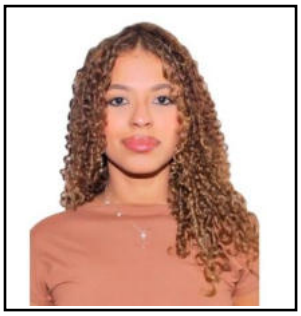


1 – DATOS PERSONALES							
PRIMER APELLIDO			**SEGUNDO APELLIDO**			**NOMBRES**	
VERA			ROSERO			DANIELA STEFANIA	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN				**SEXO**		**NACIONALIDAD**	
C.C: X	C.E:	PAS:	No.: 1004508590	MAS:	FEM : X	COLOMBIANO : X	EXTRANJERO :
LIBRETA MILITAR	PRIMERA CLASE:		SEGUNDA CLASE:		No.:	DM:	
LUGAR DE NACIMIENTO			**FECHA**				
DEPARTAMENTO	**MUNICIPIO**		**DIA**	**MES**	**AÑO**	**PAÍS**	
NARIÑO	PASTO		15	03	2002	COLOMBIA	
DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA							
DEPARTAMENTO	**MUNICIPIO**		**DIRECCION/BARRIO**				
PUTUMAYO	VALLE DEL GUAMUEZ		BARRIO LAS ACACIAS CARRERA 5 NÚMERO 10 -45				
TELEFONO FIJO	**MÓVIL**		**EMAIL**				
	3212389385		DANISTEFA1503@GMAIL.COM				

PERFIL PROFESIONAL
NUTRICIONISTA DIETISTA COMPROMETIDA CON LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES MEDIANTE UNA ALIMENTACIÓN ADECUADA Y HUMANIZADA. ME CARACTERIZO POR MI RESPONSABILIDAD, LIDERAZGO, CAPACIDAD DE TRABAJO EN EQUIPO, INICIATIVA Y HABILIDADES COMUNICATIVAS. HE DESARROLLADO MI FORMACIÓN EN DIVERSOS ENTORNOS CLÍNICOS, COMUNITARIOS Y DE SERVICIOS DE ALIMENTACIÓN, APORTANDO AL BIENESTAR DE DIFERENTES GRUPOS POBLACIONALES A TRAVÉS DE PRÁCTICAS PROFESIONALES ORIENTADAS POR LA EVIDENCIA Y EL RESPETO POR LA DIGNIDAD HUMANA.

2 – FORMACIÓN ACADÉMICA			
2.1- FORMACION BASICA Y MEDIA			
INSTITUCIÓN	**AÑOS CURSADOS**	**TITULO OBTENIDO**	**FECHA DE TERMINACIÓN**
UNIVERSIDAD LIBRE	4 AÑOS Y MEDIO	NUTRICIONISTA DIETISTA	AGOSTO 2025

2.2 - PREGRADO Y POSGRADO					
Modalidad Académica					
Técnica	Tecnólogo	Universitaria X	Especialización	Maestría	Doctorado

MODALIDAD ACADEMICA	UNIVERSITARIA
INSTITUCIÓN	UNIVERSIDAD LIBRE SECCIONAL PEREIRA
TÍTULO OBTENIDO	NUTRICIONISTA DIETISTA
FECHA DE TERMINACIÓN	AGOSTO 2025
CIUDAD	PEREIRA
MODALIDAD ACADEMICA	DIURNA
INSTITUCIÓN	

TÍTULO OBTENIDO	
FECHA DE TERMINACIÓN	
CIUDAD	
MODALIDAD ACADEMICA	
INSTITUCIÓN	
TÍTULO OBTENIDO	
FECHA DE TERMINACIÓN	
CIUDAD	

3 – CAPACITACIONES – (CURSOS, SEMINARIOS, DIPLOMADOS)				
INSTITUCION	**FORMACION**	**FECHA DE CULMINACIÓN**		
		DIA	**MES**	**AÑO**
Universidad Libre	Certificación en Manipulación Higiénica de Alimentos (10 horas)	25	02	2025
Quirón	Certificado Humanización en los Servicios de Salud con Enfoque Diferencial (80 horas)	10	09	2025
Quirón	Certificado Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual y de Género (80 horas)	10	09	2025
OPS	Certificado Diagnóstico y Manejo Clínico del Dengue (20 horas)	8	09	2025
SENA	Aspectos sanitarios en la nutrición y la alimentación (40 horas)	5	10	25

4 - FORMACIÓN ACADÉMICAS EN CURSO	
INSTITUCIÓN	Universidad Libre
TITULO A OBTENER	Nutricionista Dietista

TIEMPO CURSADO	9 semestres

5 – EXPERIENCIA LABORAL Relacione su experiencia laboral o de prestación de servicios en estricto orden cronológico comenzando por el actual.			
EMPLEO ACTUAL			
EMPRESA O ENTIDAD	**PÚBLICA**	**PRIVADA**	**PAÍS**
DEPARTAMENTO	**MUNICIPIO**		**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**
TELÉFONOS	**FECHA DE INGRESO**		**DIRECCIÓN ENTIDAD**
CARGO ACTUAL			**DEPENDENCIA**

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	**PÚBLICA**	**PRIVADA**	**PAÍS**
E.S.E. Hospital Santa Mónica	x		Colombia
DEPARTAMENTO	**MUNICIPIO**		**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**
Risaralda	Dosquebradas		dianita_agudelo@yahoo.es
TELÉFONOS	**FECHA DE INGRESO**		**DIRECCIÓN ENTIDAD**
(606) 3302507	5 de mayo 2025		6 de junio 2025
CARGO ACTUAL	**DEPENDENCIA**		**DIRECCIÓN**
Practicante de Nutrición y Dietética	Área comunitaria – clínica- servicios de alimentación- consulta externa		Av. Sta. Mónica #19A-18, Dosquebradas, Risaralda

MOTIVO DEL RETIRO	**Finalización de practicas**

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	**PÚBLICA**	**PRIVADA**	**PAÍS**
Clínica Comfamiliar		x	Colombia
DEPARTAMENTO	**MUNICIPIO**		**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**
Risaralda	Dosquebradas		
TELÉFONOS	**FECHA DE INGRESO**		**DIRECCIÓN ENTIDAD**
(606) 3135600	25 de marzo 2025		2 de abril 2025
CARGO ACTUAL	**DEPENDENCIA**		**DIRECCIÓN**
Practicante de Nutrición y Dietética	Área Clínica – UCI Adulto Mayor		Avenida Circunvalar No. 3-01. Pereira Risaralda
MOTIVO DEL RETIRO	**Finalización de practicas**		

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	**PÚBLICA**	**PRIVADA**	**PAÍS**
Hospital Universitario San Jorge	x		Colombia
DEPARTAMENTO	**MUNICIPIO**		**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**
Risaralda	Pereira		
TELÉFONOS	**FECHA DE INGRESO**		**FECHA DE RETIRO**
606 3137300	17 de febrero 2025		21 de marzo 2025
CARGO ACTUAL	**DEPENDENCIA**		**DIRECCIÓN**
Auxiliar de la nutricionista	Servicios de Alimentación		Cra. 4 # 24-88
MOTIVO DEL RETIRO	**Finalización de practicas**		

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	**PÚBLICA**	**PRIVADA**	**PAÍS**
Hospital Universitario San Jorge	x		Colombia
DEPARTAMENTO	**MUNICIPIO**		**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**
Risaralda	Pereira		
TELÉFONOS	**FECHA DE INGRESO**		**FECHA DE RETIRO**
606 3137300	30 de septiembre 2024		15 de noviembre 2024
CARGO ACTUAL	**DEPENDENCIA**		**DIRECCIÓN**
Auxiliar de nutricionista	Área Clínica- Materno Infantil		Cra. 4 # 24-88
MOTIVO DEL RETIRO	**Finalización de practicas**		

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	**PÚBLICA**	**PRIVADA**	**PAÍS**
Fundación Cáritas Diocesana de Pereira – Banco de Alimentos		x	Colombia
DEPARTAMENTO	**MUNICIPIO**		**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**
Risaralda	Pereira		caritasp@caritaspereira.org
TELÉFONOS	**FECHA DE INGRESO**		**FECHA DE RETIRO**
301 1267422	12 de agosto 2024		27 de septiembre 2024
CARGO	**DEPENDENCIA**		**DIRECCIÓN**
Practicante de Nutrición y Dietética	Área Comunitaria		Calle 20 N 4 – 47 Pereira, Risaralda
MOTIVO DEL RETIRO	**Finalización de practicas**		

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	**PÚBLICA**	**PRIVADA**	**PAÍS**
Universidad Tecnológica de Pereira – UTP	x		Colombia
DEPARTAMENTO	**MUNICIPIO**		**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**
Risaralda	Pereira		adrianam.vargasr@unilibre.edu.co
TELÉFONOS	**FECHA DE INGRESO**		**DIRECCIÓN ENTIDAD**
606 3137300	Febrero 2024		Mayo 2024
CARGO ACTUAL	**DEPENDENCIA**		**DIRECCIÓN**
Practicante de Nutrición y Dietética	Área comunitaria		Carrera 27 #10-02 Barrio Alamos - Pereira
MOTIVO DEL RETIRO	**Finalización de practicas**		

6 – TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA		
OCUPACION	**AÑOS**	**MESES**
Auxiliar de nutrición o practicante	1	6
TOTAL, TIEMPO EXPERIENCIA	1	6

7 – FIRMA DEL CONTRATISTA 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).		
NOMBRE COMPLETO	**CIUDAD**	**FECHA**
DANIELA SETFANIA VERA ROSERO	SAN MIGUEL	AGOSTO 2025
FIRMA		

Certificado de practicas

UNIVERSIDAD LIBRE
Personería Jurídica No. 192 de 1946 de Mingobierno
Nit.: 860.013.798-5

Miembro de la Asociación Colombiana de Universidades

NIT 860013798-5

LA JEFE DE ADMISIONES Y REGISTRO DE PEREIRA

CERTIFICA:

*Que **VERA ROSERO DANIELA STEFANIA**, identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 1004508590 de Ibagué, adscrito (a) al programa de **NUTRICION Y DIETÉTICA**, realizó su rotación de prácticas así.*

***Periodo 2024-2** Prácticas de octavo semestre ejecutada de lunes a viernes, con una intensidad de 6 horas diarias, durante 14 semanas distribuidas en 2 rotaciones de 7 semanas cada una, Práctica Clínica-1-Materno infantil en el Hospital San Jorge de Pereira, correspondiente a 210 horas. Práctica comunitaria-2 en Fundación Cáritas Diocesana de Pereira – Banco de Alimentos, 210 horas.*

***Periodo 2025-1** Prácticas de noveno semestre desarrolladas de lunes a viernes con intensidad de 8 horas diarias, durante 15 semanas distribuidas en 3 rotaciones de 5 semanas cada una. Práctica Clínica-2-Adulto, en la Clínica Comfamiliar, 200 horas. Práctica de servicio de alimentos con el operador Construyamos Colombia en el Hospital San Jorge de Pereira, 200 horas. Práctica Integrada en el Hospital Santa Mónica de Dosquebradas, 200 horas.*

*El programa académico de **NUTRICION Y DIETÉTICA** es una carrera semestralizada, tiene una duración de nueve semestres, es presencial, cuenta con registro calificado código SNIES 106129, según resolución de aprobación número 010057 de 18 de junio de 2024 del Ministerio de Educación.*

El presente certificado se expide a solicitud del interesado (a); se firma en la ciudad de Pereira a los veintiún (21) días del mes de agosto (08) del año dos mil veinticinco (2025).

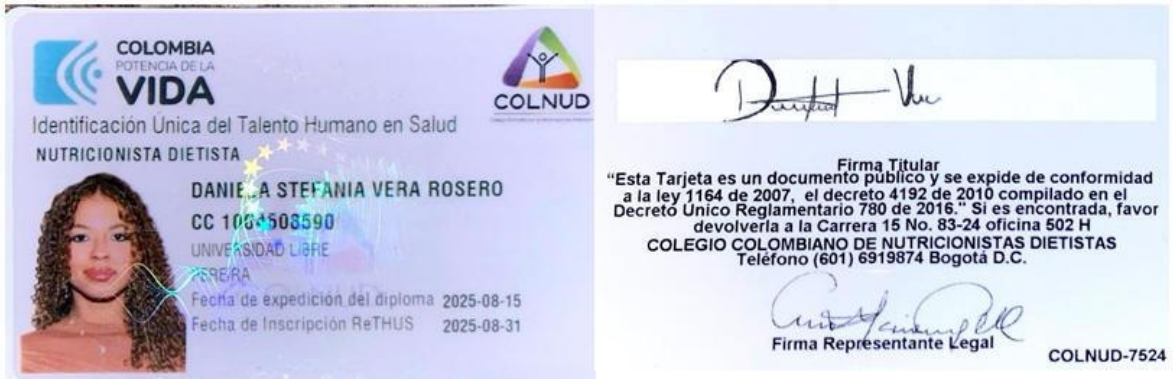
CLAUDIA LILIANA PIEDRAHITA CASTAÑO
Jefe de Admisiones y Registro

CAMINANDO EN LA EXCELENCIA
REACREDITACIÓN INSTITUCIONAL MULTICAMPUS 2021-2027 ALTA CALIDAD
Resolución MEN n.º 015865 (25-08-2021)

www.unilibre.edu.co
Pereira, campus Centro, calle 40 No. 7-30. PBX: (606) 3401081 - 3401043

Vigilada Mineducación

Tarjeta profesional




REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NÚMERO 1.004.508.590
VERA ROSERO
APELLIDOS
DANIELA STEFANIA
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 15-MAR-2002
PASTO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
18-JUN-2020 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA
ÍNDICE DERECHO
P-2900100-01143223-F-1004508590-20200630
0071015753A 1
8500452215

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy domingo 07 de septiembre de 2025, a las 15:47:02, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1004508590
Código de Verificación	1004508590250907154702

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 279954372

PIB
15:41:24

Bogotá DC, 07 de septiembre 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) DANIELA STEFANIA VERA ROSERO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1004508590:

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 Politica 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

OLGA LUCIA TIBOCHA CORTES
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (E)

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.

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 04:48:19 PM horas del 08/10/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía N° **1004508590**
Apellidos y Nombres: **VERA ROSERO DANIELA STEFANIA**

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.

Volver al Inicio

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 08/10/2025 04:50:06 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1004508590 DANIELA STEFANIA VERA ROSERO.**

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. **124651733** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

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

La Policía Nacional de Colombia informa:

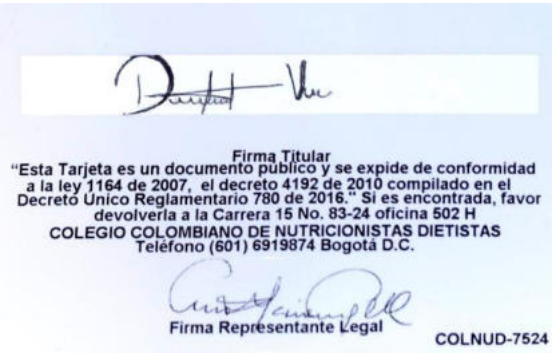
Que siendo las 17:01:20 horas del 08/10/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1004508590,** Apellidos y Nombres **VERA ROSERO DANIELA STEFANIA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **Fundacion Alma de Vida**, con NIT **901345939-0** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta





Certificación
Bancaria

Miércoles, 08 de octubre de 2025

Fundación Alma De Vida

Bancolombia S.A. se permite informar que DANIELA ROSERO VERA ROSERO identificado(a) con CC 1004508590, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta Ahorros	59716826435	2020-12-23	ACTIVO	*****

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

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

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

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 1d1a05e5-bb7b-49e4-9572-17c082e92a94

Nombres y apellidos / Full name: **DANIELA STEFANIA VERA ROSERO**

Tipo de identificación / ID Type: **CÉDULA DE CIUDADANÍA**

Número de identificación / ID Number: **1004508590**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **15/03/2002**

País nacimiento / Country of birth: **COLOMBIA**

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3212389385**

Correo electrónico / e-mail: **DANIESTEFA150@GMAIL.COM**

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
		Día / Day	Mes / Month	Año / Year				
COVID PFIZER	Primera	2	9	2021	PFIZER	FE3593	SANTA ISABEL HOSPITAL CARLOS TORRENTE LLANO	HEVER VASQUEZ HERRERA
COVID PFIZER	Segunda	7	10	2021	PFIZER	FH8024	SANTA ISABEL HOSPITAL CARLOS TORRENTE LLANO	GLORIA AMPARO CARO ROA
COVID PFIZER	Primer Refuerzo	8	4	2022	PFIZER	ACC5853	UNIVERSIDAD LIBRE SEDE PEREIRA	VALENTINA OLAYA GONZALEZ
INFLUENZA TRIVALENTE ADULTOS	Anual	25	6	2024	Green Cross	V50524002	HOSPITAL DEL CENTRO	SANDRA MILENA DIAZ UBAQUE
TD Adulto	Primera	25	6	2024	Serum	2333Q012B	HOSPITAL DEL CENTRO	SANDRA MILENA DIAZ UBAQUE
TD Adulto Particular	Segunda	2	8	2024		220800223A	BLANCA HELIDA BERNAL ARIAS.	BLANCA BERNAL
Hepatitis B Adultos Particular	Segunda	30	8	2024		23HGBV021	BLANCA HELIDA BERNAL ARIAS.	BLANCA BERNAL
TD Adulto	Tercera	13	2	2025	Serum	2333L037C	HOSPITAL DEL CENTRO	ELIZABETH CRISTINA GRISALES CASTAÑO - CC1054918079 - Activo
Hepatitis B Adultos Particular	Tercera	13	2	2025		23HGBV015	JENIFFER SARRIA OCAMPO INDAMEDIC	MARIA ELENA AURIA NOREÑA - CC43259332 - Activo

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información **PAIWEB** del **Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.**

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud

The Ministery of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators

Hacienda

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **VERA ROSERO VERA ROSERO** identificado con **CC No. 1004508590,** registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
FUNDACIÓN ALMA DE VIDA - NI. 901345939	**Fecha de inicio de cobertura: 01/10/25** **Estado Afiliación: ACTIVO** **Fecha de inicio de Contrato: 04/10/25** **Fecha fin de Contrato: 31/10/25** **Tipo Vinculación: INDEPENDIENTE** **Clase de Riesgo: 2**

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad para continuar con la cobertura.

Esta certificación se expide en la ciudad de Mocoa a los 10 días del mes de octubre de 2025.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.
MLRC

PROFESIONAL EN SALUD Y NUTRICION CDI - P1	
CONTRATO No.	**CZH-RP-SM-411**
CONTRATISTA:	DANIELA STEFANIA VERA ROSERO
C.C. No.	1004508590 de IBAGUE TOLIMA
Plazo del contrato	VEINTIOCHO (28) DÍAS
Fecha de Inicio Contrato	04 DE OCTUBRE DE 2025
Fecha de Terminación del Contrato	31 DE OCTUBRE DE 2025
Valor Total	**$2.910.103**

Entre los suscritos a saber **VERONICA ALEJANDRA CABRERA CHAVES**, mayor de edad, vecina de Puerto Asís, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.123.202.869 de Puerto Asís, actuando en calidad de Representante Legal de la FUNDACIÓN ALMA DE VIDA, identificada con el Nit 901345939-1, persona jurídica de derecho privado, sin ánimo de lucro quien en el presente contrato se llamará, FUNAVI, por una parte, y por la otra **DANIELA STEFANIA VERA ROSERO**, persona natural, mayor de edad, identificado (a) con cédula de ciudadanía **1004508590 de IBAGUE TOLIMA**, actúa en nombre propio, y que en lo sucesivo se llamará EL CONTRATISTA, se ha acordado suscribir el presente contrato de prestación de servicios, contenido en las cláusulas que a continuación se expresan, y en general por las disposiciones del Código Civil aplicables a la materia de qué trata este contrato.

CLAUSULAS:

PRIMERA.- Objeto: Prestar sus servicios profesionales en la **FUNDACIÓN ALMA DE VIDA** como **PROFESIONAL EN SALUD Y NUTRICION P1 – MODALIDAD INSTITUCIONAL - CDI** en el Municipio de **SAN MIGUE**L, Departamento del Putumayo, de conformidad al contrato No. **86001912025**, cuyo objeto es " PRESTAR EL SERVICIO DE ATENCIÓN, EDUCACIÓN INICIAL Y CUIDADO A NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS, O HASTA SU INGRESO AL GRADO DE TRANSICIÓN, Y A MUJERES GESTANTES Y MADRES EN PERIODO DE LACTANCIA CON EL FIN DE PROMOVER EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA PRIMERA INFANCIA CON CALIDAD, DE CONFORMIDAD CON LOS LINEAMIENTOS, MANUAL OPERATIVO, LAS DIRECTRICES, PARÁMETROS Y ESTÁNDARES ESTABLECIDOS POR EL ICBF, EN EL MARCO DE LA ATENCIÓN INTEGRAL " DE CERO A SIEMPRE" **SEGUNDA - Obligaciones Generales a cargo del contratista: A) 1)** Cumplir con todas las responsabilidades y compromisos como Profesional en Nutrición P1 que señala el Lineamiento Técnico y Administrativo de la Modalidad; **2)** Realizar la labor contratada cumpliendo estrictamente los niveles de calidad, puntualidad, diligencia, cuidado y pericia que le señale el CONTRATANTE y los que la labor imponga; **3)** Obrar con plena observancia de principios éticos que exige su labor; **4)** Seguir las directrices determinadas por EL CONTRATANTE en sus códigos de conducta, manuales, reglamentos y demás documentos; **5)** Colocar al servicio de EL CONTRATANTE, toda su capacidad normal de trabajo en el desempeño de sus funciones y en las labores anexas, conexas y complementarias, observando los preceptos del Reglamento interno de trabajo y acatando y cumpliendo las órdenes e instrucciones que le imparta EL CONTRATANTE, y sus representantes; **6)** Asistir y participar activamente en los programas y actividades especiales de EL CONTRATANTE, independientemente de su fecha, día u hora, tales como jornadas de capacitación, jornadas de crecimiento institucional, evaluación de rendimiento, evaluación institucional y cualquier otro tipo de celebraciones y eventos, prestando su concurso para la organización y éxito de tales realizaciones; **7)** Mantenerse actualizado en todos los conocimientos inherentes a las funciones que le corresponde desarrollar y también en conocimientos de interés general, preparándose permanentemente con la debida profundidad y seriedad; **8)** Conservar, mantener y responder por los elementos inherentes al ejercicio de sus funciones que por inventario le entregue EL CONTRATANTE para el ejercicio de su labor. **9)** Participar en el diseño del plan de acompañamiento pedagógico, para la implementación de la modalidad, acordes con el proyecto pedagógico del ICBF, las características de la modalidad y las condiciones particulares de la comunidad, agentes educativos, y las familias. **10)** Conocer y participar en la construcción de la Ruta

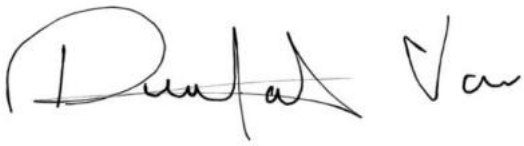
Integral de Atención con el objeto poder identificar deficiencias o vulneraciones en el desarrollo de los niños y así poder servir de notificadores a la coordinación, al equipo profesional y a las mismas familias sobre las deficiencias detectadas. **11)** Gestiona ante las instancias pertinentes, los recursos que garanticen la adecuada implementación de la modalidad y el desarrollo de los encuentros educativos. **12)** Llevar un registro descriptivo como evidencia de las acciones adelantadas, indicando como se han desarrollado niño a niño. **13)** Elaborar informes de evaluación formativa que indiquen los logros alcanzados en la modalidad en términos de desarrollo de competencias. **14)** Elaborar material de apoyo educativo, con la participación de los agentes educativos comunitarios, a fin de promover el proceso de desarrollo de competencias en los niños y niñas, de manera creativa utilizando elementos del medio. **15)** Participar en las estrategias de planeación, seguimiento y evaluación del proceso. **B) Desde el servicio: 1)** Identificar necesidades y situaciones de salud individuales de los niños. **2)** Realizar procesos de formación con docentes, auxiliares, madres y padres de familia para informar el estado nutricional actual de los niños y niñas y tomar las medidas conjuntas de ser necesarias. **3)** Elaborar el diagnóstico situacional y tener como punto de referencia la Ruta Integral de Atenciones para iniciar el diseño de los mecanismos de articulación, atención y gestión que buscan asegurar que los niños y las niñas puedan acceder al más alto nivel de salud. **4)** Implementar acciones de promoción y prevención de la salud. **5)** Movilizar recursos interinstitucionales. **6)** Elaborar e implementar el manual de buenas prácticas de manufactura para el servicio de alimentación de la unidad de servicio. **7)** Verificar la calidad y cantidad de los productos adquiridos para el servicio de alimentación. **8)** Participar en las estrategias de planeación, seguimiento y evaluación de la modalidad. **9)** Procurar la consecución oportuna de los recursos necesarios para una garantizar una adecuada atención de la modalidad. **10)** Utilizar los protocolos de seguimiento a la garantía de derechos y **11)** Elaborar o coordinar la elaboración con el profesional idóneo el diagnóstico nutricional de los niños y niñas atendidos en el servicio, bajo los parámetros establecidos por el ICBF. **12)** Elaborar el ciclo de menús o la minuta concertada en caso de grupos étnicos, de acuerdo a la minuta patrón establecida por el ICBF incluyendo cantidades diarias de cada alimento por beneficiario y por grupo de edad. **13)** Elaborar o coordinar la elaboración con el profesional idóneo las listas de intercambio de alimentos de acuerdo a los hábitos de consumo regional y alimentos que se encuentren en cosecha. **14)** Realizar control trimestral del estado nutricional de los niños y niñas mediante la toma de medidas antropométricas. **15)** Realizar control mensual a los menores de 2 años o a los niños y niñas que presenten desnutrición o riesgo de sufrirla. **B) Con el talento Humano: 1)** Realizar el proceso de asesoría y capacitación permanente a las manipuladoras de alimentos para la estandarización de las porciones utilizadas y servidas. **2)** participar en las capacitaciones que cualifiquen la atención en el área de salud y nutrición y todos los procesos pedagógicos que apliquen al área. **3)** Diseñar e implementar los mecanismos de capacitación y control a manipuladoras para garantizar la calidad e inocuidad de los alimentos ofrecidos en el servicio de alimentación. **4)** capacitar al personal docente para la detección temprana de factores de riesgo en salud pública que permita tomar acciones preventivas y activar la red de servicios. **5)** Garantizar la capacitación el personal en primeros auxilios. **C) Con las Familias: 1)** Dar a conocer a las familias la ruta integral de atenciones en primera infancia y la ruta de acción en caso de vulneración de los derechos de las niñas y niños. **2)** Brindar asesoría permanente a los cuidadores sobre adecuados hábitos de higiene y manipulación de alimentos, en el hogar. **3)** Orientar sobre aspectos nutricionales a las madres gestantes y lactantes. **4)** Identificar las necesidades de formación a las familias de acuerdo con las prácticas de nutrición observados en las visitas familiares. **5)** Acompañar y orientar las acciones educativas de los padres madres y personas significativas en la crianza y cuidado de los niños y niñas en las condiciones de su hogar y entorno social inmediato. **6)** las familias conocen que es el POS y que tienen derecho sus hijos. **7)** Incentivar la participación de las familias en los encuentros formativos y reforzar y hacer seguimiento a la apropiación de los aprendizajes construidos durante los mismos, identificando los logros y dificultades. **8)** Para el caso de la modalidad Institucional, realizar visitas de acompañamiento al hogar, en coordinación con el equipo de la modalidad. **9)** Sostener comunicación permanente con los padres, madres o adultos responsables de los niños y niñas con el fin de identificar las situaciones favorables al desarrollo y promover el restablecimiento de derechos cuando estos sean afectados por inobservancia, amenaza o vulneración. **D) Con los niños: 1)** Fomentar el desarrollo de actividades pedagógicas en los que niñas y niñas conocen y quieren su cuerpo. **2)** Tener registro de la evolución

del estado nutricional de cada beneficiario en las curvas de crecimiento y diligenciar el cartel de crecimiento. **3)** Elaborar el plan de intervención individual para los niños y niñas que presenten malnutrición. El Plan deberá estar acorde a las directrices del ICBF. **4)** Organizar y sistematizar información sobre las acciones adelantadas con los niños, niñas familias y comunidades. **E) Presentación de informes: 1)** Son mensuales y/o cuando se le requiera, se deberá presentar la relación de los beneficiarios para la sistematización y verificación y seguimiento de cada una de las acciones propias de su apoyo de los beneficiarios atendidos de acuerdo con el sistema de información que defina el ICBF. para su respectivo reporte a la estrategia " De Cero a Siempre" **2)** Presentar informes de ejecución técnica **3)** Presentar informe administrativa, **4)** Recepcionar y presentar informe del área Nutricional y Salud, **5)** presentar el informe a coordinación, en medio físico y magnético en las siguientes formas: **a) Cualitativo:** Se presenta mensualmente al supervisor del contrato o convenio, debe incluir lo relativo a: Gestión (narrar los eventos realizados en el proceso de caracterización, visitas domiciliarias, formación a las familias, niños, niñas y cuidadores; acciones desarrolladas; reuniones, seguimiento al desarrollo del plan de acción del programa), Dificultades y alternativas de solución aplicadas, Logros obtenidos, Sugerencias y recomendaciones, entregar evidencias fotográficas y otros documentos que evidencien las actividades realizadas en los encuentros y visitas a los hogares) **b) Cuantitativo:** Realizar el registro de información de beneficiarios atendidos , así como el reporte de novedades en el sistema de información y condiciones que defina el Operador teniendo en cuenta los lineamientos impartidos por el ICBF. Este informe se presenta mensualmente. **6)** Presentar los demás informes requeridos por la FUNDACIÓN ALMA DE VIDA y/o ICBF, según el desarrollo de sus actividades propias de sus funciones, **7)** así mismo resolver y responder oportunamente los requerimientos que le realice la FUNDACIÓN ALMA DE VIDA y el ICBF, en desarrollo de la Modalidad, esta información debe presentarla a la Coordinación Técnica y/o Coordinador General del CDI y al ICBF Centro Zonal de **SAN MIGUEL,** en medio físico y magnético, **8)** El Contratista se compromete a afiliarse a una empresa Promotora de Salud EPS, y cotizar igualmente al Sistema de Seguridad Social en Pensiones, tal como lo indica el Art. 15 de La Ley 100 de 1993 de no hacerlo, se dará por terminado el Contrato de Prestación de Servicios. Así mismo deberá informar y entregar al Contratante el comprobante de su afiliación a una empresa promotora de salud EPS, a una administradora de Riesgos Laborales – ARL- como también la certificación de cotización al Sistema de Seguridad Social en Pensiones. **9)** Observar el comportamiento adecuado en las relaciones interpersonales con el personal directivo, administrativo, en especial con quienes tenga relaciones directas en la ejecución del contrato. **10)** Las demás que surjan del desarrollo propio de la actividad contractual. **Obligaciones principales: 1)** Cumplir a cabalidad con el objeto del contrato determinado en la cláusula primera. **2)** Cumplir en forma eficiente y oportuna los trabajos encomendados y aquellas obligaciones que se generen de acuerdo con la naturaleza del contrato. **3)** Presentar informes mensuales **4)** Atender oportunamente las solicitudes y recomendaciones que haga el CONTRATANTE, EL SUPERVISOR y/o COORDINADOR GENERAL DEL CDI, **5)** Obrar con diligencia en los asuntos a él encomendados. **6)** Resolver las consultas con la mayor celeridad posible. **7)** Acudir a las dependencias de la FUNDACIÓN ALMA DE VIDA, durante el horario normal en que ésta desarrolla las labores, de acuerdo con las necesidades en la ejecución del objeto del contrato. **8)** Reunirse y hacer seguimiento con los profesionales que la Asociación Siona designe, **9)** brindar la información y orientación que sea indispensable para el desarrollo del objeto contractual, **10)** Observar el comportamiento adecuado en las relaciones interpersonales con el personal directivo, administrativo, en especial con quienes tenga relaciones directas en la ejecución del contrato. **11) CONFIDENCIALIDAD:** La información que le sea entregada o a la que tenga acceso la EAS y/o funcionario, en desarrollo y ejecución del presente contrato, gozan de confidencialidad y, por tanto, solo podrá ser usada para fines inherentes a su actividad en desarrollo del contrato, en la forma y bajo las obligaciones de confidencialidad revistas en la Política de Tratamiento de Datos Personales. La protección es indefinida, por lo que no se podrá hacer uso de ella ni durante la ejecución del contrato ni una vez finalizado. Por tal razón es de estricta obligatoriedad el Compromiso de confidencialidad y no divulgación de la información. **11).** Las demás que surjan del desarrollo propio de la actividad contractual. **PARÁGRAFO UNO:** Para el desarrollo de su gestión él Contratista tendrá plena independencia, tanto técnica, como directiva y administrativa en la realización de los servicios prestados, lo que quiere decir que no tendrá dedicación exclusiva para con la Empresa Contratante,

ni estará sometido a horario o condiciones de trabajo. **TERCERO: OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE 1**) Pagar al contratista el valor estipulado en el presente contrato, previa presentación del acta de recibo a satisfacción y de la cuenta de cobro. **2)** Suministrar la información y elementos necesarios al CONTRATISTA para la Ejecución satisfactoria del objeto del presente contrato. **CUARTA Afiliación a Seguridad Social:** El contratista se obliga a afiliarse al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones, de conformidad a lo establecido en el artículo 15 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 3 de la Ley 797 de 2003 y su Decreto Reglamentario 510 de 2003; al Sistema General de Seguridad Social en Salud de conformidad al artículo 157 de la Ley 100 de 1993, Inciso 1 e inciso final del Artículo 23 del Decreto 1703 de 2002; y demás normas concordantes y que reglamenten el asunto. **Parágrafo 1.** De conformidad con el artículo 18 de la Ley 1122 de 2007 el porcentaje obligatorio para salud se cotizará sobre una base de la cotización máxima de un 40% del valor mensualizado del contrato. El mismo porcentaje aplicará para cotizar pensión. **Parágrafo 2.** El contratista ha manifestado previamente su intención de afiliarse Sistema General de Riesgos Profesionales, por consiguiente, dentro de los dos (2) días siguientes a la celebración de este contrato allegará copia a la Administradora de Riegos Profesionales escogida por la contratista. El monto de la cotización será asumido en su totalidad por el contratista. **CONTRATISTA** deberá dentro de los cinco (5) días calendario de cada mes, demostrar y acreditar la respectiva afiliación al sistema de seguridad social integral antes citada, de no hacerlo se dará por terminado el Contrato de Prestación de Servicios **QUINTA.** Relación Laboral: El presente contrato no genera relación laboral alguna entre las partes contratantes, por lo tanto, en ningún caso habrá lugar al reconocimiento de prestaciones sociales**. SEXTA. DURACIÓN DEL CONTRATO**: El presente contrato tiene una duración de **SEXTA. DURACIÓN DEL CONTRATO**: El presente contrato tiene una duración de VEINTIOCHO (28) DÍAS, contados a partir de la firma del presente contrato, que va desde el 04 DE OCTUBRE DE 2025 hasta el 31 DE OCTUBRE DE 2025. **SÉPTIMA - Valor y forma de pago:** El valor total del contrato asciende a la suma de **DOS MILLONES NOVECIENTOS DIEZ MIL CIENTO TRES PESOS. ($2.910.103) ,**por concepto de honorarios profesionales pagaderos de la siguiente forma: **1. Por Concepto de Honorarios:** El valor de TRES MILLONES CIENTO DIECISIETE MIL NOVECIENTOS SESENTA Y OCHO DE PESOS **($3.117.968)**, pagaderos en Mensualidades cada una o proporcional al tiempo laborado. Pagos que estarán sujetos a que El CONTRATISTA presente: **a)** Copia del contrato y los soportes de legalización (únicamente para el primer pago). **b)** Informe mensual de cumplimiento de obligaciones contractuales **c)** Certificación mensual de cumplimiento de obligaciones contractuales, expedida por el supervisor del contrato. d) Presentación de comprobantes de pago de aportes a Seguridad Social Integral (Salud, Pensiones y Riesgos Profesionales) PARÁGRAFO **UNO:** De conformidad con el Estatuto Tributario, los pagos aquí establecidos están sujetos a las deducciones establecidas en el Estatuto Tributario por concepto de Retención en la fuente y con destino a la Dirección de Aduanas e Impuestos Nacionales (DIAN). **OCTAVA- Suspensión Temporal del Contrato**: Por circunstancias de fuerza mayor o caso fortuito, se podrá de común acuerdo entre las partes, suspender temporalmente la vigencia del contrato, mediante la suscripción de un acta donde coste tal evento, sin que para los efectos del plazo extintivo se compute el tiempo de suspensión, debiendo el CONTRATISTA ampliar la garantía única por el término de la suspensión. Cuando estas circunstancias afecten las obligaciones del CONTRATISTA, para ser aceptadas, éste debe comunicarlas por escrito al supervisor del contrato dentro de los cinco (5) días siguientes a la fecha de la ocurrencia del hecho con la debida comprobación. **NOVENA Sitio de prestación del servicio:** El contratista se compromete a prestar el servicio en el Municipio de **SAN MIGUEL,** Departamento del Putumayo. **DECIMA PRIMERA**: INDEMNIDAD Y RESPONSABILIDAD 1. Indemnidad General: El Contratista mantendrá indemne a la FUNDACIÓN ALMA DE VIDA, sus representantes, directivos y empleados, frente a cualquier reclamo, demanda, acción legal, gastos, multas o perjuicios que surjan por daños a personas, propiedades de terceros o a la propia Fundación, ocasionados total o parcialmente por actos u omisiones del Contratista, sus subcontratistas, empleados o agentes, durante la ejecución del contrato hasta su liquidación definitiva. 2. Responsabilidad por Dolo o Culpa Grave: En caso de que los daños o perjuicios sean causados por dolo, mala fe, intención deliberada o negligencia grave del Contratista, este asumirá la *total responsabilidad, incluyendo: La reparación integral de los daños materiales. El pago de indemnizaciones por perjuicios directos e indirectos, Los costos legales, incluidos honorarios de abogados y gastos judiciales en los que incurra la Fundación, Cualquier sanción

administrativa o penal que pudiera derivarse de tales actos. 3. Reparación o Pago de Daños: El Contratista se obliga a reparar los daños a satisfacción de la FUNDACIÓN ALMA DE VIDA o, en caso de que esta lo determine, a pagar su valor equivalente dentro de los 10 días hábiles siguientes a la notificación. 4. Exclusión de Limitaciones de Responsabilidad: Esta cláusula no estará sujeta a limitaciones de responsabilidad establecidas en otras partes del contrato cuando medie dolo, culpa grave o incumplimiento intencional. **DECIMA SEGUNDA Multas:** En caso de mora o incumplimiento parcial de las obligaciones a cargo del CONTRATISTA, FUNDACIÓN ALMA DE VIDA podrá imponerle multas diarias y sucesivas a razón del uno por ciento (1x100) del valor total del contrato, por cada día calendario que transcurra entre el incumplimiento de la obligación sin que el valor total de las multas pueda sobrepasar el diez por ciento (10%) del valor total del contrato las cuales podrán ser descontadas de los créditos a favor del CONTRATISTA **DÉCIMA TERCERA - Penal Pecuniaria**: Se establece como penal pecuniaria la suma equivalente al diez por ciento (10%) del valor total del contrato, suma que FUNDACIÓN ALMA DE VIDA hará efectiva en caso de incumplimiento. Pudiendo acudir para el efecto entre otros a los mecanismos de compensación de las sumas adeudadas al contratista, cobro de la garantía, o a cualquier otro medio para obtener el pago. **DÉCIMA CUARTA - Cesión:** El CONTRATISTA no podrá ceder total o parcialmente la ejecución del presente contrato sin la autorización previa y expresa de FUNDACIÓN ALMA DE VIDA, la que podrá reservarse las razones que tenga para negar tal cesión. **DÉCIMA QUINTA - Supervisión**: La supervisión del presente contrato estará a cargo de Coordinadora Técnica de la FUNDACIÓN ALMA DE VIDA y/o del Coordinador General del CDI Modalidad Familiar, del Centro Zonal de SAN MIGUEL, quien deberá certificar el cumplimiento del objeto contractual. **DECIMA SEXTA - Terminación Anticipada del Contrato:** Las partes, de común acuerdo, podrán dar por terminado el contrato, mediante la suscripción de un Acta donde coste tal evento. **DECIMA SÉPTIMA: TERMINACIÓN ANORMAL:** El incumplimiento de las obligaciones nacidas de este acuerdo de voluntades por una de las partes, facultará a la otra para dar por terminado el contrato, sin que sea necesario requerimiento de ninguna índole. **DECIMA OCTAVA:** El presente contrato de prestación de servicios profesionales independientes presta mérito ejecutivo para las partes. **DECIMA NOVENA**. - Laspartes manifiestan que reconocen validez a las estipulaciones convenidas en el presente contrato, que es el único vigente entre ellas, reemplazando y desconociendo cualquier otro verbal o escrito anterior.

Para constancia se firma dos ejemplares, en SAN MIGUEL (Putumayo)* el día 04 DE OCTUBRE DE 2025.

Por FUNDACIÓN ALMA DE VIDA	Por el CONTRATISTA
	
VERONICA ALEJANDRA CABRERA	**DANIELA STEFANIA VERA ROSERO**
Representante legal FUNAVI	C.C. 1004508590 de IBAGUE TOLIMA