Tausa, **FEBRERO** de 2025.

Doctora:
HELIA LISED PACHON
Secretaria de Salud y Desarrollo Social.

Asunto: Propuesta Económica y de prestación de servicios

En atención a su amable invitación, mediante la presente allego propuesta de prestación de servicios profesionales en los siguientes términos de conformidad con la invitación para presentar la propuesta.

OBJETO:

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA EJECUTAR ACCIONES EN EL PROGRAMA DE ATENCION A LA PRIMERA INFANCIA (HOGAR COMUNITARIO DE BIENESTAR "CORAZONES FELICES") VEREDA PAJARITO DESARROLLADO POR EL ICBF EN EL MUNICIPIO DE TAUSA CUNDINAMARCA.

Que conozco la información general y la invitación y acepto los requisitos en ésta contenidos.

1. Que me comprometo a ejecutar totalmente el contrato en el plazo que se acordare con el Contratante.
2. Que en caso de que la propuesta sea aceptada me comprometo a suscribir el contrato, dentro de los términos señalados para ello.

Declaro BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, sujeto a las sanciones establecidas en el Art. 442 del Código Penal (Ley 599/00):

Que la información contenida en la propuesta es verídica y asumo total responsabilidad frente al Contratante cuando los datos suministrados sean falsos o contrarios a la realidad, sin perjuicio de lo dispuesto en el Código Penal y demás normas concordantes, por lo cual AUTORIZO a la ALCALDIA DE TAUSA para que sea verificada la información y documentación aportada.

Que no me hallo incurso (a) en causal alguna de inhabilidad e incompatibilidad de las señaladas en la Constitución y en la Ley y no me encuentro en ninguno de los eventos de prohibiciones especiales para contratar.

Que no me hallo reportado (a) en el Boletín de Responsables Fiscales vigente, publicado por la Contraloría General de la República, de acuerdo con lo previsto en el numeral 4 del artículo 38 de la Ley 734 de 2002 (C.D.U.), en concordancia con el artículo 60 de la Ley 610 de 2000.

Que no he sido sancionado por ninguna Entidad Oficial por incumplimiento de Contratos Estatales mediante providencia ejecutoriada dentro de los últimos CINCO (5) años anteriores a la fecha de presentación de esta propuesta y cumplir con las siguientes obligaciones:

1. Garantizar los servicios generales de limpieza, aseo y mantenimiento del HCB "Corazones Felices" ubicado en la Vereda Pajarito.

2. Preparar de los Alimentos para los beneficiarios de la unidad de servicio HCB "Corazones Felices" dentro de las medidas sanitarias requeridas teniendo en cuenta minuta patrón.

3. Apoyo en el diligenciamiento de formatos propios de la modalidad de atención.

4. Apoyar la revisión y actualización de carpetas de las niñas, niños teniendo en cuenta lista de Chequeo.

5. Mantener expuesta la minuta patrón.

6. Rendir de forma mensual el informe acerca de las actividades ejecutadas.

7. Colaborar y hacer presencia en eventos que solicite el municipio en lo pertinente a programas de Primera Infancia.

8. Suscribir de manera electrónica el contrato y los demás documentos que se generen en la ejecución contractual plataforma Colombia compra Eficiente SECOP II.

9. Garantizar la publicación de los documentos contractuales en el SECOP II, para que se conforme el expediente electrónico.

10. Las demás que conforme la naturaleza del presente contrato deba ser cumplidas para asegurar su correcto cumplimiento.

VALOR DE PROPUESTA

Se estima en la suma de **DIECISIETE MILLONES CIEN MIL PESOS M/CTE ($17.100.00.00).,** En este valor se encuentran incluidos los gastos en que incurre el contratista en la legalización del contrato, así como los impuestos de orden Nacional y municipal a que haya lugar, Incluidos los impuestos, tasas, contribuciones y descuentos de carácter Nacional, Departamental, Municipal y todos los costos directos o indirectos que la ejecución del contrato conlleve.

TIEMPO

La duración de la presente propuesta será de **NUEVE (09) MESES Y QUINCE (15) DIAS** contados a partir de la fecha de firma del acta de inicio. En este valor se encuentran incluidos los gastos en que incurre el contratista en la legalización del contrato, así como los impuestos de orden Nacional y municipal a que haya lugar, Incluidos los impuestos, tasas, contribuciones y descuentos de carácter Nacional, Departamental, Municipal y todos los costos directos o indirectos que la ejecución del contrato conlleve.

FORMA DE PAGO.

La entidad cancelará al contratista la suma pactada en el contrato en **NUEVE (09)** pagos por mensualidad vencida, cada una por un valor de **UN MILLON OCHOCIENTOS MIL PESOS ($1.800.000,) MONEDA CORRIENTE Y UN PAGO por quince (15) días, por valor de NOVECIENTOS MIL PESOS ($.900.000, oo) MCTE.**

Agradezco la atención prestada, quedo atento a su respuesta.

Cordialmente,

María Elcy Santos

MARIA ELCY SANTOS
CC: 1.076.656.525

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.076.656.525

SANTOS FONSECA

APELLIDOS
MARIA ELCY

NOMBRES

María elsy santos

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 22-SEP-1991

CHITA
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.57	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

09-OCT-2009 UBATE

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1530400-00203328-F-1076656525-20091215 0019049121A 1 28827610

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 263790027

PIB
10:57:56

Bogotá DC, 07 de febrero del 2025

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) MARIA ELCY SANTOS FONSECA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1076656525:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Política y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 05 de febrero de 2025, a las 14:34:20, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1076656525
Código de Verificación	1076656525250205143420

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia Informa:
Que siendo las 02:24:03 PM horas del 05/02/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1076656525**
Apellidos y Nombres: **SANTOS FONSECA MARIA ELCY**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.area-atc@policia.gov.co

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
GOV.CO
Todos los derechos reservados

Powered by CamScanner

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 05/02/2025 02:42:39 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1076656525 .**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **109830760 .** La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

Powered by CamScanner

TIC

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 1076656525 **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 05/02/2025 03:18 PM

Código Verificación: **42AJDS6FGM**

Válida hasta: **06/05/2025**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 11:02:20 horas del 07/02/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1076656525,** Apellidos y Nombres **SANTOS FONSECA MARIA ELCY**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ALCALDIA DE TAUSA** , con NIT **899999481-9** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

FORMULARIO UNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Nº de Radicación SAT

Fecha de Radicación: 14 02 2025

I. DATOS DEL TRAMITE

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1 Tipo de trámite: A. Afiliación [X]; B. Traslado; C. Traslado entre regímenes; D. Reingreso

2 Tipo de Afiliación: A. Individual; B. Corporativo; C. Grupo familiar; D. Unipersonal

3 Régimen: A. Contributivo [X]; B. Excepción

4 Tipo de afiliado: A. Cotizante [X]; B. Beneficiario; C. Cabeza de familia; D. Independiente; E. Pensionado

5 Tipo de cotizante: A. Dependiente [X]; B. Independiente; C. Pensionado

Código

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

6. Apellidos y nombres	Santos	Fonseca	Maria	Elcy
7. Tipo de documento de identidad	CC	8. Número del documento de identidad	1076658525	9. Sexo: Femenino [X] Masculino [ ]
10. Fecha de nacimiento	22 09 1991			

III DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad: Tipo / Condición	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
		CI	IV	Sura	Porvenir

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia			
1'400,000	Familiar Vda Pajarito, Vrd. Pajarito			3102106800
Elcysantos21@gmail.com	Tausa	Zona: Urbana [ ] Rural [X]		Cundinamarca

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

19. Apellidos y nombres	Forero	Vanegas	John	Albeiro
20. Tipo de documento de identidad	CC	21. Numero del documento de identidad	1077294581	22. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]
23. Fecha de nacimiento	17 11 1988			

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

	24. Apellidos y nombres			
01				
02				
03				
04				
05				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Numero del documento de identidad	27. Sexo: Femenino / Masculino	28. Fecha de nacimiento	Datos complementarios: 29. Parentesco	30. Etnia
01						
02						
03						
04						
05						

	31. Discapacidad: Tipo (F, H, M, I, P) / Condición	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona: Urbana / Rural	Localidad	Dirección de residencia	Teléfono de residencia	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a reportar por la EPS)
01							
02							
03							
04							
05							

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS
C	cafam zipaquira	
D		
E		
F		
G		
H		

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

35. Nombre o razon social	Maia Elcy Santos	36. Tipo de documento de identificación	CC	37. Numero del documento de identificación	1076658525	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
39. Ubicación	tausa	Pajarito	3102106800	elcysantos21@gmail.com	Tausa	Cundinamarca

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Actualización de datos básicos de identificación [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación [ ] 3. Inclusión de beneficiarios [ ] 4. Actualización de datos básicos de beneficiarios [ ] 5. Retiro de beneficiarios [ ]
6. Reingreso a la EPS [ ] Causa [ ] 7. Retiro voluntario de la EPS [ ] 8. Traslado de beneficiarios a otra EPS [ ] 9. Fecha de inicio de incapacidad [ ] 10. Fecha de terminación de incapacidad [ ]
11. Terminación de la relación laboral o vinculación legal y reglamentaria [ ] 12. Suspensión temporal de las condiciones para seguir cotizando [ ] 13. Novedades para el cambio de IBC [ ] 14. Identificación de la relación laboral o vinculación legal y reglamentaria para reportar novedades [ ]
15. Novedad del traslado de grupo familiar [ ] 16. Novedad para reportar información de la cuenta de alto costo [ ] 17. Novedad para reportar información de la cuenta de alto costo [ ]
18. Novedad del traslado de protección al cesante [ ] 19. Reporte de la cuenta de Protección [ ] 20. Reporte de la cuenta de Protección [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificacion: Tipo de documento de identidad	Numero del documento de identidad	Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
				14 02 2025

43. EPS anterior | 44. Motivo de traslado: Código | 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaro bajo la gravedad de juramento que los beneficiarios relacionados cumplen con los requisitos establecidos en la ley para ser afiliados en calidad de tales.
47. Declaro conocer la obligación de afiliar al Régimen Contributivo a mi cónyuge o compañero(a) permanente.
48. Declaración de ausencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
49. Declaración de no existencia del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
50. Autorización para que la EPS solicite y radiegue datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
51. Autorización para que la EPS pida de la información que se genere de la afiliación o del traslado de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por ley tengan esa función.
52. Autorización para que la EPS consulte los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico y al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

Maia Elcy Santos — Maia Elcy Santos

IX. ANEXOS

54. Número total de documentos de identidad: Cantidad [ ] Total [ ]
55. Copia del documento de identidad (obligatorio cuando el trámite lo realiza una persona diferente al cotizante)
56. Copia del registro civil de nacimiento o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital de hecho
57. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare la unión marital de hecho
58. Declaración sobre la unión marital
59. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor
60. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia
61. Copia del documento en que conste la pérdida de la patria potestad o del certificado de defunción de los padres
62. Copia de la autorización de Dirección por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
63. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
64. Copia del acto administrativo o la providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la adopción de oficio

Aminta Beatriz Riaño Torres
Ejecutivo Comercial Famisanar
Cel.: 321 458 6956
Código: 2211

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de la ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de aplicación	69. Fecha de validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Tipo de documento de identidad	Numero del documento de identidad	OBSERVACIONES
		Tomar 2do cotizante Independiente

71. Firma del funcionario: Codigo 2211

- ORIGINAL ÚNICA -

Powered by CamScanner

Secretaría General y de Gobierno	**DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN PERSONAL Y AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD** **ALCALDÍA MUNICIPAL DE TAUSA** **NIT: 899.999.481 – 9**	ALCALDÍA DE TAUSA Área de Contratación 8-ene-25

TIPO DE VINCULACIÓN	**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO**
[ ] FUNCIONARIO [X] CONTRATISTA	DD 10 - MM FEB - AAAA 2025
[ ] PASANTE/JUDICANTE [ ] PROVEEDOR	elcysantos21@gmail.com

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO	LUGAR DE EXPEDICIÓN
MARIA	ELCY	SANTOS	FONSECA	CEDULA DE CIUDADANIA	UBATE

FECHA DE NACIMIENTO (DD-MM-AA)		LUGAR DE NACIMIENTO	*GÉNERO	Grupo Sanguineo	ESCOLARIDAD (Bachiller, profesional, especialización, maestría)	ESTADO CIVIL	ETNIA
1991		CHITA	Ud. se identifica como	O	Primaria [ ] Bachillerato [X]	Soltero [ ] Casado [ ]	Afrocolombiana [ ] Indígena [ ]
Año		Ciudad o Municipio	Hombre [ ]		Técnica [ ] Tecnología [ ]	Unión Libre [X]	Mestizo [ ] Palenquero [ ]
Dia	22	BOYACA	Mujer [X]	+	Pregrado [ ] Especialización [ ]	Divorciado [ ]	Raizal [ ] ROM [ ]
Mes	9	Departamento	Otro Cual? [ ]		Maestria [ ] Doctorado [ ]	Viudo [ ]	Otro [X] Cual

INFORMACIÓN DE DOMICILIO

DIRECCIÓN DE DOMICILIO	BARRIO	ESTRATO	LOCALIDAD (Aplica para Bogotá D.C)	TELÉFONO FIJO	CELULAR
VEREDA PAJARITO	N/A	1	N/A	N/A	3102106800
CIUDAD O MUNICIPIO	TAUSA			TIPO DE VIVIENDA (Arriendo, Propia, Familiar)	FAMILIAR

INFORMACIÓN DE SU ENTORNO FAMILIAR

Relacione actualmente con quién vive usted:

NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	CELULAR	EDAD
MICHEL DANIELA FORERO SANTOS	HIJA	N/A	12
KEVIN SANTIAGO FORERO SANTOS	HIJO	N/A	14
JHON ALBEIRO FORERO VANEGAS	COMPAÑERO	3202467520	35

ALGÚN INTEGRANTE DE SU NÚCLEO FAMILIAR CERCANO (QUE VIVA CON UD), PRESENTA ALGÚN TIPO DE DISCAPACIDAD?

[ ] SI Si su respuesta es afirmativa, por favor especifique cual _____

[X] NO Parentesco: _____

QUÉ TIPO DE DISCAPACIDAD PRESENTA ?

INFORMACIÓN DE LA VINCULACIÓN

De acuerdo al tipo de vinculación con la entidad, por favor diligencie la siguiente información

FECHA DE INGRESO-INICIO	CARGO (Solo para personal de Planta)	ÁREA O DEPENDENCIA DONDE DESEMPEÑARÁ LA LABOR
17/02/2026	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION	SECRETARIA DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL

DURACIÓN DEL CONTRATO (Solo para Contratistas)	JEFE INMEDIATO/SUPERVISOR DE CONTRATO
10 MESES	HELIA LISED PACHON RODRIGUEZ

INFORMACIÓN ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES (ARL)	INFORMACIÓN FONDO DE PENSIONES	INFORMACIÓN DE EMPRESA PROMOTORA DE SALUD (EPS)
POSITIVA	Indique el Fondo de Pensiones al cual se encuentra afiliado: _____ COLFONDOS _____	Indique a cual EPS se encuentra afiliado: _____ FAMISANAR _____

INFORMACIÓN DE CONDICIONES DE SALUD

La información consignada a continuación, es de vital importancia para establecer actividades encaminadas a conservar, mantener o mejorar el estado de salud. Por esta razón, lo invitamos a responder de forma precisa las preguntas del listado honestamente. Garantizamos que la información registrada será manejada de manera confidencial:

1. ENFERMEDADES MENTALES O PSIQUIÁTRICAS O DEL COMPORTAMIENTO, por ejemplo:

[ ] SI Trastornos del ánimo, depresión o cualquier enfermedad que afecte su comportamiento

[X] NO

Si su respuesta es afirmativa, por favor especifique cuales: _____

2. ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO, por ejemplo:

[ ] SI Epilepsia, Parkinson, Alzheimer, esclerosis múltiple, migraña, meningitis, déficit atencional o cualquier otra enfermedad del cráneo, cerebro, medular o nervios periféricos

[X] NO

Si su respuesta es afirmativa, por favor especifique cuales: _____

3. ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO, por ejemplo:

[ ] SI Asma, neumonía, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), tuberculosis, alergia, sinusitis, faringitis, laringitis o cualquier enferemdad de los pulmones, pleura o sistema respiratorio

[X] NO

Si su respuesta es afirmativa, por favor especifique cuales: _____

4. ENFERMEDADES DEL CORAZÓN Y SISTEMA CIRCULATORIO, por ejemplo:

[ ] SI Infarto del miocardio, enfermedad coronaria, angina de pecho, hipertensión arterial, solplos, arritmias, accidente cerebrovasculares, várices o cualquier enfermedad del corazón, arterias, venas o sistema circulatorio.

[X] NO

Si su respuesta es afirmativa, por favor especifique cuales: _____

_____

5. ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO, por ejemplo:

[ ] SI
[x] NO

Úlceras, tumores del estómago o del intestino, hemorragias digestivas, hemorroides, colitis, pancreatitis, cálculos biliares, cirrosis o cualquier otra enfermedad de los componentes del sistema digestivo como: esófago, estómago, intestino, recto, ano, hígado, esícula viliar, páncreas.

Si su respuesta es afirmativa, por favor especifique cuales: _____

_____

6. ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS Y DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR, por ejemplo:

[ ] SI
[x] NO

Lumbago, lumbociática, gota, artritis, artrosis, reumatismo, fracturas, hernia del núcleo pulposo, síndrome del túnel carpiano, enfermedades inmunitarias o autoinmunes como lupus o cualquier otra enfermedad de los componentes del sistema osteomuscular como columna, huesos, músculos y articulaciones.

Si su respuesta es afirmativa, por favor especifique cuales: _____

_____

7. ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABÓLICAS, por ejemplo:

[ ] SI
[x] NO

Hipotiroidismo e hipertiroidismo, bocio, dislipidemia, obesidad, bulimia, anorexia, diabetes, resistencia insulínica, enfermedad de Addison, tumor de la hipófisis o tiroides o cualquier otra enfermedad de las glándulas endocrinas, enfermedades nutircionales o metabólicas.

Si su respuesta es afirmativa, por favor especifique cuales: _____

_____

8. MALFORMACIONES Y/O ENFERMEDADES CONGÉNITAS, por ejemplo:

[ ] SI
[x] NO

Labio leporino, pie bot (pie zambo o pie equino varo), displasia de cadera, cardiopatias congénitas, sindrome de Down o cualquier otra anormalidad, defecto físico o patología congénita.

Si su respuesta es afirmativa, por favor especifique cuales: _____

_____

9. ENFERMEDADES GINECOLÓGICAS Y DE LAS MAMAS, por ejemplo: (SÓLO PARA MUJERES)

[ ] SI
[x] NO

Tumores, quistes, cáncer, miomas, endometriosis, endometritis o cualquier enfermedad de éste sistema como enfermedades del útero, de la mama y ovarios.

Si su respuesta es afirmativa, por favor especifique cuales: _____

_____

10. ENFERMEDADES RENALES O DEL SISTEMA GENITOURINARIO, por ejemplo:

[ ] SI
[x] NO

Nefritis, cistitis, cálculo de riñón, hiperplasia, adenoma o cáncer de próstata, varicocele, tumores renales, vesiculares o testiculares o cualquier otra enfermedad de los componentes de éste sistema como riñón, uréter, vejiga, uretra, próstata y genitales.

Si su respuesta es afirmativa, por favor especifique cuales: _____

_____

11. TUMORES Y/O ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS por ejemplo:

[ ] SI
[x] NO

Cáncer, quistes, tumores, nódulos, pólios de cualquier locación.

Si su respuesta es afirmativa, por favor especifique cuales: _____

_____

12. ENFERMEDADES DEL OÍDO, NARÍZ Y/O GARGANTA por ejemplo:

[ ] SI
[x] NO

Otitis, sordera, adenoides, pólipos nasales, desviación del tabique nasal o cualquier otra enfermedad de los oídos, nariz o garganta.

Si su respuesta es afirmativa, por favor especifique cuales: _____

_____

13. ENFERMEDADES OCULARES por ejemplo:

[x] SI
NO

Miopía, astigmatismo, hipermetropía, estrabismo, presbicia, cataratas, glaucoma, retinopatías o cualquier otra enfermedad de los ojos.

Si su respuesta es afirmativa, por favor especifique cuales: _____Miopía, astigmatismo

_____

14. ENFERMEDADES INFECCIOSAS PARASITARIAS por ejemplo:

[x] SI
[ ] NO

Rubéola, citomegalovirus, toxoplasmosis, tuberculosis, enfermedad de Chagas, Hepatittis, Varicela, Dengue, Chikungunya o cualquier otra enfermedad infecciosa.

Si su respuesta es afirmativa, por favor especifique cuales: _____

_____

15. TRAUMATISMOS, ACCIDENTES Y QUEMADURAS por ejemplo:

[ ] SI
[x] NO

Indique cualquer accidente con o sin secuelas, detallando si es de origen laboral o no, deformidad adquirida, Traumatismo Craneo Encefálico, fracturas, etc.

Si su respuesta es afirmativa, por favor especifique cuales: _____

_____

16. ESQUEMAS DE VACUNACIÓN

[ ] SI
[x] NO

Indique si a usted cuenta con el esquema básico de vacunación durante su niñez y adultez.

Marque con un X cuál de las siguientes vacunas se ha aplicado:

Influenza [x] VPH (Virus de Papiloma Humano) [x] ebre Amarilla [ ]

_____

17. CIRUGÍAS Y/O HOSPITALIZACIONES ANTERIORES

[ ] SI
[x] NO

Indique si usted ha tenido cirugías, hospitalizaciones; cual fue el diagnóstico y cuantos días le fueron otorgados:

Si su respuesta es afirmativa, por favor especifique cuales: _____

_____

18. INCAPACIDADES MÉDICAS ANTERIORES

[ ] SI
[x] NO

Indique si usted ha tenido incapacidades médicas en los últimos 12 meses; cual fue el diagnóstico y cuantos días le fueron otorgados:

Si su respuesta es afirmativa, por favor especifique cuales: _____

_____

19. PRÓTESIS U ÓRTESIS

[x] SI
[ ] NO

Señale si usted utiliza algún tipo de rótesis u órtesis tales como: audífonos, lentes ópticos, marcapasos, bastones ortpédicos o muletas, silla de ruedas

Si su respuesta es afirmativa, por favor especifique cuales: _____lentes ópticos_____

20. OTRAS ENFERMEDADES

[ ] SI
[x] NO

Escriba si usted padece o ha padecido alguna enfermedad o condicion de salud, lesión o cualquier condiciones médica y/o enfermedad crónica que no esté identificada anteriormente y que se le haya diagnósticado médicamente

Si su respuesta es afirmativa, por favor especifique cuales: _____

21. TOMA ALGÚN MEDICAMENTO ACTUALMENTE

[ ] SI
[x] NO

Si su respuesta es afirmativa, por favor especifique cuales_____

CUÁL ES LA DOSIFICACIÓN DIARIA?

22. ¿TIENE CONOCIMIENTO DE PADECER ALGUNA ALERGIA A ALGÚN ALIMENTO O MEDICAMENTO, POLVO, ETC?

[ ] SI
[x] NO

Si su respuesta es afirmativa, por favor especifique cuales_____

23. ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

FUMA
SI [ ]
NO [x]

Si su respuesta es afirmativa, por favor indique el promedio diario de consumo de cigarrillos

_____

CONSUME BEBIDAS ALCOHÓLICAS:
SI [ ]
NO [ ]

Si su respuesta es afirmativa, por favor indique con que frecuencia consume bebidas alcoholicas

Semanal [ ] Quincenal [ ]
Mensual [ ] Ocasional [x]

PRACTICA ALGÚN DEPORTE:
SI [x]
NO [ ]

Cual? _____ATLETISMO Y CICLISMO_____

¿Con que frecuencia lo práctica?

Diario [ ] Mensual [ ]
Semanal [x] Ocasional [ ]
Quincenal [ ]

24. PRESENTA UD. ALGUNA DISCAPACIDAD

[ ] SI
[x] NO

Si su respuesta es afirmativa, por favor especifique cual_____

25. SU DISCAPACIDAD ESTA CERTFICADA POR SU EPS?

[ ] SI
[ ] NO

Si su respuesta es afirmativa, por favor especifique cual_____

25. SÓLO MUJERES.

SE ENCUENTRA EN ESTADO DE EMABARZO EN LA ACTUALIDAD?
SI [ ]
NO [x]

SE ENCUENTRA LACTANDO EN LA ACTUALIDAD?
SI
NO

26. SUFRIÓ UD. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES ALGÚN ACCIDENTE DE TRABAJO?

SI [ ]
NO [x]

27.SE ENCUENTRA UD ACTUALMENTE EN PROCESO DE CALIFICACIÓN DE ORIGEN DE ALGUNA ENFERMEDAD LABORAL ?

SI [ ]
NO [x]

Entiendo y acepto el registro y uso de mis datos personales, como se estipula en el aviso de privacidad

OBSERVACIONES:

1. La información aquí registrada permitirá brindar una atención oportuna en caso de presentarse algún evento inesperado; por tanto, se solicita al funcionario/contratista registrar la información veraz de los datos aquí solicitados.
2. El manejo de esta información es confidencial y será de uso exclusivo de la Secretaría General y de Gobierno de la Alcaldía Municipal de Tausa.
3. Según lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, se autoriza el uso de la información personal aqui consignada para los fines consagrados en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.
4. Con el diligenciamiento del presente formato la Alcaldía Municipal de Tausa, da cumplimiento al Decreto 1072 del 26 de Mayo de 2015, "por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo" Capitulo 6 Art. 2.2.4.6.10, numeral 2 Responsabilidades de los trabajadores.

FIRMAS

Declarante:

Maria Elcy Santos

Firma y numero de documento 1.076.656. 525 DE UBATE

*Dato Sensible: Decreto 762 de 2018 Política pública LGBTI; que busca respetar, promover, garantizar y restituir los derechos de los sectores sociales LGTBI y mediante su cumplimiento la entidad busca establecer lineamientos para el cumplimiento de la normatividad emitida respecto a la caracterización de la población en la entidad.
NO OBLIGATORIO SU DILIGENCIAMIENTO .

LABORATORIO CLÍNICO

Yudy Carolina Sotelo Penagos

BACTERIOLOGA

Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca

Nit. 35423979 - 8

Reg. Secretaría de Salud de C/marca . 25-5500

SEDE: Principal

Paciente: MARÍA ELCY SANTOS FONSECA **Recepción:** 42604 **Sala:** N/A
Edad: 33 A **Sexo:** F **Identificación:** 1076656525 **Fecha rcp:** 12/02/2025 7:09:36 a. m.
Teléfonos: 3102106800 **Médico :** No Asignado
Empresa: Particular

	Resultado	Valores de referencia
Microbiologia		
1 **GARGANTA FROTIS MICROSCOPICO**		
COLORACION DE GRAM		
Reacción Leucocitaria	Ausente	
Bacilos Gram Negativos	(++)	
Bacilos Gram Positivos	(+)	
Celulas epiteliales	1-2	
2 **K.O.H. Estudio Directo para Hongos**		
Blastoconidias de Hongos	No se observan	
Pseudomicelios de Hongos	No se observan	
Parasitologia		
3 **Estudio MACROSCOPICO**		
Color	Cafe	
Consistencia	Dura	
P.h.	7,0	1 a 14
Olor	S. G.	
Estudio MICROSCOPICO		
Levaduras en gemación	No Se Observan	
Grasas neutras	Escasas	
Residuos vegetales	(+)	
Almidones	(++)	
Fibras musculares	(++)	
EXAMEN PARASITOLOGICO		
Protozoos y/o Helmintos	No se observan	

Dra. Yudy Carolina Sotelo Penagos
Reg. No. 26-5500 Zipaquirá
Bacterióloga U.C.M.C

DOCUMENTO ORIGINAL - CUALQUIER COPIA O ENMENDADURA PIERDE VALIDEZ

Zipaquirá – Algarra I Cra. 10 A N°5-60 Cel.: 311 4463846

Cogua – Centro Calle 4 N°2-06 Cel.: 316 5765141

yudycarolinas@yahoo.com

CONSULTORIO MEDICO GUTIERREZ
CALLE 2 N°9 – 12 CENTRO
+57 310 814 62 86
ZIPAQUIRA (CUND)

CERTIFICADO MEDICO

FECHA DE EXPEDICION: 12/02/2025

PACIENTE María Elcy Santos Fonseca DI CC-1076656525

MEDICO LESLIE MILENA GUTIERREZ S. RM 1075656494

Rx EL PACIENTE EN MENCION NO PRESENTA EN LA ACTUALIDAD ENFERMED1075686895
AD
INFECTO CONTAGIOSA QUE LE IMPIDA VIVIR EN COMUNIDAD. ES APTO PARA MANIPULAR ALIMENTOS.

MEDICO: LESLIE MILENA GUTIERREZ SOLORZANO
RM 1075656494
FIRMADO ELECTRONICAMENTE LEY 527 DE 1999 ART 2

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

Instituto Politécnico Latinoamericano Rotherdam

En el municipio de Zipaquirá, a los Veintiun (21) días del mes Diciembre del año dos mil diecinueve (2019) se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de último grado de validación de bachillerato. Los suscritos Rector y Secretaria en el salón de la Rectoría del Instituto Politécnico Latinoamericano Rotherdam, institución Aprobada Hasta Nueva Orden, en el nivel de Educación Media Vocacional para otorgar el título de BACHILLER ACADÉMICO, Según Resolución Nº. 0438 de Mayo 31 de 2019, por la Secretaria de Educación en sistema Virtual.

Comprobada la situación legal y Académica de cada uno de los estudiantes que Cursaron y Aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió o otorgar el título de:

BACHILLER ACADÉMICO

Al graduando cuyos apellidos, nombres y documento de identificación se relacionan a continuación:

MARIA ELCY SANTOS FONSECA

C.C. No. 1.076.656.525 UBATÉ CUNDINAMARCA

Fiel Copia tomada del Acta original general Nº. 001 de Junio (27) del 2019, que consta de VEINTI SEIS (26) estudiantes graduados que comienza con el nombre de **ACOSTA BELTRAN GUSTAVO ADOLFO** y cierra con el nombre de **VANEGAS ROCHA ANDREA LILIANA**, firmado y sellado por Ing. John William Tinjacá Espinosa (Rector) y Lic. Diana Carolina Munza Isaza (Secretaria).

Rector

Secretaria

Dado en Zipaquirá, a los veintiun (21) días del mes de Diciembre de dos mil diecinueve. (2019).

LA SUSCRITA SECRETARIA GENERAL Y DE GOBIERNO DEL MUNICIPIO DE TAUSA CUNDINAMARCA

CERTIFICA:

Que la señora **MARIA ELCY SANTOS FONSECA,** identificada con C.C. Número **1.076.656.525** Expedida en Ubate, ejecuto en la Alcaldía Municipal de Tausa Cundinamarca, el siguiente Contrato:

Contrato No. 058 de 2024 cuyo objeto es: **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA EJECUTAR ACCIONES EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA (HOGAR COMUNITARIO DE BIENESTAR "CORAZONES FELICES") VEREDA PAJARITO DESARROLLANDO EL ICBF EN EL MUNICIPIO DE TAUSA CUNDINAMARCA"."** Suscrito el día Veinte (20) de Febrero de 2024, con un plazo de ejecución de Cinco (05) meses, con fecha de terminación del Diecinueve (19) de Julio de 2024.

La presente se expide en Tausa a los Diez (10) días del mes de Febrero de 2025.

JUAN PABLO SARMIENTO RODRIGUEZ
Secretario General y de Gobierno

SERVIDOR PÚBLICO	ELABORADO	REVISADO	APROBADO
Nombres	Clara Martínez	Juan Pablo Sarmiento Rodríguez	Juan Pablo Sarmiento Rodríguez
Empleo	Secretaria	Secretario de Gobierno	Secretaria de Gobierno
Fecha	10 de Febrero de 2025	10 de Febrero de 2025	10 de Febrero de 2025
Firma			

LA SUSCRITA SECRETARIA GENERAL Y DE GOBIERNO DEL MUNICIPIO DE TAUSA CUNDINAMARCA

CERTIFICA:

Que la señora **MARIA ELCY SANTOS FONSECA,** identificada con C.C. Número **1.076.656.525** Expedida en Ubate, ejecuto en la Alcaldía Municipal de Tausa Cundinamarca, el siguiente Contrato:

Contrato No. 128 de 2024 cuyo objeto es: **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA EJECUTAR ACCIONES EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA (HOGAR COMUNITARIO DE BIENESTAR "CORAZONES FELICES") VEREDA PAJARITO DESARROLLANDO EL ICBF EN EL MUNICIPIO DE TAUSA CUNDINAMARCA"."** Suscrito el día Quince (15) de Agosto de 2024, con un plazo de ejecución de Cuatro (04) meses, con fecha de terminación del Catorce (14) de Diciembre de 2024.

La presente se expide en Tausa a los Diez (10) días del mes de Febrero de 2025.

JUAN PABLO SARMIENTO RODRIGUEZ
Secretario General y de Gobierno

SERVIDOR PÚBLICO	ELABORADO	REVISADO	APROBADO
Nombres	Clara Martínez	Juan Pablo Sarmiento Rodríguez	Juan Pablo Sarmiento Rodríguez
Empleo	Secretaria	Secretario de Gobierno	Secretaria de Gobierno
Fecha	10 de Febrero de 2025	10 de Febrero de 2025	10 de Febrero de 2025
Firma			

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Santos	Fonseca	Maria Elcy

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1076656525	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 22 MES 09 AÑO 1991

PAÍS COLOMBIA

DEPTO BOYACÁ

MUNICIPIO CHITA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

VEREDA PAJARITO

PAÍS COLOMBIA DEPTO CUNDINAMARCA

MUNICIPIO TAUSA

TELÉFONO EMAIL elcysantos21@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 2019

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).

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)

4 IDIOMAS

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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: ALCALDIA DE TAUSA			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA						
DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA	MUNICIPIO: TAUSA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:					
TELÉFONOS: 8583051	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO					
	Día: 15	Mes: 08	Año: 2024			Día: 14	Mes: 12	Año: 2024			
CARGO O CONTRATO ACTUAL: PRESTACION DE SERVICIOS DE APO	DEPENDENCIA: SECRETARIA DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL					DIRECCIÓN: CARRERA 3 3 24					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD: ALCALDIA DE TAUSA			PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: COLOMBIA						
DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA	MUNICIPIO: TAUSA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:					
TELÉFONOS: 8583051	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO					
	Día: 20	Mes: 02	Año: 2024			Día: 19	Mes: 07	Año: 2024			
CARGO O CONTRATO ACTUAL: PRESTACION DE SERVCIOS DE APOY	DEPENDENCIA: SECRETARIA DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL					DIRECCIÓN: CARRERA 3 3 24					

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA			PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS						
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO					CORREO ELECTRÓNICO					
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO					
	Día:	Mes:	Año:			Día:	Mes:	Año:			
AREA DE CONOCIMIENTO	NIVEL EDUCATIVO					DIRECCIÓN					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

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

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO __ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E 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 tausa Febrero 9095

Maria Elcy Santos

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

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	2025-02-07 12:29

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
MARIA	ELCY	SANTOS	FONSECA

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1076656525

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	BOYACÁ	Municipio	CHITA

Lugar de domicilio					
País	COLOMBIA	Departamento	CUNDINAMARCA	Municipio	TAUSA

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	ALCALDIA DE TAUSA

Lugar de sede					
País	COLOMBIA	Departamento	CUNDINAMARCA	Municipio	TAUSA
Dirección	["Carrera 3 No. 3-24"]				
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 2024 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$15.300.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$15.300.000,00

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

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 [X] No [ ]

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
JOHN	ALBEIRO	FORERO	VANEGAS

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 1077294581

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:

CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

El suscrito declara que:

Conozco las causales de inhabilidad e incompatibilidad para contratar con las Entidades Estatales de conformidad con los artículos 8o. y siguientes de la Ley 80 de 1993 y sus decretos reglamentarios, de las sanciones establecidas por transgresión a las mismas en los artículos 26 núm. 7o. y 52 de la citada ley, así como los efectos legales consagrados en el Art. 44 núm. 1o. de la misma norma y, declaro bajo la gravedad del juramento que se entiende prestado con la firma del presente documento, que no me encuentro incurso en ninguna de ellas, ni tampoco la sociedad que represento.

Dado en Tausa a los cinco (05) días del mes de febrero de 2025.

Firma: Maria Elcy Santos
NOMBRE: Maria Elcy Santos Fonseca
C.C. No 10766560.985.954 de Tausa.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario 14978525524

(415)7707212489984(8020) 000001497852552 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 7 6 6 5 6 5 2 5	8	Impuestos de Bogotá 3 2	

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 7 6 6 5 6 5 2 5	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Cundinamarca 2 5	Villa de San Diego de Ubate 8 4 3

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
SANTOS	FONSECA	MARIA	ELCY

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Tausa 7 9 3

41. Dirección principal: VDA PAJARITO

42. Correo electrónico: elcysantos21@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 2 9 9	2 0 2 4 0 2 0 5						

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 [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 1

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 ARBOLEDA CASTRO PAULA ITZAYANA

985. Cargo Analista I

Fecha generación documento PDF: 05-02-2025 03:32:52PM

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DAVIVIENDA

BANCO DAVIVIENDA S.A.

CERTIFICA:

Que MARIA ELCY SANTOS FONS, quien se identifica con cédula de ciudadanía No 1076656525, posee en el Banco Davivienda el producto DaviPlata número 3102106800.

A solicitud del interesado, se expide en Bogotá D.C., a los 10 días de Febrero del año 2025.

Atentamente,

BANCO DAVIVIENDA S.A.

TICKET: 22184704

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Banco Davivienda S.A.

Dra. Liliam Andrea Cañon Bonza
Calle 2 # 2-33 Tausa Centro
consultoriodraandreacanon@gmail.com
Tel. 3125741032

CONCÉPTO MÉDICO OCUPACIONAL

4	FEBRERO	2025	TAUSA	TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
DIA	MES	AÑO	CIUDAD	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR

DATOS DE LA EMPRESA DÓNDE LABORA O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

ALCALDIA DE TAUSA	
Nombre de la empresa	Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR O ASPIRANTE

SANTOS FONSECA MARÍA ELCY	Género	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	33 AÑOS	C.C.	1076656525
Apellidos y Nombres			Tipo	Numero

CARGO / OCUPACIÓN

SERVICIOS GENERALES

CONCÉPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SATISFACTORIO PARA DESEMPEÑAR LAS FUNCIONES PROPIAS DEL CARGO

OBSERVACIONES:

CONCÉPTO	OTROS CONCÉPTOS
N/A	N/A

EL CONCÉPTO DE APTITUD SE DEFINIÓ A PARTIR DE LOS SIGUIENTES EXÁMENES PRACTICADOS:

N/A	OPTOMETRIA	X	EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR
N/A	ESPIROMETRÍA	N/A	LABORATORIOS
N/A	AUDIOMETRÍA	N/A	OTROS:

RECOMENDACIONES MÉDICAS: HABITOS DE HIGIENE POSTURAL , AUDITIVO Y VISUAL

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES: USO DE EPP - PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL - CAPACITACIÓN-

HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE: HÁBITOS SALUDABLES - HACER DEPORTE - NO FUMAR - DIETA BALANCEADA

OTRAS RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES:

RECOMENDACIONES PREVENTIVAS PARA LA EMPRESA

CAPACITAR EN EL CARGO /ACTIVIDAD A REALIZAR - HIGIENE POSTURAL Y ERGONÓMICA CON ADECUADOS ÁNGULOS DE CONFORT PARA MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES - IMPLEMENTAR EN EL PUESTO DE TRABAJO EL PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS - CON EL FIN DISMINUIR EL ESTRES, FATIGA Y EL CANSANCIO ORIGINADO POR LOS MOVIMIENTOS REPETITIVOS Y POSICIONES PROLONGADAS - SE SUGIERE SI SU LABOR LO PERMITE - ALTERNAR CAMBIO DE POSICION CADA 40 MINUTOS DE PIEA SENTADO Y VICEVERSA PARA AYUDAR A MEJORAR RETORNO VENOSO - PAUSAS ACTIVAS SEGÚN CRONOGRAMA DE EMPRESA - INCENTIVAR HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES - SE DAN RECOMENDACIONES DE MANEJO DE ESTRÉS - USO DE EPPS SEGÚN ACTIVIDAD Y RIESGO EN EXPOSICIÓN - EVITAR EL USO DE AUDÍFONOS EN JORNADA EXTRALABORAL/ PAUSAS AUDITIVAS - EVITAR INTRODUCIR OBJETOS EN LOS OÍDOS COMO COPITOS Y/O APLICAR SUSTANCIAS - ADECUADA HIDRATACIÓN ORAL CON AGUA CONSTANTEMENTE - EVITAR CONSUMIR EN EXCESO ALIMENTOS MENTOLADOS - CAFEINADOS Y/O PICANTES - REALIZAR EJERCICIO CARDIO RESPIRATORIO - SE DAN RECOMENDACIONES PREVENTIVAS PARA ENFERMEDAD VARICOSA - SE REALIZA EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR - SE SUGIERE USO DE GAFAS CUANDO SEA REQUERIDO: LEER, PANTALLAS, VISIÓN LEJANA, VISIÓN CERCANA, ETC.

RECOMENDACIONES PREVENTIVAS PARA EL TRABAJADOR

ESTIRAMIENTOS DE MANOS Y ESPALDA A NECESIDAD - BUENAS POSTURAS: ERGONOMÍA E HIGIENE POSTURAL - EJERCICIO FÍSICO 40 MIN DIARIOS (TROTAR CAMINAR NATACIÓN YOGA ETC) - DIETA BALANCEADA RICA EN FIBRA PROTEÍNA VEGETALES Y FRUTAS - PRACTICAR HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES CONTINUAR NORMAS DE BIOSEGURIDAD , USO DE TAPABOCAS DE MANERA CORRECTA, VACUNACIÓN, LAVADO DE MANOS, USO ADECUADO DE EPP SEGÚN EL CARGO Y ACTIVIDAD, USO DE EPPS SEGÚN ACTIVIDAD Y CARGO- ALTERNAR POSTURAS DE PIE Y SENTADO, CONTROL EN EPS CON OPTOMETRÍA ANUALMENTE Y MEDICINA OCUPACIONAL

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y ver ídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislaci ón, 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

Dra. Liliam Andrea Cañon Bonza
Médico General
RM 1032380829
Especialista SST LIC. 14335/2017

Firma

Nombre LILIAM ANDREA CAÑON BONZA

Registro Médico 1032380829

L.S.O. 14335/2017

PACIENTE

Firma María Elcy Santos

Santos Fonseca Maria Elcy

C.C 1076656525