CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) LILIANA CATERINE MORALES MELO identificado(a) con CC. 1069718491 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**2023/01/24**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO FUSAGASUGA**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 17 días del mes de 01 del año 2025.

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

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

LILIANA CATERINE MORALES MELO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.069.718.491**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 17 de Enero del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

República de Colombia

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA DAFP

Colegio Colombiano del Administrador Público
CCAP

TARJETA PROFESIONAL DE ADMINISTRADORA PÚBLICA



125607-T

Liliana Caterine Morales Melo

C.C. No. 1.069.718.491

RUNAP: 1256074 **F. EXP.:** 6/02/2024

RESOLUCIÓN No.: 25607 **EGRESADO:** ESAP

GERMAN ENRIQUE RAMIREZ GASCA
Presidente Nacional

Escaneado con CamScanner

Esta Tarjeta Profesional es el único documento que acredita al titular para el ejercicio de la profesión de Administrador Público, de acuerdo con la Ley 1006 de 2006 y su Decreto Reglamentario 2211 de 2006.
Su uso es personal e intransferible.

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta, devolverla al CCAP.
ESAP Sede Rosales Carrera 4 No. 75 - 55 Bogotá D.C.
Teléfonos: 2226406 - 3012781235
E-mail:ccap@ccap.org.co www.ccap.org.co

Escaneado con CamScanner

Certificación Bancaria

Jueves, 16 de enero de 2025

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que LILIANA CATERINE MORALES MELO identificado(a) con CC 1069718491, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta Ahorros / A la mano	26473861134	2017-03-13	ACTIVO	*****

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.
*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345.Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.

Bancolombia

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com.co



Dra. SANDRA PATRICIA MELO MELO
OPTOMETRA
Universidad de la Salle - Bogotá
Dirección Cr 7 numero 9- 40 centro Fusagasugá-Cundinamarca

CERTIFICADO OPTOMETRIA

NOMBRE: Liliana Morales DOCUMENTO: 1069718491 FECHA: Abr 28/23
EDAD: 36 OCUPACION: Administrativo
EMPRESA: Gobernación.

ANTECEDENTES PERSONALES: No Reporta.
ANTECEDENTES OCUPARES: No Usa gafas hace 8 años.
ULTIMO CONTROL: ± 8 años.

USA CORRECCION	SI	NO	TIPO DE CORRECION	VL	VP	VL Y VP	GAFAS	LENTES DE CONTANCTO
		X						

SINTOMAS:

ARDOR		ENROJECIMIENTO		PINGUECULA		PTERIGIO		PTOSIS PAL		OTRO	
PRURITO		CEFALEA		EDEMA PALP		SECRECION		NINGUNO	X		

EXAMEN EXTERNO: Normal

AGUDEZA VISUAL

AV	VL sin corrección	VP sin corrección	P.H	VL con corrección	VP con corrección
OJO DERECHO	20/20	05m			
OJO IZQUIERDO	20/200	2m			
AMBOS OJOS	20/20	05m			

COVER TEST LEJOS	6m	⌀	40 cm	⌀	20 cm	⌀

OFTALMOSCOPIA: Sano
VISION CROMATICA: Normal ESTEREOPSIS: Normal
RETINOSCOPIA
OJO DERECHO: +050 -050 X 0° AV 20/20 05
OJO IZQUIERDO: +450 - 1,75 + 1,75 0° AV 20/25 05m

DIAGNOSTICO: Astigmatismo Hipermetropico
CONDUCTA: Requiere Uso Corrección optica Permanente
CONCEPTO: Apto Consulta de optometria

Firma del Paciente

Dra. Sandra Patricia Melo
Optometra U.L.S. S.O.
T.P. 236999

SANDRA PATRICIA MELO MELO
Optómetra

Powered by CamScanner

DRA. YINA XIMENA GUAUTA
REG: 001496-39624488
ESPECIALISTA EN AUDIOLOGIA

EXAMEN AUDIOLOGICO

FECHA 28/04/23.

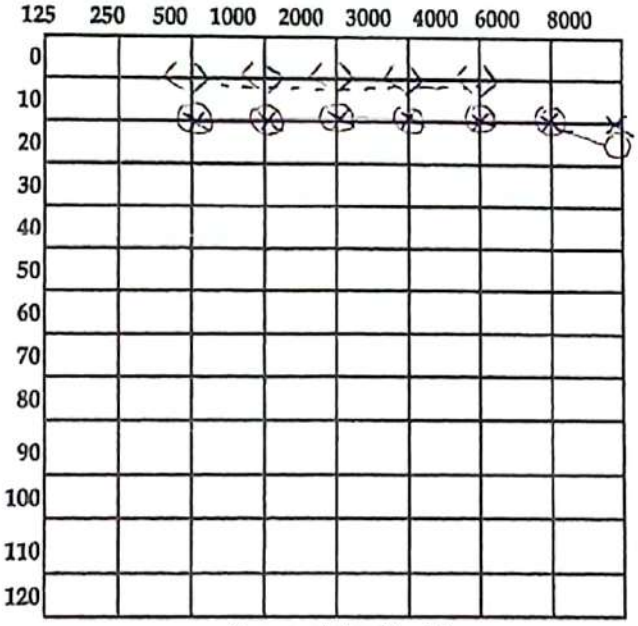
NOMBRE Liliana Morales EDAD 36 años

No. DOCUMEN. IDENTIDAD 1069710491 EMPRESA Gobernación

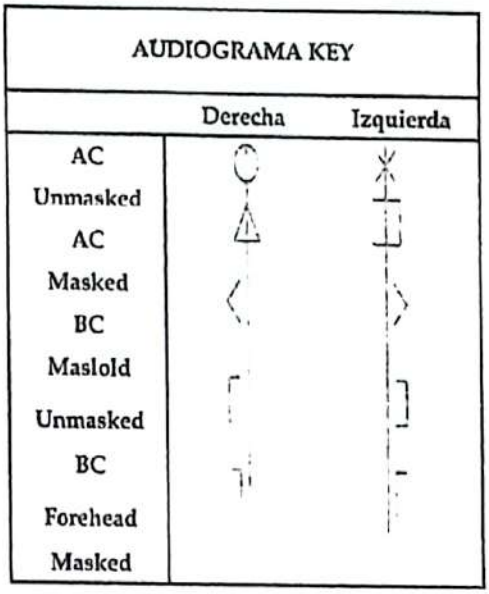
OCUPACION Administrativa ULTIMA AUDIOMETRIA 1 vez.

OTOSCOPIA: O.D. N O.I N

ANTECEDENTES: ORL Otalgia (–) Otorrea (–) Vertigo (–) Acufeno (–) Qx (–) Sinusitis (–) Rinitis (–) HTA (–)
Diabetes (–) Alergias (–) Gripa frecuente (–) Exposicion Ruido (–) ototoxicos (–) Lavado de Oido (–) Trauma (–) COVID 19 (–) EPOC (–)



Frecuencia (en Hertz)



10dB 10dB

IDX: Audición Normal Bilateral con PTA de 10dB Bilateral
Ø contra anual - Apto

FIRMA

Yina Ximena Guauta Dimaté
FONOAUDIÓLOGA
C.C. 39.624.488 / T.P. 001496

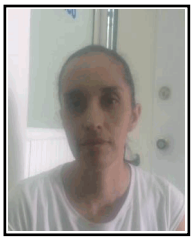
FIRMA USUARIO

Fusagasuga- Cundinamarca

Powered by CamScanner

T.V.O. Salud Ocupacional IPS

TVO SALUD OCUPACIONAL IPS SAS NIT. 901367836-4
Calle 18A No.11A - 45 Balmoral
Fusagasugá, Cundicamarca - Colombia
Cel. 3186903101 - E-mail. Sandyva09@yahoo.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 9.407

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
28 DÍA	04 MES	2023 AÑO	FUSAGASUGÁ (CUNDINAMARCA, COLOMBIA) Ciudad	**EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO**

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

PARTICULAR	**GOBERNACION 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)

MORALES MELO LILIANA CATERINE	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	36 AÑOS 1 MESES 1 DÍAS	CC	1.069.718.491
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
ADMINISTRATIVO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: .

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:

AUDIOMETRÍA	✓	GLICEMIA	✓
OPTOMETRÍA	✓	EVALUACIÓN OCUPACIONAL ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	✓
PERFIL LIPIDICO	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	**RECOMENDACIONES OCUPACIONALES**	**HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES**
USAR CORRECCIÓN VISUAL : PERMANENTE	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS : CITA OPTOMETRIA, DEBE REALIZAR SU CORRECCION VISUAL Y USO PERMANENTE	SVE VISUAL	HACER DEPORTE
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES EN HÁBITOS DE VIDA Y TRABAJO SALUDABLE. DIETA SALUDABLE, EFECTUAR EJERCICIO CARDIOVASCULAR DURANTE 30 MINUTOS DIARIOS, INICIAR PROGRAMA DE EJERCICIOS QUE INCLUYAN ESTIRAMIENTOS, REALIZAR LAS PAUSAS ACTIVAS 5 MINUTOS CADA 2 HORAS, RECOMENDACIONES DE HIGIENE POSTURAL, USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGÚN LA LABOR. HACER EL RESPECTIVO INGRESO AL PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA
SEGUIMIENTO ESTRICTO DE SU CORRECCION VISUAL.

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:

Nombre: VARGAS ARCILA SANDRA E

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: MORALES MELO LILIANA CATERINE

R. M.:	0698-03	L.S.O.:	2462-15	Código de Seguridad	CC:	1.069.718.491
				X1053D1J9407		

LABORATORIO CLINICO

SALUD MEDICOS ESPECIALISTAS

Carrera 5 # 8-24 Teléfono: 8726033 - Fusagasugá (Cund)

NOMBRE: MORALES MELO , LILIANA CATHERI **NUMERO: 428806**

HISTORIA: 1069718496
EDAD: 36 Años
PROCEDENCIA: PARTICULAR
CONTRATO: PARTICULAR
ESPECIALIDAD: MEDICINA GENERAL
MEDICO:

FECHA ING: 28/04/2023
FECHA IMP: 28/04/2023
VINCULACION: PARTICULAR
DIRECCION: FUSACATAN
TELEFONO: 3203255568

Comentario: DRA SANDRA VARGAS Digitado Por: admin

PARAMETRO	RESULTADO	UNIDAD	VAL.REF.
	QUIMICA CLINICA		
GLUCOSA tecnica: enzimático - colorimétrico	86.0	mg/dL	70.00-110.00
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD HOMBRES : 45-65 mg/dL tecnica: precipitación, colorimétrico	51 MUJERES : 35-55 mg/dL	mg/dL	MAYOR DE 35
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD	105	mg/dL	0.00-135.00
COLESTEROL tecnica: enzimático - colorimétrico	170	mg/dL	0.00-200.00
TRIGLICERIDOS tecnica: enzimático - colorimétrico	70	mg/dL	0.00-150.00
VLDL COLESTEROL	14.0	mg/dL	0.00-0.00

Validado Por: *admin*

Claudia Patricia Nieto P.
BACTERIOLOGA
R - 3121B

PREVENTSALUD IPS S.A.S.
NIT. 900540214-0
Calle 15 Sur #16-46
Cel. 317 298 48 90 - Tel. 757 53 28 - E-mail. administrativo@preventsaludips.com
www.preventsaludips.com



PSICOLOGÍA OCUPACIONAL

Datos Personales

N° Atención: 2,294

Ciudad: BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) 19/02/2024 - 12:32 P. M. **Fecha Atención:** 19/02/2024 12:32:30p. m.

CC: 1069718491 **Nombres y Apellidos:** MORALES MELO LILIANA CATERINE **Fecha de Nacimiento:** 27/03/1987 **Edad:** 36 AÑOS 10 MESES 26 DÍ

Genero: FEMENINO **Estado Civil:** SOLTERO(A) **Dirección:** CARRERA 4 11-61 **Teléfono:** **Celular:** 3203255568

Entidad: PARTICULARES **Profesión o Cargo:** INSTRUCTOR

Funciones del Cargo: **Nivel Académico:** UNIVERSITARIO **Acudiente:**

Teléfono del Acudiente: **Parentesco:**

Diagnóstico:

PERSONA RACIONAL, FLEXIBLE, CON ENERGIA Y VITALIDAD, POCO ORGANIZADA, DIFICULTAD EN LA SISTEMATIZACION DEL TRABAJO, DE ACTITUD AFECTIVA Y EMOCIONAL. ES CONSCIENTE DE SUS POSIBILIDADES Y LIMITACIONES, POSEE CONFIANZA Y SEGURIDAD, SU POSTURA ANTE EL ENTORNO NO ES CLARA, LA PREOCUPACION SENTIMENTAL TIENE UN PAPEL PREPONDERANTE EN SU ACCIONAR, DEFIENDE SUS IDEAS. RELACIONES INTERPERSONALES DE CORTE AFECTIVO Y SENSIBLE, REFLEJA INTERES POR LOS DEMAS, IMPORTANCIA DE LAS EMOCIONES, POSEE EMPATIA Y ALTRUISMO, RELACIONES ESPONTANEAS, ACTITUD DE SERVICIO, MADUREZ SEXUAL Y/O AFECTIVA, ESTABLECE POCOS LIMITES CON LOS DEMAS, TENDENCIA A LA SUGESTION, CAPACIDAD DE ENTREGA. REFLEJA AMBICION Y DESEO DE CRECIMIENTO, ESTABLECE METAS DE MANERA RACIONAL, CLARIDAD EN SUS PROYECTOS, ES COMPETITIVA, PUEDE DEMOSTRAR MAS AMBICION DE LA QUE POSEE, DESEO DE AUTOAFIRMACION. FRENTE A LOS PROBLEMAS, SU REACCION TIENDE A SER DE ANGUSTIA Y DEPRESION BAJO PRESION, NECESIDAD DE INVOLUCRARSE EN ACTIVIDADES MULTIPLES PARA DISPERSAR SENTIMIENTOS DE ANSIEDAD, CAPACIDAD DE BUSQUEDA DE SOLUCIONES. POCA PROACTIVIDAD Y DINAMISMO, DIFICULTAD PARA CANALIZAR LA ENERGIA Y DIRIGIRLA AL MEDIO, REPRESION DE LA ENERGIA PSIQUICA E IMPULSOS VITALES PARA LA EJECUCION DE ACTIVIDADES, DIFICULTAD PARA ENFRENTAR OBSTACULOS O TEMOR PARA TOMAR DECISIONES. PENSAMIENTO SINTETICO E INTEGRATIVO DE IDEAS, CAPACIDAD DE RACIOCINIO Y CREATIVIDAD. ELEVADO ACOGIMIENTO Y COMPROMISO CON LA NORMATIVIDAD Y VALORES SOCIALES E INSTITUCIONALES, DEPENDENCIA DE FIGURAS DE AUTORIDAD, NECESIDAD DE PROTECCION, PASIVIDAD Y BAJO SENTIDO CRITICO ANTE LA NORMA, REFLEJA SENTIMIENTOS DE DESPROTECCION, TEMOR O DESENGAÑO ANTE FIGURAS DE AUTORIDAD, DIFICULTAD PARA AFIRMAR LOS VALORES PROPIOS.

PACIENTE PRESENTA PRUEBA PSICOLOGICA, A NIVEL PSICOSOCIAL NO PRESENTA ALTERACIONES PARA MANEJO INTERPERSONAL, PACIENTE CON APTITUDES PSICOSOCIALES PARA CONVIVIR Y MANEJAR COMUNIDAD.

PSICÓLOGO

Firma:
Nombre: FORERO LOZANO CINDY
R. M.: 124809

Código de Seguridad
Q877W40C2294

PACIENTE

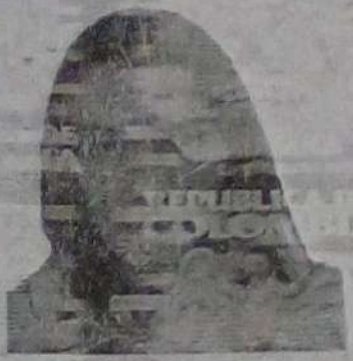
Firma:
Nombre: MORALES MELO LILIANA CATERINE
CC: 1069718491

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.069.718.491
NUMERO

MORALES MELO
APELLIDOS

LILIANA CATERINE
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 27-MAR-1987

PASCA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.66 ESTATURA | O- G.S. RH | F SEXO

05-ABR-2005 FUSAGASUGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

P-1509400-39138933-F-1069718491-20050805 05024 05217A 02 138308570

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141155720761

(415)7707212489984(8020) 000014115572076 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 6 9 7 1 8 4 9 1	8	Impuestos y Aduanas de Girardot 8	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 6 9 7 1 8 4 9 1	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Fusagasugá 2 9 0

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MORALES	MELO	LILIANA	CATERINE

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Fusagasugá 2 9 0

41. Dirección principal: CR 5 A 20 53 BRR FUSACATAN

42. Correo electrónico: lilianamorales0327@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 0 3 2 5 5 5 6 8	

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 5 4 1	2 0 2 4 0 1 0 2	8 5 4 2	2 0 2 4 0 1 0 2				5 3 2 0	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	4	9																								

49 - No responsable de IVA

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

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre MORALES MELO LILIANA CATERINE

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA 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:17/01/2025

CONTRIBUYENTE	C.C. 1069718491	LILIANA CATERINE MORALES MELO

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: KR 4 11 61 PN ARANDA Teléfonos: 8868175

Dirección electrónica: lilianamorales0327@gmail. Ciudad: BOGOTÁ DC Municipio: BOGOTÁ, D.C.

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

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: NO REGISTRA Fecha desde: NO

Matrícula Mercantil: NO Fecha inicio de Actividades: 02/01/2024 Fecha de cese de Actividades: NO No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 8541 - Educación técnica profesional

Actividad 2: 8542 - Educación tecnológica

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.

Kr 30 25 90 Dirección Distrital de Impuestos Bogota D.C. Colombia

Fuente: RIT-SHD

Certificado de Registro en el Sistema

Con más de 30 años de experiencia, la Agencia Pública de Empleo del SENA brinda un servicio que facilita el contacto organizado entre quienes buscan empleo y las empresas que requieren talento humano. Siendo un operador autorizado de la red de prestadores de servicios que integran el Servicio de Empleo del Ministerio de Trabajo, para la intermediación laboral en Colombia y en otros países, la Agencia Pública de Empleo del SENA, hace constar que la señora LILIANA CATERINE MORALES MELO identificada con Cédula de Ciudadanía 1069718491, se inscribió en nuestro servicio el día 28/02/2008.

El presente certificado se genera el día 17/01/2025, por solicitud del interesado.

Recuerde que todos nuestros servicios son públicos, gratuitos, indiscriminados y no requieren intermediarios.

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	2025-01-17 13:24

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
LILIANA	CATERINE	MORALES	MELO

Documento de identificación

Tipo	Número
CEDULA DE CIUDADANIA	1069718491

Lugar de nacimiento

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	CUNDINAMARCA	PASCA

Lugar de domicilio

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	BOGOTÁ. D.C.	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	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

Lugar de sede

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

Dirección	["CALLE 57 N 8 69 "]
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2024 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	$43.017.650,00
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$43.017.650,00

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	$100.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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:

FORMATO COMPLETO

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
Morales	Melo	Liliana Caterine

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1069718491	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 27 MES 03 AÑO 1987

PAÍS COLOMBIA

DEPTO CUNDINAMARCA

MUNICIPIO PASCA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 83 24 15 Bloque 1, apto 604 Llano Grande

PAÍS COLOMBIA DEPTO CUNDINAMARCA

MUNICIPIO FUSAGASUGÁ

TELÉFONO 8722999 EMAIL lilianamorales0327@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 BÁSICA											*TÍTULO OBTENIDO*	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2004
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA ESPECIALIZADA) **UN** (UNIVERSITARIA)

ES (ESPECIALIZACIÓN) **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER) **DOC** (DOCTORADO O PHD)

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

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO*		*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN*		*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
		SI	*NO*		*MES*	*AÑO*	
PREGRADO	10	X		ADMINISTRACION PUBLICA	06	2015	

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:

INF (EDUCACIÓN INFORMAL) **TR_DES** (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 IDIOMAS

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

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

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*							
TELÉFONOS 3124980779	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	13	*Mes*	02	*Año*	2024	*Día*	10	*Mes*	12	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL INSTRUCTOR ARTICULACION MEDIA	*DEPENDENCIA* ARTICULACION CON LA MEDIA				*DIRECCIÓN* CARRERA 13 N 65 10							
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE CUNDINAMARCA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* FUSAGASUGÁ				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*							
TELÉFONOS 6017490000	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	26	*Mes*	06	*Año*	2023	*Día*	25	*Mes*	12	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL COORDINADORA PROGRAMAS ESPECIA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DE DESARROLLO E INCLUSION				*DIRECCIÓN* CALLE 26 51 53 Avenida el Dorado							
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION SOMOS TODOS			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.				*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*							
TELÉFONOS 3005765796	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	15	*Mes*	01	*Año*	2018	*Día*	15	*Mes*	12	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASESORA CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* FORMACION PARA EL TRABAJO				*DIRECCIÓN* CALLE 19 - 4 54							

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD COLEGIO LANDAZABAL REYES			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* FUSAGASUGÁ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3164945956	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	04	*Año*	2016	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL DOCENTE DE AULA	*DEPENDENCIA* DOCENCIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 22 22 16					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD REALIDAD EMPRESA SAS			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* FUSAGASUGÁ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3204747991	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	03	*Año*	2016	*Día*	01	*Mes*	10	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL ASESOR CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ORIENTADORA						*DIRECCIÓN* CARRERA 1 - 1 60					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD REALIDAD EMPRESA SAS			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* FUSAGASUGÁ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3204747991	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	03	*Año*	2016	*Día*	30	*Mes*	12	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL COGESTORA SOCIAL	*DEPENDENCIA* ADMINISTRATIVO						*DIRECCIÓN* CARRERA 1 1 60					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION SOMOS TODOS			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* FUSAGASUGÁ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3005765796	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	03	*Año*	2016	*Día*	15	*Mes*	12	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL CO GESTOR SOCIAL	*DEPENDENCIA* ADMINISTRACION						*DIRECCIÓN* CALLE 19 4 54					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* PASCA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3213735039	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	30	*Mes*	11	*Año*	2011	*Día*	01	*Mes*	11	*Año*	2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* ADMINISTRACION						*DIRECCIÓN* Pasca					

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA COLEGIO GENERAL LANDAZABAL REYES			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* FUSAGASUGÁ				*CORREO ELECTRÓNICO*						
TELÉFONOS 3164945956	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día:	02	*Mes:*	04	*Año:* 2016	*Día:*	30	*Mes:*	05	*Año:*	2019
AREA DE CONOCIMIENTO CIENCIAS SOCIALES, DERECHO, CIENCIAS	*NIVEL EDUCATIVO* BASICA SECUNDARIA					*DIRECCIÓN* CALLE 22 22 16 Barrio Manila					

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	6	8
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	4	2
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	3	0
EXPERIENCIA DOCENTE	2	2

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento BOGOTA 17 ENERO 2025



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

9 **OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS**

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

BOGOTA 17/01/2025

Ciudad y fecha

Juan Carlos Castillo Ramirez

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

No aplica