establecidos en la normatividad o exista enemistad grave con el empleado(a) a evaluar o cuando exista cualquier causal de impedimento o hecho que afecte su objetividad |
| NORMATIVIDAD | • Decreto Ley 760 de 2005, art. 38. |
| INCURSO EN LA CAUSAL | No |
| RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO | N/A |

Advertencia:

Esta declaración se hizo bajo la gravedad de juramento, por lo tanto, se recibe bajo el principio de la buena fe de que trata el artículo 83 de la Constitución Política, entendiendo que quien la presentó es el usuario registrado en el sistema y se presume que corresponde a información veraz.

Firma electrónica:
ALBA NAYIBE AMAYA ROMERO 20/11/2024 18:18:58

**FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA**

NOMBRE: ALBA NAYIBE AMAYA ROMERO

CC: 1022369056

BOGOTÁ D.C.

Documento electrónico: 861129982ae885dc466fe3805aee1d7d79f6612a70a8c533095f2ac8339c3fec

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Función Pública

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS
(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)

| Tipo de declaración | INGRESO | Fecha de publicación | 2024-11-20 19:56 |
|---|---|---|---|

| Nombres y apellidos completos | | | |
|---|---|---|---|
| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
| ALBA | NAYIBE | AMAYA | ROMERO |

Documento de identificación

| Tipo | CEDULA DE CIUDADANIA | Número | 1022369056 |
|---|---|---|---|

Lugar de nacimiento

| País | COLOMBIA | Departamento | BOGOTÁ. D.C. | Municipio | BOGOTÁ. D.C. |
|---|---|---|---|---|---|

Lugar de domicilio

| País | COLOMBIA | Departamento | BOGOTÁ. D.C. | Municipio | BOGOTÁ. D.C. |
|---|---|---|---|---|---|

| Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje | SECRETARIA DISTRITAL DE INTEGRACION SOCIAL |
|---|---|

Lugar de sede

| País | COLOMBIA | Departamento | BOGOTÁ. D.C. | Municipio | BOGOTÁ. D.C. |
|---|---|---|---|---|---|

| Dirección | ["CARRERA 7 N º 32 - 12 Torre Sur Edificio San Martín Pisos 6 al 24"] |
|---|---|

| Cargo o función que cumple | CONTRATISTA |
|---|---|

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

## 1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

### 1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2023 fueron:

| CONCEPTO | VALOR |
|---|---|
| Salarios y demás ingresos laborales | |
| Cesantías e intereses de cesantías | |
| Gastos de representación | |
| Arriendos | |
| Honorarios | $19.271.682,00 |
| Otros ingresos y rentas | |
| TOTAL | $19.271.682,00 |

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

| Tipo de cuenta | Sede de la cuenta (País) | Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior |
|---|---|---|
| CUENTA DE AHORROS | COLOMBIA | $0,00 |

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| Tipo de bien | País | Departamento | Municipio | Valor |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

| Concepto | Saldo |
|---|---|
| CREDITO EDUCATIVO | $800.000,00 |

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

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí [ ] No [X]

En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas o Consejos Directivos:

| Nombre entidad o institución | Órgano | Calidad de miembro | País |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí [ ] No [X]

A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

| Nombre corporación, sociedad o asociación | Tipo | Calidad de socio | País |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

### 1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí [ ] No [X]

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma ocasional o permanente son las siguientes:

| Detalle de las actividades | Forma participación |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

## 2. CONFLICTOS DE INTERÉS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente el registro de la información que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con los intereses de mi cónyuge o compañero(a) permanente, parientes y socios de hecho o de derecho.

### 2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [ ] No [X]

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

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

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

| |
|---|
| |

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

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

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño.

De acuerdo con la Ley 2003 de 2019, los congresistas deben registrar sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeñan.

| Parentesco | Pariente | Tipo de documento de identidad | Documento de identidad | Descripción del potencial conflicto de interés |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

## 2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual:

Sí [ ] No [X]

Dentro del año anterior tuve interés directo o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera), y a continuación describo cómo puede influir en las decisiones y acciones de mi cargo actual:

## 2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Los fideicomisos y encargos fiduciarios de los cuales soy constituyente o beneficiario en Colombia y en el exterior son:

| Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario | Calidad | Valor | País |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario y otras que tengo en Colombia y en el exterior son:

| Tipo de inversión | Valor | País |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

## 2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta del último año gravable son:

| Nombre entidad | Valor |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

## 2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí [ ] No [X]

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:
> Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
> Establecimientos que posee.
> Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
> Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

| |
|---|
| |



Consulte aquí el registro de información sobre bienes y rentas, conflictos de interés e impuesto sobre la renta y complementarios realizado por las personas naturales o jurídicas según indica la Ley 2013 de 2019.

## ¿Cómo puedo consultar las declaraciones?

- Para consultar las declaraciones de una persona específica (declarante)
- Para consultar las declaraciones por periodo

## ¿Qué información encontraré en los resultados?

En los resultados de su búsqueda encontrará la siguiente información: **Declarante**: nombre o razón social y número de documento de identidad de quien declara; **Entidad**: sobre la cual el declarante registra sus posibles conflictos de intereses; **Cargo/Contratista**: cargo del declarante en la entidad señalada, o si es contratista en ella; **Tipo de publicación**: si la declaración es de Ingreso, Retiro, Periódica u Otra (Ley 2013 de 2019); **Declaración No.**: número y versión de la declaración, y versión que corrige/modifica; **Fecha de publicación**: fecha en la cual el declarante publicó la declaración y **Estado declaración**: Finalizado o En revisión.

El estado Finalizado indica que el sujeto obligado seleccionó su Entidad y Cargo de las listas disponibles en el sistema; En revisión indica que la Entidad o el Cargo fueron diligenciados por el sujeto obligado y el Departamento Administrativo de la Función Pública verificará la información consignada para precisar su validez legal antes de marcar el registro con estado Finalizado.

## Realice una consulta

| | |
|---|---|
| Tipo de persona | NATURAL |
| Primer nombre | ALBA |
| Segundo nombre | NAYIBE |
| Primer apellido | AMAYA |
| Segundo apellido | ROMERO |
| Número de documento de identidad | 1022369056 |
| Nombre entidad | SECRETARÍA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL |
| Fecha de publicación | 10/11/2024 hasta 20/11/2024 |

Buscar | Limpiar búsqueda | Ir a Módulo de reporte de información

**RECUERDE QUE**: En virtud del principio de buena fe, se presume que la información consignada por los sujetos obligados por la Ley 2013 de 2019 es verídica y, por ende, es de uso legal hasta tanto se desvirtúe con los mecanismos consagrados por el ordenamiento jurídico vigente.

Si tiene alguna duda o presenta algún inconveniente, escríbanos a: **soporteaplicativointegridad@funcionpublica.gov.co** indicando su requerimiento, nombre, tipo y número de documento y teléfono de contacto.

## Resultados de la búsqueda

| Declarante | Descargar | Entidad | Cargo/Contratista | Tipo de publicación | Declaración No. | Fecha de publicación | Estado declaración |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ALBA NAYIBE AMAYA ROMERO<br>CEDULA DE CIUDADANIA - 1022369056 | **Declaración Ley 2013 de 2019** | SECRETARIA DISTRITAL DE INTEGRACION SOCIAL | CONTRATISTA | INGRESO | **2116158-01**<br>Declaración inicial | 2024-11-20 19:56 | FINALIZADO |

Privacidad - Términos

| | | |
|---|---|---|
| Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E | |
| | CERTIFICACIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON PERSONA NATURAL | CO-OPS-FT-22 V1 |

**LA SUSCRITA DIRECTORA DE CONTRATACIÓN**

**CERTIFICA QUE:**

Revisando el archivo de gestión documental se evidenció que la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E., identificada con el Nit No. 900.958.564-9, suscribió con el(la) señor(a) AMAYA ROMERO ALBA NAYIBE; identificado(a) con cédula de ciudadanía No, 1,022,369,056 el Contrato (s) de Prestación de Servicios con Persona Natural, pactando las siguientes condiciones y especificaciones:

| | |
|---|---|
| CONTRATO | 7332 de 2023 |
| OBJETO | PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO DE APOYO A LA GESTION EN EL MARCO DEL CONVENIO VIGENTE SUSCRITO ENTRE EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E. |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO | $38,659,482 |
| FECHA DE INICIO | 17/10/2023 |
| FECHA DE TERMINACIÓN | 15/07/2024 |
| FECHA DE TERMINACIÓN ANTICIPADA | NO APLICA |
| PERFIL | PROFESIONAL UNIVERSITARIO |

## OBLIGACIONES CONTRACTUALES:

1. Prestar servicios de perfil (profesional de apoyo terapéutico) acorde con la Lex Artis, según necesidad de LA SUBRED SUR E.S.E, de acuerdo a los principios del Sistema General de Seguridad Social (SGSSS), Sistema Obligatorio de Garantía y Calidad (SOGC) y demás normas concordante y visita domiciliaria diligenciando caracterización familiar para la identificación y gestión de riesgos nutricionales y seguimiento al plan de cuidado familiar en salud, acorde a actividades establecidas en la guía operativa de equipos de atención en casa. 2. Realizar actividades de información, educación, comunicación, encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitaria. 3. Registrar en la historia clínica toda la información de la atención terapéutica, de manera veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco, sin utilizar siglas, distintas las internacionalmente aprobadas), simultánea o inmediatamente después de su realización, con Integralidad, secuencialidad, racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demás criterios que defina el Ministerio de Salud y Protección Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolución 1995/1999, 839/2017, norma que la modifique o sustituya). 4. Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guías, procedimientos de apoyo terapéutico y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado en los casos pertinentes, garantizando las normas universales de bioseguridad. 5. Apoyar en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud, así como la consolidación de información para la trazabilidad de indicadores de la salud. 6. Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente. 7. Valorar (evaluar), diagnosticar, definir plan de tratamiento médico acorde al cuadro clínico del paciente que consulte a LA SUBRED SUR E.S.E., hasta su egreso y/o seguimiento ambulatorio. 8. Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evolución, riesgo, complicación del cuadro clínico objeto de tratamiento. 9. Revisar bases de datos necesarias, aplicar las escalas necearías y elaborar el plan de cuidado 10. Organizar los soportes documentales de las acciones a su cargo siguiendo las directrices del sistema de gestión documental de la entidad, tales como consentimiento informado, planes de cuidado, Ordenes médicas. 11. Realizar el abordaje de los riesgos sociales y de salud de la familia con base en las preguntas que aparecen en el formulario de recolección de información y los identificados en la consulta diagnostica (Historia Clínica Digital). 12. Realizar las actividades de acuerdo con lo establecido en la guía operativa vigente elaborada por la Secretaria Distrital de Salud y demás lineamientos que expida esta o la Subred Sur y las actividades de acuerdo con el esquema de operación definido para el sector rural. 13. Las demás actividades derivadas del objeto contractual

De conformidad con lo pactado, no existió relación laboral entre el (la) contratista y la Subred Sur, dada la naturaleza del contrato de prestación de servicios de apoyo a la gestión,regulado por el estatuto General de Contratación de la Administración pública (Ley 80/1993 Art.32) y reglado en el Manual de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

Esta constancia se expide a solicitud del interesado(a), a los veintiocho(28) días del mes de Julio de 2024.

| | | |
|---|---|---|
| Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E | |
| | CERTIFICACIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON PERSONA NATURAL | CO-OPS-FT-22 V1 |

**LA SUSCRITA DIRECTORA DE CONTRATACIÓN**

**CERTIFICA QUE:**

Revisando el archivo de gestión documental se evidenció que la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E., identificada con el Nit No. 900.958.564-9, suscribió con el(la) señor(a) AMAYA ROMERO ALBA NAYIBE; identificado(a) con cédula de ciudadanía No, 1,022,369,056 el Contrato (s) de Prestación de Servicios con Persona Natural, pactando las siguientes condiciones y especificaciones:

| | |
|---|---|
| CONTRATO | 7332 de 2023 |
| OBJETO | PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO DE APOYO A LA GESTION EN EL MARCO DEL CONVENIO VIGENTE SUSCRITO ENTRE EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E. |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO | $38,659,482 |
| FECHA DE INICIO | 17/10/2023 |
| FECHA DE TERMINACIÓN | 15/07/2024 |
| FECHA DE TERMINACIÓN ANTICIPADA | NO APLICA |
| PERFIL | PROFESIONAL UNIVERSITARIO |

## OBLIGACIONES CONTRACTUALES:

1. Prestar servicios de perfil (profesional de apoyo terapéutico) acorde con la Lex Artis, según necesidad de LA SUBRED SUR E.S.E, de acuerdo a los principios del Sistema General de Seguridad Social (SGSSS), Sistema Obligatorio de Garantía y Calidad (SOGC) y demás normas concordante y visita domiciliaria diligenciando caracterización familiar para la identificación y gestión de riesgos nutricionales y seguimiento al plan de cuidado familiar en salud, acorde a actividades establecidas en la guía operativa de equipos de atención en casa. 2. Realizar actividades de información, educación, comunicación, encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitaria. 3. Registrar en la historia clínica toda la información de la atención terapéutica, de manera veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco, sin utilizar siglas, distintas las internacionalmente aprobadas), simultánea o inmediatamente después de su realización, con Integralidad, secuencialidad, racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demás criterios que defina el Ministerio de Salud y Protección Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolución 1995/1999, 839/2017, norma que la modifique o sustituya). 4. Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guías, procedimientos de apoyo terapéutico y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado en los casos pertinentes, garantizando las normas universales de bioseguridad. 5. Apoyar en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud, así como la consolidación de información para la trazabilidad de indicadores de la salud. 6. Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente. 7. Valorar (evaluar), diagnosticar, definir plan de tratamiento médico acorde al cuadro clínico del paciente que consulte a LA SUBRED SUR E.S.E., hasta su egreso y/o seguimiento ambulatorio. 8. Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evolución, riesgo, complicación del cuadro clínico objeto de tratamiento. 9. Revisar bases de datos necesarias, aplicar las escalas necearías y elaborar el plan de cuidado 10. Organizar los soportes documentales de las acciones a su cargo siguiendo las directrices del sistema de gestión documental de la entidad, tales como consentimiento informado, planes de cuidado, Ordenes médicas. 11. Realizar el abordaje de los riesgos sociales y de salud de la familia con base en las preguntas que aparecen en el formulario de recolección de información y los identificados en la consulta diagnostica (Historia Clínica Digital). 12. Realizar las actividades de acuerdo con lo establecido en la guía operativa vigente elaborada por la Secretaria Distrital de Salud y demás lineamientos que expida esta o la Subred Sur y las actividades de acuerdo con el esquema de operación definido para el sector rural. 13. Las demás actividades derivadas del objeto contractual

De conformidad con lo pactado, no existió relación laboral entre el (la) contratista y la Subred Sur, dada la naturaleza del contrato de prestación de servicios de apoyo a la gestión,regulado por el estatuto General de Contratación de la Administración pública (Ley 80/1993 Art.32) y reglado en el Manual de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

Esta constancia se expide a solicitud del interesado(a), a los veintiocho(28) días del mes de Julio de 2024.

Cordialmente,



**FRANCISCO ANTONIO GARZON HINCAPIE**
Director Operativo – Contratación
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

La presente certificación se expide con firma mecánica autorizada mediante resolución de gerencia de la Subred Integrada de servicios de Salud Sur E.S.E. No. 502 del 23 de abril de 2021


*© Siasur - 2020*

**LA CORPORACIÓN UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA**
Personería Jurídica con Resolución No. 0428 del 28 de enero de 1982
Nit.: 860.503.837-7

CERTIFICA

Que **ALBA NAYIBE AMAYA ROMERO**, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1022369056 y código estudiantil No. 100060515, realizó las siguientes prácticas correspondientes al plan de estudios del programa de Fonoaudiología:

| PERIODO | INSTITUCIÓN DE PRÁCTICA | NOMBRE DE LA PRÁCTICA | CARACTERIZACIÓN |
|---|---|---|---|
| Agosto - diciembre de 2021 | ASOCIACIÓN DE MADRES COMUNITARIAS DE LOS HOGARES PROTERNURA<br><br>(16 semanas) | Práctica en ambientes de Bienestar Social y Comunitario | Práctica donde el estudiante realiza funciones propias como la promoción del bienestar comunicativo, la prevención de desórdenes de comunicación y la identificación de factores de riesgo y protección para desórdenes de la comunicación, y la evaluación, el diagnóstico y la intervención terapéutica de desórdenes de la comunicación a través de modelos de prestación de servicios. Cumpliendo 24 horas de observación y 168 horas asistenciales, en procesos específicos de habla y lenguaje, para un total de 192 horas correspondientes al nivel de práctica. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Febrero - junio de 2022 | COLEGIO REPÚBLICA DE COLOMBIA (16 semanas) | Práctica en ambientes educativos | Práctica en el rol asistencial, en las funciones propias de: Promoción del bienestar comunicativo en la modalidad verbal escrita con población escolar oyente, sorda y con población escolar con multidéficit. Evaluación - diagnóstico e intervención terapéutica en las modalidades verbal oral y verbal escrita; desde un enfoque cooperativo y colaborativo. Cumpliendo 24 horas de observación y 200 horas asistenciales, en procesos específicos de habla y lenguaje, para un total de 224 horas correspondientes al nivel de práctica. |
| Agosto - diciembre de 2022 | ESENCIAL IPS | Práctica en ambientes clínicos | La estudiante realizó su práctica en el rol asistencial, en las funciones propias de: Promoción del bienestar comunicativo e verbal oral (lenguaje y habla), prevención de discapacidad comunicativa en las modalidades verbal oral (lenguaje y habla), evaluación - diagnóstico e intervención terapéutica de la discapacidad/desorden de comunicación en la modalidad verbal oral (lenguaje y habla), evaluación - diagnóstico e intervención en el área de función oral faríngea (alteración Vías Aerodigestivas superiores), desarrollo de acciones dirigidas a la rehabilitación funcional de usuarios con afecciones en la mecánica deglutoria. Cumpliendo 24 horas de observación y 232 horas asistenciales en procesos específicos de habla y lenguaje, para un total de 256 horas correspondientes al nivel de práctica. |

La presente certificación de prácticas; corresponde a la copia de la versión textual remitida por la Coordinadora de Práctica del Programa de Fonoaudiología.

Para constancia se firma y sella en la ciudad de Bogotá D.C., a los veintinueve (29) días del mes de diciembre del año 2022.

**MARÍA ADELAIDA ARENAS RODRÍGUEZ**
Secretaria General

IBEROAMERICANA
CORPORACIÓN UNIVERSITARIA
SECRETARÍA GENERAL

La República de Colombia y en su nombre

IBERO

Planeta Formación y Universidades

Personería Jurídica No. 0428 del 28 de Enero 1982 - MEN | VIGILADA MINEDUCACIÓN

Debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional,
teniendo en cuenta que:

# Alba Nayibe Amaya Romero

**C.C. 1022369056 de Bogotá D.C.**

Aprobó los estudios programados por la Corporación Universitaria Iberoamericana
y cumplió con los requisitos exigidos por la ley y los reglamentos, le confiere el título de:

# Especialista en Gerencia de la Seguridad y Salud en el Trabajo

En testimonio de lo expuesto se expide el presente Diploma que así lo acredita
**Bogotá D.C., 20 de Noviembre de 2024**

Rector

Secretario General

**42761**

Registrado en el folio 8353-1 Reg. 41248 del libro de Diplomas No. 29, Bogotá D.C. 20 de Noviembre de 2024

Xertify Código: CF61B5B5A004 Verificar

Powered by CamScanner

La República de Colombia y en su nombre

IBERO

Planeta Formación y Universidades

Personería Jurídica No. 0428 del 28 de Enero 1982 - MEN | VIGILADA MINEDUCACIÓN

# ACTA DE GRADO 446 / 2024

En la ciudad de Bogotá D.C., República de Colombia, a los veinte (20) días del mes de noviembre del año dos mil veinticuatro (2024), la Corporación Universitaria Iberoamericana hizo entrega a:

## Alba Nayibe Amaya Romero

**C.C. 1022369056 de Bogotá D.C.**

Del título de:

## Especialista en Gerencia de la Seguridad y Salud en el Trabajo

Al manifestar cumplirlo y previa autorización de las directivas de la institución, se le hizo entrega del diploma que lo acredita como Especialista, en fe de lo anterior, se firma la presente acta.

Ma. Adelaida Otero.

Secretaria General

**42761**

Xertify • Código: CF61B5B5A006 Verificar

Powered by CamScanner

La República de Colombia y en su nombre

IBERO

Planeta Formación y Universidades

Personería Jurídica No. 0428 del 28 de Enero 1982 - MEN | VIGILADA MINEDUCACIÓN

Debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional,
teniendo en cuenta que:

# *Alba Nayibe Amaya Romero*

**C.C. 1022369056 de Bogotá D.C.**

Aprobó los estudios programados por la Corporación y cumplió con los requisitos exigidos por la ley y los reglamentos, le confiere el título de:

# *Fonoaudióloga*

En testimonio de lo expuesto se expide el presente Diploma que así lo acredita

**Bogotá D.C., 18 de Septiembre de 2023**

Rector

Secretario General

**34893**

Registrado en el folio 6793-5 Reg. 33378 del libro de Diplomas No. 28, Bogotá D.C. 18 de Septiembre de 2023

Xertify Código: CF61B5B5A002 Verificar

La República de Colombia y en su nombre

IBERO
Planeta Formación y Universidades

Personería Jurídica No. 0428 del 28 de Enero 1982 - MEN | VIGILADA MINEDUCACIÓN

# ACTA DE GRADO 502 / 2023

En la ciudad de Bogotá D.C., República de Colombia, a los dieciocho (18) días del mes de septiembre del año dos mil veintitrés (2023), el Rector de la Corporación Universitaria Iberoamericana hizo entrega a:

## Alba Nayibe Amaya Romero

**C.C. 1022369056 de Bogotá D.C.**

Del título de:

## Fonoaudióloga

Al efecto, tomó al graduando el siguiente juramento:

Juráis ante Dios y prometéis a la Patria acatar y cumplir la Constitución y las Leyes de la República, mantener su independencia y libertades, ejercer vuestra profesión de acuerdo con las normas y cuidar y defender los principios filosóficos de la Institución.

Al manifestar cumplirlo y previa autorización del Consejo Superior, se le hizo entrega del diploma que lo acredita como Profesional, debidamente refrendado con el sello de la Institución y las firmas respectivas.

En fe de lo anterior, se firma la presente Acta.

Secretaria General

**34893**

Xertify • Código: CF61B5B5A001 Verificar

*La República de Colombia,*

*El Ministerio de Educación Nacional*

*y en su nombre, el*

# Colegio Técnico Benjamín Herrera I.E.D.

*Autorizado por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C., según Resolución No. 5948 del 21 de Diciembre de 2006*

*Confiere a:*

## Alba Nayibe Amaya Romero

*Identificado (a) con C.C No. 1022369056 de Bogotá*

*El Título de*

## Bachiller Técnico

*Especialidad Diseño Arquitectónico*

*Por haber aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Técnica, Artículo 28, Ley 115 de 1994, según los planes y programas vigentes*

*Luis Alejandro Romero Cepeda*
*Rector*

Dora Cecilia Cadena
*Dora Cecilia Cadena*
*Secretaria*

*Anotado al Folio No. 40 del Libro general de Actas No.01 del año 2006 hasta....*

*Dado en Bogotá, D.C., a los 4 días del mes de Diciembre del año 2010*

# ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

## COLEGIO TÉCNICO BENJAMÍN HERRERA I.E.D.

Carrera 51A No. 26-38 sur – Teléfonos 2330179 – 7410670
Bogotá, D.C.

111001012963
CÓDIGO DANE

En la ciudad de Bogotá, D.C., a los 4 días del mes de Diciembre del año 2010 se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos (as) de último grado, los suscritos Rector y Secretaria Académica, en la Rectoría del COLEGIO TÉCNICO BENJAMIN HERRERA IED, Institución aprobada hasta Grado Once en el nivel de Educación Media Técnica y Autorizada por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C., para otorgar el Título de Bachiller Técnico, según Resolución de Reconocimiento de Educación Media Técnica Nº 5948 del 21 de Diciembre de 2006.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos (as) que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Técnica, se procedió a otorgar

EL TÍTULO DE

## BACHILLER TÉCNICO,

Especialidad Diseño Arquitectónico

al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

## Alba Nayibe Amaya Romero

Identificado (a) con C.C Nº 1022369056 de Bogotá

Es fiel copia tomada del Acta Original General Nº 035, Folio Nº 40, de fecha 4 de Diciembre del año 2010, del Libro General de Actas No. 01, año 2006 hasta..., que consta de 213 alumnos (as) graduandos, que comienza con el nombre de Acosta Henao Leidy Johanna y se cierra con el nombre de Zambudio Bermúdez Luis Carlos.

Firmada por

LUIS ALEJANDRO ROMERO CEPEDA — Rector y
DORA CECILIA CADENA — Secretaria

Dada en Bogotá, D.C., a los 4 días del mes de Diciembre del año 2010

FIRMADA Y SELLADA

Rector — Secretaria Académica

Luis Alejandro Romero Cepeda
C.C. Nº 19.097.154 de Bogotá

Dora Cecilia Cadena
C.C. 35.407.070 de Zipaquirá

IBERO
Planeta Formación y Universidades

La Corporación Universitaria Iberoamericana Certifica que:

# Amaya Romero Alba Nayibe

C.C 1022369056

Cursó el:

## Seminario Comportamiento, Aprendizaje Y Cambio Organizacional

Realizado desde el 26 de febrero de 2024 al 16 de junio de 2024
con una intensidad horaria de 128 horas

Expedido en Bogotá D.C. a los 23 días del mes de agosto de 2024
Registro No. 25296 Folio No. 7333-05

Gerardo Augusto De La Hoz Pinzón
Decano Facultad de Ciencias Empresariales

María Adelaida Arenas Rodríguez
Secretario(a) General

IBERO
Planeta Formación y Universidades

La Corporación Universitaria Iberoamericana Certifica que:

# Alba Nayibe Amaya Romero

C.C 1022369056

Cursó el:

## Diplomado En Inclusión Y Diversidad

Realizado desde 23 de septiembre de 2023 al 28 de octubre de 2023.
con una intensidad horaria de 60 horas

Expedido en Bogotá D.C. a los 30 días del mes de noviembre de 2023
Registro No. 20901 Folio No. 6456-04

Paola Pedraza
Directora De Bienestar Universitario

María Adelaida Arenas Rodríguez
Secretario(a) General

IBERO

Planeta Formación y Universidades

La Corporación Universitaria Iberoamericana Certifica que:

# Amaya Romero Alba Nayibe

C.C 1022369056

Curso y aprobó el:

## Diplomado En Gestion Integral En Salud

Realizado desde el 20 de junio de 2022 al 30 de septiembre de 2022
con una intensidad horaria de 120 horas

Expedido en Bogotá D.C. a los 05 días del mes de diciembre de 2022
Registro No. 12108 Folio No. 3391-1

Fernanda Carolina Sarmiento
Decana Facultad de Salud

María Adelaida Arenas Rodríguez
Secretario(a) General

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Salud

Colegio Colombiano de Fonoaudiólogos

**Identificación Única Nacional del Talento Humano en Salud**

**FONOAUDIÓLOGO**



**ALBA NAYIBE AMAYA ROMERO**
**C.C. 1022369056**
**Corporación Universitaria Iberoamericana**
**Bogotá D.C.**
**Expedicion Diploma: 18/09/2023**
**Expedicion Rethus: 5/10/2023**

Powered by CamScanner

**Firma del Profesional**

**Esta tarjeta es un documento publico y se expide en conformidad con la Ley 1164 de 2007 y el Decreto número 4192 de 2010**

**Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla al Colegio Colombiano de Fonoaudiólogos.**

**No. Serial 06311**

**Firma del Representante Legal**

**IDentico S.A.S**

# UNIDAD MÉDICA BOSA NOVA IPS SAS

NIT: 901.458.228-7 - CÓDIGO DE HABILITACIÓN S.D.S: 1100137378-01
LIC. SALUD OCUPACIONAL: RESOLUCIÓN 9782 DEL 02/07/2021
Dir: Calle 62 Sur 87 B 22 - Bosa Nova - Tropezón - Bogotá D.C.
Tel: 601 784 6348 Cel: 310 280 2760
Email: unidadmedicabosanova@gmail.com - Web: ipsbosanova.com



## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 36.796

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 21 DÍA | 11 MES | 2024 AÑO | BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad | EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO |

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

| PARTICULARES | PARTICULAR |
|---|---|
| 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)

| AMAYA ROMERO ALBA NAYIBE | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| | FEMENINO | 33 AÑOS 5 MESES 2 DÍAS | CC | 1022369056 |
| Apellidos y Nombres | | | Tipo | Número |

Cargo
**FONOAUDIOLOGA**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
**APTO PARA LABORAR. CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO AFECTA LA LABOR ASIGNADA.**

Observaciones: *SOBREPESO - MIOPÍA Y ASTIGMATISMO CON CORRECCIÓN*

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

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

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

| | |
|---|---|
| VISIOMETRÍA ✓ | EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR ✓ |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| USAR CORRECCIÓN VISUAL : PERMANENTE | USO DE EPP | HÁBITOS SALUDABLES |
| EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO | SVE VISUAL | CONTROL DE PESO |
| VALORACIÓN POR EPS : NUTRICION | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA |
| | | HACER DEPORTE |
| | | DEJAR Y/O REDUCIR BEBIDAS ALCOHOLICAS |
| | | DIETA BALANCEADA |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

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 verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

**Médico**

Firma: Dra. Julieth Garay Urbina — Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo — Res. 987 de 27 / 01 / 2020

Nombre: GARAY URBINA JULIETH ANDREA

R. M.: 1033765179 L.S.O.: 987 DE 27 ENERO 2020

Código de Seguridad: U895A1G36796

**Aspirante o Trabajador**

Firma:

Nombre: AMAYA ROMERO ALBA NAYIBE

CC: 1022369056



Powered by CamScanner

**EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR**
**NIT 860.066.942-7**

## CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) ALBA NAYIBE AMAYA ROMERO identificado(a) con Cedula Ciudadania 1022369056, se encuentra EN COBERTURA INICIAL en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

| Fecha Afiliación | Fecha Retiro |
|---|---|
| 20241107 | VIGENTE |

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 20 días del mes de Noviembre de 2.024

**Observaciones:**

**Con destino a:**
SDIS

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: Lina Chat Bot CER-AFI 26741503

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) ALBA NAYIBE AMAYA ROMERO identificado(a) con C.C No. 1.022.369.056, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 20 de noviembre del 2024.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.



Leonardo Cáceres García
Gerente Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

Banco Davivienda S.A.

# CERTIFICADO

**BOGOTA D.C.,** **20/11/2024**
**DISTRITO**
**CAPITAL,**
COLOMBIA,
**A quién interese**

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor ALBA NAYIBE AMAYA ROMERO** con **Cédula de Ciudadanía** número **1022369056**

Posee en el banco Davivienda:

**CUENTA DE AHORROS DAMAS**

| | |
|---|---|
| Número | **008400771443** |
| Fecha de apertura | **08/06/2017** |

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA