

Bogotá D.C., enero de 2026

Señores
SECRETARÍA DE HACIENDA.
Departamento de Cundinamarca.
Ciudad.

Asunto: Oferta de Prestación de Servicios de apoyo

Respetados señores,

Con toda atención, presento oferta de prestación de servicios de apoyo cuyo objeto es "Prestar servicios de apoyo a la gestión a la Subdirección de control y fiscalización de la Dirección de Rentas y Gestión Tributaria, para la verificación y determinación del pago del impuesto de vehículos automotores y establecer una determinación del impuesto", así como las obligaciones referidas en la invitación que he recibido de parte de la Secretaría de Hacienda.

El tiempo de prestación de los servicios anotados sería hasta ocho (08) meses.

El valor de los honorarios mensuales es hasta por la suma de \$ 4.791.460 M//Cte., incluidos todos los tributos a que haya lugar.

Cordialmente,

Firma: _____



Nombre: LUZ AMANDA VARGAS RIVERA

Cédula de Ciudadanía: 1.073.166.844



Gobernación de Cundinamarca

Bogotá D.C., enero de 2026

Señor
LUZ AMANDA VARGAS RIVERA

REF: invitación para presentar propuesta/oferta

Cordial saludo:

La Secretaría de Hacienda de Cundinamarca, necesita contratar los servicios de apoyo con una persona natural, en este sentido, el perfil requerido será el de título de formación Tecnólogo en Área del Conocimiento Economía, Administración, Contaduría y Afines, con mas de 15 meses de experiencia relacionada.

Por lo anterior, lo invitamos a presentar propuesta/oferta de conformidad con las condiciones de la contratación que se consignan a continuación

OBJETO:

Prestar servicios de apoyo a la gestión a la Subdirección de control y fiscalización de la Dirección de Rentas y Gestión Tributaria, para la verificación y determinación del pago del impuesto de vehículos automotores y establecer una determinación del impuesto.

VALOR MENSUAL Y PLAZO DE EJECUCIÓN.

VALOR MES	PLAZO
\$ 4.791.460	8 MESES

El plazo de ejecución del contrato no podrá superar al 31 de diciembre de 2026, contados a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución.

Lugar de ejecución

Las actividades que se adelanten en cumplimiento del contrato se desarrollarán en la ciudad de Bogotá D. C. y el Departamento de Cundinamarca.

1

ENTIDAD CERTIFICADA



CO-SC-CER303297 ST-CER655785 CO-SI-CER1017570

Secretaría de Hacienda

Calle 26 #51-53 Bogotá D.C.
Sede Administrativa - Torre Beneficencia Piso 4.
Código Postal: 111321 – Teléfono: 749 1692
f/CundiGob @CundinamarcaGob
www.cundinamarca.gov.co



LAS GARANTÍAS QUE LA ENTIDAD ESTATAL CONTEMPLA EXIGIR EN EL PROCESO DE CONTRATACIÓN.

Teniendo en cuenta que los artículos 2.2.1.2.1.4.5, 2.2.1.2.3.1.1 al 2.2.1.2.3.5.1 del Decreto 1082 de 2015 establecen la no obligatoriedad de garantías y de conformidad con lo indicado en el numeral 2 literal f Título 1 del Decreto 472 del 2018, la Secretaría prescinde de la exigencia de garantías en los contratos de prestación de servicios.

VERIFICACIÓN DE IDONEIDAD

A efectos determinar la idoneidad del contratista desde su formación académica y experiencia relacionada se le requerirán los siguientes documentos acompañando su propuesta y/o oferta:

Fotocopia de la cédula de ciudadanía
Fotocopia de Libreta Militar – si aplica
Registro único Tributario – RUT – DIAN
Fotocopia de diplomas, actas de grado y demás certificaciones educativas que demuestren la idoneidad de la persona
Fotocopia de Tarjeta Profesional en los casos que la Ley lo exija
Fotocopia de la resolución de inscripción o registro de los profesionales de la salud para ejercer la profesión – si aplica
Certificaciones y constancias de la experiencia profesional y/o relacionada.
Certificado expedido por la Contraloría General de la Nación, donde conste que EL CONTRATISTA no tiene juicios de responsabilidad fiscal en su contra
Certificado de Antecedentes Disciplinarios expedido por la Procuraduría General de la Nación
Certificado de Antecedentes Judiciales expedido por la Policía Nacional de Colombia
Certificado Redam (REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS) MINTIC
Formato Único de Hoja de Vida SIGEP
Declaración de bienes y rentas – si aplica
Constancia de Afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud o autoliquidación y pago de aportes
Formatos SAP diligenciados

2

ENTIDAD CERTIFICADA



CO-SC-CER303297



ST-CER655785



CO-SI-CER1017570



Secretaría de Hacienda

Calle 26 #51-53 Bogotá D.C.
Sede Administrativa - Torre Beneficencia Piso 4.
Código Postal: 111321 – Teléfono: 749 1692
@CundiGob @CundinamarcaGob
www.cundinamarca.gov.co



Gobernación de Cundinamarca

Certificación cuenta bancaria
Pólizas – si aplica
Examen pre ocupacional – si aplica

Si es de su interés participar, sírvase presentar propuesta/oferta junto con los documentos antes señalados, que deberán ser remitidos a la Secretaría de Hacienda de Cundinamarca – calle 26 No 51-53 torre Beneficencia – piso 4 en la ciudad de Bogotá D.C.

Atentamente,

PEDRO ALEJANDRO DAMIÁN LEÓN
Subdirector Técnico de Control y Fiscalización
Secretaría de Hacienda

Proyectó: Patricia Ortega: Asesora SH

ENTIDAD CERTIFICADA



CO-SC-CER303297



ST-CER655785



CO-SI-CER1017570



Secretaría de Hacienda

Calle 26 #51-53 Bogotá D.C.
Sede Administrativa - Torre Beneficencia Piso 4.
Código Postal: 111321 – Teléfono: 749 1692
f/CundiGob @CundinamarcaGob
www.cundinamarca.gov.co

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.073.166.844

VARGAS RIVERA

APELLIDOS

LUZ AMANDA

NOMBRES

Amanda Vargas

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 06-JUN-1994
MOTAVITA
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.66

A+

F

ESTATURA

G.S. RH

SEXO

19-JUN-2012 MADRID

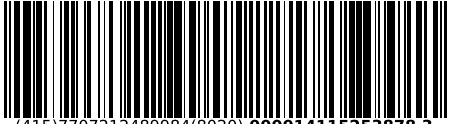
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION *Carlos Ariel Sánchez Torres*
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-1516000-00399697-F-1073166844-20120914

0031144055A 1

38392285

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario				001	
2. Concepto 02 Actualización				4. Número de formulario 141152538783			
				 (415)7707212489984(8020) 000014115253878 3			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT)		6. DV		12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico	
1 0 7 3 1 6 6 8 4 4		9		Impuestos de Bogotá		3 2	
IDENTIFICACIÓN							
24. Tipo de contribuyente		25. Tipo de documento		26. Número de Identificación			
Persona natural o sucesión ilíquida 2		Cédula de Ciudadanía 1 3		1 0 7 3 1 6 6 8 4 4			
Lugar de expedición		28. País		29. Departamento		30. Ciudad/Municipio	
COLOMBIA		1 6 9		Cundinamarca 2 5		Madrid 4 3 0	
31. Primer apellido		32. Segundo apellido		33. Primer nombre		34. Otros nombres	
VARGAS		RIVERA		LUZ		AMANDA	
35. Razón social							
36. Nombre comercial							
37. Sigla							
UBICACIÓN							
38. País		39. Departamento		40. Ciudad/Municipio			
COLOMBIA 1 6 9		Cundinamarca 2 5		Madrid 4 3 0			
41. Dirección principal							
CL 21 3 63							
42. Correo electrónico luzvargasr2@gmail.com							
43. Código postal				44. Teléfono 1		45. Teléfono 2	
				3 1 2 5 1 9 7 3 3 3			
CLASIFICACIÓN							
Actividad económica				Ocupación			
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		52. Número establecimientos	
46. Código 47. Fecha inicio actividad		48. Código 49. Fecha inicio actividad		50. Código 1 2		51. Código	
7 4 9 0 2 0 2 3 0 3 2 1		8 2 1 1 2 0 2 2 0 7 1 9					
Responsabilidades, Calidades y Atributos							
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26							
53. Código 5 4 9							
05- Impto. renta y compl. régimen ordinario							
49 - No responsable de IVA							
Usuarios aduaneros				Exportadores			
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10				55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3			
54. Código 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20				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.				Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.			
Firma del solicitante:				Firma autorizada:			
				984. Nombre VARGAS RIVERA LUZ AMANDA			
				985. Cargo CONTRIBUYENTE			



*La República de Colombia
y en su nombre, el*

Colegio San Pedro

Madrid, Cundinamarca

*Autorizado por la Secretaría de Educación de Cundinamarca,
según Resolución No. 001894 del 15 de abril de 2005,*

Confiere a:

Luz Amanda Vargas Rivera

C.I. No. 94060628810 de Madrid

El Título de:

Bachiller Académico

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



Gustavo H.

*Gustavo Cardona Hurtado
C. C. No. 10.217.422 de Manizales
Rector*

Ana del Carmen Millán Jurado

*C. C. No. 20.736.870 de Madrid
Secretaria*

Anotado al Folio No. 02

Libro de Registro No. 02

Dado en Madrid, Cundinamarca, a 30 de Noviembre de 2012

No se requiere registro, según Decreto No. 921 del 6 de Mayo de 1994, expedido por lo M. E. N.



COLEGIO SAN PEDRO

Madrid, Cundinamarca



Tercer Orden Capuchinos
COLEGIO SAN PEDRO

ICFES 104091
DANE 325430000050

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

En Madrid, Cundinamarca, a los 30 días del mes de noviembre del año 2012, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes del último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría del **COLEGIO SAN PEDRO**, Institución aprobada en el nivel de Educación Media Académica y autorizada por la Secretaría de Educación de Cundinamarca, para otorgar el Título de BACHILLER ACADÉMICO, según Resolución No. 001894 del 15 de abril de 2005.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el **TÍTULO DE BACHILLER ACADÉMICO**, al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identificación se relacionan a continuación:

Luz Amanda Vargas Rivera

W. No. 94060628810 de Madrid

Es fiel copia tomada del Acta General No. 012 de fecha 30 de noviembre de 2012, que consta de 72 estudiantes, que comienza con el nombre de ACHURY SERRATO YEISON STIVEN y se cierra con el nombre de VILLAMIL TERAN SANDRA MILENA.

Firmada y sellada por GUSTAVO CARDONA HURTADO (Rector) y ANA DEL CARMEN MILLAN JURADO (Secretaria).

Dada en Madrid, Cundinamarca, a los 30 días del mes de noviembre del año 2012.

Firmada y sellada

GUSTAVO CARDONA HURTADO
C.C. No. 10.217.422 de Manizales
Rector

ANA DEL CARMEN MILLÁN JURADO
C.C. No. 20.736.870 de Madrid
Secretaria



Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994 y en atención a que

LUZ AMANDA VARGAS RIVERA

Con Cedula de Ciudadania No. 1073166844

*Cursó y aprobó el programa de Formación Profesional Integral
y cumplió con las condiciones requeridas por la entidad. le confiere el*

Título de

TECNÓLOGO EN

GESTION CONTABLE Y FINANCIERA

*En testimonio de lo anterior. se firma el presente Titulo en Mosquera.
a los trece (13) dias del mes de septiembre de dos mil veintidos (2022)*

Firmado Digitalmente por

NELSON OCTAVIO GÓMEZ BOTERO

Subdirector CENTRO DE BIOTECNOLOGIA AGROPECUARIA
REGIONAL CUNDINAMARCA

66970735 - 13/09/2022

No y FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://certificados.sena.edu.co>, bajo el número 9512002069703CC1073166844C.



**REGIONAL CUNDINAMARCA
CENTRO DE BIOTECNOLOGIA AGROPECUARIA**

ACTA DE GRADO

Nº Y FECHA REGISTRO 66970735 - 13/09/2022

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

CONSIDERANDO

Que: LUZ AMANDA VARGAS RIVERA. Con Cedula de Ciudadania No. 1073166844

CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS POR EL SENA. RESUELVE OTORGARLE EL TÍTULO DE:

TECNÓLOGO EN GESTION CONTABLE Y FINANCIERA

En constancia de lo anterior se firma la presente en Mosquera, a los trece (13) días del mes de septiembre de dos mil veintidos (2022)

Firmado Digitalmente por

NELSON OCTAVIO GÓMEZ BOTERO
Subdirector CENTRO DE BIOTECNOLOGIA AGROPECUARIA
REGIONAL CUNDINAMARCA



CERTIFICACION

FLORES SAN JUAN S.A. certifica que **VARGAS RIVERA LUZ AMANDA**, Identificado(a) con cédula de Ciudadanía número 1.073.166.844 de Madrid , Adelanto su etapa lectiva del 23 de Noviembre de 2020 al 12 de Enero de 2022 y su Etapa práctica del del 13 de Enero al 12 de Julio de 2022, en la modalidad de **TECNOLOGO EN GESTION CONTABLE Y FINANCIERA**.

En seguridad social estuvo afiliado(a) así:

**EPS
ARL**

**Famisanar
Bolívar**

La presente se expide en Funza Cundinamarca a los doce (12) días del mes Julio de 2022.

Firmando;

SHERIDAN ROZO M.
Jefe Gestión Humana
sheridan@fsanjuan.com

Dirección: VEREDA COCLI KM 7 VIA FUNZA LA PUNTA
NIT. 800.154.771-3 Teléfono: 8216000
Fax: 8216000 EXT 133-134
Funza, C/marca, Colombia



CERTIFICACION

PRODUCTOS MI REY PROMY S.A certifica que la señora **LUZ AMANDA VARGAS RIVERA**, Identificado(a) con C.C. **1.073.166.844**, laboro en la compañía desde el (18) de agosto de 2022 hasta el (20) de diciembre de 2022, desempeñando el cargo de **AUXILIAR CONTABLE**.

La presente se expide, a los (20) días de diciembre del 2022

Cordialmente,

Recursos Humanos
PBX: 4206181
Madrid

Carrera 2 Este # 11-60 Madrid Cundinamarca Colombia



OUTSOURCING
DE SERVICIOS

CERTIFICACIÓN

SAITEMP S.A.

NIT: 811.025.401-0

A QUIEN PUEDA INTERESAR

Con la presente certifico que la Sra. **LUZ AMANDA VARGAS RIVERA**, identificada con Cédula de ciudadanía No **1073166844**, laboró para la empresa **NOVAMIX ANIMAL NUTRITION SAS** desempeñando el cargo de **AUXILIAR CONTABLE**, desde el **3 de febrero de 2023**, hasta el **10 de agosto de 2023**, con un contrato de trabajo de **Labor Contratada Estándar**, devengando mensualmente un salario de **UN MILLÓN TRESCIENTOS MIL PESOS CON CERO CVS M/CTE. (\$ 1.300.000,00)**

La presente se expide a solicitud del interesado en la ciudad de Medellín, el día **12 de abril de 2024**.

Cordialmente,

James García - (604) 448 57 44

Talento Humano



SHERON SAS

901171588-1

CERTIFICA QUE:

La señora **LUZ AMANDA VARGAS RIVERA** identificada con Cedula de Ciudadanía No 1.073.166.844 de Madrid Cundinamarca, trabajo para nuestra compañía, desde 14 de agosto de 2023 hasta 21 septiembre de 2023, desempeñando el cargo de AUXILIAR CONTABLE Y ADMINISTRATIVA, con un contrato termino fijo.

Tiempo durante el cual ha demostrado ser una persona responsable, honesta, puntual y cumplidora de sus deberes.

La presente se expide a solicitud del interesado, en Mosquera Cund., a los veintiún (21) días del mes de septiembre de dos mil veintitrés (2023).

Cordialmente,

ANGELICA DELGADO
Talento Humano

SHERON SAS
NIT: 901171588-1

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy domingo 21 de diciembre de 2025, a las 18:16:45, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1073166844
Código de Verificación	1073166844251221181645

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

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



HELENA PATRICIA GARCÍA MAYA
Contralora Delegada EF

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 286661097



PIB
18:21:52
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 21 de diciembre del 2025

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) LUZ AMANDA VARGAS RIVERA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1073166844:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

Carlos William Rodríguez Millán
Jefe División de Relacionamento Con El Ciudadano (C)

ATENCIÓN :

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



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 06:26:40 PM horas del 21/12/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1073166844**

Apellidos y Nombres: **VARGAS RIVERA LUZ AMANDA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las [preguntas frecuentes](#) o acérquese a las [instalaciones de la Policía Nacional](#) más cercanas.



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



Presidencia

de la República



Ministerio de

Defensa Nacional



Portal Único

de Contratación



GOV.CO



Todos los derechos reservados.



Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

 Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 21/12/2025 06:29:41 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1073166844** y
Nombre: **LUZ AMANDA VARGAS RIVERA**.

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **130504738** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando <https://www.policia.gov.co>, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

 Nueva Búsqueda Imprimir

Información

515 9000

**Dios y
Patria**

Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Cra. 59 Nº 26 - 21
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.
Línea de atención: 018000-910112

**COLOMBIA**
POTENCIA DE LA
VIDA**GOV.CO**



MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación **CC 1073166844** **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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

Se expide en Bogotá el 21/12/2025 06:40 PM



Código Verificación: **Q4385VA7G9**

Válida hasta: **21/03/2026**

Dirección de Gobierno Digital

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



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

ENTIDAD RECEPTORA

1 **DATOS PERSONALES**

PRIMER APELLIDO VARGAS		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) RIVERA		NOMBRES LUZ AMANDA	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No 1073166844		GÉNERO F ☒ M ☐ NB ☐		NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐	
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐		NÚMERO		D.M.	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 06 MES 06 AÑO 1994 PAÍS COLOMBIA DEPTO BOYACÁ MUNICIPIO MOTAVITA		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CALLE 21 3 63 PAÍS COLOMBIA DEPTO CUNDINAMARCA MUNICIPIO MADRID TELÉFONO 3125197333 EMAIL luzvargasr2@gmail.com			

2 **FORMACIÓN ACADÉMICA**

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA														
MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)														
EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO		BÁSICA SECUNDARIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	2012

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	5	X		TECNOLOGÍA EN GESTIÓN CONTABLE Y FINANCIERA	09	2022	

3 **EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO**

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4

IDIOMAS

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

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

5

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR															
EMPRESA O ENTIDAD GOBERNACION DE CUNDINAMARCA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.			MUNICIPIO BOGOTÁ. D.C.					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 7490000			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO							
			Día	15	Mes	04	Año	2024	Día	26	Mes	12	Año	2024	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1462 - 2017 APOYO A LA GESTION			DEPENDENCIA SECRETARIA DE HACIENDA					DIRECCIÓN CALLE 26 51 53							
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR															
EMPRESA O ENTIDAD SHERON SAS				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA			MUNICIPIO MOSQUERA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD							
TELÉFONOS 3138162451			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO							
			Día	14	Mes	08	Año	2023	Día	21	Mes	09	Año	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR CONTABLE Y ADMINISTA			DEPENDENCIA AUXILIAR CONTABLE					DIRECCIÓN CARRERA 3 4 13							

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD SAITEM S. A				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO ANTIOQUIA			MUNICIPIO MEDELLÍN					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 4485744			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	03	Mes	02	Año	2023	Día	09	Mes	08	Año	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR CONTABLE			DEPENDENCIA AUXILIAR CONTABLE					DIRECCIÓN CALLE 51 49 11						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD PRODUCTOS MI REY PROMY S.A				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA			MUNICIPIO MADRID					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 4206181			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	18	Mes	08	Año	2022	Día	20	Mes	12	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR CONTABLE			DEPENDENCIA AUXILIAR CONTABLE					DIRECCIÓN CARRERA 2 ESTE 11 60						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD FLORES SAN JUAN S.A				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA			MUNICIPIO FUNZA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD						
TELÉFONOS 8216000			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
			Día	13	Mes	01	Año	2022	Día	12	Mes	07	Año	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO APRENDIZ SENA			DEPENDENCIA APRENDIZ SENA					DIRECCIÓN						

6

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	8
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	5
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento

Bogotá D.C. Enero 2026

[Firma manuscrita]

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

B/h Enero 2026

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

 Gobernación de Cundinamarca	GESTIÓN FINANCIERA	Código: A-GF-FR-025 Versión: 9
Creación o Actualización de Datos de Terceros		Fecha: 01/Diciembre/2025

FECHA:	DÍA 01	MES 01	AÑO 2026	Marcar sólo una opción	1. CREACIÓN ☐	2. ACTUALIZACIÓN ☒
--------	-----------	-----------	-------------	------------------------	--------------------------------------	--

INFORMACIÓN GENERAL

3. SECRETARÍA / ENTIDAD:	HACIENDA
¿CUAL?	
4. CONTRATO/O.T.	
5. CONVENIO	

DATOS PERSONALES

6. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	LUZ AMANDA VARGAS RIVERA
7. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA	CC No 1073166844 D.V. 9
8. NOMBRES REPRESENTANTE LEGAL	LUZ AMANDA VARGAS RIVERA
9. IDENTIFICACIÓN REPRESENTANTE LEGAL	CC Cédula de Ciudadanía No 1073166844 D.V. 9
10. DIRECCIÓN PRINCIPAL	CALLE 21 # 3 - 63
11. DEPARTAMENTO / MUNICIPIO	Cundinamarca-Madrid
12. TELÉFONO	
13. CELULAR	3125197333
14. CORREO ELECTRÓNICO	luzvargasr2@gmail.com

INFORMACIÓN PARA EL DESEMBOLSO

15. NOMBRE ENTIDAD FINANCIERA	Banco Caja Social BCSC S.A. Cód. 1032
16. No CUENTA BANCARIA	24138791601
17. TIPO	Ahorro

La cuenta bancaria debe ser de la persona natural o jurídica con quien se adquirió la obligación contractual.
 Autorizo al Departamento de Cundinamarca - Secretaría de Hacienda para consignar en la cuenta antes mencionada.

INFORMACIÓN TRIBUTARIA

18. PERSONA	Natural
19. IDENTIFICACIÓN DEPENDIENTE ECONÓMICO	CC Cédula de Ciudadanía No 1073166844
20. NATURALEZA	Privada
21. RÉGIMEN TRIBUTARIO IVA	No Responsable de IVA
22. CALIDAD DEL CONTRIBUYENTE	GRAN CONTRIBUYENTE ☐ No. RESOLUCIÓN ☐ AUTORRETENEDOR RENTA ☐ No. RESOLUCIÓN ☐ AUTORRETENEDOR IVA ☐ No. RESOLUCIÓN ☐ AUTORRETENEDOR ICA ☐ No. RESOLUCIÓN ☐ ENTIDAD SIN ÁNIMO DE LUCRO ☐ OTRA ☐ ¿CUAL? ☐
23. ACTIVIDAD ECONÓMICA	PRINCIPAL 74901 Otras actividades profesionales, científicas y técnicas n.c.p. como consultoría profesional (incluye actividades de periodistas) SECUNDARIA 8211 Actividades combinadas de servicios administrativos de oficina
24. TARIFA RETEICA	PRINCIPAL CIJU 74901 8,66 x 1000 SECUNDARIA CIJU 8211 9,66 x 1000

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Señor(a) Usuario, con el diligenciamiento y firma del presente formato usted autoriza al Departamento de Cundinamarca para que efectúe el tratamiento (recolección, almacenamiento, uso, circulación o supresión) de todos los datos que nos suministra con la finalidad de ser incluido en los registros contables de la Entidad y realizar debidamente los pagos a que haya lugar, teniendo en cuenta su condición fiscal y, en general, para fines informativos exclusivamente en cumplimiento de la misión de la entidad. Asimismo, si desea ejercer sus derechos de conocer, autorizar, rectificar o suprimir sus datos, lo puede solicitar a través del correo electrónico contactenos@cundinamarca.gov.co. Responsable del Tratamiento: Gobernación de Cundinamarca, entidad del orden territorial, domiciliada en la ciudad de Bogotá D.C. en la Calle 26 N° 51 - 53, identificada con el NIT. 899.999.114-0 con correo electrónico contactenos@cundinamarca.gov.co.

ANEXOS

Marque con una X los documentos que se anexan a la presente solicitud.

1. Fotocopia del documento de identidad	Si ☐
2. Fotocopia del RUT expedido por la DIAN	Si ☐
3. Fotocopia del RUP expedido por la Cámara de Comercio (Cuando aplique)	No ☐
4. Fotocopia de las resoluciones de Grandes Contribuyentes y Autorretención de renta, IVA, ICA (Cuando aplique)	No ☐
5. Fotocopia certificación expedida por la entidad bancaria, donde conste que la cuenta se encuentra activa	Si ☐

Las fotocopias deben estar totalmente legibles

FIRMA


 37. FIRMA TERCERO O REPRESENTANTE LEGAL

1.073.166.844
 38. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

INFORMACIÓN A SER DELIGENCIADA POR GCUN

25. RAMO	ASER - ADQUISICIÓN SERVICIOS
26. CUENTA ASOCIADA	2490550000 Servicios
27. GRUPO DE TESORERÍA	K001 K-Nacional K-Acreedores bys nacionales
28. VÍAS DE PAGO	

INDICADORES DE RETENCIÓN

29. RETEFUENTE	TARIFA 1	
	TARIFA 2	
	TARIFA 3	
30. ICA	TARIFA 1	IS06 Ret. ICA Svc Prof.Liberal y otras 7,66 x 1000
	TARIFA 2	
	TARIFA 3	
31. RETENCIÓN DE IVA	RI05 Reteiva aplicable a compras 15%	No aplica
	RI07 Reteiva aplicable a servicios 15%	
32. CONTRIBUCIÓN ESPECIAL	TARIFA 1	No aplica
33. ESTAMPILLAS		
34. TASAS	DR01 Pro Deporte y Recreación 2.5%	

FECHA

35. FECHA	DÍA 01	MES 01	AÑO 2026
-----------	-----------	-----------	-------------

36. REVISADO POR 



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) LUZ AMANDA VARGAS RIVERA identificado(a) con CC 1073166844 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	22/08/2016
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO FUNZA
Categoría:	A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en **QUIEN**, a los 21 días del mes diciembre del 2025.

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

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

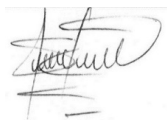
Fredy Alexander Caicedo Sierra
Director Operaciones Comerciales
EPS FAMISANAR S.A.S.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **LUZ AMANDA VARGAS RIVERA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1073166844**, se encuentra afiliado/a desde **01/01/2026** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 21 de diciembre de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

LUZ AMANDA VARGAS RIVERA

Identificado con CC 1073166844

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina MADRID, con las siguientes características:

Cuentamiga

Número:	24138791601
Fecha de apertura:	12 de Septiembre de 2024
Condiciones de uso:	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
Estado:	Cuenta activa

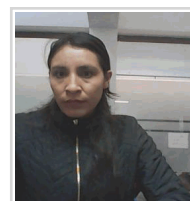
Esta constancia se expide con destino a quien pueda interesar, realizada en el Canal Digital de la ciudad de Bogotá, el día , 21 de Diciembre de 2025.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva



Código de Seguridad
C652I33O274515



DATOS PERSONALES

Orden de Servicio N°: 274515

Municipio: BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)

Fecha y Hora: lunes, 1 de abril de 2024 06:53:37 a.m.

Nombres y Apellidos: VARGAS RIVERA LUZ AMANDA

CC: 1073166844 Género: FEMENINO

F. Nacimiento: 06/06/1994 Edad: 29 AÑOS 9 MESES 25 DÍAS Entidad: PARTICULARES CONTADO

RESULTADOS DEL LABORATORIO

INMUNOLOGÍA

PRUEBA DE EMBARAZO HCG

EXAMEN	RESULTADO
PRUEBA DE EMBARAZO (TEST HCG)	NEGATIVO
TECNICA	Prueba de orina/suero HCG de un solo paso
Libia Eunise Chandillo Becoche Bacteriólogo(a) RP: 1061783139	


LIBIA EUNISE CHANDILLO BECOCHE
CC 1061783139

QUÍMICA

PERFIL LIPIDICO.

PERFIL LIPIDICO	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA
COLESTEROL TOTAL	166 mg/dL	Optimo: Menor de 200mg/dl Limite alto: 200-239 mg/dl Alto: Mayor a 240 mg/dl
TRIGLICERIDOS	48 mg/dL	Normal: Menor a 150mg/dl Levemente elevados: 150-199 mg/dl Elevados: 200-499 mg/dl Muy elevados: Mayor a 500 mg/dl
COLESTEROL HDL	58.1 mg/dL	Riesgo bajo: Mayor a 60 mg/dl Riesgo medio: 40- 59 mg/dl Riesgo alto: Menor a 40 mg/dl
COLESTEROL LDL	98.3 mg/dL	Optimo: Menor de 100mg/dl Cercano al optimo: 100-129 mg/dl Limite alto: 130-159 mg/dl Alto: 160 -189 mg/dl Muy alto: Mayor o igual a 190 mg/dl
COLESTEROL VLDL	9.6 mg/dL	2.0 - 30 mg/dl
METODO	ESPECTROFOTOMETRIA	
OBSERVACIONES	Libia Eunise Chandillo Becoche Bacteriólogo(a) RP: 1061783139	

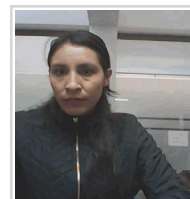

LIBIA EUNISE CHANDILLO BECOCHE
CC 1061783139

GLICEMIA

EXAMEN	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA
GLICEMIA PRE	67 mg/dL	65- 100 mg/dL
METODO	ESPECTROFOTOMETRIA	



Código de Seguridad
C652I33O274515



DATOS PERSONALES

Orden de Servicio N°: 274515

Municipio: BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)

Fecha y Hora: lunes, 1 de abril de 2024 06:53:37 a.m.

Nombres y Apellidos: VARGAS RIVERA LUZ AMANDA

CC: 1073166844 Género: FEMENINO

F. Nacimiento: 06/06/1994 Edad: 29 AÑOS 9 MESES 25 DÍAS Entidad: PARTICULARES CONTADO

OBSERVACIONES

Libia Eunise Chandillo Becoche
Bacteriólogo(a) RP: 1061783139

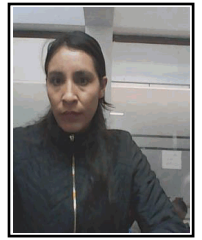


LIBIA EUNISE CHANDILLO BECOCHE
CC 1061783139



REYVELT
MEDICINA ESPECIALIZADA
Cuidamos De Tu Salud Laboral!

Nit: 900.868.701-5
SEDE NORTE: Cra 24 # 83-33
SEDE SUR: Cra. 60 No 11-14 L 4-5
Teléfonos 702-0903/313 323 9499/321 932 6287
comercial@reyvelt.com - info@reyvelt.com
www.reyvelt.com



EXAMEN DE OPTOMETRIA OCUPACIONAL

DATOS PERSONALES

Atención N°: 112,655

Fecha: 01/04/2024 Municipio: BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) CC: 1073166844 Nombre: VARGAS RIVERA LUZ AMANDA Edad: 29 AÑOS 9
Genero: FEMENINO Profesión o Cargo: AUXILIAR CONTABLE Empresa: PARTICULARES
Eps: FAMISANAR Tipo Evaluación Medica: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO F. Último Examen: 1 AÑO
Lugar del Último Examen: BOGOTA Motivo Consulta: EXAMEN OCUPACIONAL

ANTECEDENTES VISUALES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NIEGA
ANTECEDENTES PERSONALES	NIEGA
ANTECEDENTES OCUPACIONALES	NIEGA
CIRUGIAS OCULARES	NO
USO CORRECCION OPTICA	GAFAS USO PERMANENTE

PRUEBAS REALIZADAS

SINTOMATOLOGÍA

ASINTOMÁTICO

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN		AV/VL	AV/VP	PH	AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN		AV/VL	AV/VP
O.D:	NO APLICA	20/ 50	0.50M	N/A	MONOFOCAL		20/ 20	0.50M
O.I:	NO APLICA	20/ 50	0.50M	N/A	MONOFOCAL		20/ 20-	0.50M
A.O:	NO APLICA	20/ 50	0.50M	N/A	MONOFOCAL		20/ 15	0.50M

RX EN USO

OJO DERECHO: -1.50 AV VL 20/ 20 AV VP 20/ 0.5 ADD
OJO IZQUIERDO: -1.00 AV VL 20/ 20- AV VP 20/ 0.5 ADD

EXAMEN EXTERNO

OJO IZQUIERDO: SANA SIN ALTERACION
OJO DERECHO: SANA SIN ALTERACION

REFLEJOS

OBSERVACIÓN: PRESENTES Y NORMALES

COVER TEST

VISIÓN LEJANA: ORTHO
VISIÓN PROXIMA: EXO

MOTILIDAD OCULAR

OBSERVACIÓN: NORMAL

PUNTO PRÓXIMO DE CONVERGENCIA

OBSERVACIÓN: 5 CM

OFTALMOSCOPIA

OJO DERECHO: FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL
OJO IZQUIERDO: FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL

CAMPO VISUAL POR CONFRONTACIÓN

OJO IZQUIERDO: SIN ALTERACION
OJO DERECHO: SIN ALTERACION

REFRACCIÓN

OJO DERECHO: NO APLICA AV VL 20/
OJO IZQUIERDO: NO APLICA AV VL 20/

VISIÓN COLOR

OJO IZQUIERDO: NORMAL 16/16
OJO DERECHO: NORMAL 16/16

ESTEREOPSIS

OBSERVACIÓN: 40"

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
H521	MIOPIA	AMBOS	COMÚN	2 - DIGNÓSTICO CONFIRMADO NUEVO

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

CONTROL EN UN AÑO

USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE

REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

SE SUGIERE VALORACION POR OPTOMETRIA CLINICA YA QUE SE RECOMIENDA ACTUALIZACION DE CORRECCION OPTICA

OPTOMETRA

Firma: _____

Nombre: ARIZA SALAMANCA GISSELA

R. M.: 1020823027

L.S.O.: 2018/06



Código de Seguridad

V652B3H112655

PACIENTE

Amenda Varga

Firma: _____

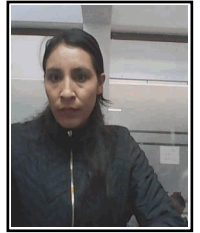
Nombre: VARGAS RIVERA LUZ AMANDA

CC: 1073166844



REYVELT
MEDICINA ESPECIALIZADA
Cuidamos De Tu Salud Laboral!

Nit: 900.868.701-5
SEDE NORTE: Cra 24 # 83-33
SEDE SUR: Cra. 60 No 11-14 L 4-5
Teléfonos 702-0903/313 323 9499/321 932 6287
comercial@reyvelt.com - info@reyvelt.com
www.reyvelt.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 241.437

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
01 DÍA	04 MES	2024 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
PARTICULARES CONTADO				PARTICULARES			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
VARGAS RIVERA LUZ AMANDA				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	29 AÑOS 9 MESES 25 DÍAS	CC	1073166844
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo AUXILIAR CONTABLE							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL APTO PARA EL CARGO							
Observaciones: <i>NO APLICA</i>							
N/A		NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)					
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO		RECOMENDACIONES	
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA		NO APLICA	
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
OPTOMETRIA OCUPACIONAL				EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR			
GLICEMIA				PRUEBA DE EMBARAZO HCG			
PERFIL LIPIDICO.				TEST RUFFIER			
ENFASIS CARDIOVASCULAR				-----			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
				PAÚSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
TEST DE RUFFIER: EL RESULTADO DE LA PRUEBA ES NORMAL. PROCURAR EL CUIDADO INTEGRAL DE SU SALUD. CUMPLIR CON LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD PARA EVITAR CONTAGIO CON COVID19 Y MANTENER ESQUEMA COMPLETO DE VACUNACIÓN. SUMINISTRAR INFORMACIÓN CLARA, VERAZ Y COMPLETA SOBRE SU ESTADO DE SALUD AL ÁREA DE SST DE LA COMPAÑÍA. INFORMAR OPORTUNAMENTE AL EMPLEADOR O CONTRATANTE ACERCA DE LOS PELIGROS Y RIESGOS LATENTES EN SU SITIO DE TRABAJO. PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES DE FORMACIÓN DEFINIDAS EN EL PLAN DE CAPACITACIÓN DEL SG-SST DE LA EMPRESA. REALIZAR PAUSAS O PERIODOS CORTOS DE DESCANSO, REALICE EJERCICIOS DE RELAJAMIENTO DE LOS MÚSCULOS DE LA COLUMNA Y DE LOS BRAZOS COMO MEDIDA PREVENTIVA OSTEOMUSCULAR.							
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.							

Médico

Firma: _____

Nombre: BERMUDEZ GUERRERO KAROL REYES

R. M.: 7865/04032021

L.S.O.: 7865 DE 04/03/2021



Código de Seguridad

C652I1O241437

Aspirante o Trabajador

Firma: _____

Nombre: VARGAS RIVERA LUZ AMANDA

CC: 1073166844

Tipo de declaración Fecha de publicación

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
LUZ	AMANDA	VARGAS	RIVERA

Documento de identificación	
Tipo CEDULA DE CIUDADANIA	Número 1073166844

Lugar de nacimiento			
País COLOMBIA	Departamento BOYACÁ	Municipio MOTAVITA	

Lugar de domicilio			
País COLOMBIA	Departamento CUNDINAMARCA	Municipio MADRID	

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	GOBERNACION DE CUNDINAMARCA	
Lugar de sede		
País COLOMBIA	Departamento BOGOTÁ. D.C.	Municipio BOGOTÁ. D.C.
Dirección	<input 26="" 51-53"]"="" calle="" no="" type="text" value="["/>	
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA	

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2025 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	
Cesantías e intereses de cesantías	\$402.660,00
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	\$48.660.933,00
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	\$49.063.593,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	\$4.003.210,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
TARJETA DE CREDITO	\$12.000.000,00

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

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí ☐ No ☒

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí ☐ No ☒

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí ☐ No ☒

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí ☒ No ☐

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
SANTIAGO	STIVENSON	ROMERO	VALLES

Tipo documento CEDULA DE CIUDADANIA Número 1073158115

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual: Sí ☐ No ☒

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí ☐ No ☒

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí ☐ No ☒

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí ☐ No ☒

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí ☐ No ☒

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:

- > Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
- > Establecimientos que posee.
- > Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
- > Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:



Gobernación de Cundinamarca

BOGOTÁ D.C., enero de 2026

Señores:

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

Atn. Jefe de Oficina de Admisiones y Registro y Control Académico Presente.

ASUNTO: AUTORIZACIÓN VALIDACIÓN TÍTULO TECNÓLOGO EN GESTIÓN CONTABLE Y FINANCIERA

Yo, LUZ AMANDA VARGAS RIVERA identificado con cédula de ciudadanía número, 1.073.166.844 expedida en Madrid Cundinamarca, autorizó a la GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA, Secretaría de Hacienda, para que realice la respectiva verificación de mis estudios, teniendo en cuenta que me encuentro en proceso de contratación.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012 Reglamentada parcialmente por el Decreto Nacional 1377 de 2013, Reglamentada Parcialmente por el Decreto 1081 de 2015 y la Política de privacidad y protección de datos personales publicada en la página web <https://www.cundinamarca.gov.co> manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

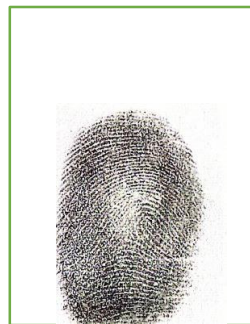
Agradezco la atención prestada.

Cordialmente,

NOMBRE: Luz Amanda Vargas Rivera

CC: 1.073.166.844

CEL: 3125197333



HUELLA

NOTA: Se debe realizar formato para validar los títulos de que se señalan en el perfil no planta con la respectiva universidad o centro educativo.



Hacienda
Gobernación de Cundinamarca

Calle 26 #51-53 Bogotá D.C.

Sede Administrativa - Torre de Salud 1 Piso.

Código Postal: 111321 – Teléfono: 3009108880

[f/CundiGob](#) [X@CundinamarcaGob](#)

www.cundinamarca.gov.co

 Gobernación de Cundinamarca	GESTIÓN CONTRACTUAL Y COMPRA PÚBLICA	Código: E-GCCP-FR-058
	RELACIÓN DE CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS VIGENTES CON OTRAS ENTIDADES ESTATALES	Versión: 01
		Fecha de aprobación: 08/08/2025

Previo a la suscripción de cualquier contrato de prestación de servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión, la dependencia líder de la necesidad, que para este caso es **LUIS ARMANDO ROJAS QUEVEDO SECRETARIO DE HACIENDA DEL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA** debe verificar si el futuro contratista tiene actualmente contratos suscritos con otra(s) entidad(es) del Estado.

Así las cosas, en mi condición de interesado en la celebración de un contrato de prestación de servicios profesionales o de apoyo a la gestión, mediante este formato **MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO** que:

- ☐ **SÍ** – Tengo contratos de prestación de servicios vigentes con otra(s) entidad(es) estatales.
☒ **NO** – Tengo contratos de prestación de servicios vigentes con otra(s) entidad(es) estatales.

Entrego anexo a este formato el resultado de la consulta en el Portal Anticorrupción de Colombia – PACO <https://portal.paco.gov.co/>, sobre los contratos de la presente vigencia.

Detalle de Contratos (si aplica) (Inserte las filas que sean necesarias)

Número de Contrato	Objeto del Contrato	Valor	Entidad Contratante

Así mismo, me comprometo a informar la suscripción de contratos de prestación de servicios (profesionales o de apoyo a la gestión) que surjan con otras entidades durante la ejecución del contrato.

Firma del futuro contratista:	
	
Nombre del proveedor o futuro contratista:	Luz Amanda Vargas Rivera
Tipo y número de documento futuro contratista:	C.C. No. 1.073.166.844

Se suscribe en la ciudad de Bogotá, **enero de 2026**.

PACO - CONTRATISTA

#	Monto	Objeto de contrato	Entidad	Fecha inicio	Fecha terminación	Departamento	Detalles
1	\$48,660,933	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION A LA SUBDIRECCION DE CONTROL Y FISCALIZA ...	DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA-S ...	2025-02-05	2025-12-31	CUNDINAMARCA	
2	\$28,808,466	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION A LA SUBDIRECCION DE FISCALIZACION DE LA ...	DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA-S ...	2024-06-20	2024-12-26	CUNDINAMARCA	
3	\$6,717,000	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION A LA SUBDIRECCION DE FISCALIZACION DE LA ...	DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA-S ...	2024-04-15	2024-05-31	CUNDINAMARCA	