NO 001 DE 2025

P-08

BIENES O SERVICIOS

CONVENIO DE ASOCIACIÓN

NO 001 DE 2025

P-08-01

AUXILIAR ADMINISTRATIVO

CONVENIO DE ASOCIACIÓN



DESCRIPCIÓN: COMPROBANTE DE EGRESO

FUNDACION EMPRESARIAL, CU LTURAL, AMBIENTAL Y DEPOR TIVA

NIT: 901340932
Correo: fundecad20@hotmail.com
Teléfono: 3163724420
CR 7 8 52 BRR LA ESTRELLA

Tipo Comprobante	Egreso
Número	132
Fecha de Causación	31/05/2025
Fecha de Generación	31/05/2025
Periodo contable	Mayo 2025

#	CUENTA CONTABLE	DETALLE	TERCERO	DEBITO	CREDITO
1	61709516 - Adulto mayor Valparaíso	POR PAGO DE HONORARIOS COMO AUX ADMINISTRATIVO CENTRO DE BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR MAYO 2025.	MAYRA CRUZ - 1117485898	$2,407,057.00	
2	110505 - Caja general	POR PAGO DE HONORARIOS COMO AUX ADMINISTRATIVO CENTRO DE BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR MAYO 2025.	MAYRA CRUZ - 1117485898		$2,407,057.00
			TOTALES	$2,407,057.00	$2,407,057.00

FUNDACION EMPRESARIAL, CULTURAL, AMBIENTAL Y DEPORTIVA NIT 901340932
Actividad Económica Principal 9499
No somos Gran Contribuyente
No somos Agente Retenedor del Impuesto sobre las Ventas - IVA
No somos Autorretenedor del Impuesto sobre la Renta y Complementarios

Documento soporte en adquisiciones efectuadas a no obligados a facturar DCFU - 127

Representación Gráfica
Autorización Numeración de Documento Soporte Electrónica
No. 18764087364475 de 18/01/2025 - 18/01/2027 autoriza DCFU-1 a DCFU-10000

Tipo de Operación	Estandar
Fecha de Generación	31/05/2025 14:18
Fecha de Vencimiento	31/05/2025 14:18
Forma de Pago	Contado
Moneda	COP

DATOS DEL EMISOR

Razón Social	FUNDACION EMPRESARIAL, CULTURAL, AMBIENTAL Y DEPORTIVA
NIT	901340932
Obligación	NO APLICA
Email	fundecad20@hotmail.com
Teléfono	3163724420
Dirección	CR 7 8 52 BRR LA ESTRELLA
Ciudad, Depart.	FLORENCIA, CAQUETA (CO)

DATOS DEL PROVEEDOR

Razón Social	MAYRA DAYANNA CRUZ MATEUS
NIT	1117485898
Obligación	NO APLICA
Email	
Teléfono	
Dirección	
Ciudad, Depart.	

No	REF	DESCRIPCIÓN	CANT	U/M	PRECIO	IMP	SUBTOTAL	TOTAL ITEM
1	1.	POR PAGO DE HONORARIOS COMO AUX ADMINISTRATIVO CENTRO DE BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR MAYO 2025.	1	EA	$2,407,057.00		$2,407,057.00	$2,407,057.00

1

Subtotal	$2,407,057.00
TOTAL	$2,407,057.00

Unidades de medida: EA = cada

FIRMA EMISOR

Mayra Dayanna Cruz Mateus

FIRMA PROVEEDOR

CUDS: bfdf0803fdbd7260889319c30a56f94629f286ff7885d3ec8169c1945381654c40d26e95e6c1dd56bf527c320d70d144

CUENTA DE COBRO N° 02

FUNDACIÓN EMPRESARIAL CULTURAL AMBIENTAL Y DEPORTIVA - FUNDECAD
NIT: 901.340.932-6

Fecha: 31/05/2025

DEBE A:

MAYRA DAYANNA CRUZ MATEUS

C.C. 1.117.485.898 DE FLORENCIA

LA SUMA DE: DOS MILLONES CUATROCIENTOS SIETE MIL CINCUENTA Y SIETE PESOS ($2.407.057,00) M/CTE

POR PAGO DE HONORARIOS COMO AUX ADMINISTRATIVO CENTRO DE BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR MAYO 2025.

Mayra Dayanna Cruz Mateus

MAYRA DAYANNA CRUZ MATEUS
C.C: 1.117.485.898

MAYRA DAYANNA CRUZ MATEUS
CC: 1.117.485.898

INFORME DE ACTIVIDADES DEL MES DE MAYO

2025

1. Proyección de documentación administrativos.
2. Escaneo de documentación de la empresa.
3. Seguimiento de los proyectos y contratos en ejecución
4. Logística para el desarrollo de las actividades de la empresa administrativas
5. Acompañamiento a los procesos administrativos

Cordialmente

Mayra Dayanna Cruz Mateus

MAYRA DAYANNA CRUZ MATEUS
CC: 1.117.485.898

Florencia, 31 de mayo de 2025

Señores
FUNDACIÓN EMPRESARIAL CULTURAL AMBIENTAL Y DEPORTIVA - FUNDECAD

Asunto: **CERTIFICACIÓN PARA EFECTOS DE RETENCIÓN EN LA FUENTE LEY 1819 DE 2016.**

CERTIFICACIÓN BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

MAYRA DAYANNA CRUZ MATEUS, identificado con cédula de ciudadanía número **1.117.485.898** de Florencia, con el fin de dar cumplimiento a las disposiciones en la Ley 1819 de 2016 y del parágrafo 2 del artículo 383 del Estatuto Tributario, manifiesto bajo la gravedad de juramento que:

Para efectos de la aplicación de la tabla de retención en la fuente establecida en el Articulo 383 del Estatuto Tributario, la cual se le aplica a los pagos o abonos en cuenta por conceptos de ingresos por honorarios y por compensación por servicios personales, **NO** X **SI** ___ he contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a mi actividad económica y tengo hijos menores de edad a mi cargo

De la misma manera, en el momento que contrate o vincule más de un trabajador asociado a mi actividad económica, me comprometo a informarlo oportunamente.

Cordialmente,

Mayra Dayanna Cruz Mateus
MAYRA DAYANNA CRUZ MATEUS
CC:1.117.485.898 de Florencia



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.117.485.898
CRUZ MATEUS

APELLIDOS
MAYRA DAYANNA

NOMBRES

Mayra dayanna Cruz Mateus

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 28-MAR-2003
FLORENCIA
(CAQUETA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

30-JUL-2021 FLORENCIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-4400100-01269666-F-1117485898-20211129 0076960145A 1 8502538068

NO 001 DE 2025

P-08-02

AUXILIAR CONTABLE

CONVENIO DE ASOCIACIÓN



DESCRIPCIÓN: COMPROBANTE DE EGRESO

FUNDACION EMPRESARIAL, CULTURAL, AMBIENTAL Y DEPORTIVA

NIT: 901340932
Correo: fundecad20@hotmail.com
Teléfono: 3163724420
CR 7 8 52 BRR LA ESTRELLA

Tipo Comprobante	Egreso
Número	133
Fecha de Causación	31/05/2025
Fecha de Generación	31/05/2025
Periodo contable	Mayo 2025

#	CUENTA CONTABLE	DETALLE	TERCERO	DEBITO	CREDITO
1	61709516 - Adulto mayor Valparaíso	Pago de honorarios como auxiliar contable en el mes de Mayo del 2025	PAULO SERNA - 17658539	$2,407,057.00	
2	110505 - Caja general	Pago de honorarios como auxiliar contable en el mes de Mayo del 2025	PAULO SERNA - 17658539		$2,407,057.00
			TOTALES	$2,407,057.00	$2,407,057.00

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
c3c68c4480a99554768ea2cf4511070eaccc7782ee24eecaef6673c5f9322708769c49e3a02039591c16e3d457c817d5

Número de Factura: FE-247
Fecha de Emisión: 28/05/2025
Fecha de Vencimiento: 28/05/2025
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Contado
Medio de Pago: Transferencia Crédito Bancario
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: LEMOS SERNA PAULO ANDRES
Nombre Comercial: LEMOS SERNA PAULO ANDRES
Nit del Emisor: 17658539
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen Fiscal:R-99-PN
Responsabilidad tributaria: 01 - IVA
Actividad Económica: 7020

País: Colombia
Departamento: Caquetá
Municipio / Ciudad: Florencia
Dirección: CL 25 3 42
Teléfono / Móvil: 3107886933
Correo: pololemos@yahoo.es

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: FUNDACION EMPRESARIAL CULTURAL AMBIENTAL Y DEPORTIVA - FUNDECAD
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 901340932
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: Calle 000
Teléfono / Móvil: 0000000
Correo: fundecad20@yahoo.com

Detalles de Productos

								IMPUESTOS				Precio unitario de venta
Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IVA	%	INC	%	
1	84111501	Servicio de contabilidad de costos	NIU	1,00	$ 2.022.736,97	$ 0,00	$ 0,00	$ 384.320,03	19.00			$ 2.022.736,97

Notas Finales

Linea de negocio:

Datos Totales

Documento generado el:
28/05/2025 09:53:30
Documento validado por la DIAN:
28/05/2025 09:53:30
XML Generado por: Solución Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

Subtotal		2022736.97
Descuento detalle		0,00
Recargo detalle		0,00
Total Bruto Factura		2022736.97
IVA		384320.03
INC		0,00
Bolsas		0,00
Otros impuestos		0
Total impuesto (=)		384320.03
Total neto factura (=)		2407057
Descuento Global (-)		0,00
Recargo Global (+)		0,00
Total factura (=)	**COP $**	$ 2407057

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal		2.022.736,97
Descuento detalle		0,00
Recargo detalle		0,00
Total Bruto Factura		2.022.736,97
IVA		384.320,03
INC		0,00
Bolsas		0,00
Otros impuestos		0,00
Total impuesto (=)		384.320,03
Total neto factura (=)		2.407.057,00
Descuento Global (-)		0,00
Recargo Global (+)		0,00
Total factura (=)	**COP $**	$ 2.407.057,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764085563467 Rango desde: 201 Rango hasta: 500 Vigencia: 2026-12-17

PAULO ANDRES LEMOS SERNA
CC: 17.658.539

INFORME DE ACTIVIDADES DEL MES DE MAYO 2025

1. Realizar registros contables de 01 a 31 de mayo del 2025.
2. Proyección de la nómina de los trabajadores, para ser revisada por el contador.
3. Realizar conciliación bancaria.
4. Actualizar las cuentas por cobrar y emitir facturas requeridas.
5. Actualizar las cuentas por pagar y realizar conciliaciones.
6. Proyección seguridad social en el operador Mi Planilla

Cordialmente

Florencia, Caquetá 31 de mayo de 2025



PAULO ANDRES LEMOS SERNA
CC: 17.658.539

PAULO ANDRES LEMOS SERNA
Especialista en Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo
Resolución 00126
Contador Público T.P No. 206369-T
Abogado T.P No.303938

Florencia, 31 de mayo de 2025

Señores
FUNDACIÓN EMPRESARIAL CULTURAL AMBIENTAL Y DEPORTIVA - FUNDECAD

Asunto: **CERTIFICACIÓN PARA EFECTOS DE RETENCIÓN EN LA FUENTE LEY 1819 DE 2016.**

CERTIFICACIÓN BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

PAULO ANDRES LEMOS SERNA, identificado con cédula de ciudadanía número **17.658.539** de Florencia, con el fin de dar cumplimiento a las disposiciones en la Ley 1819 de 2016 y del parágrafo 2 del artículo 383 del Estatuto Tributario, manifiesto bajo la gravedad de juramento que:

Para efectos de la aplicación de la tabla de retención en la fuente establecida en el Articulo 383 del Estatuto Tributario, la cual se le aplica a los pagos o abonos en cuenta por conceptos de ingresos por honorarios y por compensación por servicios personales, **NO** X **SI** __ he contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a mi actividad económica y tengo hijos menores de edad a mi cargo

De la misma manera, en el momento que contrate o vincule más de un trabajador asociado a mi actividad económica, me comprometo a informarlo oportunamente.

Cordialmente,



PAULO ANDRES LEMOS SERNA
C.C. 17.658.539 de Florencia

Calle 25 No. 2 – 43 Esquina, Barrio la Libertad - Celular 3107886933
Email: pololemos@yahoo.es
Florencia - Caquetá

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 17658539		LEMOS SERNA PAULO ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 25 No 2 - 43 ESQ	FLORENCIA-CAQUETA	4375459	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-05	2025-05	1511637279	9486787649	I	2025/06/11	2025/05/28	NEQUI	0	$464,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	17658539	LEMOS PAULO	230301	30	$1,600,000	$256,000	EPS005	30	$1,600,000	$200,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,600,000	$8,400	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,600,000	$256,000			$1,600,000	$200,000			$0	$0			$1,600,000	$8,400		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$256,000	$0	$0	$256,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$256,000	$0	$0	$256,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$8,400	$0	$0	$8,400
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$8,400	$0	$0	$8,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$200,000	$0	$0	$200,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$200,000	$0	$0	$200,000
TOTAL				1	$464,400	$0	$0	$464,400

2025/05/28 10:19 AM

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **17.658.539**

LEMOS SERNA

APELLIDOS

PAULO ANDRES

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **26-MAY-1978**

FLORENCIA
(CAQUETA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.75
ESTATURA

A+
G.S. RH

M
SEXO

07-FEB-1997 FLORENCIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-4400100-00326981-M-0017658539-20110825 **00278**40518A 1 8091478586

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141142396248

(415)7707212489984(8020) 000014114239624 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 7 6 5 8 5 3 9	4	Impuestos y Aduanas de Florencia 2 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 7 6 5 8 5 3 9	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Caquetá 1 8	Florencia 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
LEMOS	SERNA	PAULO	ANDRES

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Caquetá 1 8	Florencia 0 0 1

41. Dirección principal: CL 25 3 42

42. Correo electrónico: pololemos@yahoo.es

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
1 8 0 0 0 1	3 1 0 7 8 8 6 9 3 3	

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 6 9 9	2 0 2 3 0 7 0 3	4 9 2 1	2 0 1 5 0 5 0 1		5 6 2 1	8 2 9 9		1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	5	2	2	4	9	5	0	5	2																	

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
22- Obligado a cumplir deberes formales a
49 - No responsable de IVA
50 - No responsable de Consumo restauran
52 - Facturador electrónico

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 LEMOS SERNA PAULO ANDRES

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141142396248

(415)7707212489984(8020) **000014114239624 8**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
1 7 6 5 8 5 3 9	4	Impuestos y Aduanas de Florencia	2 8	

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza		63. Formas asociativas		64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 9	
72. Número		
73. Fecha	2 0 0 2 0 2 2 1	
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 3	
76. Fecha de registro	2 0 0 2 0 2 2 1	
77. No. Matrícula mercantil	4 1 1 9 1	
78. Departamento	1 8	
79. Ciudad/Municipio	4 1	
Vigencia		
80. Desde		
81. Hasta		

Composición del Capital

82. Nacional ____ %

83. Nacional público ____ %

84. Nacional privado ____ %

85. Extranjero ____ %

86. Extranjero público ____ %

87. Extranjero privado ____ %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1		Año Mes Día		-
2		Año Mes Día		-
3		Año Mes Día		-
4		Año Mes Día		-
5		Año Mes Día		-

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141142396248

(415)7707212489984(8020) **000014114239624 8**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
1 7 6 5 8 5 3 9	4	Impuestos y Aduanas de Florencia	2 8	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Catering para eventos 5 6 2 1	
162. Nombre del establecimiento		
CONPINCHOS		
163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Caquetá 1 8	Florencia 0 0 1	
165. Dirección		
CR 16 14 50 BRR CENTRO		
166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
4 3 6 3 2	2 0 0 2 1 2 1 2	
168. Teléfono	169. Fecha de cierre	
3 1 0 7 8 8 6 9 3 3	2 0 1 6 0 7 1 2	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
162. Nombre del establecimiento		
163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
165. Dirección		
166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	169. Fecha de cierre	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
162. Nombre del establecimiento:		
163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
165. Dirección		
166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	169. Fecha de cierre	

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

NO 001 DE 2025

P-08-03

MATERIAL DIDÁCTICO PRACTICO

CONVENIO DE ASOCIACIÓN



DESCRIPCIÓN: COMPROBANTE DE EGRESO

FUNDACION EMPRESARIAL, CU LTURAL, AMBIENTAL Y DEPOR TIVA

NIT: 901340932
Correo: fundecad20@hotmail.com
Teléfono: 3163724420
CR 7 8 52 BRR LA ESTRELLA

Tipo Comprobante	Egreso
Número	134
Fecha de Causación	31/05/2025
Fecha de Generación	31/05/2025
Periodo contable	Mayo 2025

#	CUENTA CONTABLE	DETALLE	TERCERO	DEBITO	CREDITO
1	61709516 - Adulto mayor Valparaíso	POR PAGO DE MATERIAL DIDACTICO PRACTICO CENTRO DE BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR - MAYO 2025.	JUAN RUIZ - 1006514609	$588,050.00	
2	110505 - Caja general	POR PAGO DE MATERIAL DIDACTICO PRACTICO CENTRO DE BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR - MAYO 2025.	JUAN RUIZ - 1006514609		$588,050.00
			TOTALES	$588,050.00	$588,050.00

FUNDACION EMPRESARIAL, CULTURAL, AMBIENTAL Y DEPORTIVA NIT 901340932
Actividad Económica Principal 9499
No somos Gran Contribuyente
No somos Agente Retenedor del Impuesto sobre las Ventas - IVA
No somos Autorretenedor del Impuesto sobre la Renta y Complementarios

Documento soporte en adquisiciones efectuadas a no obligados a facturar DCFU - 128

Representación Gráfica
Autorización Numeración de Documento Soporte Electrónica
No. 18764087364475 de 18/01/2025 - 18/01/2027 autoriza DCFU-1 a DCFU-10000

Tipo de Operación	Estandar
Fecha de Generación	31/05/2025 14:53
Fecha de Vencimiento	31/05/2025 14:53
Forma de Pago	Contado
Moneda	COP

DATOS DEL EMISOR

Razón Social	FUNDACION EMPRESARIAL, CULTURAL, AMBIENTAL Y DEPORTIVA
NIT	901340932
Obligación	NO APLICA
Email	fundecad20@hotmail.com
Teléfono	3163724420
Dirección	CR 7 8 52 BRR LA ESTRELLA
Ciudad, Depart.	FLORENCIA, CAQUETA (CO)

DATOS DEL PROVEEDOR

Razón Social	JUAN SEBASTIAN RUIZ CHACON
NIT	1006514609
Obligación	NO APLICA
Email	juansebastianruizchacon@gmail.com
Teléfono	3112905692
Dirección	
Ciudad, Depart.	

No	REF	DESCRIPCIÓN	CANT	U/M	PRECIO	IMP	SUBTOTAL	TOTAL ITEM
1	1.	POR PAGO DE MATERIAL DIDACTICO PRACTICO CENTRO DE BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR - MAYO 2025.	1	EA	$588,050.00		$588,050.00	$588,050.00

1

Subtotal	$588,050.00
TOTAL	$588,050.00

Unidades de medida: EA = cada

FIRMA EMISOR

FIRMA PROVEEDOR

CUDS: 7038573858f4b3ce9c8769c31187a2cac37d17b54a0cee8df00578f26b45d776b950119faebcdbf6c61051a6b3106803

CUENTA DE COBRO N° 05

FUNDACIÓN EMPRESARIAL CULTURAL AMBIENTAL Y DEPORTIVA - FUNDECAD
NIT: 901.340.932-6

Fecha: 31/05/2025

DEBE A:

RUIZ CHACON JUAN SEBASTIAN

C.C. 1.006.514.609 DE FLORENCIA

LA SUMA DE: QUINIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL CINCUENTA PESOS ($588.050.00 M/CTE).

POR PAGO DE MATERIAL DIDACTICO PRACTICO CENTRO DE BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR - MAYO 2025.

- JUEGO DE INTEGRACIÓN LA CUCARACHA (MADERA)
- JUEGO EN MADERA PORQUE SIEMPRE YO
- JUEGO MATCHING RING BATTLE
- JUEGO DIDÁCTICO KARAKON
- JUEGO EN MADERA COJA TODO



RUIZ CHACON JUAN SEBASTIAN
C.C: 1.006.514.609

FECHA: 31 de mayo del 2025

PARA: Coordinadora Hogar Divino Niño

DE: Representante Legal Fundecad

LA FUNDACION EMPRESARIAL, CULTURAL, AMBIENTAL Y DEPORTIVA FUNDECAD

ACTA DE ENTREGA

La suscrita representante Legal de la Fundación Fundecad, YAIZA FERRER MEZQUITA, identificada con CC No 1.088.344.862 mediante la presente acta, hace entrega de material didáctico para el Centro de Protección Hogar Divino Niño, a la señora Angela Encinales Ardila identificada con CC No 40.769.485 de Florencia Caquetá coordinadora de la institución.

No	ELEMENTOS	CANTIDAD
1	Juego de Integración La Cucaracha (madera)	1
2	Juego en madera PORQUE SIEMPRE YO	1
3	Juego matching ring battle	1
4	Juego didáctico Karakon	1
5	Juego en madera Coja Todo	1

Para constancia de lo anterior se firma en el municipio de Valparaíso Caquetá, a los treinta y un (31) días del mes de mayo.

YAIZA FERRER MEZQUITA
Representante Legal

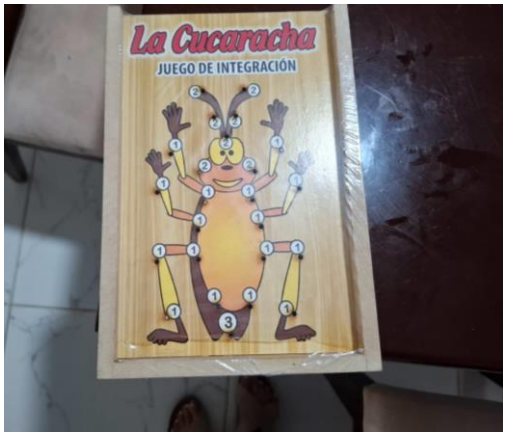
ANGELA ENCINALES ARDILA
Coordinadora

FOTOS MATERIAL DIDACTICO MAYO 2025













REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.006.514.609
RUIZ CHACON

APELLIDOS
JUAN SEBASTIAN

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 25-AGO-2000
FLORENCIA
(CAQUETA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.70 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
10-SEP-2018 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141047354496

(415)7707212489984(8020) 000014104735449 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 0 6 5 1 4 6 0 9	4	Impuestos y Aduanas de Florencia 2 8	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 0 6 5 1 4 6 0 9	

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
RUIZ	CHACON	JUAN	SEBASTIAN

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Caquetá 1 8	Florencia 0 0 1

41. Dirección principal: CR 15 # 8 A - 72 BRR JUAN XXIII

42. Correo electrónico: juansebastianruizchacon@gmail.com

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

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
7 1 1 2	2 0 2 1 1 1 0 2	4 9 2 1	2 0 2 3 0 3 0 2	8 2 9 9				

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

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 61. Fecha 2024 - 06 - 19 / 10 : 11: 13

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 RUIZ CHACON JUAN SEBASTIAN

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

NO 001 DE 2025

P-08-04

ELEMENTOS DE OFICINA

CONVENIO DE ASOCIACIÓN



FUNDACION EMPRESARIAL, CULTURAL, AMBIENTAL Y DEPORTIVA
NIT: 901340932
Correo: fundecad20@hotmail.com
Teléfono: 3163724420
CR 7 8 52 BRR LA ESTRELLA

Tipo Comprobante	Egreso
Número	138
Fecha de Causación	31/05/2025
Fecha de Generación	31/05/2025
Periodo contable	Mayo 2025

DESCRIPCIÓN: COMPROBANTE DE EGRESO

#	CUENTA CONTABLE	DETALLE	TERCERO	DEBITO	CREDITO
1	61709516 - Adulto mayor Valparaíso	POR PAGO DE ELEMENTOS DE OFICINA CENTRO DE BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR – MAYO 2025.	JUAN RUIZ - 1006514609	$893,500.00	
2	110505 - Caja general	POR PAGO DE ELEMENTOS DE OFICINA CENTRO DE BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR – MAYO 2025.	JUAN RUIZ - 1006514609		$893,500.00
			TOTALES	$893,500.00	$893,500.00

Documento soporte en adquisiciones efectuadas a no obligados a facturar DCFU - 131

Representación Gráfica
Autorización Numeración de Documento Soporte Electrónica
No. 18764087364475 de 18/01/2025 - 18/01/2027 autoriza DCFU-1 a DCFU-10000

FUNDACION EMPRESARIAL, CULTURAL, AMBIENTAL Y DEPORTIVA NIT 901340932
Actividad Económica Principal 9499
No somos Gran Contribuyente
No somos Agente Retenedor del Impuesto sobre las Ventas - IVA
No somos Autorretenedor del Impuesto sobre la Renta y Complementarios

Tipo de Operación	Estandar
Fecha de Generación	31/05/2025 09:11
Fecha de Vencimiento	31/05/2025 09:11
Forma de Pago	Contado
Moneda	COP

DATOS DEL EMISOR

Razón Social	FUNDACION EMPRESARIAL, CULTURAL, AMBIENTAL Y DEPORTIVA
NIT	901340932
Obligación	NO APLICA
Email	fundecad20@hotmail.com
Teléfono	3163724420
Dirección	CR 7 8 52 BRR LA ESTRELLA
Ciudad, Depart.	FLORENCIA, CAQUETA (CO)

DATOS DEL PROVEEDOR

Razón Social	JUAN SEBASTIAN RUIZ CHACON
NIT	1006514609
Obligación	NO APLICA
Email	documentossoportesfundecad@gmail.com
Teléfono	
Dirección	CR 15 N 8 A 73
Ciudad, Depart.	FLORENCIA, CAQUETA (CO)

No	REF	DESCRIPCIÓN	CANT	U/M	PRECIO	IMP	SUBTOTAL	TOTAL ITEM
1	1.	POR PAGO DE ELEMENTOS DE OFICINA CENTRO DE BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR – MAYO 2025.	1	EA	$893,500.00		$893,500.00	$893,500.00

1

Subtotal	$893,500.00
TOTAL	$893,500.00

Unidades de medida: EA = cada

FIRMA EMISOR

FIRMA PROVEEDOR

CUDS: d0e3610664fefdb2f3328c3c804d3c79d627df2700771dc1af24c4c17e8b9c935894252d72cc62c9d31418e7969eed28

CUENTA DE COBRO N° 05

FUNDACIÓN EMPRESARIAL CULTURAL AMBIENTAL Y DEPORTIVA - FUNDECAD
NIT: 901.340.932-6

Fecha: 31/05/2025

DEBE A:

RUIZ CHACON JUAN SEBASTIAN

C.C. 1.006.514.609 DE FLORENCIA

LA SUMA DE: OCHOCIENTOS NOVENTA Y TRES MIL QUINIENTOS PESOS ($893.500,00 M/CTE).

POR PAGO DE ELEMENTOS DE OFICINA CENTRO DE BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR – MAYO 2025.

- CAJA DE PLUMONES MARCA JUMBO X 12
- RESMAS DE PAPEL REPROGRAF BLANCO TAMAÑO CARTA X6
- CAJA DE BOLÍGRAFO MARCA OFIPLUS X12
- CAJA DE BOLÍGRAFO GEL BORRABLE X 12
- CAJA DOBLE CLIP 1 ¼ TRITÓN X 12 UNIDADES
- CAJA DE GRAPAS A H ROYAL
- COSEDORA OFFI – ESCO OE-322



RUIZ CHACON JUAN SEBASTIAN
C.C: 1.006.514.609

FECHA: 31 de mayo del 2025

PARA: Coordinadora Hogar Divino Niño

DE: Representante Legal Fundecad

LA FUNDACION EMPRESARIAL, CULTURAL, AMBIENTAL Y DEPORTIVA FUNDECAD

ACTA DE ENTREGA

La suscrita Representante Legal de la Fundación Fundecad YAIZA FERRER MEZQUTA identificada con CC No 1.088.344.862 de Pereira, mediante la presente acta hace entrega de los siguientes elementos para oficina, a la coordinadora del Centro de Protección Hogar Divino Niño del municipio de Valparaíso Caquetá ANGELA ENCINALES ARDILA, identificada con la CC No 40.769.485 de Florencia Caquetá.

No	ELEMENTOS	CANTIDAD
1	CAJA DE PLUMONES MARCA JUMBO X 12	1
2	RESMAS DE PAPEL REPROGRAF BLANCO TAMAÑO CARTA	6
3	CAJA DE BOLÍGRAFO MARCA OFIPLUS X12	1
4	CAJA DE BOLÍGRAFO GEL BORRABLE X 12	1
5	CAJA DOBLE CLIP 1 ¼ TRITÓN X 12 UNIDADES	1
6	CAJA DE GRAPAS A H ROYAL	1
7	COSEDORA OFFI – ESCO OE-322	1

Para constancia de lo anterior se firma en el municipio de Valparaíso Caquetá, a los treinta y un (31) días del mes de mayo del 2025.

ANGELA ENCINALES ARDILA
COORDINADORA

YAIZA FERRER MEZQUITA
REPRESENTANTE LEGAL

FOTOS ELEMENTOS DE OFICINA MAYO (1 – 31)

<table>
<tr>
<td>
</td>
<td>
</td>
</tr>
<tr>
<td>
</td>
<td>
</td>
</tr>
</table>

YAIZA FERRER MEZQUITA
Representante Legal Fundecad



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.006.514.609
RUIZ CHACON

APELLIDOS
JUAN SEBASTIAN

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 25-AGO-2000
FLORENCIA
(CAQUETA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.70 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
10-SEP-2018 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141047354496

(415)7707212489984(8020) 000014104735449 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 0 6 5 1 4 6 0 9	4	Impuestos y Aduanas de Florencia 2 8	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 0 6 5 1 4 6 0 9	

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
RUIZ	CHACON	JUAN	SEBASTIAN

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Caquetá 1 8	Florencia 0 0 1

41. Dirección principal: CR 15 # 8 A - 72 BRR JUAN XXIII

42. Correo electrónico: juansebastianruizchacon@gmail.com

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

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
7 1 1 2	2 0 2 1 1 1 0 2	4 9 2 1	2 0 2 3 0 3 0 2	8 2 9 9				

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

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 61. Fecha 2024 - 06 - 19 / 10 : 11: 13

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 RUIZ CHACON JUAN SEBASTIAN

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

NO 001 DE 2025

P-08-05

SERVICIO DE TRANSPORTE DE ALIMENTOS

CONVENIO DE ASOCIACIÓN



DESCRIPCIÓN: COMPROBANTE DE EGRESO

FUNDACION EMPRESARIAL, CU LTURAL, AMBIENTAL Y DEPOR TIVA

NIT: 901340932
Correo: fundecad20@hotmail.com
Teléfono: 3163724420
CR 7 8 52 BRR LA ESTRELLA

Tipo Comprobante	Egreso
Número	135
Fecha de Causación	31/05/2025
Fecha de Generación	31/05/2025
Periodo contable	Mayo 2025

#	CUENTA CONTABLE	DETALLE	TERCERO	DEBITO	CREDITO
1	61709516 - Adulto mayor Valparaíso	POR LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE TRANSPORTE DE ALIMENTOS DESDE EL MUNICIPIO DE FLORENCIA, CAQUETÁ, HASTA EL MUNICIPIO DE VALPARAÍSO, CAQUETÁ, REALIZADO DOS (2) VECES POR SEMANA Y UN FIN DE SEMANA, INCLUYENDO IDA Y REGRESO, DURANTE EL MES DE MAYO DE 2025	BERNARDO FERRER - 78701413	$620,000.00	

Tipo Comprobante	Egreso
Número	135
Fecha de Causación	31/05/2025
Fecha de Generación	31/05/2025
Periodo contable	Mayo 2025

2	110505 - Caja general	POR LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE TRANSPORTE DE ALIMENTOS DESDE EL MUNICIPIO DE FLORENCIA, CAQUETÁ, HASTA EL MUNICIPIO DE VALPARAÍSO, CAQUETÁ, REALIZADO DOS (2) VECES POR SEMANA Y UN FIN DE SEMANA, INCLUYENDO IDA Y REGRESO, DURANTE EL MES DE MAYO DE 2025	BERNARDO FERRER - 78701413		$620,000.00
			TOTALES	$620,000.00	$620,000.00

FUNDACION EMPRESARIAL, CULTURAL, AMBIENTAL Y DEPORTIVA NIT 901340932
Actividad Económica Principal 9499
No somos Gran Contribuyente
No somos Agente Retenedor del Impuesto sobre las Ventas - IVA
No somos Autorretenedor del Impuesto sobre la Renta y Complementarios

Documento soporte en adquisiciones efectuadas a no obligados a facturar DCFU - 129

Representación Gráfica
Autorización Numeración de Documento Soporte Electrónica
No. 18764087364475 de 18/01/2025 - 18/01/2027 autoriza DCFU-1 a DCFU-10000

Tipo de Operación	Estandar
Fecha de Generación	31/05/2025 15:09
Fecha de Vencimiento	31/05/2025 15:09
Forma de Pago	Contado
Moneda	COP

DATOS DEL EMISOR

Razón Social	FUNDACION EMPRESARIAL, CULTURAL, AMBIENTAL Y DEPORTIVA
NIT	901340932
Obligación	NO APLICA
Email	fundecad20@hotmail.com
Teléfono	3163724420
Dirección	CR 7 8 52 BRR LA ESTRELLA
Ciudad, Depart.	FLORENCIA, CAQUETA (CO)

DATOS DEL PROVEEDOR

Razón Social	BERNARDO ANTONIO FERRER JIMENEZ
NIT	78701413
Obligación	NO APLICA
Email	berant12@outlook.com
Teléfono	3187128526
Dirección	CRA 10#7-16 BR LAS AVENIDAS
Ciudad, Depart.	FLORENCIA, CAQUETA (CO)

No	REF	DESCRIPCIÓN	CANT	U/M	PRECIO	IMP	SUBTOTAL	TOTAL ITEM
1	1.	POR LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE TRANSPORTE DE ALIMENTOS DESDE EL MUNICIPIO DE FLORENCIA, CAQUETÁ, HASTA EL MUNICIPIO DE VALPARAÍSO, CAQUETÁ, REALIZADO DOS (2) VECES POR SEMANA Y UN FIN DE SEMANA, INCLUYENDO IDA Y REGRESO, DURANTE EL MES DE MAYO DE 2025	1	EA	$620,000.00		$620,000.00	$620,000.00

1

Subtotal	$620,000.00
TOTAL	$620,000.00

Unidades de medida: EA = cada

FIRMA EMISOR

FIRMA PROVEEDOR

CUDS: de103820e0f5c6cfc45d709eef35c1ae24bcee1004ec4a74a0e369197bf35c35c933a730775f15209c1f11ab0ab138da

CUENTA DE COBRO N° 05

FUNDACIÓN EMPRESARIAL CULTURAL AMBIENTAL Y DEPORTIVA - FUNDECAD
NIT: 901.340.932-6

Fecha: 31/05/2025

DEBE A:

BERNARDO ANTONIO FERRER JIMENEZ

C.C. 78.701.413 DE MONTERIA

LA SUMA DE: SEISCIENTOS VEINTE MIL PESOS ($620.000,00) M/CTE.

POR LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE TRANSPORTE DE ALIMENTOS DESDE EL MUNICIPIO DE FLORENCIA, CAQUETÁ, HASTA EL MUNICIPIO DE VALPARAÍSO, CAQUETÁ, REALIZADO DOS (2) VECES POR SEMANA Y UN FIN DE SEMANA, INCLUYENDO IDA Y REGRESO, DURANTE EL MES DE MAYO DE 2025.

Anexo
Copia de la cedula de ciudadanía
Registro único tributario – RUT
Licencia de conducción



_____

BERNARDO ANTONIO FERRER JIMENEZ
C.C. 78.701.413

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 141053427386

(415)7707212489984(8020) 000014105342738 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
7 8 7 0 1 4 1 3	0	Impuestos y Aduanas de Florencia 2 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	7 8 7 0 1 4 1 3	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Córdoba 2 3	Montería 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
FERRER	JIMENEZ	BERNARDO	ANTONIO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Caquetá 1 8	El Paujil 2 5 6

41. Dirección principal
CL 6 6 46

42. Correo electrónico berant12@outlook.com

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

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
0 0 1 0	2 0 1 8 0 1 0 1	7 4 9 0	2 0 1 8 0 1 0 1				

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

53. Código 5 4 9

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

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

985. Cargo

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 04-02-2025 11:57:49AM

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

78.701.413

NUMERO

FERRER JIMENEZ

APELLIDOS

BERNARDO ANTONIO

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **12-OCT-1969**

CERETE

(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.75	**A+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

03-MAY-1988 MONTERIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL

ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-4400100-67141721-M-0078701413-20060517 **02964** 06137A 02 182236121

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

Libertad y Orden

No. 78701413



NOMBRE

BERNARDO ANTONIO FERRER JIMENEZ

FECHA DE NACIMIENTO

12-10-1969

SANGRE-RH

A+

FECHA DE EXPEDICIÓN

10-07-2023

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR

ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR

DIR TTOYTTE DPTAL CAQUETA/EL PAUJIL

CATEGORIAS AUTORIZADAS

CATEGORIA	CLASE DE VEHÍCULO	VIGENCIA	SERVICIO
A2	MOTOCICLETA Y MOTOTRICICLO DE CUALQUIER CILINDRAJE.	10-07-2033	PARTICULAR
B2	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS.	10-07-2033	PARTICULAR
C2	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS.	10-07-2026	PUBLICO



COSMOCOLOR-LC-23

ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC07001390730

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10027117155

PLACA	MARCA	LÍNEA	MODELO
JIP174	KIA	CARENS SUV EX	2017

CILINDRADA CC	COLOR	SERVICIO
1.999	GRIS	PARTICULAR

CLASE DE VEHÍCULO	TIPO CARROCERÍA	COMBUSTIBLE	CAPACIDAD Kg/PSJ
CAMIONETA	WAGON	GASOLINA	7

NÚMERO DE MOTOR	REG	VIN
G4NAGH331355	N	KNAHU812BH7152492

NÚMERO DE SERIE	REG	NÚMERO DE CHASIS	REG
******	N	KNAHU812BH7152492	N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)	IDENTIFICACIÓN
RAMOS LOZANO DIANA LORENA	C.C. 40782364

Powered by CamScanner

RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE
******

POTENCIA HP
150

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN
882016000042541

I/E
I

FECHA IMPORT.
07/05/2016

PUERTAS
5

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

******

FECHA MATRÍCULA
13/12/2016

FECHA EXP. LIC. TTO.
06/09/2022

FECHA VENCIMIENTO
******

ORGANISMO DE TRÁNSITO

STRIA DE TTOYTTE MCPAL ARMENIA





I T08000067020

Powered by CamScanner

RUNT

Transporte

Consulta Automotores

Realizar otra consulta

Señor usuario si la información suministrada no corresponde con sus datos reales por favor comuníquese con la autoridad de tránsito en la cual solicitó su trámite.

PLACA DEL VEHÍCULO:	**JIP174**		
NRO. DE LICENCIA DE TRÁNSITO:	**10027117155**	ESTADO DEL VEHÍCULO:	**ACTIVO**
TIPO DE SERVICIO:	**Particular**	CLASE DE VEHÍCULO:	**CAMIONETA**

Información general del vehículo

MARCA:	**KIA**	LÍNEA:	**CARENS SUV EX**
MODELO:	**2017**	COLOR:	**GRIS**
NÚMERO DE SERIE:		NÚMERO DE MOTOR:	**G4NAGH331355**
NÚMERO DE CHASIS:	**KNAHU812BH7152492**	NÚMERO DE VIN:	**KNAHU812BH7152492**
CILINDRAJE:	**1999**	TIPO DE CARROCERÍA:	**WAGON**
TIPO COMBUSTIBLE:	**GASOLINA**	FECHA DE MATRICULA INICIAL(DD/MM/AAAA):	**13/12/2016**
AUTORIDAD DE TRÁNSITO:	**STRIA DE TTOYTTE MCPAL ARMENIA**	GRAVÁMENES A LA PROPIEDAD:	**NO**
CLÁSICO O ANTIGUO:	**NO**	REPOTENCIADO:	**NO**
REGRABACIÓN MOTOR (SI/NO):	**NO**	NRO. REGRABACIÓN MOTOR	
REGRABACIÓN CHASIS (SI/NO):	**NO**	NRO. REGRABACIÓN CHASIS	
REGRABACIÓN SERIE (SI/NO):	**NO**	NRO. REGRABACIÓN SERIE	
REGRABACIÓN VIN (SI/NO):	**NO**	NRO. REGRABACIÓN VIN	
VEHÍCULO ENSEÑANZA (SI/NO):	**NO**	PUERTAS:	**5**

Para conocer el historial de propietarios

*Consulte el **Histórico Vehicular** Aquí*

(https://www.runt.gov.co/actores/ciudadano/consulta-historico-vehicular)

Datos Técnicos del Vehículo

CAPACIDAD DE CARGA:		PESO BRUTO VEHICULAR:	**2210**
CAPACIDAD DE PASAJEROS:		CAPACIDAD PASAJEROS SENTADOS:	**7**
NÚMERO DE EJES:	**2**		

Poliza SOAT

Número de poliza	Fecha expedición	Fecha inicio de vigencia	Fecha fin de vigencia	Código tarifa	Entidad expide SOAT	Estado
890113180900100	04/12/2024	05/12/2024	04/12/2025	611	SEGUROS COMERCIALES BOLIVAR S.A	VIGENTE
708004171253000	10/12/2022	13/12/2022	12/12/2023	611	LA PREVISORA S.A.COMPAÑIA DE SEGUROS	NO VIGENTE
27810882	12/12/2021	13/12/2021	12/12/2022	611	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.	NO VIGENTE
25856831	11/12/2020	13/12/2020	12/12/2021	611	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.	NO VIGENTE
23640688	19/11/2019	13/12/2019	12/12/2020	611	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.	NO VIGENTE

Pólizas de Responsabilidad Civil

No se encontró información registrada en el RUNT.

Certificado de revisión técnico mecánica y de emisiones contaminantes (RTM)

Tipo Revisión	Fecha Expedición	Fecha Vigencia	CDA expide RTM	Vigente	Nro. certificado	Información consistente	Acciones
REVISION TECNICO-MECANICO	06/12/2024	06/12/2025	CENTRO DE DIAGNOSTICO AUTOMOTOR DEL CAQUETA LIMITADA	SI	177684005	SI	
REVISION TECNICO-MECANICO	10/12/2022	10/12/2023	C.D.A. MAXITEC S.A.S	NO	163098865	SI	

Certificados de revisión técnico Ambiental o de Enseñanza

No se encontró información registrada en el RUNT.

Solicitudes

Información Blindaje

Certificado de revisión de la DIJIN

Certificado de desintegración física

Compromiso de desintegración física total y Pólizas de Caución

Tarjeta de Operación

Limitaciones a la Propiedad

Garantías a Favor De

✔ Garantías Mobiliarias (Registro de la garantía en el RNGM por parte de RUNT / Registro del levantamiento a través del RNGM en el RUNT)

Autorización de registro inicial vehículo nuevo de carga

Autorización de registro inicial vehículo nuevo de carga INVC (15%)

Normalización y Saneamiento

Vehículo a desintegrar por proceso de normalización

Permiso de circulación restringida (PCR)

NO 001 DE 2025

P-08-06

MANTENIMIENTO DE EQUIPOS Y MENAJE DE COCINA Y REPARACIONES MENORES

CONVENIO DE ASOCIACIÓN



DESCRIPCIÓN: COMPROBANTE DE EGRESO

FUNDACION EMPRESARIAL, CU LTURAL, AMBIENTAL Y DEPOR TIVA

NIT: 901340932
Correo: fundecad20@hotmail.com
Teléfono: 3163724420
CR 7 8 52 BRR LA ESTRELLA

Tipo Comprobante	Egreso
Número	139
Fecha de Causación	31/05/2025
Fecha de Generación	31/05/2025
Periodo contable	Mayo 2025

#	CUENTA CONTABLE	DETALLE	TERCERO	DEBITO	CREDITO
1	61709516 - Adulto mayor Valparaíso	Pago por suministro de insumos médicos, productos de higiene personal, elementos de mantenimiento y equipos para el Centro de Bienestar del Adulto Mayor, correspondientes al mes de mayo de 2025.	ANGELA ENCINALES - 40769485	$1,055,000.00	
2	110505 - Caja general	Pago por suministro de insumos médicos, productos de higiene personal, elementos de mantenimiento y equipos para el Centro de Bienestar del Adulto Mayor, correspondientes al mes de mayo de 2025.	ANGELA ENCINALES - 40769485		$1,055,000.00



FUNDACION EMPRESARIAL, CU
LTURAL, AMBIENTAL Y DEPOR
TIVA
NIT: 901340932
Correo: fundecad20@hotmail.com
Teléfono: 3163724420
CR 7 8 52 BRR LA ESTRELLA

Tipo Comprobante	Egreso
Número	139
Fecha de Causación	31/05/2025
Fecha de Generación	31/05/2025
Periodo contable	Mayo 2025

TOTALES	$1,055,000.00	$1,055,000.00

FUNDACION EMPRESARIAL, CULTURAL, AMBIENTAL Y DEPORTIVA NIT 901340932
Actividad Económica Principal 9499
No somos Gran Contribuyente
No somos Agente Retenedor del Impuesto sobre las Ventas - IVA
No somos Autorretenedor del Impuesto sobre la Renta y Complementarios

Documento soporte en adquisiciones efectuadas a no obligados a facturar DCFU - 132

Representación Gráfica
Autorización Numeración de Documento Soporte Electrónica
No. 18764087364475 de 18/01/2025 - 18/01/2027 autoriza DCFU-1 a DCFU-10000

Tipo de Operación	Estandar
Fecha de Generación	31/05/2025 18:15
Fecha de Vencimiento	31/05/2025 18:15
Forma de Pago	Contado
Moneda	COP

DATOS DEL EMISOR

Razón Social	FUNDACION EMPRESARIAL, CULTURAL, AMBIENTAL Y DEPORTIVA
NIT	901340932
Obligación	NO APLICA
Email	fundecad20@hotmail.com
Teléfono	3163724420
Dirección	CR 7 8 52 BRR LA ESTRELLA
Ciudad, Depart.	FLORENCIA, CAQUETA (CO)

DATOS DEL PROVEEDOR

Razón Social	ANGELA ENCINALES ARDILA
NIT	40769485
Obligación	NO APLICA
Email	documentossoportesfundecad@gmail.com
Teléfono	3112538159
Dirección	CASA 15 BRR ALAMOS
Ciudad, Depart.	FLORENCIA, CAQUETA (CO)

No	REF	DESCRIPCIÓN	CANT	U/M	PRECIO	IMP	SUBTOTAL	TOTAL ITEM
1	1.	Pago por suministro de insumos médicos, productos de higiene personal, elementos de mantenimiento y equipos para el Centro de Bienestar del Adulto Mayor, correspondientes al mes de mayo de 2025.	1	EA	$1,055,000.00		$1,055,000.00	$1,055,000.00

1

Subtotal	$1,055,000.00
TOTAL	$1,055,000.00

Unidades de medida: EA = cada

FIRMA EMISOR

FIRMA PROVEEDOR

CUDS: e2003ae77da832f1a7bc3fcc1ff78a793fc7844d2569fa2d54539690ccae78df75fdfff2e0be36cd2d91111e96298b15

CUENTA DE COBRO N° 05

FUNDACIÓN EMPRESARIAL CULTURAL AMBIENTAL Y DEPORTIVA - FUNDECAD
NIT: 901.340.932-6

Fecha: 31/05/2025

DEBE A:

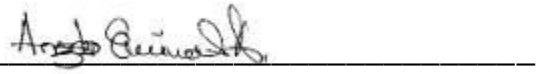
ANGELA ENCINALES ARDILA

C.C. 40.769.485 DE FLORENCIA

LA SUMA DE UN MILLON CINCUENTA Y CINCO MIL PESOS ($ 1.055.000.00 M/CTE).

Pago por suministro de insumos médicos, productos de higiene personal, elementos de mantenimiento y equipos para el Centro de Bienestar del Adulto Mayor, correspondientes al mes de mayo de 2025.

- MEDICAMENTO LOSARTAN X 50 MG
- RECARGA BALA DE OXIGENO
- GUANTES DE LATEX TALLA S
- GUANTES DE LATEX TALLA L
- CAJA DE TAPABOCAS
- RECARGA DE PIPETADE GAS 100 LIBRAS (45 KILOS)
- TARROS DE SURE OMEGA 3 DHA/EPA X 2000 MG
- LABORATORIOS CLINICOS



ANGELA ENCINALES ARDILA
C.C: 40.769.485

FECHA: 31 de mayo del 2025

PARA: Angela Encinales Ardila

DE: Representante Legal

LA FUNDACION EMPRESARIAL, CULTURAL, AMBIENTAL Y DEPORTIVA FUNDECAD

ACTA DE ENTREGA

La suscrita Representante Legal de la Fundación Fundecad YAIZA FERRER MEZQUITA, mediante la presente acta, hace entrega de elementos de mantenimiento y equipo para el Centro de Protección Hogar Divino Niño, a la coordinadora del Programa Centro de Protección Hogar Divino Niño ANGELA ENCINALES ARDILA identificada con CC No 40.769.485 de Florencia Caquetá, los cuales se detallan a continuación:

No	ELEMENTOS	CANTIDAD
1	MEDICAMENTO LOSARTAN X 50 MG	1
2	TARROS DE SURE OMEGA 3 DHA/EPA X 2000 MG	2
3	RECARGA BALA DE OXIGENO	6
4	GUANTES DE LATEX TALLA S	1
5	GUANTES DE LATEX TALLA L	1
6	CAJA DE TAPABOCAS	1
7	RECARGA DE PIPETADE GAS 100 LIBRAS (45 KILOS)	1
8	LABORATORIOS CLINICOS	4

Para constancia de lo anterior se firma en el municipio de Valparaíso Caquetá, a los treinta y un (31) días del mes de mayo del 2025.

YAIZA FERRER MEZQUITA
Representante Legal
Fundación Fundecad

ANGELA ENCINALES ARDILA
Coordinadora
Hogar Divino Niño Valparaíso

FOTOS MANTENIMIENTO DE EQUIPO MAYO (01-31)

<table>
<tr>
<td>
</td>
<td>
</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</table>

YAIZA FERRER MEZQUITA
Representante Legal Fundecad

Fundadores SST SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Fecha: 29 DE ABRIL DEL 2025

Nombre: MART ORTIZ BAHOZ

Edad: 32 Doc. Identidad 1118072334

R/. Que la paciente arriba mencionada e identificada, no Presenta ninguna patología infecto contagiosa por lo Tanto es apta para manipular alimentos.

Hernán A. Rueda T. M.D
JUAN N. CORPAS - BOGOTA
AUDITOR MEDICO - COOPERATIVA NEIVA
GERENCIA SALUD - FUCS - BOGOTA
R.M. 1283/94 MPS

Firma Médico

CENTRO DE ATENCIÓN

Carrera 11 # 3-14 Barrio Jorge Eliécer Gaitán - Cel: 435 2512 - Florencia - Caquetá

Sede	:	LABORATORIO CLINICO FAMI - SEDE PRINCIPAL	**Fecha Recepción:**		2025-04-29 07:28:22
Orden No	:	10029197	**Fecha Impresión:**		2025-05-13 10:22:58.
Paciente	:	MART ORTIZ BAHOZ	**Médico**	:	MEDICOS VARIOS
Identificación:		CC 1118072334	**Edad/Sexo**	:	32 / F
Convenio	:	SEDES FAMI MUNICIPIOS	**Fecha de Nacimiento :**		1992-07-26

ANALITO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA

LILIANA PATRICIA MARIN
BACTERIOLOGA
30334180

LILIANA PATRICIA MARIN
BACTERIOLOGA
30334180
VERIFICACIÓN

"La interpretación de éste y todo examen de Laboratorio corresponde exclusivamente al médico"

Sede	:	LABORATORIO CLINICO FAMI - SEDE PRINCIPAL	**Fecha Recepción:**		2025-04-29 07:28:22
Orden No	:	10029197	**Fecha Impresión:**		2025-05-13 10:22:58.
Paciente	:	MART ORTIZ BAHOZ	**Médico**	:	MEDICOS VARIOS
Identificación:		CC 1118072334	**Edad/Sexo**	:	32 / F
Convenio	:	SEDES FAMI MUNICIPIOS	**Fecha de Nacimiento :**		1992-07-26

ANALITO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
MICROSCOPIA			
COLORACION ACIDO ALCOHOL RESISTENTE ZIELH-NIELSEN			
Muestra:	**ESPUTO**		
Resultado:	**No se observan b.a.a.r en 100 campos microscópicos**		
COPROLOGICO			
EXAMEN FISICO MACROSCOPICO			
Color	**CAFE**		
Consistencia	**BLANDA**		
EXAMEN FISICO MICROSCOPICO			
Flora Bacteriana	**NORMAL**		
PARASITOLOGIA			
PARASITOS INTESTINALES	**NEGATIVO**		
TECNICA: Montaje hùmedo directo			
EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS			
KOH:	**Negativo**		
Blastoconidias	**Negativo**		
Seudomicelios	**Negativo**		
Muestra	**UÑAS**		
GRAM			
Resultados: PMN	**ESCASOS**		
Flora Bacteriana:	**NORMAL**		
Muestra:	**GARGANTA**		

"La interpretación de éste y todo examen de Laboratorio corresponde exclusivamente al médico"

Fundadores SST SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Fecha: **29 DE ABRIL DEL 2025**

Nombre: **DAYANA LUGO FERNANDEZ**

Edad: **25** Doc. Identidad **1007312625**

R/. Que la paciente arriba mencionada e identificada, no Presenta ninguna patología infecto contagiosa por lo Tanto es apta para manipular alimentos.

Hernán A. Rueda C. M.D.
JUAN N. CORPAS - BOGOTA
AUDITOR MEDICO - COOPERATIVA NEIVA
GERENCIA SALUD - FUCS - BOGOTA
R.M. 1243/94 MIPS

Firma Médico

CENTRO DE ATENCIÓN

Carrera 11 # 3-14 Barrio Jorge Eliécer Gaitán - Cel: 435 2512 - Florencia - Caquetá

Sede	:	LABORATORIO CLINICO FAMI - SEDE PRINCIPAL	**Fecha Recepción:**		2025-04-29 09:14:21
Orden No	:	10029309	**Fecha Impresión:**		2025-05-13 10:20:46.
Paciente	:	DAYANA LUGO FERNANDEZ	**Médico**	:	MEDICOS VARIOS
Identificación:		CC 1007312625	**Edad/Sexo**	:	25 / F
Convenio	:	SEDES FAMI MUNICIPIOS	**Fecha de Nacimiento :**		1999-08-06

ANALITO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
MICROSCOPIA			
COLORACION ACIDO ALCOHOL RESISTENTE ZIELH-NIELSEN			
Muestra:	**ESPUTO**		
Resultado:	**No se observan b.a.a.r en 100 campos microscópicos**		
COPROLOGICO			
EXAMEN FISICO MACROSCOPICO			
Color	**CAFE**		
Consistencia	**BLANDA**		
EXAMEN FISICO MICROSCOPICO			
Flora Bacteriana	**NORMAL**		
PARASITOLOGIA			
PARASITOS INTESTINALES	**POSITIVO**		
Q.E. Nana	**PRESENTES**		
TECNICA: Montaje hùmedo directo			
EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS			
KOH:	**Negativo**		
Blastoconidias	**Negativo**		
Seudomicelios	**Negativo**		
Muestra	**UÑAS**		
GRAM			
Resultados: PMN	**ESCASOS**		
Flora Bacteriana:	**NORMAL**		
Muestra:	**GARGANTA**		

"La interpretación de éste y todo examen de Laboratorio corresponde exclusivamente al médico"

Sede	:	LABORATORIO CLINICO FAMI - SEDE PRINCIPAL	**Fecha Recepción:**		2025-04-29 09:14:21
Orden No	:	10029309	**Fecha Impresión:**		2025-05-13 10:20:46.
Paciente	:	DAYANA LUGO FERNANDEZ	**Médico**	:	MEDICOS VARIOS
Identificación:		CC 1007312625	**Edad/Sexo**	:	25 / F
Convenio	:	SEDES FAMI MUNICIPIOS	**Fecha de Nacimiento :**		1999-08-06

ANALITO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA

LILIANA PATRICIA MARIN
BACTERIOLOGA
30334180

LILIANA PATRICIA MARIN
BACTERIOLOGA
30334180
VERIFICACIÓN

"La interpretación de éste y todo examen de Laboratorio corresponde exclusivamente al médico"

Fundadores SST SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Fecha: **29 DE ABRIL DEL 2025**

Nombre: **MABERLY SUAREZ VARGAS**

Edad: **25** Doc. Identidad **1006530508**

R/. Que la paciente arriba mencionada e identificada, no Presenta ninguna patología infecto contagiosa por lo Tanto es apta para manipular alimentos.

Hernán A. Rieda T. M.D.
JUAN N. CORPAS - BOGOTA
AUDITOR MEDICO - COOPERATIVA NEIVA
GERENCIA SALUD - FUCS - BOGOTA
R.M. 1233/94 MIN. S.

Firma Médico

CENTRO DE ATENCIÓN

Carrera 11 # 3-14 Barrio Jorge Eliécer Gaitán - Cel: 435 2512 - Florencia - Caquetá

Sede	: LABORATORIO CLINICO FAMI - SEDE PRINCIPAL	**Fecha Recepción:**	2025-04-29 09:17:03
Orden No	: 10029310	**Fecha Impresión:**	2025-05-13 10:21:57.
Paciente	: MABERLY SUAREZ VARGAS	**Médico**	: MEDICOS VARIOS
Identificación:	CC 1006530508	**Edad/Sexo**	: 25 / F
Convenio	: SEDES FAMI MUNICIPIOS	**Fecha de Nacimiento :**	1999-07-20

ANALITO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
MICROSCOPIA			
COLORACION ACIDO ALCOHOL RESISTENTE ZIELH-NIELSEN			
Muestra:	**ESPUTO**		
Resultado:	**No se observan b.a.a.r en 100 campos microscópicos**		
COPROLOGICO			
EXAMEN FISICO MACROSCOPICO			
Color	**CAFE**		
Consistencia	**BLANDA**		
EXAMEN FISICO MICROSCOPICO			
Flora Bacteriana	**NORMAL**		
PARASITOLOGIA			
PARASITOS INTESTINALES	**POSITIVO**		
Q.E. Nana	**PRESENTES**		
Blastocystis hominis	**4 A 6 XC**		
TECNICA: Montaje hùmedo directo			
EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS			
KOH:	**Negativo**		
Blastoconidias	**Negativo**		
Seudomicelios	**Negativo**		
Muestra	**UÑAS**		
GRAM			
Resultados: PMN	**ESCASOS**		
Flora Bacteriana:	**NORMAL**		
Muestra:	**GARGANTA**		

"La interpretación de éste y todo examen de Laboratorio corresponde exclusivamente al médico"

Sede	:	LABORATORIO CLINICO FAMI - SEDE PRINCIPAL	**Fecha Recepción:**		2025-04-29 09:17:03
Orden No	:	10029310	**Fecha Impresión:**		2025-05-13 10:21:57.
Paciente	:	MABERLY SUAREZ VARGAS	**Médico**	:	MEDICOS VARIOS
Identificación:		CC 1006530508	**Edad/Sexo**	:	25 / F
Convenio	:	SEDES FAMI MUNICIPIOS	**Fecha de Nacimiento :**		1999-07-20

ANALITO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA

LILIANA PATRICIA MARIN
BACTERIOLOGA
30334180

LILIANA PATRICIA MARIN
BACTERIOLOGA
30334180
VERIFICACIÓN

"La interpretación de éste y todo examen de Laboratorio corresponde exclusivamente al médico"

LABORATORIO CLINICO NANCY SANDOVAL IPS S.A.S

NIT 900.342.268-9
CALLE 18 N° 5 - 21 BARRIO 7 DE AGOSTO
TELEFONO: 4356518-3176389112

Orden No	: 10176085	Fecha recepción	: 30/04/2025 07:00:44
Paciente	: INGRID YASLEDY GOMEZ GONZALEZ	Edad/Sexo	: 30 / F
Identificación	: 1118072830	Telefono	: 3142043638
EPS	: PARTICULARES	Médico	: MEDICOS VARIOS
Servicio	: CONSULTA EXTERNA		

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
MICROBIOLOGIA			
Baciloscopia			
Muestra	SALIVA		
Resultado	NO SE OBSERVAN BAAR EN LOS 100 CAMPOS OBSERVADOS		
Tecnica: Coloracion Ziehl Neelsen			
COPROLOGICO			
FISICO QUIMICO			
Color	CAFE		
Consistencia	BLANDA		
Grasas Neutras	NO SE OBSERVA		
Moco	NO SE OBSERVA		
Sangre	NO SE OBSERVA		
FLORA BACTERIANA	NORMAL		
PARASITOLOGIA			
Negativo para parasitos intestinales	.		
Fibra Vegetal	+		
FROTIS DE FARINGE	FLORA MIXTA NORMAL DE GARGANTA		
KOH DE UÑAS	NEGATIVO		NEGATIVO

VIVIANA DEL PILAR CONEO FLOREZ
PROFESIONAL BACTERIOLOGIA
T.P 3339
Validación: 30/04/2025 11:04:07

"La interpretación de éste y todo examen de laboratorio corresponde exclusivamente al médico"

Powered by CamScanner

Florencia, 30 de abril 2025

Pontificia Universidad
JAVERIANA
Colombia

LAURA CAMILA ORTEGA SANDOVAL

MEDICO GENERAL

RHHM 1018465287

CERTIFICA QUE:

La Señora **INGRID YASLEDY GOMEZ GONZALEZ** identificada con cedula de ciudadanía No. 1118072830 no presenta ninguna enfermedad infectocontagiosa según sus reportes de laboratorio clínico los cuales fueron, Baciloscopia, Coprológico, KOH de uñas y Frotis faríngeo, por tanto, es apta para desarrollar actividades de manipulación de alimento.

Dra. Laura Camila Ortega Sandoval
Médico General
RM 1018465287
PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **40.769.485**

ENCINALES ARDILA

APELLIDOS

ANGELA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **27-SEP-1965**

FLORENCIA
(CAQUETA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60	**A-**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

08-OCT-1986 FLORENCIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-4400100-00961176-F-0040769485-20171205 **00587**23566A 1 9902342276

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14896808402

(415)7707212489984(8020) 000001489680840 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
4 0 7 6 9 4 8 5	5	Impuestos y Aduanas de Florencia 2 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	4 0 7 6 9 4 8 5	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Caquetá 1 8	Florencia 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ENCINALES	ARDILA	ANGELA	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Caquetá 1 8	Florencia 0 0 1

41. Dirección principal: CONJ PORTAL DE LAS COLINAS CA 3

42. Correo electrónico: angelaencinales@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 6 3 5 7 8 1 6 3	

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 6 9 2	2 0 1 3 1 0 0 1						5 1 3 2	

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
5																									

53. Código 5

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

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 ENCINALES ARDILA ANGELA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

P-08-12

IMPLEMENTACIÓN DEL SG-SST PARA EL PERSONAL DEL CENTRO DE ADULTO MAYOR

CONVENIO DE ASOCIACIÓN

NO 001 DE 2025



DESCRIPCIÓN: COMPROBANTE DE EGRESO

FUNDACION EMPRESARIAL, CULTURAL, AMBIENTAL Y DEPORTIVA

NIT: 901340932
Correo: fundecad20@hotmail.com
Teléfono: 3163724420
CR 7 8 52 BRR LA ESTRELLA

Tipo Comprobante	Egreso
Número	136
Fecha de Causación	31/05/2025
Fecha de Generación	31/05/2025
Periodo contable	Mayo 2025

#	CUENTA CONTABLE	DETALLE	TERCERO	DEBITO	CREDITO
1	61709516 - Adulto mayor Valparaíso	PAGO IMPLEMENTACIÓN DEL SG-SST PARA EL PERSONAL DEL CENTRO DEL ADULTO MAYOR - MAYO 2025	DIANA RAMOS - 40782364	$1,800,000.00	
2	110505 - Caja general	PAGO IMPLEMENTACIÓN DEL SG-SST PARA EL PERSONAL DEL CENTRO DEL ADULTO MAYOR - MAYO 2025	DIANA RAMOS - 40782364		$1,800,000.00
			TOTALES	$1,800,000.00	$1,800,000.00

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
71dea837ad2378aac75cda85f25242745edf12b5d270b6ed84c376ce8b27466056d57f21608f1f2e9bd7a9c32ca53775

Número de Factura: FE-280
Fecha de Emisión: 28/05/2025
Fecha de Vencimiento: 28/05/2025
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Contado
Medio de Pago: Transferencia Crédito Bancario
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: RAMOS LOZANO DIANA LORENA
Nombre Comercial: RAMOS LOZANO DIANA LORENA
Nit del Emisor: 40782364
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen Fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: 01 - IVA
Actividad Económica: 7020

País: Colombia
Departamento: Caquetá
Municipio / Ciudad: Florencia
Dirección: CL 25 2 43 BRR LA LIBERTAD
Teléfono / Móvil: 3144645546
Correo: dianaramoslozano26@gmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: FUNDACION EMPRESARIAL CULTURAL AMBIENTAL Y DEPORTIVA
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 901340932
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

País: Colombia
Departamento: Caquetá
Municipio / Ciudad: Florencia
Dirección: CARRERA 7 8 52
Teléfono / Móvil: 3163724420
Correo: fundecad20@hotmail.com

Detalles de Productos

								IMPUESTOS				
Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IVA	%	INC	%	Precio unitario de venta
1	PS ADULTO MAYOR	PRESTACION DE SERVICIOS EN LA IMPLEMENTACION DEL SG SST	NIU	1,00	$ 1.512.605,04	$ 0,00	$ 0,00	$ 287.394,96	19.00			$ 1.512.605,04

Notas Finales

Linea de negocio: PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO EN EL MES DE MAYO

Datos Totales

Documento generado el:
28/05/2025 09:12:28
Documento validado por la DIAN:
28/05/2025 09:12:30
XML Generado por: Solución Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

Subtotal		1512605.04
Descuento detalle		0,00
Recargo detalle		0,00
Total Bruto Factura		1512605.04
IVA		287394.96
INC		0,00
Bolsas		0,00
Otros impuestos		0
Total impuesto (=)		287394.96
Total neto factura (=)		1800000
Descuento Global (-)		0,00
Recargo Global (+)		0,00
Total factura (=)	**COP $**	$ 1800000

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal		1.512.605,04
Descuento detalle		0,00
Recargo detalle		0,00
Total Bruto Factura		1.512.605,04
IVA		287.394,96
INC		0,00
Bolsas		0,00
Otros impuestos		0,00
Total impuesto (=)		287.394,96
Total neto factura (=)		1.800.000,00
Descuento Global (-)		0,00
Recargo Global (+)		0,00
Total factura (=)	**COP $**	$ 1.800.000,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764089417897 Rango desde: 257 Rango hasta: 500 Vigencia: 2025-08-25

RAMOS LOZANO DIANA LORENA

CC: 40.782.364 de Florencia

INFORME DE ACTIVIDADES DEL MES DE MAYO 2025

Asunto: Entrega de Informe ejecutivo de actividades seguridad y salud en el trabajo

Cordial saludo,

El **Informe de Actividades** correspondiente al **Informe Ejecutivo Mensual de Actividades de Seguridad y Salud en el Trabajo – Centro de Protección al Adulto Mayor de Valparaíso, Caquetá 2025**, ha sido entregado en **formato digital** a través de **PDF**, con el fin de garantizar su fácil acceso y consulta.

Asimismo, el **documento físico** reposa en las instalaciones del **Centro de Bienestar del Adulto Mayor**, archivado en la carpeta denominada *"Implementación de Seguridad y Salud en el Trabajo – Centro de Protección al Adulto Mayor de Valparaíso, Caquetá 2025"*.

Cordialmente,



RAMOS LOZANO DIANA LORENA

CC: 40.782.364 de Florencia

INFORME EJECUTIVO DE ACTIVIDADES SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO



CENTRO DE PROTECCIÓN AL ADULTO MAYOR DE VALPARAISO CAQUETÁ

MAYO DE 2025

Tabla de Contenido

Tabla de Contenido 1
1. Introducción. 2
2. Objetivo. 2
3. Alcance 2
4. Aspectos de Seguridad y Salud en el Trabajo. 3
4.1 Relación al personal 4
4.2 Actividades Desarrolladas de Seguridad y Salud en el Trabajo. 5
4.3 Inspecciones de Seguridad. 6
4.4 Capacitación de SG-SST 9
4.5 Acta de Vigía de SST 11
4.6 ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICA 13
4.7 AUSENTISMO LABORAL 13
4.8 Accidentes de Trabajo. 16
5. INDICE DE ANEXOS. 17
6. Conclusiones 17

1. Introducción.

La Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) es la disciplina que se encarga de la prevención de las lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo, y la protección y promoción de la salud de los trabajadores. Tiene por objeto mejorar las condiciones y el medio ambiente de trabajo, así como la salud en el trabajo, que conlleva la promoción y el mantenimiento del bienestar físico, mental y social de los trabajadores. ***FUNDECAD*** busca mejorar el ambiente laboral, la seguridad y la salud de los trabajadores a partir de la aplicación de una política que incluye los objetivos claves que deben guiar a los equipos de trabajo para alcanzar los resultados en materia de mejoramiento de las condiciones de trabajo, el bienestar y la satisfacción del personal.

2. Objetivo.

Evidenciar la gestión y cumplimiento de las obligaciones contractuales y todo lo relacionado con la gestión de la seguridad salud en el trabajo evidenciando y velando por el cumplimiento en los programas llevados a cabo para la culminación del mismo a satisfacción.

3. Alcance

El presente informe aplica a todas y cada una de las actividades realizadas por el personal que labora en el Centro de Protección del Adulto Mayor en el Municipio de Valparaíso Caquetá referente a la seguridad y salud en el trabajo en el periodo a la presentación del mismo.

4. Aspectos de Seguridad y Salud en el Trabajo.

El sistema de gestión en Seguridad y salud en el trabajo**,** consiste en el desarrollo de un proceso lógico y por etapas, basado en la mejora continua y que incluye la política, la organización, la planificación, la aplicación, la evaluación, la auditoría y las acciones de mejora con el objetivo de anticipar, reconocer, evaluar y controlar los riesgos que puedan afectar la seguridad y salud en el trabajo. Según el diseño e implementación estipulado en el Decreto 1072 de 2015 del libro 2 parte 2. Título 4. Capítulo Basados en las etapas de implementación del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST). Se adopta el siguiente esquema:



Se desarrollaron actividades en las fechas estipuladas en el presente informe, partiendo desde la organización e ingreso del personal que cumpla con todos los parámetros de seguridad social y parafiscales, capacitaciones en seguridad y salud del trabajo, y otros en cumplimiento de la normatividad vigente, requisitos a nivel nacional para la correcta ejecución de las actividades en pro de controlar, mitigar y minimizar los riesgos existentes en la ejecución de obra, evitando Enfermedades Profesionales, Incidentes, Actos Inseguros y Accidentes de Trabajo graves, leves o mortales.

4.1 Relación al personal

Durante el periodo febrero, se han hecho las respectivas afiliaciones al SGSSS del personal que ingreso, dando cumplimiento al artículo 153 de la ley 100 de 1993, al Decreto 806 de 1998 y el Decreto 1703 de 2022.

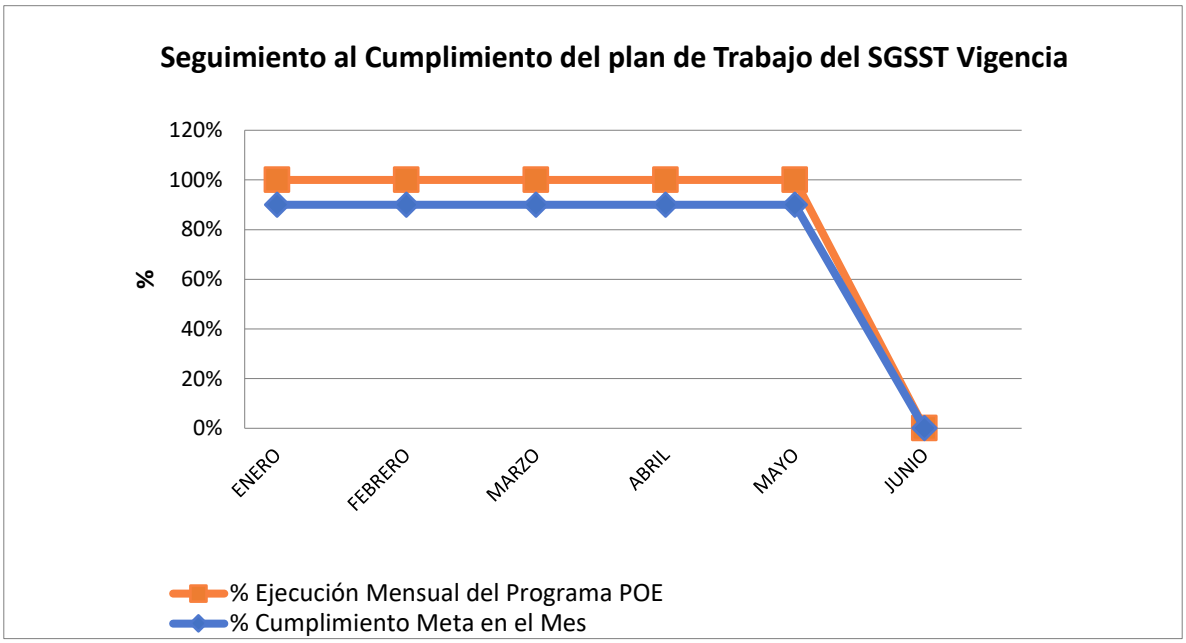
A continuación, se relaciona el Personal del centro de protección del adulto mayor:

NOMBRE Y APELLIDO	CEDULA	CARGO
ANGELA ENCINALES ARDILA	40769485	COORDINADORA
INGRID YASLEIDY GOMEZ G.	1118072830	AUXILIAR DE ENFERMERIA
ANDRES PINZON CAPERA	1117501915	AUXILIARE DE ENFERMERIA
MABERLY SUAREZ VARGAS	1006530508	AUXILIARE DE ENFERMERIA
DAYANA LUGO FERNANDEZ	1007312625	AUXILIARE DE ENFERMERIA
MIGDALIA MOLINA MAZABEL	1084899002	INGENIERO DE ALIMENTOS
WILSON LUGO CHILATRA	1117491007	PSICOLOGO
JESSICA RINCON LOSADA	1094919245	NUTRICIONISTA
MARTHA ORTIZ BAHOS	1118072334	MANIPULADORA DE ALIMENTOS
YANETH CASANOVA ORTIZ	40082409	SERVICIOS GENERALES

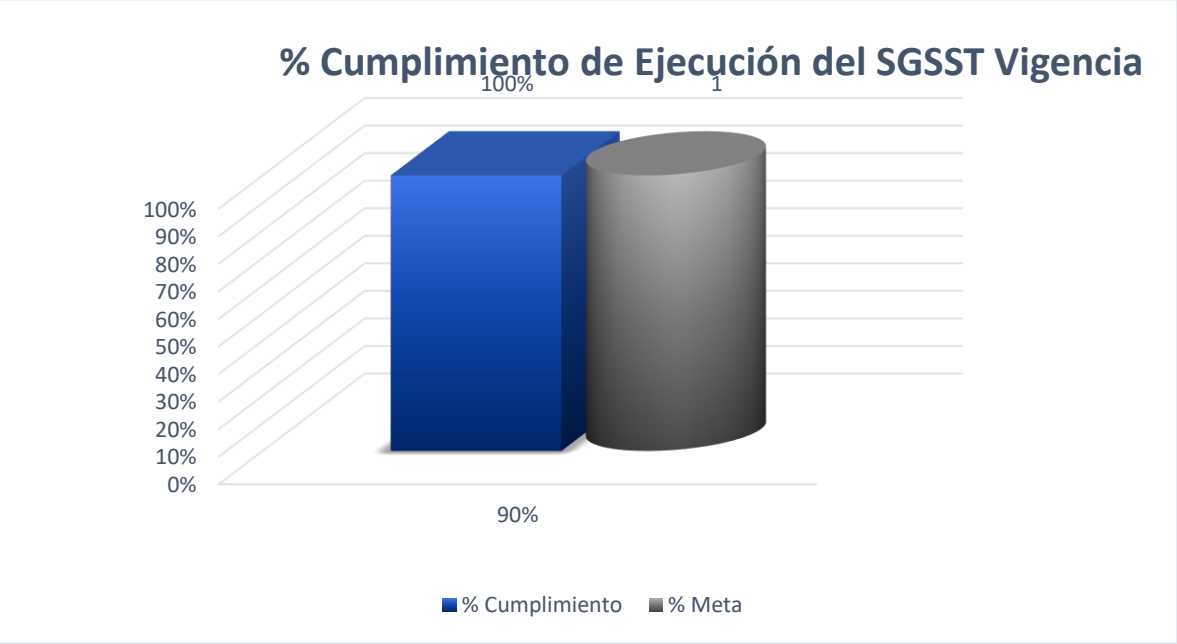
Tabla 1: Relación personal

4.2 Actividades Desarrolladas de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Durante el periodo comprendido del presente informe, se desarrollaron diferentes actividades de SST programas en el Plan anual de Trabajo, con el fin de prevenir actos o condiciones subestándar por parte del personal que labora en el Centro de Protección. se realizó capacitación de manejo de estrés y trabajo en equipo e inspecciones de elementos de emergencia (señalizaciones, orden y aseo, servicios sanitarios), encuesta de perfil sociodemográfica, acta de vigía SST y ausentismo laboral.



Fuente: Grafica De Plan De Trabajo



Fuente: Grafica De Plan De Trabajo

4.3 Inspecciones de Seguridad.

Con el objeto de evidenciar condiciones inseguras y prevenir incidentes y/o accidentes se evidencia a continuación las diferentes inspecciones realizadas durante el presente periodo.

VER ANEXO 1. FORMATO DE INSPECCION DE SEGURIDAD.

Relación de inspecciones realizadas.

ASPECTO A INSPECCIONAR
Inspección de señalización y demarcación de áreas
Inspección de orden y aseo
Inspección de servicios sanitarios

Fuente: Elaboración propia

A continuación, relaciono evidencias fotográficas de las inspecciones realizadas.

Inspecciones de seguridad implementadas.















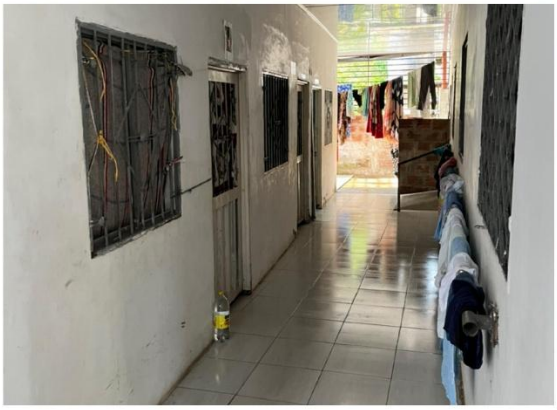














Registro fotográfico de Inspecciones de seguridad

4.4 Capacitación de SG-SST

En ***FUNDECAD*** en cumplimiento del plan de trabajo de seguridad y salud en el trabajo, se realizó la capacitación de manejo de estrés y trabajo en equipo, con el fin de seguir contribuyendo con el mejoramiento, el rendimiento y bienestar de los empleados dentro de la fundación ***FUNDECAD***. Durante la capacitación se brindó a los trabajadores herramientas para manejar el estrés mediante técnicas de relajación y organización de tareas. Además, se fortaleció el trabajo en equipo con estrategias de comunicación y cooperación, promoviendo un ambiente laboral más saludable y productivo.

VER ANEXO 2 FORMATO DE REGISTROS DE ASISTENCIAS.

VER ANEXO 3. FORMATO DE TALLER DE IDENTIFICACIÓN DEL ESTRÉS LABORAL.

Capacitaciones de seguridad.







Registro Fotográfico de Capacitaciones de seguridad

4.5 Acta de Vigía de SST

En el presente informe, el día 20 de mayo de 2025, se realizó el acta de Vigía de seguridad y salud en el trabajo, dando el cumplimiento al plan de trabajo del SG-SS, al Decreto Único reglamentario 1072 de 2015 y a la resolución 0312 de 2019.

FundECAD	FUNDECAD // NIT 901.340.932-6	Código: FT-SST-012
	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Versión: 001
		Fecha Aprobación: enero 2025
	FORMATO ACTA DE REUNION DEL COPASST	Página 1 de 1

ACTA NÚMERO: 2-2025				
Convoca:	DIA	MES	AÑO	HORA
	20	05	2025	10:00 A.M
NOMBRE DEL PROCESO / TEMA	REUNIÓN MENSUAL			
OBJETIVO DE LA REUNIÓN	SEGUIMIENTO Y VERIFICACIÓN DE ACTIVIDADES			

1. ASISTENTES

NOMBRES	CARGO	FIRMA
INGRID GOMEZ	VIGIA SST	Ingrid Gómez Gonzales
ANDRES PINZON	SUPLENTE	

2. ORDEN DEL DIA

1. Llamar a lista.
2. Verificación de quórum.
3. Verificar y proyectar actividades.

3. CUMPLIMIENTO DE COMPROMISOS ANTERIORES ()

No	COMPROMISOS / TAREAS	RESPONSABLES	Cumplió	
			SI	NO
1.	SEGUIMIENTO A LA REUNIÓN MENSUAL DEL COPASST.	VIGIA SST /PROFESIONAL SST	X	
2.	SEGUIMIENTO DE AFILIACIONES A LA SEGURIDAD SOCIAL.	VIGIA SST /PROFESIONAL SST	X	
3.	CUMPLIMIENTO AL PROGRAMA DE INSPECCIONES.	VIGIA SST /PROFESIONAL SST	X	
4.	CUMPLIMIENTO AL PROGRAMA DE CAPACITACIONES.	VIGIA SST /PROFESIONAL SST	X	
5.	CUMPLIMIENTO AL PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS.	VIGIA SST /PROFESIONAL SST	X	
6.	APLICAR ENCUESTA DEL PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO	VIGIA SST /PROFESIONAL SST	X	

Nota: Si su registro es que no se cumplió explique las razones y que acciones se van a tomar.

OBSERVACIONES:

N/A

FundECAD	FUNDECAD // NIT 901.340.932-6	Código: FT-SST-012
	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Versión: 001
		Fecha Aprobación: enero 2025
	FORMATO ACTA DE REUNION DEL COPASST	Página 2 de 2

4. RESULTADOS INVESTIGACIÓN ACCIDENTES DE TRABAJO OCURRIDOS

No	FECHA	NOMBRE DEL EMPLEADO ACCIDENTADO	ÁREA	CAUSA DEL ACCIDENTE	PARTE AFECTADA
EN EL MES DE MAYO NO SE REPORTARON ACCIDENTES DE TRABAJO.					

5. PLAN DE ACCIÓN Y COMPROMISOS

No	COMPROMISOS /TAREAS	RESPONSABLES	FECHA
1.	SEGUIMIENTO A LA REUNIÓN MENSUAL DEL COPASST.	VIGIA SST /PROFESIONAL SST	JUNIO/2025
2.	SEGUIMIENTO DE AFILIACIONES A LA SEGURIDAD SOCIAL.	VIGIA SST /PROFESIONAL SST	JUNIO/2025
3.	CUMPLIMIENTO AL PROGRAMA DE INSPECCIONES.	VIGIA SST /PROFESIONAL SST	JUNIO/2025
4.	CUMPLIMIENTO AL PROGRAMA DE CAPACITACIONES.	VIGIA SST /PROFESIONAL SST	JUNIO/2025
5.	CUMPLIMIENTO AL PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS.	VIGIA SST /PROFESIONAL SST	JUNIO/2025
6.	APLICAR ENCUESTA DE FIEBRE AMARILLA	VIGIA SST /PROFESIONAL SST	JUNIO/2025

6. AMPLIACIÓN DE LOS PUNTOS ANTERIORES

N/A

7. RECOMENDACIONES

N/A

8. PRÓXIMA REUNIÓN

FECHA	HORA	LUGAR
24 de junio de 2025	10:00 A.M	Instalaciones de la fundación

Acta de vigía SST

4.6 ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICA

El día 02 de mayo de 2025, en las instalaciones de la fundación FUNDECAD, se aplico la encuesta de perfil sociodemográfica donde se identifica características, enfermedades común y condiciones de vida de los trabajadores.

VER ANEXO 4. FORMATO DE ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICA.

4.7 AUSENTISMO LABORAL

En el presente informe, se elaboró la medición de ausentismo laboral, de acuerdo al diagnóstico del ausentismo laboral inmerso en la FUNDACION FUNDECAD, en la cual se sintetiza la información recopilada desde enero a mayo de 2025, no se presentó ninguna ausencia laboral durante este periodo.

FundECAD	*FUNDECAD // NIT 901.340.932-6*
	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
	AUSENTISMO LABORAL

Señora
YAIZA FERRER MEZQUITA
Representante legal
FUNDECAD

ASUNTO: Informe De Análisis Estadístico De Ausentismo Laboral Y Accidentalidad.

INTRODUCCIÓN

El ausentismo se reconoce como una consecuencia de conductas de abandono que no dependen del individuo en sí, si no que se producen por un conjunto de factores de realidades de conductas creadas e impropias del individuo a causa de acciones por parte de la organización manifestándose en la ineficiente supervisión, la súper especialización de las tareas, la falta de motivación y estímulo, las inadecuadas condiciones de trabajo, la falta de integración del empleado a la empresa y el impacto psicológico de una dirección defectuosa. El empleado incumple a sus obligaciones laborales imprevistamente generando sobrecarga de trabajo, disminución en la calidad de la atención, estrés, eventos adversos, alteraciones en las metas de producción, incrementando costos. Por lo anterior se debe entender el ausentismo como no solo la presencia de enfermedad si no motivo de diferentes causas de aspecto social que denotan la actitud del individuo hacia su labor.

Desde el punto de vista organizacional y de gestión de recursos humanos, el costo por ausentismo laboral es uno de los aspectos críticos de la gestión económica que puede afectar la continuidad de la empresa ya que el ausentismo impacta negativamente la competitividad de la organización, productividad y eficiencia de la misma, asumiendo así, los costos directos e indirectos entendiéndose los costos directos derivados del pago de las prestaciones sociales que se reconocen por los días de incapacidad presentados por un trabajador y los costos indirectos que se reconoce cuando se debe sustituir a una persona bien sea por recurso temporal o fijo y la adaptación del mismo al puesto de trabajo.

El papel del departamento de salud ocupacional o el profesional en la gestión del ausentismo, consiste el realizar seguimiento a la incapacidad que justifique su ausencia y evaluar el patrón de ausencia asociada a esa enfermedad, analizar si el número de incapacidades es mayor a la esperada, separación de las causas internas de la enfermedad y definir si las causas están relacionadas con el trabajo.

OBJETIVO GENERAL

Caracterizar el ausentismo laboral de **FUNDECAD** durante los meses de enero a mayo de 2025.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar áreas, cargos y patologías con mayor representación de ausentismo.

- Establecer recomendaciones para la creación de un plan de acción del ausentismo laboral.

FundECAD	*FUNDECAD // NIT 901.340.932-6*
	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
	AUSENTISMO LABORAL

Clasificación del ausentismo

El ausentismo se puede clasificar de múltiples formas a continuación tenemos una muy frecuente:

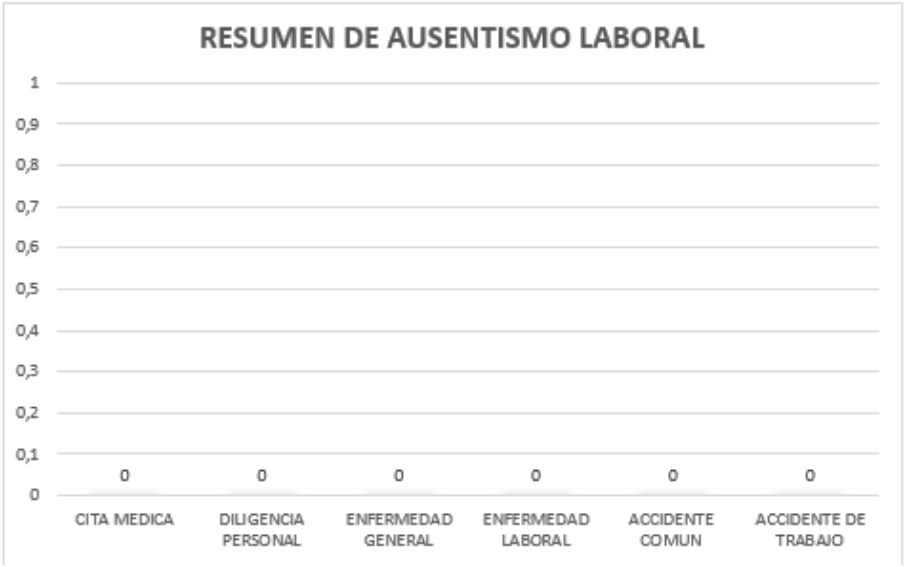
- Legal: cuando el empleado no acude al trabajo por una causa lógica o autorizada. Ejemplo: una enfermedad o un accidente, licencias o permisos.

- Ilegal: cuando la causa no es lógica o no es autorizada. Ejemplo: dejar de ir al trabajo por asistir a otra actividad deportiva o de ocio.

- Según origen: médico o no médico.

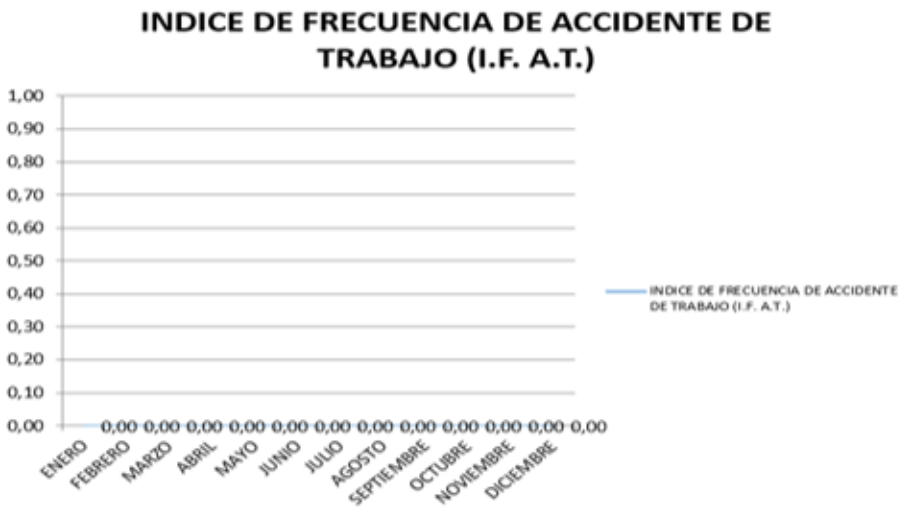
- Según la decisión del trabajador: voluntario, ejemplo ausencia por paro cívico o involuntario, ejemplo ausencia por falta de motivación.

GRÁFICA DE AUSENTISMO



FundECAD	*FUNDECAD // NIT 901.340.932-6*
	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
	AUSENTISMO LABORAL

GRAFICA DE ACCIDENTALIDAD



De Acuerdo al diagnóstico del ausentismo laboral inmerso en la FUNDACION FUNDECAD y tomando como referencia a las gráficas anteriores, en la cual se sintetiza la información recopilada desde enero a mayo de 2025, no se presentó ninguna ausencia laboral durante este periodo.

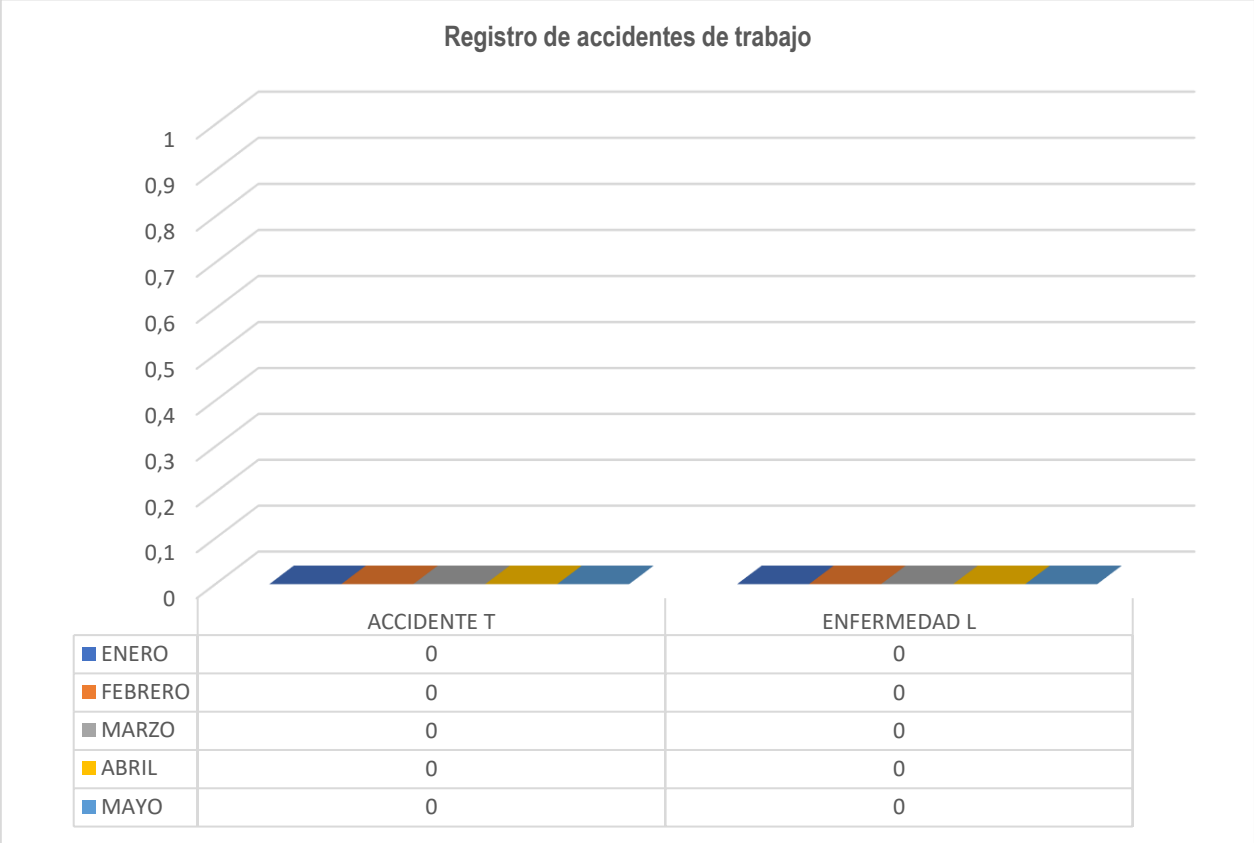
Se firma a los 21 días del mes de mayo de 2025.

DIANA LORENA RAMOS
RESPONSABLE DEL SG-SST

4.8 Accidentes de Trabajo.

En cuanto a accidentes e incidentes de trabajo durante el período comprendido a la fecha de presentar informe, es pertinente indicar que no se presentó ninguna situación de accidente, incidente de carácter leve, grave y mortal.

TABLA DE ACCIDENTALIDAD EN EL PERIODO.



	ACCIDENTE T	ENFERMEDAD L
ENERO	0	0
FEBRERO	0	0
MARZO	0	0
ABRIL	0	0
MAYO	0	0

Grafica 1. Accidentalidad

5. INDICE DE ANEXOS.

- **ANEXO 1**: FORMATO DE INSPECCION DE SEGURIDAD.
- **ANEXO 2:** FORMATO DE REGISTRO DE ASISTENCIA.
- **ANEXO 3.** FORMATO DE TALLER DE IDENTIFICACIÓN DEL ESTRÉS LABORAL.
- **ANEXO 4:** FORMATO DE ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICA.

6. Conclusiones

- Se dio cumplimiento con 100% de la ejecución del plan de trabajo.
- Se dio cumplimiento con 100% del cronograma de capacitaciones
- No se presentaron reportes de actos y condiciones inseguras.
- No se presentaron incidentes y accidentes de trabajo.
- Los trabajadores demuestran aprensión sobre el tema expuesto
- Se evidenció el correcto diligenciamiento de las inspecciones realizadas con el fin de prevenir y garantizar unas condiciones óptimas de trabajo para el personal del proyecto.

DIANA LORENA RAMOS LOZANO
Profesional en Seguridad y Salud en el Trabajo

ANEXO 1: FORMATO DE INSPECCION DE SEGURIDAD

FundECAD	*FUNDECAD // NIT 901.340.932-6*	Código: FT-SST-037
	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Versión: 001
		Fecha Aprobación: enero 2025
	FORMATO INSPECCION SEÑALIZACIÓN Y DEMARCACIÓN DE AREAS	Página 1 de 1

ASPECTO A EVALUAR	CALIFICACIÓN				OBSERVACIONES
	B	M	N/C	N/A	
Todas las áreas cuentan con señalización de emergencias, claras y visibles (salidas de emergencia, rutas de evacuación, espacios libres de humo, riesgo eléctrico. etc.)?	X				
Los extintores están debidamente señalizados, demarcados, a la altura correspondiente (mínimo 30 cm, máximo 1,50 Mtrs); la señalización corresponde al tipo de extintor?	X				
¿El área de los extintores está libre de objetos y obstáculos?	X				
¿Las salidas de emergencias se encuentran libres de obstáculos y disponibles?	X				
¿Los trabajadores identifican los sonidos de alarma y alerta que existen en la oficina?	X				
¿El personal esta entrenado para emergencias?	X				
¿Todas las puertas abren hacia el exterior y están provistas de cerraduras interiores de fácil operación?	X				
¿La empresa cuenta con botiquín de emergencias dotado elementos básicos de curación?	X				
¿Existen camillas para transporte de lesionados?	X				
¿Las escaleras de evacuación son antideslizantes y cuentan con pasamanos?	X				

B: Bueno M: Malo N/C: No cumple N/A: No aplica

INSPECCIONADO POR: DIANA LORENA RAMOS **FECHA**: 26/05/2025

CARGO: ASESORA SST

ÁREA: INSTALACIONES DE LA EMPRESA

FundECAD	*FUNDECAD // NIT 901.340.932-6*	Código: FT-SST-034
	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Versión: 001
		Fecha Aprobación: enero 2025
	FORMATO DE INSPECCIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS	Página 1 de 1

FECHA: 7/05/2025 AREA: Instalaciones de la fundación

LUGAR	DESCRIPCIÓN	BAÑOS			ESTADO DE MANTENIMIENTO			OBSERVACIONES
		HOMBRES	MUJERES	MIXTO	BUENO	REGULAR	MALO	
	ORINALES	N/A						
	INODOROS			X	X			
	LAVAMANOS			X	X			
	DUCHAS			NT				
	RECIPIENTE DE RECOLECCIÓN			X	X			
	PAPEL HIGIENICO			X	X			
	TOALLA			NT				
	JABON			X	X			
	SEÑALIZADOS			X	X			
	ESPEJO			X	X			
	EN GENERAL				X			los baños mantienen limpios y desinfectados.

RECOMENDACIONES: N/A

QUIEN INSPECCIONA: DIANA LORENA RAMOS CARGO: ASESORA SST FIRMA: _____

FundECAD	*FUNDECAD /// NIT 901.340.932-6*	Código: FT-SST-032
	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Versión: 001
		Fecha Aprobación: enero 2025
	FORMATO INSPECCION ORDEN Y ASEO	Página 1 de 1

Fecha: 21/05/2025	Área Inspeccionada: Instalaciones de la Fundación			
Periodicidad de la Inspección: bimestral				
Responsables de la Inspección: DIANA LORENA RAMOS LOZANO				
ASPECTO CONSIDERADO	**CUMPLE**	**NO CUMPLE**	**NO APLICA**	**OBSERVACIONES**
CONDICIONES DE SEGURIDAD				
Funcionamiento de las luminarias	X			
Cables eléctricos canalizados	X			
Maquina en estado adecuado de limpieza	X			
Las posturas son ergonómicas	X			
Sistema de ventilación optimo	X			
Ventanas y vidrios en buen estado	X			
Los pasillos de circulación están señalizados	X			
Paredes en buen estado	X			
Los techos están en buen estado	X			
Las áreas de almacenamiento se encuentran señalizadas	X			
Señalización de información y de prevención en cuanto al área y las vías de evacuación	X			
Extintores o equipos contra incendios con su respectiva señalización	X			
Hay ruido	X			
Espacios adecuados en el lugar de trabajo	X			
Los tomacorrientes están protegidos y con identificación de voltajes	X			
El estado del equipo de protección personal	X			
Ha recibido inducción para la utilización del equipo de protección personal	X			
Elementos regados o tirados	X			
los elementos y materiales en general almacenados e identificados	X			
Los lugares de archivo, y almacenamiento se clasifican por tamaño, forma y peso	X			
Se realiza inducción al puesto, por los jefes encargados	X			
Pausas activas durante la jornada laboral	X			
Mantenimiento preventivo a las herramientas de trabajo	X			
En el puesto hay manual de procedimientos	X			
MANEJO DE RESIDUOS				

FundECAD	*FUNDECAD // NIT 901.340.932-6*	Código: FT-SST-032
	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Version: 001
		Fecha Aprobación: enero 2025
	FORMATO INSPECCION ORDEN Y ASEO	Página 2 de 2

Los recipientes existentes son suficientes	X			
Los recipientes se encuentran pintados con el color correspondiente.	X			
Los recipientes están identificados y debidamente señalizados	X			
El personal hace selección y separación adecuada de los residuos			X	
Se cumple con la frecuencia para llevar los recipientes al centro de acopio asignado			X	
UTILIZACION DE LOS RECURSOS				
Se reportan los daños de los equipos de computo	X			
Se reportan las fugas de agua	X			
Se reportan los daños de los servicios sanitarios oportunamente	X			
Se dejan los equipos encendidos innecesariamente	X			
Se realiza mantenimiento a los equipos de computo	X			
Se dejan luces encendidas innecesariamente	X			
Se reciclan los materiales y se les da buen uso	X			
ORDEN Y ASEO				
Orden del sitio de trabajo	X			
Baños de damas y caballeros se encuentran en buen estado	X			
Vias de circulación y/o evacuación sin obstáculos	X			
Cajones y escritorios en orden	X			
Hay elementos que no pertenecen al área	X			
Los pisos se encuentran limpios	X			
La ubicación de implementos de aseo es la adecuada	X			
Los desechos están identificados y localizados	X			
Los objetos personales están ubicados en casilleros	X			
Las canecas existes son suficientes para la producción de desechos.	X			
Las ventanas se encuentran limpias	X			
Las paredes se encuentran limpias	X			
La señalización existente está en buen estado y limpia	X			
Los servicios sanitarios están dotados de papeleras.	X			
Los servicios sanitarios están dotados de papel higiénico y dispensadores de papel.	X			

FundECAD	*FUNDECAD // NIT 901.340.932-6*	Código: FT-SST-032
	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Versión: 001
		Fecha Aprobación: enero 2025
	FORMATO INSPECCION ORDEN Y ASEO	Página 3 de 3

La información que contienen los avisos y carteleras, es legible y actualizada	X			
Los empleados utilizan su uniforme y elementos de protección personal	X			
ESTADO DE LAS INSTALACIONES				
Las paredes se encuentran en buen estado	X			
Pisos se encuentran en buen estado	X			
Los estantes se encuentran en buen estado	X			
Ventanas y vidrios en buen estado	X			
Techos en buen estado	X			
Lámparas en buen estado	X			
Baños damas y caballeros están en buen estado	X			
Las puertas están en buen estado	X			
Fumigación	X			
Las canecas se encuentran tapadas	X			

ANEXO 2: FORMATO DE REGISTRO DE ASISTENCIA.

FundECAD	FUNDECAD // NIT 901.340.932-6	Código: FT-SST-024
	SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Fecha Aprobación: Enero 2025
	FORMATO DE REGISTRO DE ASISTENCIA	Version: 001

LUGAR	HORA	DD	MM	AA
Instalacion de la fundacion	8:00 am	28	05	2025

ACTIVIDAD REALIZADA		TEMAS TRATADOS
Inducción		Capacitación de Manejo de estres
Reinducción		
Charla de seguridad		
Reuniones de SST / Operativas		
Seminario / Taller / Curso		
Capacitación especifica al cargo		
Capacitacion	X	
Otra		

No	Nombre del Trabajador	Cédula de Ciudadanía	Cargo	Firma
1	Ingrid Yasleidy Gómez González	1118.072.830	Aux Enfermeria	Ingrid Gómez G.
2	Dayana Lugo Fernandez	1007372625	Aux Enfermeria	
3	Andres Pinzon Garzon	1117509918	Aux Enfermeria	
4	Janeth Casanova Avila	40.082409	Servicios generales	Janeth Casanova
5	Mairi ortiz Bahoz	1772072334	manipuladora desde 9am.	Mairi ortiz Bahoz
6	Maberly Suaret Vargas.	1006530508.	Aux. de Enfermeria.	
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				

Persona responsable de la actividad

Nombre	Firma
Diana Lorena Parra Lozano	

FundECAD	FUNDECAD // NIT 901.340.932-6	Código: FT-SST-024
	SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Fecha Aprobación: Enero 2025
	FORMATO DE REGISTRO DE ASISTENCIA	Version: 001

LUGAR	HORA	DD	MM	AA
Instalación de la fundación	10:00 am	14	05	2025

ACTIVIDAD REALIZADA		TEMAS TRATADOS
Inducción		
Reinducción		
Charla de seguridad		
Reuniones de SST / Operativas		
Seminario / Taller / Curso		
Capacitación especifica al cargo		
Capacitación	X	Capacitación de trabajo en equipo
Otra		

No	Nombre del Trabajador	Cédula de Ciudadanía	Cargo	Firma
1	Wilson Leo Chilatra	1.117.491.307	Psicólogo	Wilson Leo Chilatra
2	Haberly Suarez Vargas.	1006530508	Aux. Enfermería.	
3	Angees Ponzon Cardona	1.117.501.915	Aux. Enfermería	
4	Dariana Lucia Fernandez	1009372645	Aux. Enfermería.	
5	Mary Ortiz Bahos	1178092334	Manipuladora Alimentos.	Mary ortiz
6	Yaneth Cabrera Ardila.	40082409	Servicios Generales	Yaneth Cabrera.
7	Ingrid Yasleidy Gomez Gonzalez	1.118092.830	Aux Enfermeria	Ingrid Gómez G
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				

Persona responsable de la actividad

Nombre	Firma
Diana Lorena Ramos Lozano	

ANEXO 3. FORMATO DE TALLER DE IDENTIFICACIÓN DEL ESTRÉS LABORAL.

IDENTIFIQUEMOS ESTRES LABORAL

ABOSST
ABOGADOS EN PROFESIONALES EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO ZOMAC S.A.S
ABOSST ZOMAC SAS

FECHA: 28 05 2025
NOMBRE: Mary ortiz
CARGO: Manipuladora de alimentos

1 QUE HACES PARA ESTABLECER UNA BUENA RELACION CON TUS COMPAÑEROS

1. Tener una buena comunicación
2. Integración
3. Mas unión

IDENTIFICA

2 ¿Qué provoca el estrés laboral?

1. Falta de respecto
2. Mucho ruido
3.

3

PLASMAR 3 COSAS QUE TE GENEREN TRANQUILIDAD Y PAZ

1. Cuando estan de buen humor.
2. pasar tiempo con mis hijos.
3.

4 PLASMA 2 HABITOS

1. Salir a caminar
2.

IDENTIFIQUEMOS ESTRES LABORAL

ABOSST
ADMINISTRADORA PROFESIONAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO ZOMAC SAS
ABOSST ZOMAC SAS

FECHA: 28-05-2025
NOMBRE: Dayana Lucia Hernandez
CARGO: Aux. enfermeria

1 QUE HACES PARA ESTABLECER UNA BUENA RELACION CON TUS COMPAÑEROS

1. Tener una buena comunicación
2. Integración.
3. Mas unión

IDENTIFICA

2 ¿QUÉ PROVOCA EL ESTRÉS LABORAL?

1. Falta de respeto
2. Aburrimiento
3.

3 PLASMAR 3 COSAS QUE TE GENEREN TRANQUILIDAD Y PAZ

1. Cuando estan de buen humor
2. Pasar tiempo con mi novio
3. Visitar la Finca

4 PLASMA 2 HABITOS

1. Jugar micro
2.

IDENTIFIQUEMOS ESTRES LABORAL

ABOSST
ASESORAMOS PROFESIONALMENTE EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO ZOMAC S.A.S
ABOSST ZOMAC SAS

FECHA: 28 oct 2021
NOMBRE: Yaneth casanova.
CARGO: Servios generales

1 QUE HACES PARA ESTABLECER UNA BUENA RELACION CON TUS COMPAÑEROS

1. comunicación
2. Comparto
3. Unión

IDENTIFICA

2 ¿QUÉ PROVOCA EL ESTRÉS LABORAL?

1. Poco descanso
2.
3.

3 PLASMAR 3 COSAS QUE TE GENEREN TRANQUILIDAD Y PAZ

1. el Verdamar
2. la familia.
3.

4 PLASMA 2 HABITOS

1. Comer
2. Dormir

IDENTIFIQUEMOS ESTRES LABORAL

ABOSST
ASESORAMOS Y CAPACITAMOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO A EMPRESAS
ABOSST ZOMAC SAS

FECHA: 28-05-2025.
NOMBRE: Naberly Sevret V.
CARGO: Aux. de Enfermería.

IDENTIFICA

1 QUE HACES PARA ESTABLECER UNA BUENA RELACION CON TUS COMPAÑEROS

1. Buena Comunicación
2. Integración
3. Unión.

2 ¿QUÉ PROVOCA EL ESTRÉS LABORAL?

1. Falta de Respeto.
2. Ruido.
3. Dos Jefes.

3 PLASMAR 3 COSAS QUE TE GENEREN TRANQUILIDAD Y PAZ

1. Buen humor en el ambiente laboral.
2. La Familia.
3. Baile.

4 PLASMA 2 HABITOS

1. Comer. Sano.
2. Dormir.

IDENTIFIQUEMOS ESTRES LABORAL

ABOSST
ASESORAMOS PROFESIONALMENTE EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO COMAC S.A.S
ABOSST COMAC SAS

FECHA: 23/07/2025
NOMBRE: Ingrid Yaseidy Gómez G.
CARGO: Aux Enfermería

1 QUE HACES PARA ESTABLECER UNA BUENA RELACION CON TUS COMPAÑEROS

1. Comunicación
2. Compartir
3. Unión

2 ¿Qué provoca el estrés laboral?

1. Falta respeto
2. Bullo
3.

IDENTIFICA

3 PLASMAR 3 COSAS QUE TE GENEREN TRANQUILIDAD Y PAZ

1. Buen ambiente laboral
2.
3.

4 PLASMA 2 HABITOS

1. Compartir familiar
2. Tranquilidad mental

IDENTIFIQUEMOS ESTRES LABORAL

ABOSST
ABOGADOS PROFESIONALES EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO ZOMAC S.A.S
ABOSST ZOMAC SAS

FECHA: 28-03-2025
NOMBRE: Anny Arcos Cuevas
CARGO: Aux Enfermería

1 QUE HACES PARA ESTABLECER UNA BUENA RELACION CON TUS COMPAÑEROS

1. Comunicación
2. Confianza
3. Union

2 ¿Qué provoca el estrés laboral?

1. Falta de descanso
2. Ruido
3.

IDENTIFICA

3 PLASMAR 3 COSAS QUE TE GENEREN TRANQUILIDAD Y PAZ

1. Estar de buen humor
2. La familia
3.

4 PLASMA 2 HABITOS

1. Hacer deporte
2. Compartir con la familia

ANEXO 4. FORMATO DE ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICA.

FundECAD	FUNDECAD // NIT 901.340.932-6	Código: FT-SST-029
	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Versión: 001
		Fecha Aprobación: enero 2025
	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO	Página 1 de 1

Daiana Vega f.

ENCUESTA SOCIODEMOGRÁFICA

Responda marcando con una (x), se le recuerda que solo debe marcar una vez, no tachones, no enmendaduras.

1. EDAD
a. Menor de 18 años
(b) 18 – 27 años
c. 28 – 37 años
d. 38 _ 47 años
e. 48 años o más

2. ESTADO CIVIL
x a. Soltero (a)
b. Casado (a) /Unión libre
c. Separado (a) /Divorciado
d. Viudo (a)

3. SEXO
a. Hombre
x b. Mujer
c. LGTBIQ+

4. NUMERO DE PERSONAS A CARGO
a. Ninguna
x b. 1 – 3 personas
c. 4 – 6 personas
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD
a. Primaria
b. Secundaria
x c. Técnico / Tecnólogo
d. Universitario
e. Especialista/ Maestro

6. TENENCIA DE VIVIENDA
a. Propia
x b. Arrendada
c. Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

7. USO DEL TIEMPO LIBRE
a. Otro trabajo
x b. Labores domésticas
x c. Recreación y deporte
d. Estudio
e. Ninguno

8. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)
x a. Mínimo Legal (S.M.L.)
b. Entre 1 a 3 S.M.L.
c. Entre 4 a 5 S.M.L.
d. Entre 5 y 6 S.M.L.
e. Más de 7 S.M.L.

9. TIEMPO COMO CONTRATISTA
a. De 3 a 6 meses
b. De 6 meses a 1 año
x c. De 1 a 3 años
d. De 3 a 5 años
e. Más 5 años

10. TIPO DE CONTRATACIÓN
a. A termino fijo
x b. Indefinido

11. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD
a. Si
x b. No
c. Cual: _____

12. FUMA
a. Si
x b. No

FundECAD	FUNDECAD // NIT 901.340.932-6	Código: FT-SST-029
	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Versión: 001
		Fecha Aprobación: enero 2025
	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO	Página 2 de 2

13. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS

a. NO
b. SI

___ Semanal
___ Quincenal
___ Mensual
___ Ocasional

14. PRACTICA ALGUN DEPORTE

a. NO
b. SI
CUAL: MMD + MINI FUTBOL
Horas semanales: _____

15. Indique cuales de las siguientes molestias ha experimentado con frecuencia en los últimos seis (6) meses

SINTOMAS	SI	NO	¿CUALES SON LOS SINTOMAS?
Dolor de cabeza		X	
Dolor de cuello, espalda y cintura		X	
Dolores musculares		X	
Dificultad para algún movimiento		X	
Tos frecuente		X	
Dificultad respiratoria		X	
Gastritis, ulcera		X	
Otras alteraciones del funcionamiento digestivo		X	
Alteraciones del sueño (insomnio, somnolencia)		X	
Dificultad para concentrarse		X	
Mal genio		X	
Nerviosismo		X	
Cansancio mental		X	
Palpitaciones		X	
Dolor en el pecho (angina)		X	
Cambios visuales		X	
Cansancio, fatiga, ardor o disconfort visual		X	
Pitos o ruidos continuos o intermitentes en los oídos		X	
Dificultad para oír		X	
Sensación permanente de cansancio		X	
Alteraciones en la piel		X	
Otras alteraciones no anotadas	X		Estres

FundECAD	FUNDECAD // NIT 901.340.932-6	Código: FT-SST-029
	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Versión: 001
		Fecha Aprobación: enero 2025
	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO	Página 1 de 1

MARY ORTIZ BAHOZ

ENCUESTA SOCIODEMOGRÁFICA

Responda marcando con una (x), se le recuerda que solo debe marcar una vez, no tachones, no enmendaduras.

1. EDAD
a. Menor de 18 años
b. 18 – 27 años
X. 28 – 37 años X
d. 38 _ 47 años
e. 48 años o más

2. ESTADO CIVIL
X. Soltero (a)
b. Casado (a) /Unión libre
c. Separado (a) /Divorciado
d. Viudo (a)

3. SEXO
a. Hombre
X. Mujer
c. LGTBIQ+

4. NUMERO DE PERSONAS A CARGO
a. Ninguna
X. 1 – 3 personas
c. 4 – 6 personas
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD
X. Primaria
b. Secundaria
c. Técnico / Tecnólogo
d. Universitario
e. Especialista/ Maestro

6. TENENCIA DE VIVIENDA
a. Propia
X. Arrendada
c. Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

7. USO DEL TIEMPO LIBRE
a. Otro trabajo
X. Labores domésticas
c. Recreación y deporte
d. Estudio
e. Ninguno

8. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)
X. Mínimo Legal (S.M.L.)
b. Entre 1 a 3 S.M.L.
c. Entre 4 a 5 S.M.L.
d. Entre 5 y 6 S.M.L.
e. Más de 7 S.M.L.

9. TIEMPO COMO CONTRATISTA
a. De 3 a 6 meses
b. De 6 meses a 1 año
X. De 1 a 3 años
d. De 3 a 5 años
e. Más 5 años

10. TIPO DE CONTRATACIÓN
a. A termino fijo
X. Indefinido

11. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD
a. Si
b. No
c. Cual: _____

12. FUMA
a. Si
X. No

FundECAD	FUNDECAD // NIT 901.340.932-6	Código: FT-SST-029
	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Versión: 001
		Fecha Aprobación: enero 2025
	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO	Página 2 de 2

13. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS

a. NO
X SI

___ Semanal
___ Quincenal
___ Mensual
_X_ Ocasional

14. PRACTICA ALGUN DEPORTE

a. NO X
b. SI
CUAL: _____
Horas semanales: _____

15. Indique cuales de las siguientes molestias ha experimentado con frecuencia en los últimos seis (6) meses

SINTOMAS	SI	NO	¿CUALES SON LOS SINTOMAS?
Dolor de cabeza	X		
Dolor de cuello, espalda y cintura		X	
Dolores musculares		X	
Dificultad para algún movimiento		X	
Tos frecuente		X	
Dificultad respiratoria		X	
Gastritis, ulcera		X	
Otras alteraciones del funcionamiento digestivo		X	
Alteraciones del sueño (insomnio, somnolencia)		X	
Dificultad para concentrarse		X	
Mal genio		X	
Nerviosismo		X	
Cansancio mental		X	
Palpitaciones		X	
Dolor en el pecho (angina)		X	
Cambios visuales		X	
Cansancio, fatiga, ardor o disconfort visual		X	
Pitos o ruidos continuos o intermitentes en los oídos		X	
Dificultad para oír		X	
Sensación permanente de cansancio		X	
Alteraciones en la piel		X	
Otras alteraciones no anotadas		X	

FundECAD	FUNDECAD // NIT 901.340.932-6	Código: FT-SST-029
	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Versión: 001
		Fecha Aprobación: enero 2025
	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO	Página 1 de 1

Maberly Suarez Vargas. Aux. de Enfermería.

ENCUESTA SOCIODEMOGRÁFICA

Responda marcando con una (x), se le recuerda que solo debe marcar una vez, no tachones, no enmendaduras.

1. EDAD
a. Menor de 18 años
b. 18 – 27 años X
c. 28 – 37 años
d. 38 _ 47 años
e. 48 años o más

2. ESTADO CIVIL
a. Soltero (a) X
b. Casado (a) /Unión libre
c. Separado (a) /Divorciado
d. Viudo (a)

3. SEXO
a. Hombre
b. Mujer X
c. LGTBIQ+

4. NUMERO DE PERSONAS A CARGO
a. Ninguna X
b. 1 – 3 personas
c. 4 – 6 personas
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD
a. Primaria
b. Secundaria
c. Técnico / Tecnólogo X
d. Universitario
e. Especialista/ Maestro

6. TENENCIA DE VIVIENDA
a. Propia
b. Arrendada
c. Familiar X
d. Compartida con otra(s) familia(s)

7. USO DEL TIEMPO LIBRE
a. Otro trabajo
b. Labores domésticas X
c. Recreación y deporte
d. Estudio
e. Ninguno

8. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)
a. Mínimo Legal (S.M.L.) X
b. Entre 1 a 3 S.M.L.
c. Entre 4 a 5 S.M.L.
d. Entre 5 y 6 S.M.L.
e. Más de 7 S.M.L.

9. TIEMPO COMO CONTRATISTA
a. De 3 a 6 meses
b. De 6 meses a 1 año
c. De 1 a 3 años X
d. De 3 a 5 años
e. Más 5 años

10. TIPO DE CONTRATACIÓN
a. A termino fijo X
b. Indefinido

11. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD
a. Si
b. No X
c. Cual: _____

12. FUMA
a. Si
b. No X

FundECAD	FUNDECAD // NIT 901.340.932-6	Código: FT-SST-029
	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Versión: 001
		Fecha Aprobación: enero 2025
	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO	Página 2 de 2

13. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS

a. NO X
b. SI
___ Semanal
___ Quincenal
___ Mensual
___ Ocasional

14. PRACTICA ALGUN DEPORTE

a. NO
b. SI X
CUAL: Fútbol Salón.
Horas semanales: 3 horas.

15. Indique cuales de las siguientes molestias ha experimentado con frecuencia en los últimos seis (6) meses

SINTOMAS	SI	NO	¿CUALES SON LOS SINTOMAS?
Dolor de cabeza		X	
Dolor de cuello, espalda y cintura	X		
Dolores musculares	X		
Dificultad para algún movimiento		X	
Tos frecuente		X	
Dificultad respiratoria		X	
Gastritis, ulcera	X		
Otras alteraciones del funcionamiento digestivo		X	
Alteraciones del sueño (insomnio, somnolencia)		X	
Dificultad para concentrarse		X	
Mal genio		X	
Nerviosismo		X	
Cansancio mental	X		
Palpitaciones		X	
Dolor en el pecho (angina)		X	
Cambios visuales	X		
Cansancio, fatiga, ardor o disconfort visual	X		
Pitos o ruidos continuos o intermitentes en los oídos		X	
Dificultad para oír		X	
Sensación permanente de cansancio		X	
Alteraciones en la piel		X	
Otras alteraciones no anotadas			

FundECAD	FUNDECAD // NIT 901.340.932-6	Código: FT-SST-029
	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Versión: 001
		Fecha Aprobación: enero 2025
	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO	Página 1 de 1

ANDRES PINZON CARDA

ENCUESTA SOCIODEMOGRÁFICA

Responda marcando con una (x), se le recuerda que solo debe marcar una vez, no tachones, no enmendaduras.

1. EDAD
a. Menor de 18 años
b. 18 – 27 años
X c. 28 – 37 años
d. 38 _ 47 años
e. 48 años o más

2. ESTADO CIVIL
X a. Soltero (a)
b. Casado (a) /Unión libre
c. Separado (a) /Divorciado
d. Viudo (a)

3. SEXO
X a. Hombre
b. Mujer
c. LGTBIQ+

4. NUMERO DE PERSONAS A CARGO
X a. Ninguna
b. 1 – 3 personas
c. 4 – 6 personas
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD
a. Primaria
b. Secundaria
X c. Técnico / Tecnólogo
d. Universitario
e. Especialista/ Maestro

6. TENENCIA DE VIVIENDA
a. Propia
X b. Arrendada
c. Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

7. USO DEL TIEMPO LIBRE
a. Otro trabajo
X b. Labores domésticas
c. Recreación y deporte
d. Estudio
e. Ninguno

8. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)
X a. Mínimo Legal (S.M.L.)
b. Entre 1 a 3 S.M.L.
c. Entre 4 a 5 S.M.L.
d. Entre 5 y 6 S.M.L.
e. Más de 7 S.M.L.

9. TIEMPO COMO CONTRATISTA
a. De 3 a 6 meses
b. De 6 meses a 1 año
X c. De 1 a 3 años
d. De 3 a 5 años
e. Más 5 años

10. TIPO DE CONTRATACIÓN
X a. A termino fijo
b. Indefinido

11. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD
a. Si
X b. No
c. Cual: _____

12. FUMA
a. Si
X b. No

FundECAD	FUNDECAD // NIT 901.340.932-6	Código: FT-SST-029
	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Versión: 001
		Fecha Aprobación: enero 2025
	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO	Página 2 de 2

13. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS

a. NO X
b. SI
___ Semanal
___ Quincenal
___ Mensual
___ Ocasional

14. PRACTICA ALGUN DEPORTE

a. NO
X b. SI X
CUAL: Futbol
Horas semanales: 2 horas

15. Indique cuales de las siguientes molestias ha experimentado con frecuencia en los últimos seis (6) meses

SINTOMAS	SI	NO	¿CUALES SON LOS SINTOMAS?
Dolor de cabeza		X	
Dolor de cuello, espalda y cintura		X	
Dolores musculares		X	
Dificultad para algún movimiento		X	
Tos frecuente		X	
Dificultad respiratoria		X	
Gastritis, ulcera	X		
Otras alteraciones del funcionamiento digestivo		X	
Alteraciones del sueño (insomnio, somnolencia)		X	
Dificultad para concentrarse		X	
Mal genio		X	
Nerviosismo		X	
Cansancio mental		X	
Palpitaciones		X	
Dolor en el pecho (angina)		X	
Cambios visuales		X	
Cansancio, fatiga, ardor o disconfort visual		X	
Pitos o ruidos continuos o intermitentes en los oídos		X	
Dificultad para oír		X	
Sensación permanente de cansancio		X	
Alteraciones en la piel		X	
Otras alteraciones no anotadas		X	

FundECAD	FUNDECAD // NIT 901.340.932-6	Código: FT-SST-029
	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Versión: 001
		Fecha Aprobación: enero 2025
	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO	Página 1 de 1

Ingrid yasleidy Gomez Gonzalez. 1.118.072.830

ENCUESTA SOCIODEMOGRÁFICA

Responda marcando con una (x), se le recuerda que solo debe marcar una vez, no tachones, no enmendaduras.

1. EDAD
a. Menor de 18 años
b. 18 – 27 años
x. 28 – 37 años
d. 38 _ 47 años
e. 48 años o más

2. ESTADO CIVIL
a. Soltero (a)
x. Casado (a) /Unión libre
c. Separado (a) /Divorciado
d. Viudo (a)

3. SEXO
a. Hombre
x. Mujer
c. LGTBIQ+

4. NUMERO DE PERSONAS A CARGO
a. Ninguna
x. 1 – 3 personas
c. 4 – 6 personas
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD
a. Primaria
b. Secundaria
x. Técnico / Tecnólogo
d. Universitario
e. Especialista/ Maestro

6. TENENCIA DE VIVIENDA
x. Propia
b. Arrendada
c. Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

7. USO DEL TIEMPO LIBRE
a. Otro trabajo
x. Labores domésticas
c. Recreación y deporte
d. Estudio
e. Ninguno

8. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)
x. Mínimo Legal (S.M.L.)
b. Entre 1 a 3 S.M.L.
c. Entre 4 a 5 S.M.L.
d. Entre 5 y 6 S.M.L.
e. Más de 7 S.M.L.

9. TIEMPO COMO CONTRATISTA
a. De 3 a 6 meses
x. De 6 meses a 1 año
c. De 1 a 3 años
d. De 3 a 5 años
e. Más 5 años

10. TIPO DE CONTRATACIÓN
a. A termino fijo
x. Indefinido

11. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD
a. Si
x. No
c. Cual: _____

12. FUMA
a. Si
x. No

FundECAD	*FUNDECAD // NIT 901.340.932-6*	Código: FT-SST-029
	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Versión: 001
		Fecha Aprobación: enero 2026
	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO	Página 2 de 2

13. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS

a. NO
b. SI

___ Semanal
___ Quincenal
___ Mensual
___ Ocasional

14. PRACTICA ALGUN DEPORTE

a. NO
X b. SI
CUAL: Caminata.
Horas semanales: _____

15. Indique cuales de las siguientes molestias ha experimentado con frecuencia en los últimos seis (6) meses

SINTOMAS	SI	NO	¿CUALES SON LOS SINTOMAS?
Dolor de cabeza	X		
Dolor de cuello, espalda y cintura		X	
Dolores musculares		X	
Dificultad para algún movimiento		X	
Tos frecuente		X	
Dificultad respiratoria		X	
Gastritis, ulcera		X	
Otras alteraciones del funcionamiento digestivo		X	
Alteraciones del sueño (insomnio, somnolencia)		X	
Dificultad para concentrarse		X	
Mal genio		X	
Nerviosismo		X	
Cansancio mental		X	
Palpitaciones		X	
Dolor en el pecho (angina)		X	
Cambios visuales		X	
Cansancio, fatiga, ardor o disconfort visual		X	
Pitos o ruidos continuos o intermitentes en los oídos		X	
Dificultad para oír		X	
Sensación permanente de cansancio		X	
Alteraciones en la piel		X	
Otras alteraciones no anotadas		X	

FundECAD	FUNDECAD // NIT 901.340.932-6	Código: FT-SST-029
	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Versión: 001
		Fecha Aprobación: enero 2026
	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO	Página 1 de 1

Yaneth casanova.
40082409

ENCUESTA SOCIODEMOGRÁFICA

Responda marcando con una (x), se le recuerda que solo debe marcar una vez, no tachones, no enmendaduras.

1. EDAD
a. Menor de 18 años
b. 18 – 27 años
c. 28 – 37 años
d. 38 _ 47 años
e. 48 años o más X

2. ESTADO CIVIL
a. Soltero (a) X
b. Casado (a) /Unión libre
c. Separado (a) /Divorciado
d. Viudo (a)

3. SEXO
a. Hombre
b. Mujer X
c. LGTBIQ+

4. NUMERO DE PERSONAS A CARGO
a. Ninguna
b. 1 – 3 personas X
c. 4 – 6 personas
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD
a. Primaria X
b. Secundaria
c. Técnico / Tecnólogo
d. Universitario
e. Especialista/ Maestro

6. TENENCIA DE VIVIENDA
a. Propia X
b. Arrendada
c. Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

7. USO DEL TIEMPO LIBRE
a. Otro trabajo
b. Labores domésticas X
c. Recreación y deporte
d. Estudio
e. Ninguno

8. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)
a. Mínimo Legal (S.M.L.) X
b. Entre 1 a 3 S.M.L.
c. Entre 4 a 5 S.M.L.
d. Entre 5 y 6 S.M.L.
e. Más de 7 S.M.L.

9. TIEMPO COMO CONTRATISTA
a. De 3 a 6 meses
b. De 6 meses a 1 año X
c. De 1 a 3 años
d. De 3 a 5 años
e. Más 5 años

10. TIPO DE CONTRATACIÓN
a. A termino fijo
b. Indefinido X

11. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD
a. Si
b. No X
c. Cual: _____

12. FUMA
a. Si
b. No X

FundECAD	FUNDECAD // NIT 901.340.932-6	Código: FT-SST-029
	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Versión: 001
		Fecha Aprobación: enero 2025
	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO	Página 2 de 2

13. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS

a. NO
b. SI
___ Semanal ✓
___ Quincenal
___ Mensual
___ Ocasional

14. PRACTICA ALGUN DEPORTE

a. NO ✓
b. SI
CUAL: _____
Horas semanales: _____

15. Indique cuales de las siguientes molestias ha experimentado con frecuencia en los últimos seis (6) meses

SINTOMAS	SI	NO	¿CUALES SON LOS SINTOMAS?
Dolor de cabeza	X		
Dolor de cuello, espalda y cintura		X	
Dolores musculares		X	
Dificultad para algún movimiento		X	
Tos frecuente		X	
Dificultad respiratoria		X	
Gastritis, ulcera		X	
Otras alteraciones del funcionamiento digestivo		X	
Alteraciones del sueño (insomnio, somnolencia)		X	
Dificultad para concentrarse	X	X	
Mal genio			
Nerviosismo		X	
Cansancio mental		X	
Palpitaciones			
Dolor en el pecho (angina)		X	
Cambios visuales		X	
Cansancio, fatiga, ardor o disconfort visual		X	
Pitos o ruidos continuos o intermitentes en los oídos	X		
Dificultad para oír		X	
Sensación permanente de cansancio		X	
Alteraciones en la piel		X	
Otras alteraciones no anotadas			

Florencia, 31 de mayo de 2025

Señores
FUNDACIÓN EMPRESARIAL CULTURAL AMBIENTAL Y DEPORTIVA - FUNDECAD

Asunto: **CERTIFICACIÓN PARA EFECTOS DE RETENCIÓN EN LA FUENTE LEY 1819 DE 2016.**

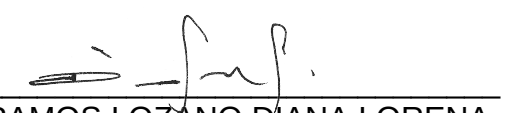
CERTIFICACIÓN BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

RAMOS LOZANO DIANA LORENA, identificada con cédula de ciudadanía número **40.782.364** de Florencia, con el fin de dar cumplimiento a las disposiciones en la Ley 1819 de 2016 y del parágrafo 2 del artículo 383 del Estatuto Tributario, manifiesto bajo la gravedad de juramento que:

Para efectos de la aplicación de la tabla de retención en la fuente establecida en el Artículo 383 del Estatuto Tributario, la cual se le aplica a los pagos o abonos en cuenta por conceptos de ingresos por honorarios y por compensación por servicios personales, **NO X SI** _ he contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a mi actividad económica y tengo hijos menores de edad a mi cargo

De la misma manera, en el momento que contrate o vincule más de un trabajador asociado a mi actividad económica, me comprometo a informarlo oportunamente.

Cordialmente,



RAMOS LOZANO DIANA LORENA
CC: 40.782.364 de Florencia

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 40782364		RAMOS LOZANO DIANA LORENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 25 # 2 43	FLORENCIA-CAQUETA	4375459	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-05	2025-05	1497081883	9486186589	I	2025/06/17	2025/05/21	BANCOLOMBIA	0	$495,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	40782364	RAMOS DIANA	25-14	30	$1,600,000	$256,000	EPS005	30	$1,600,000	$200,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,600,000	$39,000	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$1,600,000**	**$256,000**			**$1,600,000**	**$200,000**			**$0**	**$0**			**$1,600,000**	**$39,000**		**$0**	**$0**

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$256,000	$0	$0	$256,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$256,000	$0	$0	$256,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$39,000	$0	$0	$39,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$39,000	$0	$0	$39,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$200,000	$0	$0	$200,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$200,000	$0	$0	$200,000
TOTAL				1	$495,000	$0	$0	$495,000

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **40.782.364**

RAMOS LOZANO

APELLIDOS

DIANA LORENA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **08-ENE-1977**

NEIVA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.54 ESTATURA

A+ G.S. RH

F SEXO

11-MAR-1995 FLORENCIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-4400100-00180227-F-0040782364-20090922 0016398440A 1 8080110377

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141155700859

(415)7707212489984(8020) 000014115570085 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
4 0 7 8 2 3 6 4	6	Impuestos y Aduanas de Florencia 2 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	4 0 7 8 2 3 6 4	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Caquetá 1 8	Florencia 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
RAMOS	LOZANO	DIANA	LORENA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Caquetá 1 8	Florencia 0 0 1

41. Dirección principal
CL 25 2 43 BRR LA LIBERTAD

42. Correo electrónico dianaramoslozano26@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 4 4 6 4 5 5 4 6	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

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

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 5 4 8 5 2

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
48 - Impuesto sobre las ventas - IVA
52 - Facturador electrónico

Usuarios aduaneros

54. Código

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

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 RAMOS LOZANO DIANA LORENA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 17-01-2025 10:17:51AM

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Página 2 de 2 **Hoja 6**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 141155700859

(415)7707212489984(8020) 000014115570085 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
4 0 7 8 2 3 6 4	6	Impuestos y Aduanas de Florencia	2 8	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades jurídicas 6 9 1 0	

162. Nombre del establecimiento: SUMINISTROS EFECTIVOS D.R

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Caquetá 1 8	Florencia 0 0 1	

165. Dirección: CR 6 15 43 BRR SIETE DE AGOSTO

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
8 9 5 2 6	2 0 1 4 0 6 0 6	
168. Teléfono	169. Fecha de cierre	
3 1 4 4 6 4 5 5 4 6	2 0 1 9 0 9 3 0	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	

165. Dirección:

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	169. Fecha de cierre	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	

165. Dirección:

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	169. Fecha de cierre	

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

P-08-13

KIT DE ASEO Y HIGIENE PARA MES COMPUESTO POR. (01) CREMA DENTAL X 75 GR (01) CEPILLO DE DIENTES, (01) SHAMPOO X 230 ML, (01) DESODORANTE EN ROLLÓN 30 ML, (01) JABÓN DE BAÑO, (03) MAQUINAS DE AFEITAR (APLICA SOLO PARA HOMBRES) (01) TALCOS PARA PIES 100 GR, (01) TOALLA DE MANOS, (01) OPCIONAL CREMA PEQUEÑA PARA EL CUERPO. PARA 19 ADULTOS MAYORES

CONVENIO DE ASOCIACIÓN

NO 001 DE 2025



DESCRIPCIÓN: COMPROBANTE DE EGRESO

FUNDACION EMPRESARIAL, CU LTURAL, AMBIENTAL Y DEPOR TIVA

NIT: 901340932
Correo: fundecad20@hotmail.com
Teléfono: 3163724420
CR 7 8 52 BRR LA ESTRELLA

Tipo Comprobante	Egreso
Número	137
Fecha de Causación	31/05/2025
Fecha de Generación	31/05/2025
Periodo contable	Mayo 2025

#	CUENTA CONTABLE	DETALLE	TERCERO	DEBITO	CREDITO
1	61709516 - Adulto mayor Valparaíso	Por el suministro de diecinueve (19) kits completos de aseo e higiene para adultos mayores en el mes de mayo del 2025	Dayron Cruz - 1006513750	$2,279,841.67	
2	110505 - Caja general	Por el suministro de diecinueve (19) kits completos de aseo e higiene para adultos mayores en el mes de mayo del 2025	Dayron Cruz - 1006513750		$2,279,841.67
			TOTALES	$2,279,841.67	$2,279,841.67

FUNDACION EMPRESARIAL, CULTURAL, AMBIENTAL Y DEPORTIVA NIT 901340932
Actividad Económica Principal 9499
No somos Gran Contribuyente
No somos Agente Retenedor del Impuesto sobre las Ventas - IVA
No somos Autorretenedor del Impuesto sobre la Renta y Complementarios

Documento soporte en adquisiciones efectuadas a no obligados a facturar DCFU - 130

Representación Gráfica
Autorización Numeración de Documento Soporte Electrónica
No. 18764087364475 de 18/01/2025 - 18/01/2027 autoriza DCFU-1 a DCFU-10000

Tipo de Operación	Estandar
Fecha de Generación	31/05/2025 15:56
Fecha de Vencimiento	31/05/2025 15:56
Forma de Pago	Contado
Moneda	COP

DATOS DEL EMISOR

Razón Social	FUNDACION EMPRESARIAL, CULTURAL, AMBIENTAL Y DEPORTIVA
NIT	901340932
Obligación	NO APLICA
Email	fundecad20@hotmail.com
Teléfono	3163724420
Dirección	CR 7 8 52 BRR LA ESTRELLA
Ciudad, Depart.	FLORENCIA, CAQUETA (CO)

DATOS DEL PROVEEDOR

Razón Social	Dayron Andres Cruz Mateus
NIT	1006513750
Obligación	NO APLICA
Email	DayronMateus801@gmail.com
Teléfono	3223265209
Dirección	MZ 16 CASA 9 BR LOS ANGELES
Ciudad, Depart.	FLORENCIA, CAQUETA (CO)

No	REF	DESCRIPCIÓN	CANT	U/M	PRECIO	IMP	SUBTOTAL	TOTAL ITEM
1	1.	Por el suministro de diecinueve (19) kits completos de aseo e higiene para adultos mayores en el mes de mayo del 2025	1	EA	$2,279,842.00		$2,279,842.00	$2,279,842.00

1

Subtotal	$2,279,842.00
TOTAL	$2,279,842.00

Unidades de medida: EA = cada

FIRMA EMISOR

FIRMA PROVEEDOR

CUDS: 5c002f411baed4fa09d4a4277f859385584de21039648b7b9e1ff23eeda47543ace1f04a08e6fd8035b048d41c6de212

CUENTA DE COBRO N° 05

FUNDACIÓN EMPRESARIAL CULTURAL AMBIENTAL Y DEPORTIVA - FUNDECAD
NIT: 901.340.932-6

Fecha: 31 de mayo de 2025

DEBE A:
DAYRON ANDRES CRUZ MATEUS
C.C. 1.006.513.750

EL VALOR DE: Dos millones doscientos setenta y nueve mil ochocientos cuarenta y un pesos con sesenta y siete ($2.279.841,67)

CONCEPTO: Por el suministro de diecinueve (19) kits completos de aseo e higiene para adultos mayores en el mes de mayo del 2025. Los kits completos incluyen los siguientes productos:

- (1) Crema dental
- (1) Cepillo de dientes
- (1) Shampoo
- (1) Desodorante en rollón
- (1) Jabón de baño
- (3) Máquinas de afeitar para diecisiete (17) hombres
- (1) Talco para pies
- (1) Toalla de manos
- (1) Crema pequeña para el cuerpo
- (1) Empaque

Para 19 adultos mayores, tal como se acordó en la compra. La entrega de los kits y el pago de la venta se realizó según lo pactado.

Total de kits vendidos: 19 kits completos para adultos mayores.
Precio por kit: $119.991,66 M/CTE
Total por 19 kits: $2.279.841,67 M/CTE

Anexo:

Copia de la cedula de ciudadanía
Registro único tributario – RUT



DAYRON ANDRES CRUZ MATEUS
C.C. 1.006.513.750

FECHA: 31 de mayo del 2025

PARA: Auxiliar de Enfermería

DE: Representante Legal Fundecad

LA FUNDACION EMPRESARIAL, CULTURAL, AMBIENTAL Y DEPORTIVA FUNDECAD

ACTA DE ENTREGA

La suscrita Representante Legal de la Fundación Fundecad, YAIZA FERRER MEZQUTA identificada con CC No 1.088.344.862, hace entrega del kit de higiene personal para los adultos mayores del Centro de Protección Hogar Divino Niño del municipio de Valparaíso Caquetá, mediante la presente acta a la auxiliar de enfermería Dayana Lugo identificada con CC No 1.007.312.625 de Valparaíso Caquetá con el fin que sean entregados a los 19 usuarios de la institución. Los diecinueve (19) kits completos incluyen los siguientes elementos:

No	ELEMENTOS	CANTIDAD
1	Crema dental x 75 gr	1
2	Cepillo de dientes	1
3	Shampoo x 230 ml	1
4	Desodorante en rollón 30 ml	1
5	Jabón de baño	1
6	Máquinas de afeitar (aplica solo para hombres)	3
7	Talcos para pies 100 gr	1
9	Crema pequeña para el cuerpo	1

Para constancia de lo anterior se firma en el municipio de Valparaíso Caquetá, a los 31 días del mes de mayo del 2025.

DAYANA LUGO
AUXILIAR DE ENFERMERIA

YAIZA FERRER MEZQUITA
REPRESENTANTE LEGAL

FOTOS KIT DE HIGIENE PERSONAL MAYO (01-31)







YAIZA FERRER MEZQUITA
Representante Legal

FundECAD

CONVENIO DE ASOCIACION N. 001

FUNDACION FUNDECAD
VALPARAISO CAQUETA
NIT: **901340932-6**

PLANILLA KIT DE HIGIENE PERSONAL

TEMA: 31/05/2025

FECHA: _____

RESPONSABLE:

N.°	NOMBRES Y APELLIDOS	N° CC	FIRMA/HUELLA
1	ARNULFO REYES ARIAS	7.509.590	
2	ALEJANDRINO RUIZ	2.373.251	
3	ALVARO CUMBE GALINDO	17.625.543	
4	ERNESTO VARON CAICEDO	16.190.204	
5	EFRAIN RODRIGUEZ	343.903	
6	FERNANDO SANCHEZ MIRANDA	16.192.258	
7	LIBARDO CARVAJAL ALVAREZ	17.628.297	
8	GUSTAVO ROJAS RODRIGUEZ	16.190.767	
9	HERNAN ALZATE CARDONA	17.665.811	

FundECAD

CONVENIO DE ASOCIACION N. 001

FUNDACION FUNDECAD
VALPARAISO CAQUETA
NIT: 901340932-6

10	ALFONSO TRUJILLO	2372968	
11	LUIS ALBERTO RAMOS CUELLAR	17.680.067	
12	MARIA INES MANRIQUE	26.435.448	
13	MARTHA ELENA VALENCIA G.	40.082.406	.MARTHA ELENA VALENCIA GUTIERES
14	MELINTON PEREZ LANARES	199.063	
15	OROSMAN BUITRAGO FERNANDEZ	4.958.367	
16	ORLANDO MOSQUERA	12.111.032	
17	PABLO EMILIO GONZALEZ PERDOMO	1.615.620	
18	PABLO JOSE ORTIZ YAGUE	16.190.097	
19	REINALDO VACA	3.046.856	

FIRMA DEL RESPONSABLE

Florencia, 31 de mayo de 2025

Señores
FUNDACIÓN EMPRESARIAL CULTURAL AMBIENTAL Y DEPORTIVA - FUNDECAD

Asunto: **CERTIFICACIÓN PARA EFECTOS DE RETENCIÓN EN LA FUENTE LEY 1819 DE 2016.**

CERTIFICACIÓN BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

DAYRON ANDRES CRUZ MATEUS, identificado con cédula de ciudadanía número **1.006.513.750** de Florencia, con el fin de dar cumplimiento a las disposiciones en la Ley 1819 de 2016 y del parágrafo 2 del artículo 383 del Estatuto Tributario, manifiesto bajo la gravedad de juramento que:

Para efectos de la aplicación de la tabla de retención en la fuente establecida en el Artículo 383 del Estatuto Tributario, la cual se le aplica a los pagos o abonos en cuenta por conceptos de ingresos por honorarios y por compensación por servicios personales, **NO** X **SI** __ he contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a mi actividad económica y tengo hijos menores de edad a mi cargo

De la misma manera, en el momento que contrate o vincule más de un trabajador asociado a mi actividad económica, me comprometo a informarlo oportunamente.

Cordialmente,

Dayron Mateus

DAYRON ANDRES CRUZ MATEUS
CC: 1.006.513.750 de Florencia


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NUMERO 1.006.513.750
CRUZ MATEUS
APELLIDOS
DAYRON ANDRES
NOMBRES
FIRMA
REPUBLICA DE COLOMBIA


FECHA DE NACIMIENTO 16-FEB-2001
FLORENCIA
(CAQUETA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.74
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
01-MAR-2019 FLORENCIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario 141148593497

(415)7707212489984(8020) 000014114859349 7

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

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Caquetá 1 8	Florencia 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CRUZ	MATEUS	DAYRON	ANDRES

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Caquetá 1 8	Florencia 0 0 1

41. Dirección principal: MZ 16 CA 9 BRR LOS ANGELES

42. Correo electrónico: dayronmateus801@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 2 3 2 6 5 2 0 9	

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
7 3 2 0	2 0 2 4 1 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	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
54. Código																				

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 2

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: Dayron Cruz

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada: KAROR

984. Nombre ROJAS MARTINEZ KAREN JULIETH

985. Cargo Analista IV

Fecha generación documento PDF: 05-12-2024 03:09:29PM

DOCUMENTO SIN COSTO CERTIFICADO