

Fundación para el Desarrollo Integral  
Corporativo y Comunitario - DECORPCOM  
NIT 901050350-5  
Dirección: Carrera 12 No. 10 A 68  
Agua de Dios, Cundinamarca  
Teléfono: 3112417314



Fundación  
Decorpcom

## CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONTRATANTE: FUNDACION PARA EL DESARROLLO INTEGRAL CORPORATIVO Y  
COMUNITARIO -DECORPCOM- NIT. 901.050.350-5

CONTRATISTA: HAIDY REYES GODOY C.C. 39.567.191 DE GIRARDOT

OBJETO: PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO COMO AUXILIAR DE  
SERVICIOS GENERALES PARA LOS PROGRAMAS DE ADULTO  
MAYOR DÍA DEL MUNICIPIO DE NILO.

VALOR: TRES MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS (\$3.800.000)

PLAZO DE EJECUCIÓN: DOS (02) MESES

Entre los suscritos **SANDRA MILE CORDOBA LANCHEROS**, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía número 1.032.371.035 expedida en Bogotá, obrando en calidad de representante legal de la **FUNDACION PARA EL DESARROLLO INTEGRAL CORPORATIVO Y COMUNITARIO -DECORPCOM-** con NIT 901.050.350-5, quien para los efectos del presente contrato se denominará **EL CONTRATANTE**, por una parte, y por la otra **HAIDY REYES GODOY** identificado(a) con la cédula de ciudadanía número. 39.567.191 quien en adelante se denominará **EL CONTRATISTA**, hemos convenido celebrar el presente contrato de **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN** con **HAIDY REYES GODOY**, quien se encuentra en capacidad de ejecutar el objeto contractual por haber demostrado idoneidad y experiencia para la realización del mismo, siendo en consecuencia procedente suscribir el presente Contrato. De acuerdo con lo anterior, se regirá por las siguientes cláusulas: **CLAUSULA PRIMERA. OBJETO:** PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO COMO AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES PARA EL PROGRAMA DE ADULTO MAYOR EN CENTRO DÍA DEL MUNICIPIO DE NILO. **CLAUSULA SEGUNDA. ALCANCE:** el CONTRATISTA se compromete a cumplir todas aquellas obligaciones que se deriven del clausulado del presente contrato. **CLAUSULA TERCERA. OBLIGACIONES:** a) **ESPECIFICAS DEL CONTRATISTA** 1. Mantener la cocina limpia y en condiciones de higiene. 2. Una vez al mes aseo general a la cocina con lavado de pisos, paredes, neveras. (Incluido la bodega del mercado). 3. Utilizar siempre los elementos de protección e higiene (Gorro, tapaboca, guantes y delantal). 4. Cumplir con las minutas establecidas y los lineamientos del jefe de cocina. 5. Lavar loza y ollas finalizada la entrega del almuerzo. 6. Todos los días realizar aseo de cocina, estufa, pisos y mesones. 7. Lavar una vez al mes la alberca. 8. Sacar al shut la basura no orgánica de la cocina. 9. Lavar la mesa donde se reparten los alimentos. 9. Disponer del tiempo que se requiera para el arreglo del mercado una vez a la semana. 10. Consumir los alimentos que lleven mayor tiempo en cadena de frío. 11. Una vez al mes hacer proceso de desinfección de menaje. 12. Todos los días dejar hielo en las neveras. 13. Apoyo en rutas. 14. Presentar informe detallado de la realización de las actividades siguiendo los parámetros indicados por el supervisor. (Informe, registro

*Generar factor de cambio es creer en un mundo mejor*

Fundación para el Desarrollo Integral  
Corporativo y Comunitario - DECORPCOM  
NIT 901050350-5  
Dirección: Carrera 12 No. 10 A 68  
Agua de Dios, Cundinamarca  
Teléfono: 3112417314



Fundación  
Decorpcom

fotográfico mínimo 8 fotos, planilla de seguridad social). 15. Y todas las demás que sean asignadas por su supervisor. b) **OBLIGACIONES GENERALES:** 1. Presentar junto con el primer informe mensual de actividades, el pago de seguridad social; 2. Cumplir a cabalidad con el objeto del contrato de conformidad con lo consignado en la propuesta presentada 3. Atender los requerimientos que al respecto haga el Supervisor del contrato, tendientes a una correcta ejecución del mismo; 4. Informar oportunamente por escrito a la Administración a través del Supervisor, los inconvenientes que afecten el desarrollo del contrato; 5. Presentar mensualmente un informe parcial de ejecución debidamente soportado, el cual debe contener la información referente al desarrollo del objeto contratado; así como un informe final a la terminación de la ejecución del contrato, el cual debe comprender las actividades realizadas en su vigencia; 6. Afiliarse y pagar los aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral, de conformidad con el ordenamiento legal vigente para lo cual la Administración se reserva el derecho de exigir durante la vigencia del presente contrato, el cumplimiento de dicha obligación y presentar los documentos respectivos que así lo acrediten (planilla de pago y voucher), conforme lo establecido en el Decreto 1703 de 2002, Decreto 510 de 2003, la Ley 789 de 2002, Ley 828 de 2003, Ley 1753 de 2015, Artículo 1 del Decreto 1273 de 2018; y demás que las adicionen, complementen o modifiquen; 7. Cumplir las disposiciones del Sistema de Seguridad y salud, participar activamente en las capacitaciones y eventos realizados en materia de salud ocupacional; 8. Mantener la reserva profesional sobre la información que le sea suministrada para el desarrollo del objeto del contrato; 9. Responder por sus actos u omisiones en ejecución del contrato, cuando con ello cause perjuicios a la Administración o a terceros; 10. No acceder a peticiones o amenazas de quienes actúen por fuera de la ley con el fin de obligarla a hacer u omitir algún acto o hecho. Cuando se presenten tales peticiones o amenazas, deberá informar inmediatamente de su ocurrencia al Administración y a las demás autoridades competentes para que ellas adopten las medidas y correctivos que fuesen necesarios; 11. Obrar con diligencia y el cuidado necesario en el o los asuntos que se le asignen por el supervisor del contrato; 12. Las demás que se requieran para el cumplimiento del objeto del contrato de acuerdo con su formación académica y experiencia; 13. Procurar el cuidado integral de su salud 14. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumirá su costo; 15. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales 16. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales. 17. Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivada del contrato. 18. Las demás que se asignen por el CONTRATANTE y sean inherentes al objeto contractual.

**CLAUSULA CUARTA. PLAZO DE EJECUCIÓN:** El plazo de ejecución del presente contrato será de DOS (02) MESES contados a partir de la firma de este contrato.

**CLAUSULA QUINTA. VALOR:** El presente contrato de prestación de servicios tiene un valor de TRES MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS (\$3.800.000).

*Generar factor de cambio es creer en un mundo mejor*



Fundación para el Desarrollo Integral  
Corporativo y Comunitario - DECORPCOM  
NIT 901050350-5  
Dirección: Carrera 12 No. 10 A 68  
Agua de Dios, Cundinamarca  
Teléfono: 3112417314



Fundación  
Decorpcom

**CLAUSULA SEXTA. FORMA DE PAGO:** EL CONTRATANTE pagará al CONTRATISTA la suma descrita anteriormente mediante pagos mensuales vencidos, cada uno por valor de UN MILLON NOVECIENTOS MIL PESOS (\$1.900.000) M/CTE, previa certificación de cumplimiento por parte del supervisor.

**PARÁGRAFO PRIMERO:** Para los pagos respectivos el contratista deberá presentar Informe de la ejecución de las actividades relacionadas con el objeto del contrato, con registro fotográfico a color. Soporte de pago y planilla al sistema de seguridad social y aportes parafiscales, del respectivo mes. Factura comercial, si aplica. **PARÁGRAFO SEGUNDO:** Los impuestos y retenciones que surjan del presente contrato corren por cuenta del CONTRATANTE, para cuyos efectos LA FUNDACION no hará las retenciones del caso. **PARAGRAFO TERCERO:** Una vez finalizado el contrato, EL CONTRATISTA se compromete a suscribir con La FUNDACION la correspondiente acta de liquidación.

Para constancia se firma en Nilo, Cundinamarca al primer (01) día del mes de septiembre del dos mil veinticinco (2025).

CONTRATANTE,

CONTRATISTA,

  
SANDRA MILE CORDOBA LANCHEROS  
Representante Legal

  
HAIDY REYES GODOY  
C.C. 39.567.191

*Generar factor de cambio es creer en un mundo mejor*

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 39567191

REYES GODOY  
APELLIDOS

HAIDY  
NOMBRES

*Haidy Reyes Godoy*  
FIRMA



INDICE DERECHO

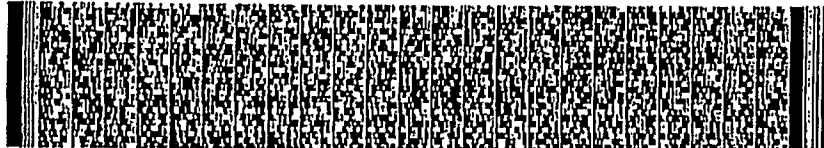
FECHA DE NACIMIENTO 09-JUN-1972

GIRARDOT  
(CUNDINAMARCA)  
LUGAR DE NACIMIENTO

1.57 ESTATURA      A+ G.S. RH      F SEXO

15-AGO-1990 GIRARDOT  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Ivan Duque Escobar*  
REGISTADOR NACIONAL  
IVAN DUQUE ESCOBAR



A-2907800-63091981-F-0039567191-20011126      0537501326A-02 109397223





# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

|                                                                                                                                                                    |                                                                    |                                                                                                                                                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PRIMER APELLIDO<br><u>Reyes</u>                                                                                                                                    | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)<br><u>Godoy</u>                     | NOMBRES<br><u>Haidy</u>                                                                                                                                                                           |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. <u>39567191</u>                      | SEXO<br>F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> | NACIONALIDAD<br>COL. <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/> PAÍS <u>Colombia</u>                                                                                       |
| LIBRETA MILITAR<br>PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> NÚMERO <u>                    </u> D.M. <u>                    </u>     |                                                                    |                                                                                                                                                                                                   |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO<br>FECHA DÍA <u>09</u> MES <u>06</u> AÑO <u>1991</u><br>PAÍS <u>Colombia</u><br>DEPTO <u>Cundinamarca</u><br>MUNICIPIO <u>Girardot</u> |                                                                    | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA<br><u>Vereda La Yucala</u><br>PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Cundinamarca</u><br>MUNICIPIO <u>Nilo</u><br>TELÉFONO <u>3106783639</u> EMAIL <u>hrgodoy@hotmail.com</u> |

## 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: <u>Bachiller</u>   |                               |
|-------------------|-----|-----|-----|-------------------------------------|------------|-----|-----|-----|----|-------------------------------------|-------------------------------|
| PRIMARIA          |     |     |     |                                     | SECUNDARIA |     |     |     |    | FECHA DE GRADO <u>3-12-1991</u>     |                               |
| 1o.               | 2o. | 3o. | 4o. | <input checked="" type="checkbox"/> | 6o.        | 7o. | 8o. | 9o. | 10 | <input checked="" type="checkbox"/> | MES <u>12</u> AÑO <u>1991</u> |

**EDUCACION 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<br>ACADÉMICA | No. SEMESTRES<br>APROBADOS | GRADUADO |    | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS<br>O TÍTULO OBTENIDO. | TERMINACIÓN |     | No. DE TARJETA<br>PROFESIONAL |
|------------------------|----------------------------|----------|----|----------------------------------------------|-------------|-----|-------------------------------|
|                        |                            | SI       | NO |                                              | MES         | AÑO |                               |
|                        |                            |          |    |                                              |             |     |                               |
|                        |                            |          |    |                                              |             |     |                               |
|                        |                            |          |    |                                              |             |     |                               |
|                        |                            |          |    |                                              |             |     |                               |
|                        |                            |          |    |                                              |             |     |                               |

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 |
|        |          |   |    |        |   |    |            |   |    |
|        |          |   |    |        |   |    |            |   |    |

# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

| RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL |                                    |                                            |                        |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------|--|--|
| EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE                                                                                     |                                    |                                            |                        |  |  |
| EMPRESA O ENTIDAD                                                                                                    | PÚBLICA                            | PRIVADA                                    | PAÍS                   |  |  |
| Fundación Decorpcom                                                                                                  |                                    | X                                          | Colombia               |  |  |
| DEPARTAMENTO                                                                                                         | MUNICIPIO                          | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                 |                        |  |  |
| Cundinamarca                                                                                                         | Agua de Dios                       | decorpcom@gmail.com                        |                        |  |  |
| TELÉFONOS                                                                                                            | FECHA DE INGRESO                   |                                            | FECHA DE RETIRO        |  |  |
| 3112417314                                                                                                           | DÍA 03 MES 03 AÑO 2023             |                                            | DÍA 02 MES 07 AÑO 2025 |  |  |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL                                                                                              | DEPENDENCIA                        | DIRECCIÓN                                  |                        |  |  |
| Auxiliar de servicios generales                                                                                      | Fundación                          | Cra 12 N° 10A 68                           |                        |  |  |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                                                           |                                    |                                            |                        |  |  |
| EMPRESA O ENTIDAD                                                                                                    | PÚBLICA                            | PRIVADA                                    | PAÍS                   |  |  |
| Fundación Decorpcom                                                                                                  |                                    | X                                          | Colombia               |  |  |
| DEPARTAMENTO                                                                                                         | MUNICIPIO                          | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                 |                        |  |  |
| Cundinamarca                                                                                                         | Agua de Dios                       | decorpcom@gmail.com                        |                        |  |  |
| TELÉFONOS                                                                                                            | FECHA DE INGRESO                   |                                            | FECHA DE RETIRO        |  |  |
| 3112417314                                                                                                           | DÍA 13 MES 03 AÑO 2024             |                                            | DÍA 20 MES 12 AÑO 2024 |  |  |
| CARGO O CONTRATO                                                                                                     | DEPENDENCIA                        | DIRECCIÓN                                  |                        |  |  |
| Auxiliar de servicios generales                                                                                      | Fundación                          | Cra 12 N° 10A 68                           |                        |  |  |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                                                           |                                    |                                            |                        |  |  |
| EMPRESA O ENTIDAD                                                                                                    | PÚBLICA                            | PRIVADA                                    | PAÍS                   |  |  |
| Alcaldía de Nilo                                                                                                     | X                                  |                                            | Colombia               |  |  |
| DEPARTAMENTO                                                                                                         | MUNICIPIO                          | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                 |                        |  |  |
| Cundinamarca                                                                                                         | Nilo                               | alcaldia@nilo-cundinamarca.gov.co          |                        |  |  |
| TELÉFONOS                                                                                                            | FECHA DE INGRESO                   |                                            | FECHA DE RETIRO        |  |  |
| 3132972343                                                                                                           | DÍA 04 MES 07 AÑO 2023             |                                            | DÍA 23 MES 11 AÑO 2023 |  |  |
| CARGO O CONTRATO                                                                                                     | DEPENDENCIA                        | DIRECCIÓN                                  |                        |  |  |
| Auxiliar de servicios generales                                                                                      | Secretaría de Desarrollo           | Calle 5 N° 3-16 Barrio Centro Nilo (Cundi) |                        |  |  |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                                                           |                                    |                                            |                        |  |  |
| EMPRESA O ENTIDAD                                                                                                    | PÚBLICA                            | PRIVADA                                    | PAÍS                   |  |  |
| Alcaldía de Nilo                                                                                                     | X                                  |                                            | Colombia               |  |  |
| DEPARTAMENTO                                                                                                         | MUNICIPIO                          | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                 |                        |  |  |
| Cundinamarca                                                                                                         | Nilo                               | gerencia@munilo.gov.co                     |                        |  |  |
| TELÉFONOS                                                                                                            | FECHA DE INGRESO                   |                                            | FECHA DE RETIRO        |  |  |
| 3188163169                                                                                                           | DÍA 11 MES 09 AÑO 2023             |                                            | DÍA 23 MES 06 AÑO 2023 |  |  |
| CARGO O CONTRATO                                                                                                     | DEPENDENCIA                        | DIRECCIÓN                                  |                        |  |  |
| Auxiliar de servicios generales                                                                                      | Servicios Públicos de Nilo (Cundi) | Cra 3 N° 3-02 Barrio Centro Nilo (Cundi)   |                        |  |  |

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO  
HOJA DE VIDA

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

| OCUPACIÓN                   | TIEMPO DE EXPERIENCIA |       |
|-----------------------------|-----------------------|-------|
|                             | AÑOS                  | MESES |
| SERVIDOR PÚBLICO            | 6                     | 50    |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 4                     | 48    |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE    | 10                    | 120   |
| TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA    | 20                    | 218   |

5 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 50, DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento Niño 23-08-2025

Hardy Reyes Godoy  
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



# Colegio Oficial Sumapaz

Carrera 25 No. 5-43 - Teléfono 450647

Melgar - Tolima

Jornada Diurna

Inscripción S. E. No. 193010

Inscripción DANE No. 17344900393

## ACTA INDIVIDUAL DE GRADUACION

En la ciudad de Melgar, a los 6 días del mes de DICIEMBRE del año 1991 se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretario en la Rectoría del Colegio Oficial Sumapaz, Institución aprobada hasta NUEVA VISITA, en el Nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional, para otorgar el Título de Bachiller en la modalidad ACADEMICA, según Resolución No 18855 del 19 de Octubre de 1983

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el Título de

## BACHILLER ACADEMICO

al graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de identificación se relacionan a continuación:

REYES JUDY HAIKY C.C. # 39.567.191 de Girardot

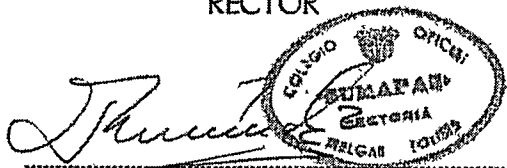
Es copia tomada del Libro de Actas Generales de Grado, Folio No. 28 al 31 Acta No. 012 de fecha 6 de DICIEMBRE de 1.991 que consta de 70 alumnos, que comienza con el nombre de AFANADOR DARCO DERLY y se cierra con el nombre de VIVERO BALANTA VILMA HILARY C.C. # 39.567.191 de Girardot

Firmada y Sellada por LIC. CAMILO BERMUDEZ ROJAS (Rector) y

JAIKE AUGUSTO SALGADO DAZA (Secretario)

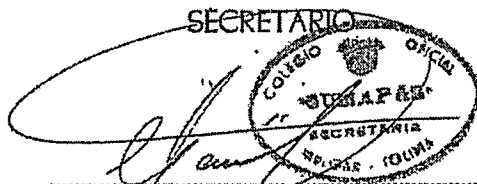
Dada en Melgar, a los 5 días del mes de MARZO de 1991

RECTOR



C. C. No. 5.898.278 de Espinal

SECRETARIO



C. C. No. 12.16.900 de Iteiva



REGIONAL CUNDINAMARCA

## EL CENTRO DE LA TECNOLOGIA DEL DISEÑO Y LA PRODUCTIVIDAD EMPRESARIAL

### CERTIFICA

Que HAIDY REYES GODOY identificado(a) con Cedula de Ciudadania No 39.567.191 de Girardot, realizó y aprobó el curso de OFIMÁTICA con una intensidad horaria de Cuarenta (40) y obtuvo una evaluación Apto (A) con una equivalencia de (4.5).

Equivalencia de Evaluaciones:

D: Reprobó

A: Aprobó

Se expide en Nilo, a los ocho (8) días del mes de noviembre de dos mil diecisiete (2017)

Firmado Digitalmente por  
GUSTAVO ADOLFO ARAQUE FERRARO  
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA  
Autenticidad del Documento  
Bogotá - Colombia

GUSTAVO ADOLFO ARAQUE FERRARO

Subdirector (E) CENTRO DE LA TECNOLOGIA DEL DISEÑO Y LA PRODUCTIVIDAD EMPRESARIAL  
REGIONAL CUNDINAMARCA

**SENA: Una Organización con Conocimiento**



## **EL CENTRO AGROPECUARIO LA GRANJA**

### **CERTIFICA**

Que HAIDY REYES identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No 39.567.191 de Rovira, realizó y aprobó el curso de ORGANIZACIÓN Y PARTICIPACION COMUNITARIA PARA EL MANEJO DE LOS RECURSOS NATURALES con una intensidad horaria de Cuarenta y Ocho (48) y obtuvo una evaluación Apto (A) con una equivalencia de (4.5).

Equivalencia de Evaluaciones:

D: Reprobó

A: Aprobó

Se expide en Melgar, a los dieciocho (18) días del mes de diciembre de dos mil doce (2012)

Firmado Digitalmente por  
PEDRO EDUARDO FONTAL APONTE  
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA  
Autenticidad del Documento  
Bogotá - Colombia

PEDRO EDUARDO FONTAL APONTE  
SUBDIRECTOR CENTRO AGROPECUARIO LA GRANJA  
REGIONAL TOLIMA

**SENA: Una Organización con Conocimiento**

**ASESORIAS Y CAPACITACION EN ALIMENTOS**

**MARIA BERNARDINA SANTAMARIA FAJARDO**

**INGENIERA DE ALIMENTOS**

**NIT 52071892-6**

No

**8397**

**CERTIFICADO**

**HAIDY REYES GODOY**

**CC 39567191**

Asistió a la capacitación en **MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS** en los siguientes temas:

**RESOLUCIÓN 2674 DEL 2013, BPM (Buenas Prácticas de Manufactura), PRÁCTICAS HIGIENICAS PARA EL MANIPULADOR DE ALIMENTOS, ETAS (Enfermedades Transmitidas por Alimentos) CON UNA INTENSIDAD DE DIEZ (10) HORAS.**

Dictado en **Guadalupe Cundinamarca**, el día **10** del mes **03** del año **2025**  
en plataforma virtual.



**MARIA BERNARDINA SANTAMARIA FAJARDO**

**INGENIERA DE ALIMENTOS**

**MATRÍCULA PROFESIONAL 25254219823CND**

**CELULAR: 3142398900**



No. 089-2017

CONTRATANTE: ALCALDÍA DE NILO

NIT. 899999707-8

OBJETO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES PARA EL CENTRO DÍA DE CASCO URBANO, DEL MUNICIPIO DE NILO CUNDINAMARCA.

FECHA DE INICIO: JULIO 17 DE 2017

FECHA TERMINACIÓN: DICIEMBRE 23 DE 2017

VALOR DEL CONTRATO: CINCO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE. (\$5.500.000)

No. 140-2019

CONTRATANTE: ALCALDÍA DE NILO

NIT. 899999707-8

OBJETO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES PARA EL REMPLAZO DE VACACIONES PARA LA CASA DEL ADULTO MAYOR NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD DEL MUNICIPIO DE NILO CUNDINAMARCA

FECHA DE INICIO: DICIEMBRE 02 DE 2019

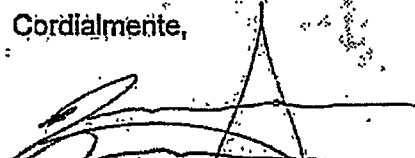
FECHA TERMINACIÓN: DICIEMBRE 23 DE 2019

VALOR DEL CONTRATO: UN MILLÓN TRECIENTOS MIL PESOS M/CTE. (\$1.300.000)

Que los anteriores contratos se ejecutaron, sin ningún contratiempo, cumpliendo a satisfacción con las especificaciones requeridas.

Se expide a solicitud de la interesada, en Nilo, Cundinamarca a los veintisiete (27) días del mes de Enero de 2020.

Cordialmente,

  
JOHANNA PATRICIA REINA ARIAS  
Jefe Oficina Asesora Jurídica  
Alcaldía de Nilo

Proyecto: Adriana Jiménez



Commutador: (1) 839 26 15 | Telefax: (1) 839 25 04 Celular 3213705984 / 3132971826  
www.nilo-cundinamarca.gov.co | Código Postal: 252401  
Correo electrónico: alcaldia@nilo-cundinamarca.gov.co / gobierno@nilo-cundinamarca.gov.co  
Calle 5 No. 3 - 16 (Centro) Nilo, Cundinamarca

**LA SUSCRITA JEFE DE LA OFICINA ASESORA JURÍDICA  
DEL MUNICIPIO DE NILO - CUNDINAMARCA**

**CERTIFICA**

Que la Señora **HAIDY REYES GODOY** identificada con cédula de ciudadanía número 39.567.191 de Girardot, ejecuto para la **ALCALDÍA DE NILO, CUNDINAMARCA**, los contratos de Prestación de Servicios, que a continuación se detalla:

**No.** 041-2016  
**CONTRATANTE:** ALCALDÍA DE NILO  
**NIT.** 899999707-8

**OBJETO:** PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES PARA EL CENTRO DÍA DE LA ESMERALDA, SERVICIO PRESTADO DE MANERA AUTÓNOMA E INDEPENDIENTE A LA ALCALDÍA DE NILO CUNDINAMARCA EN EL MUNICIPIO DE NILO.

**FECHA DE INICIO:** FEBRERO 23 DE 2016

**FECHA TERMINACIÓN:** SEPTIEMBRE 22 DE 2016

**VALOR DEL CONTRATO:** SEIS MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS M/CTE. (\$6.600.000)

**No.** 021-2017  
**CONTRATANTE:** ALCALDÍA DE NILO  
**NIT.** 899999707-8

**OBJETO:** PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES PARA EL CENTRO DÍA DE CASCO URBANO, DEL MUNICIPIO DE NILO CUNDINAMARCA..

**FECHA DE INICIO:** ENERO 17 DE 2017

**FECHA TERMINACIÓN:** JULIO 16 DE 2017

**VALOR DEL CONTRATO:** SEIS MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS M/CTE. (\$6.600.000)





NIT: 808004052-2

**EL SUSCRITO REPRESENTANTE LEGAL DE LA ASOCIACION DE  
FERIAS, EXPOSICIONES Y EVENTOS DE NILO**

**CERTIFICA**

Que la señora **HAIDY REYES GODOY**, identificada con cédula de ciudadanía No. 39.567.191 de Girardot, ha mantenido un vínculo laboral como contratista de prestación de servicios para desempeñar labores de economía y servicios generales con esta entidad desde el 1 de febrero del 2019 hasta el 30 de noviembre del 2019, desempeñando estas labores en el Centro día del municipio de Nilo, donde nuestra entidad tenía el manejo logístico, de acuerdo a convenio 01-2019 suscrito entre el Municipio de Nilo y nuestra entidad sin ánimo de lucro.

La señora en mención realizó y cumplió sus funciones a cabalidad de acuerdo a lo estipulado en el contrato, siendo una persona seria, colaboradora, honrada y responsable de sus obligaciones.

Se expide la presente a solicitud de la interesada a los (20) días del mes de enero del 2020.

  
**MOISES GARCIA PARRA**  
C.C. No. 79.360.666 Bogotá  
Representante Legal EXPONILO



## CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

**CERTIFICADO ORDINARIO**  
**No. 278982380**



PIB

07:11:02

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 23 de agosto 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) HAIDY REYES GODOY identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 39567191:

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 proféridas 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.

División de Relacionamento con el Ciudadano.

Línea gratuita 018000910315

Carrera 5 No. 15 - 60 Piso 1; Pbx 5878750 ext. 13170; Bogotá D.C.

[www.procuraduria.gov.co](http://www.procuraduria.gov.co)

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

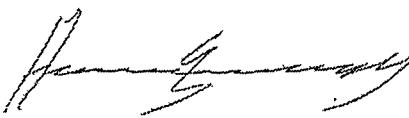
CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy sábado 23 de agosto de 2025, a las 07:14:13, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

|                        |                      |
|------------------------|----------------------|
| Tipo Documento         | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación     | 39567191             |
| Código de Verificación | 39567191250823071413 |

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



**POLICÍA NACIONAL  
DE COLOMBIA**



### **Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales**

#### **La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 07:17:45 AM horas del 23/08/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **39567191**

Apellidos y Nombres: **REYES GODOY HAIDY**

#### **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)



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, 23/08/2025 07:23:02 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **39567191** y Nombre: **HAIDY REYES GODOY**.

**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. **121987347** . 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



**Dios y  
Patria**

Policía Nacional de Colombia  
Dirección General - Cra. 59 N° 26 - 21  
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.  
Línea de atención: 018000-910112



**COLOMBIA  
POTENCIA DE LA  
VIDA**

 GOV.CO

## 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 07:26:56 horas del 23/08/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **39567191**,  
Apellidos y Nombres **REYES GODOY HAIDY**

**NO REGISTRA INHABILIDAD**

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **Fundación Decorpcom**, con NIT 901050350-5 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 normalidad rectora frente al tratamiento de datos.

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





**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 39567191 **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 23/08/2025 07:40 AM



Código Verificación: 6C5NWQZ2LP

Válida hasta: 21/11/2025

---

**Dirección de Gobierno Digital**

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

**1. INFORMACIÓN GENERAL**

|                      |                                                       |                      |                         |
|----------------------|-------------------------------------------------------|----------------------|-------------------------|
| Empresa Usaria:      | INDEPENDIENTE                                         | Actividad económica: | Servicios               |
| Nombre:              | HAIDY REYES GODOY                                     | Documento:           | CC 39567191             |
| Fecha de nacimiento: | 1972-06-09                                            | Lugar de nacimiento: | Girardot (Cundinamarca) |
| Edad:                | 52 años                                               | Identidad de Género: | Femenino                |
| Estado civil:        | Soltero                                               | No. hijos vivos:     | 2                       |
| Dirección actual:    | VEREDA LA YUCALA                                      | Municipio:           | NILO                    |
| Teléfono:            | 3206783639                                            | Escolaridad:         | Secundaria_completa     |
| Ocupación:           | ECONOMA                                               | EPS:                 | Familianar              |
| Responsable**:       | MARTHA REYES GODOY (HERMANA)                          | Teléfono:            | 3125184511              |
| Acompañante:         | El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante. |                      |                         |

\*\* La información de responsable se encuentra actualizada de acuerdo a la última suministrada por el paciente en la historia para efectos de un contacto oportuno ante cualquier eventualidad.



**INMUNIZACIONES** Relación de biológicos aplicados:

No presenta carnet de vacunación para revisión.

**PRUEBAS COMPLEMENTARIAS**

Visiometría: NO APLICA.  
Audiometría: NO APLICA.  
Espirometría computarizada: NO APLICA.

**CONCLUSIONES OCUPACIONALES**

De acuerdo al examen ocupacional realizado a HAIDY REYES GODOY con documento de identificación No. 39567191 se considera no presenta restricciones para desempeñar la ocupación de ECONOMA del sector económico Servicios

**CONDUCTAS OCUPACIONALES PREVENTIVAS**

**CLASIFICACIÓN EN EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA OSTEOMUSCULAR:** De acuerdo a la información disponible y el examen realizado seifica como NO CASO.

**RECOMENDACIONES GENERALES** (Para el manejo de enfermedades generales o comunes)

1. Solicitar en su entidad de salud valoración de su alteración del peso por Nutricionista.

**CONCEPTO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL**

NO PRESENTA RESTRICCIONES

**ENFASIS EN EL EXAMEN DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR:** En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular; extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquiera alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

Jaime Augusto Carrillo Castro  
Médico Cirujano  
Escuela de Medicina Juan N. Corpas  
Médico Especialista en Salud Ocupacional  
Universidad el Bosque  
RES. 0574 del 22 de Octubre de 2020

Firma para identificación de usuario  
HAIDY REYES GODOY  
Documento: 39567191



Escanee el código si desea verificar datos

**CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXÁMENES DE INGRESO:** Las Resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección Social) reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales de ingreso, con el objeto de determinar la existencia de restricciones para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo. También establece que la Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MÉDICO DE INGRESO del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clínica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, según lo establecido en la Resolución 1918 de Junio 5 de 2009 y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hacen parte integral de su historial médico.

Carrera 7A No.20-10 Consultorio 205 Barrio Granada - Girardot  
www.assomet.com contacto@assomet.com

PBX: 888 98 42

Impreso por: angelly.ortiz  
Fecha: 2025-01-31 Hora: 10:24

## CARTA DE INTENCIÓN

Yo, HAIDY REYES GODOY con número de cedula 39.567.191 expedida en Girardot, me comprometo a prestar mis servicios a la empresa FUNDACIÓN PARA EL DESARROLLO INTEGRAL CORPORATIVO Y COMUNITARIO – DECORPCOM NIT: 901050350-5, en caso que a esta sea adjudicado el proceso contractual convenio de asociación 02-2025 **“AUNAR ESFUERZOS TÉCNICOS, ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS PARA GARANTIZAR LA OPERACIÓN, PUESTA EN MARCHA Y FUNCIONAMIENTO DE LOS DE LOS PROGRAMAS CENTRO DIA Y SEMILLAS DE AMOR DEL MUNICIPIO DE NILO CUNDINAMARCA”**. El periodo de mis servicios es por el plazo total de ejecución del contrato.

Así mismo declaro bajo gravedad de juramento, que no he sido objeto de multas y/o sanciones a consecuencia de incumplimientos cualquiera sea su denominación, durante los últimos dos (2) años, que no me encuentre incurso en causal de inhabilidad o incompatibilidad, ni prohibiciones ni conflicto de interés, para ser parte del equipo de trabajo que ejecutara el proyecto.

Se firma a los 25 días del mes de Agosto de 2025.



HAIDY REYES GODOY  
C.C. 39.567.191 de Girardot

### INFORME DE ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA N° 01

|                  |                                  |                  |
|------------------|----------------------------------|------------------|
| Tipo de informe: | Final _____ Parcial <u>  X  </u> | Primer pago (01) |
|------------------|----------------------------------|------------------|

|                                              |                                                          |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| Nombre del contratista:<br>HAIDY REYES GODÓY | Identificación del contratista<br>39.567.191 de Girardot |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------------------|

|                 |                                                                       |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------|
| VALOR           | TRES MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS (\$3.800,000,00) M/CTE            |
| PLAZO           | DOS (02) MESES                                                        |
| FECHA DE INICIO | PRIMER (01) DIA DEL MES DE SEPTIEMBRE DEL DOS MIL VEINTICINCO (2025). |

|                                                |                                                                                                                                             |
|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objeto del contrato de Prestación de servicios | PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO COMO AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES PARA EL PROGRAMA DE ADULTO MAYOR EN CENTRO DÍA DEL MUNICIPIO DE NILO. |
|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                   |              |
|---------------------------------------------------|--------------|
| VALOR DEL CONTRATO                                | \$ 3.800.000 |
| VALOR A PAGAR SEGÚN INFORME DE SUPERVISIÓN No 001 | \$ 1.900.000 |
| SALDO PENDIENTE A EJECUTAR POR EL CONTRATISTA     | \$ 1.900.000 |

|                                                                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PERIODO A CANCELAR: MES DE SEPTIEMBRE DEL 2025<br>Valor a pagar: UN MILLON NOVECIENTOS MIL PESOS (\$1.900.000)<br>Banco: Nequi<br>Cuenta de ahorros N° 3206783639 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| Obligaciones /Productos programados (según contrato, cronograma y/o asignaciones)                               | Actividades/productos desarrollados frente a lo programado en el MES DE SEPTIEMBRE DEL 2025        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mantener la cocina limpia y en condiciones de higiene                                                           | Se realizó limpieza de cocina con todas las condiciones de higiene necesarias para su adecuado uso |
| Una vez al mes aseo general a la cocina con lavado de pisos, paredes, neveras. (Incluido la bodega del mercado) | Se realizo aseo general con lavado de pisos, paredes, neveras. Todo lo relacionado con la cocina.  |
| Utilizar siempre los elementos de protección e higiene (Gorro, tapaboca, guantes y delantal)                    | Se utilizaron todos los elementos de protección e higiene.                                         |

|                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cumplir con las minutas establecidas y los lineamientos del jefe de cocina.                                                                                                                          | Se cumplió a cabalidad con las minutas establecidas por semana.                                            |
| Lavar loza y ollas finalizada la entrega del almuerzo                                                                                                                                                | Se realizó la limpieza de todo el menaje utilizado para el consumo de los alimentos                        |
| Todos los días realizar aseo de cocina, estufa, pisos y mesones.                                                                                                                                     | Se realizó a diario el aseo de la cocina, estufa, pisos y mesón principal.                                 |
| Lavar una vez al mes la alberca.                                                                                                                                                                     | Se realizó el lavado de la alberca principal de la cocina                                                  |
| Sacar al shut la basura no orgánica de la cocina.                                                                                                                                                    | Se sacó a diario la basura y se deposita el shut                                                           |
| Lavar la mesa donde se reparten los alimentos.                                                                                                                                                       | Se realizó el lavado constante de la mesa principal donde se sirven los alimentos                          |
| Disponer del tiempo que se requiera para el arreglo del mercado una vez a la semana.                                                                                                                 | Se realizó el arreglo del mercado 1 una vez a la semana y orden de la alacena                              |
| Consumir los alimentos que lleven mayor tiempo en cadena de frío.                                                                                                                                    | Se realizó el consumo de alimentos con más tiempo de refrigeración. Proteínas y verduras                   |
| Todos los días dejar hielo en las neveras.                                                                                                                                                           | Se elaboró el empacado de hielo en la nevera.                                                              |
| Una vez al mes hacer proceso de desinfección de menaje.                                                                                                                                              | Se realizó el proceso de desinfección de todo el menaje.                                                   |
| Presentar informe detallado de la realización de las actividades siguiendo los parámetros indicados por el supervisor. (Informe, registro fotográfico mínimo 8 fotos, planilla de seguridad social). | Se presentó informe detallado, fotografías adjuntas y planillas de seguridad social del mes de septiembre. |

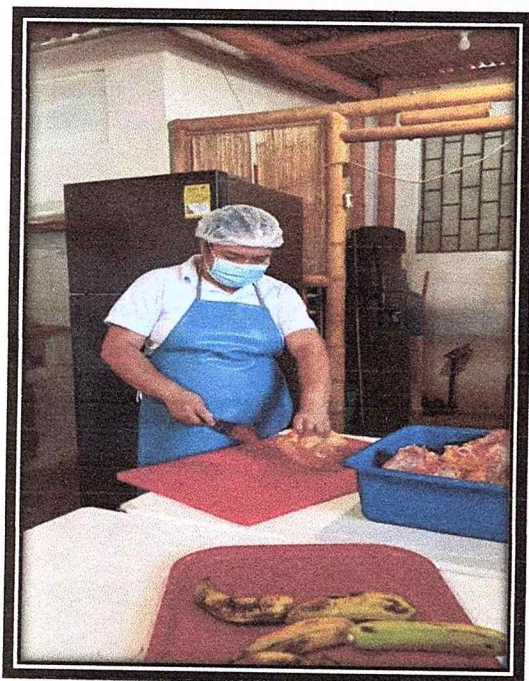
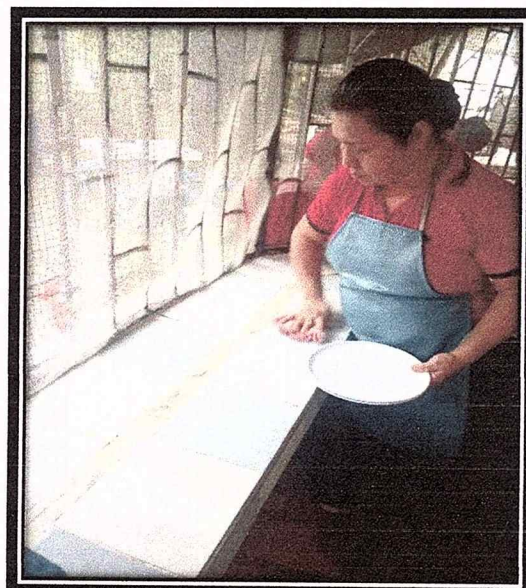
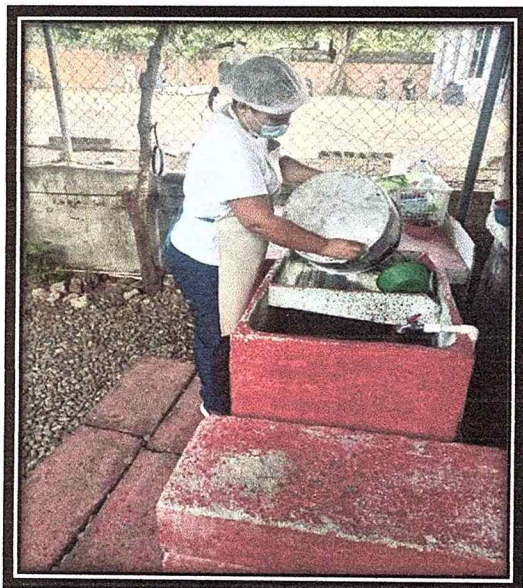
**PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO COMO AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES PARA LOS PROGRAMAS DE ADULTO MAYOR CENTRO DÍA DEL MUNICIPIO DE NILO.**

*Haidy Reyes Godoy*

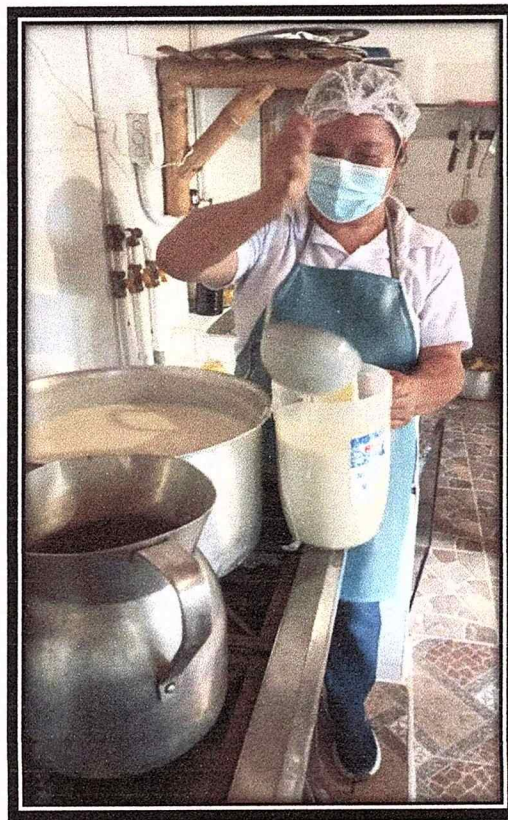
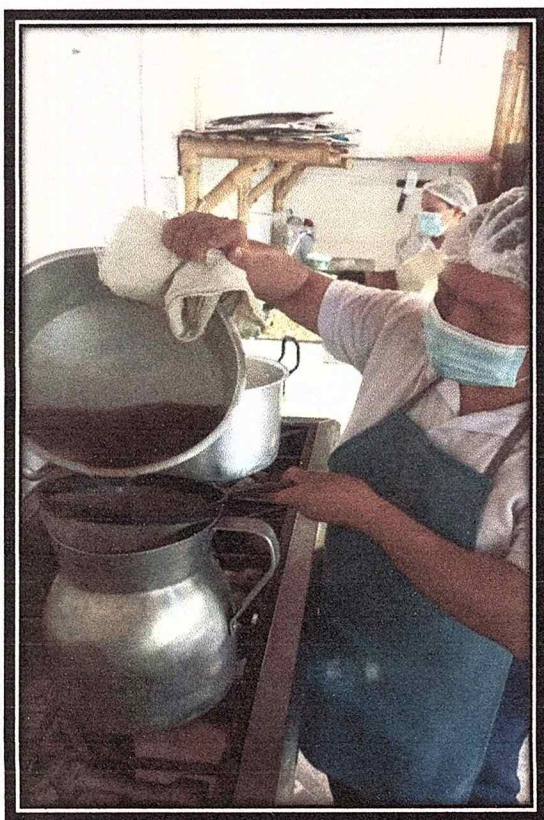
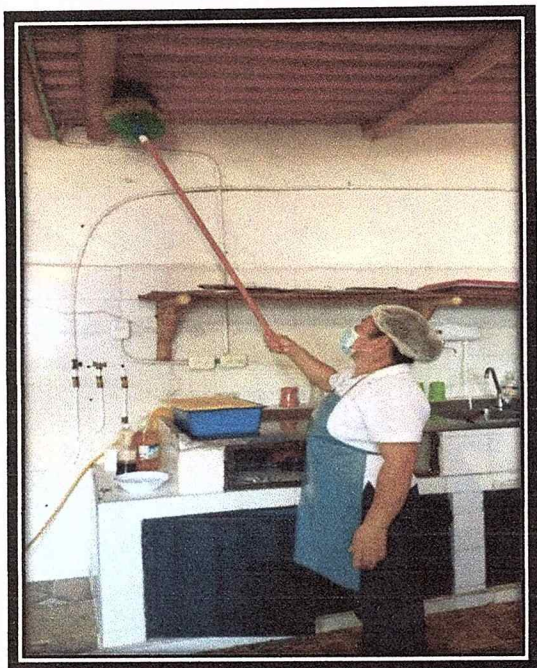
**HAIDY REYES GODOY**  
C.C. 39.567.191 de Girardot



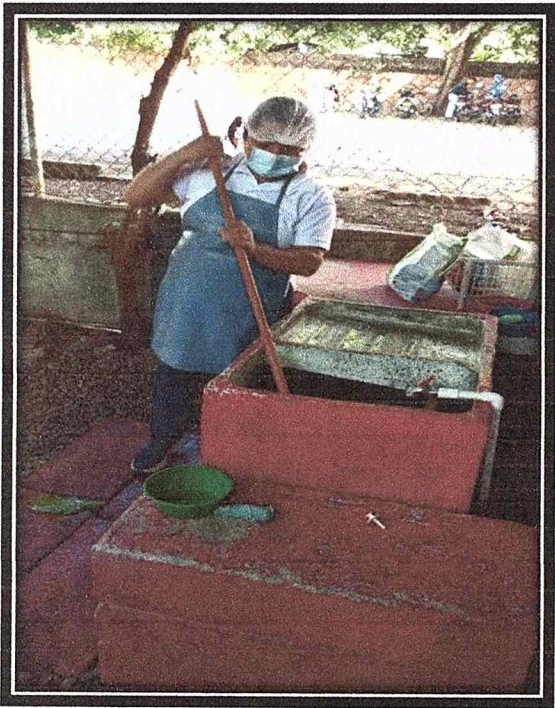
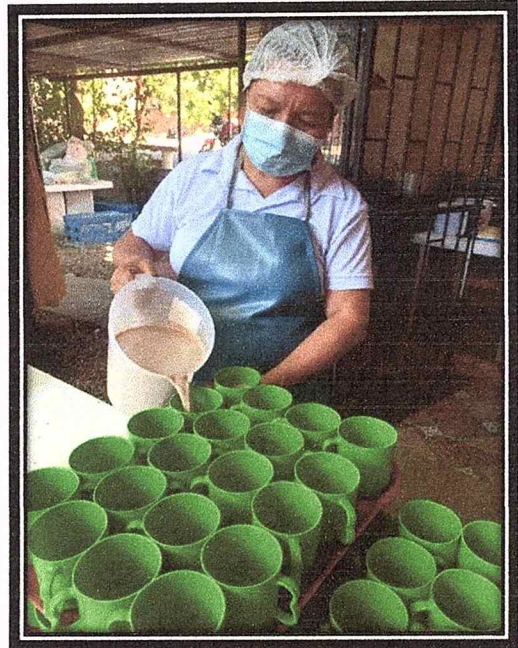
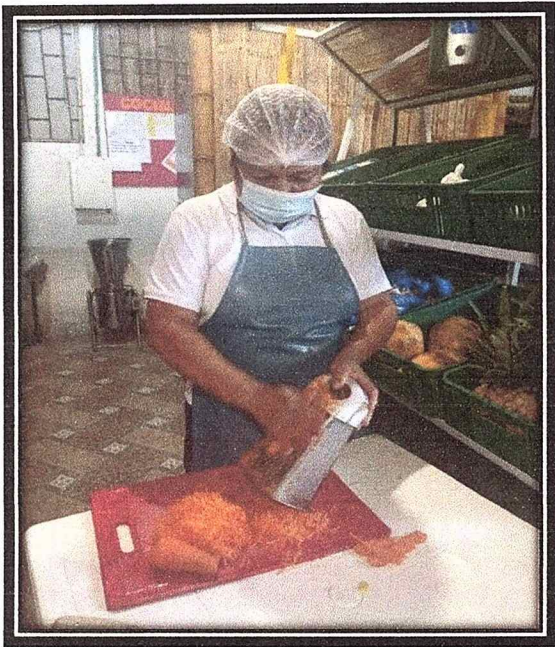
## REGISTRO FOTOGRÁFICO













| DATOS GENERALES DEL APORTANTE     |         |                   |                 |                    |                  |                     |                |                        |               |
|-----------------------------------|---------|-------------------|-----------------|--------------------|------------------|---------------------|----------------|------------------------|---------------|
| Identificación                    | dv      | Razon Social      | Clase Aportante | Sucursal Principal | Dirección        | Ciudad-Departamento | Teléfono       | Exonerado SENA e ICBF  |               |
| CC 39567191                       |         | REYES GODOY HAIDY | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | VEREDA LA YUCALA | NILO-CUNDINAMARCA   | 5555555        | No                     |               |
| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |                   |                 |                    |                  |                     |                |                        |               |
| Periodo                           |         | Clave             |                 | Fecha              |                  | Pago                |                |                        |               |
| Pensión                           | Salud   | Pago              | Planilla        | Tipo               | Planilla         | Limite              | Pago           | Banco                  | Valor         |
| 2025-09                           | 2025-09 | 1813312314        | 9491481204      | I                  |                  | 2025/10/22          | 2025/09/30     | BANCOLOMBIA            | \$413.300     |
| RESUMEN DE PAGO                   |         |                   |                 |                    |                  |                     |                |                        |               |
| RIESGO                            |         | CODIGO            | NIT             | DV                 | AFILIADOS        | VALOR LIQUIDADO     | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1)          |         |                   |                 |                    | 1                | \$227,800           | \$0            | \$0                    | \$227,800     |
| PORVENIR                          |         | 230301            | 800,224,808     | 8                  | 1                | \$227,800           | \$0            | \$0                    | \$227,800     |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1)          |         |                   |                 |                    | 1                | \$7,500             | \$0            | \$0                    | \$7,500       |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS      |         | 14-23             | 860,011,153     | 6                  | 1                | \$7,500             | \$0            | \$0                    | \$7,500       |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1)          |         |                   |                 |                    | 1                | \$178,000           | \$0            | \$0                    | \$178,000     |
| FAMISANAR                         |         | EPS017            | 830,003,564     | 7                  | 1                | \$178,000           | \$0            | \$0                    | \$178,000     |
| TOTAL                             |         |                   |                 |                    | 1                | \$413,300           | \$0            | \$0                    | \$413,300     |



## Resumen General de Pago

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE     |         |            |                   |            |                 |            |                    |           |                  |       |                     |  |          |                       |
|-----------------------------------|---------|------------|-------------------|------------|-----------------|------------|--------------------|-----------|------------------|-------|---------------------|--|----------|-----------------------|
| Identificación                    |         | dv         | Razon Social      |            | Clase Aportante |            | Sucursal Principal |           | Direccion        |       | Ciudad-Departamento |  | Telefono | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 39567191                       |         |            | REVES GODOY HAIDY |            | INDEPENDIENTE   |            | PRINCIPAL          |           | VEREDA LA YUCALA |       | NILO-CUNDINAMARCA   |  | 55555555 | Nb                    |
| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |            |                   |            |                 |            |                    |           |                  |       |                     |  |          |                       |
| Periodo                           |         | Clave      |                   | Tipo       |                 | Fecha      |                    | Pago      |                  | Valor |                     |  |          |                       |
| Pensión                           | Salud   | Pago       | Planilla          | Planilla   | Limite          | Pago       | Banco              | Dias Mora |                  |       |                     |  |          |                       |
| 2025-09                           | 2025-09 | 1813312314 | 1                 | 9491481204 | 2025/10/22      | 2025/09/30 | BANCOLOMBIA        |           | \$413.300        |       |                     |  |          |                       |

## LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

| EMPLEADO                          |                |          |                                                   | PENSION |      |             |           | SALUD  |      |             |           | CCF    |      |     |        | RIESGOS |      |             |         | PARAFISCALES |  |  |  |
|-----------------------------------|----------------|----------|---------------------------------------------------|---------|------|-------------|-----------|--------|------|-------------|-----------|--------|------|-----|--------|---------|------|-------------|---------|--------------|--|--|--|
| No.                               | Identificación | Nombres  |                                                   | Codigo  | Días | IBC         | Aporte    | Codigo | Días | IBC         | Aporte    | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo  | Días | IBC         | Aporte  |              |  |  |  |
| Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados) |                |          |                                                   |         |      |             |           |        |      |             |           |        |      |     |        |         |      |             |         |              |  |  |  |
|                                   |                |          | Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)       |         |      | \$1,423,300 | \$227,800 |        |      | \$1,423,300 | \$178,000 |        |      | \$0 | \$0    |         |      | \$1,423,300 | \$7,500 |              |  |  |  |
|                                   |                |          |                                                   |         |      | \$1,423,300 | \$227,800 |        |      | \$1,423,300 | \$178,000 |        |      | \$0 | \$0    |         |      | \$1,423,300 | \$7,500 |              |  |  |  |
|                                   |                |          | Ciudad: NILO Dopter: CLINDINAMARCA ( 1 Afiliados) |         |      | \$1,423,300 | \$227,800 |        |      | \$1,423,300 | \$178,000 |        |      | \$0 | \$0    |         |      | \$1,423,300 | \$7,500 |              |  |  |  |
| 1                                 | CC             | 39567191 | REYES HAIDY                                       | 230301  | 30   |             | \$227,800 | EPS017 | 30   | \$1,423,300 | \$178,000 | 0      |      | \$0 | \$0    | 14-23   | 30   | \$1,423,300 | \$7,500 |              |  |  |  |
| Total Afiliados( 1)               |                |          |                                                   |         |      | \$1,423,300 | \$227,800 |        |      | \$1,423,300 | \$178,000 |        |      | \$0 | \$0    |         |      | \$1,423,300 | \$7,500 |              |  |  |  |



Fundación para el Desarrollo Integral  
Corporativo y Comunitario - DECORPCOM  
NIT 901050350-5  
Dirección: Carrera 12 No. 10 A 68  
Agua de Dios, Cundinamarca  
Teléfono: 3112417314



Fundación  
Decorpcom

## CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONTRATANTE: FUNDACION PARA EL DESARROLLO INTEGRAL CORPORATIVO Y  
COMUNITARIO -DECORPCOM- NIT. 901.050.350-5

CONTRATISTA: KAREN XIMEÑA DÍAZ MANZANARES C.C. 1.071.987.599 DE AGUA  
DE DIOS

OBJETO: PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO COMO AUXILIAR DE  
SERVICIOS GENERALES PARA LOS PROGRAMAS DE ADULTO  
MAYOR DÍA DEL MUNICIPIO DE NILO.

VALOR: TRES MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS (\$3.800.000)

PLAZO DE EJECUCIÓN: DOS (02) MESES

Entre los suscritos **SANDRA MILE CORDOBA LANCHEROS**, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía número 1.032.371.035 expedida en Bogotá, obrando en calidad de representante legal de la **FUNDACION PARA EL DESARROLLO INTEGRAL CORPORATIVO Y COMUNITARIO -DECORPCOM-** con NIT 901.050.350-5, quien para los efectos del presente contrato se denominará **EL CONTRATANTE**, por una parte, y por la otra **KAREN XIMENA DÍAZ MANZANARES** identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1.071.987.599 quien en adelante se denominará **EL CONTRATISTA**, hemos convenido celebrar el presente contrato de **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN** con **KAREN XIMENA DIAZ MANZANARES**, quien se encuentra en capacidad de ejecutar el objeto contractual por haber demostrado idoneidad y experiencia para la realización del mismo, siendo en consecuencia procedente suscribir el presente Contrato. De acuerdo con lo anterior, se regirá por las siguientes cláusulas: **CLAUSULA PRIMERA. OBJETO:** PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO COMO AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES PARA EL PROGRAMA DE ADULTO MAYOR EN CENTRO DÍA DEL MUNICIPIO DE NILO. **CLAUSULA SEGUNDA. ALCANCE:** el CONTRATISTA se compromete a cumplir todas aquellas obligaciones que se deriven del clausulado del presente contrato. **CLAUSULA TERCERA. OBLIGACIONES:** a) **ESPECIFICAS DEL CONTRATISTA** 1. Mantener la cocina limpia y en condiciones de higiene. 2. Una vez al mes aseo general a la cocina con lavado de pisos, paredes, neveras. (Incluido la bodega del mercado). 3. Utilizar siempre los elementos de protección e higiene (Gorro, tapaboca, guantes y delantal). 4. Cumplir con las minutas establecidas y los lineamientos del jefe de cocina. 5. Lavar loza y ollas finalizada la entrega del almuerzo. 6. Todos los días realizar aseo de cocina, estufa, pisos y mesones. 7. Lavar una vez al mes la alberca. 8. Sacar al shut la basura no orgánica de la cocina. 9. Lavar la mesa donde se reparten los alimentos. 9. Disponer del tiempo que se requiera para el arreglo del mercado una vez a la semana. 10. Consumir los alimentos que lleven mayor tiempo en cadena de frío. 11. Una vez al mes hacer proceso de desinfección de menaje. 12. Todos los días dejar hielo en las neveras. 13. Apoyo en rutas. 14. Presentar informe detallado de la realización de las actividades siguiendo los

**Generar factor de cambio es creer en un mundo mejor**

Fundación para el Desarrollo Integral  
Corporativo y Comunitario - DECORPCOM  
NIT 901050350-5  
Dirección: Carrera 12 No. 10 A 68  
Agua de Dios, Cundinamarca  
Teléfono: 3112417314



Fundación  
Decorpcom

parámetros indicados por el supervisor. (Informe, registro fotográfico mínimo 8 fotos, planilla de seguridad social). 15. Y todas las demás que sean asignadas por su supervisor. b) **OBLIGACIONES GENERALES:** 1. Presentar junto con el primer informe mensual de actividades, el pago de seguridad social; 2. Cumplir a cabalidad con el objeto del contrato de conformidad con lo consignado en la propuesta presentada 3. Atender los requerimientos que al respecto haga el Supervisor del contrato, tendientes a una correcta ejecución del mismo; 4. Informar oportunamente por escrito a la Administración a través del Supervisor, los inconvenientes que afecten el desarrollo del contrato; 5. Presentar mensualmente un informe parcial de ejecución debidamente soportado, el cual debe contener la información referente al desarrollo del objeto contratado; así como un informe final a la terminación de la ejecución del contrato, el cual debe comprender las actividades realizadas en su vigencia; 6. Afiliarse y pagar los aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral, de conformidad con el ordenamiento legal vigente, para lo cual la Administración se reserva el derecho de exigir durante la vigencia del presente contrato el cumplimiento de dicha obligación y presentar los documentos respectivos que así lo acrediten (planilla de pago y voucher), conforme lo establecido en el Decreto 1703 de 2002, Decreto 510 de 2003, la Ley 789 de 2002, Ley 828 de 2003, Ley 1753 de 2015, Artículo 1 del Decreto 1273 de 2018 y demás que las adicionen, complementen o modifiquen; 7. Cumplir las disposiciones del Sistema de Seguridad y salud, participar activamente en las capacitaciones y eventos realizados en materia de salud ocupacional; 8. Mantener la reserva profesional sobre la información que le sea suministrada para el desarrollo del objeto del contrato; 9. Responder por sus actos u omisiones en ejecución del contrato, cuando con ello cause perjuicios a la Administración o a terceros; 10. No acceder a peticiones o amenazas de quienes actúen por fuera de la ley con el fin de obligarla a hacer u omitir algún acto o hecho. Cuando se presenten tales peticiones o amenazas, deberá informar inmediatamente de su ocurrencia al Administración y a las demás autoridades competentes para que ellas adopten las medidas y correctivos que fuesen necesarios; 11. Obrar con diligencia y el cuidado necesario en el o los asuntos que se le asignen por el supervisor del contrato; 12. Las demás que se requieran para el cumplimiento del objeto del contrato de acuerdo con su formación académica y experiencia; 13. Procurar el cuidado integral de su salud 14. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumirá su costo; 15. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales 16. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales. 17. Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivada del contrato. 18. Las demás que se asignen por el CONTRATANTE y sean inherentes al objeto contractual.

**CLAUSULA CUARTA. PLAZO DE EJECUCIÓN:** El plazo de ejecución del presente contrato será de DOS (02) MESES contados a partir de la firma de este contrato.

**CLAUSULA QUINTA. VALOR:** El presente contrato de prestación de servicios tiene un valor de TRES MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS (\$3.800.000).

*Generar factor de cambio es creer en un mundo mejor*

Fundación para el Desarrollo Integral  
Corporativo y Comunitario - DECORPCOM  
NIT 901050350-5  
Dirección: Carrera 12 No. 10 A 68  
Agua de Dios, Cundinamarca  
Teléfono: 3112417314



Fundación  
Decorpcom

**CLAUSULA SEXTA. FORMA DE PAGO:** EL CONTRATANTE pagará al CONTRATISTA la suma descrita anteriormente mediante pagos mensuales vencidos, cada uno por valor de UN MILLON NOVECIENTOS MIL PESOS (\$1.900.000) M/CTE, previa certificación de cumplimiento por parte del supervisor.

**PARÁGRAFO PRIMERO:** Para los pagos respectivos el contratista deberá presentar Informe de la ejecución de las actividades relacionadas con el objeto del contrato, con registro fotográfico a color. Soporte de pago y planilla al sistema de seguridad social y aportes parafiscales, del respectivo mes. Factura comercial, si aplica. **PARÁGRAFO SEGUNDO:** Los impuestos y retenciones que surjan del presente contrato corren por cuenta del CONTRATANTE, para cuyos efectos LA FUNDACION no hará las retenciones del caso. **PARAGRAFO TERCERO:** Una vez finalizado el contrato EL CONTRATISTA se compromete a suscribir con La FUNDACION la correspondiente acta de liquidación.

Para constancia se firma en Nilo, Cundinamarca al primer (01) día del mes de septiembre del dos mil veinticinco (2025).

CONTRATANTE,

CONTRATISTA,

  
SANDRA MILE CORDOBA LANCHEROS  
Representante Legal

  
KAREN XIMENA DIAZ MANZANARES  
C.C. 1.071.987.599

  
*Generar factor de cambio es creer en un mundo mejor*  


REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1-071-987-599

DIAZ MANZANARES

APELLIDOS

KAREN XIMENA

NOMBRES

Karen Ximena Diaz Manzanar



FECHA DE NACIMIENTO 18-MAR-1993

NILO  
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.61

ESTATURA

G/S. RH

SEXO F

27-SEP-2012 AGUA DE DIOS

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

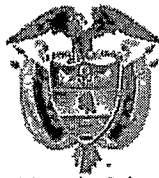
REGISTRADOR NACIONAL  
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

P-1500400-01283393-F-1071987599-20220301-0078399864G-9918344044

ORIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL





Libertad y Orden

# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

|                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                    |                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| PRIMER APELLIDO<br><u>Diaz</u>                                                                                                                                 | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)<br><u>Manzanarez</u>                                                                                                                                                | NOMBRES<br><u>Karen Ximena</u>                                             |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. <u>1071987599</u>                | SEXO<br>F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/>                                                                                                                                 | NACIONALIDAD<br>COL <input type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/> |
| LIBRETA MILITAR<br>PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> NÚMERO _____ D.M. _____                                             |                                                                                                                                                                                                    |                                                                            |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO<br>FECHA DÍA <u>18</u> MES <u>03</u> AÑO <u>1993</u><br>PAÍS <u>Colombia</u><br>DEPTO <u>Cundinamarca</u><br>MUNICIPIO <u>Alto</u> | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA<br><u>Vereda Malachi</u><br>PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Cundinamarca</u><br>MUNICIPIO <u>Alto</u><br>TELÉFONO <u>3142195796</u> EMAIL <u>KarenPira357@gmail.com</u> |                                                                            |

## 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:                    |                 |
|------------------|-----|-----|-----|-------------------------------------|------------|-----|-----|-------------------------------------|----|-------------------------------------|-----------------|
| PRIMARIA         |     |     |     |                                     | SECUNDARIA |     |     | MEDIA                               |    | FECHA DE GRADO                      |                 |
| 1o.              | 2o. | 3o. | 4o. | <input checked="" type="checkbox"/> | 6o.        | 7o. | 8o. | <input checked="" type="checkbox"/> | 10 | <input checked="" type="checkbox"/> |                 |
|                  |     |     |     |                                     |            |     |     |                                     |    | MES <u>12</u>                       | AÑO <u>2012</u> |

**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<br>ACADÉMICA | No. SEMESTRES<br>APROBADOS | GRADUADO                            |    | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS<br>O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN |      | No. DE TARJETA<br>PROFESIONAL |
|------------------------|----------------------------|-------------------------------------|----|---------------------------------------------|-------------|------|-------------------------------|
|                        |                            | SI                                  | NO |                                             | MES         | AÑO  |                               |
| Te                     |                            | <input checked="" type="checkbox"/> |    | Tecnico en Produccion Periodica             | 11          | 2012 |                               |
|                        |                            |                                     |    |                                             |             |      |                               |
|                        |                            |                                     |    |                                             |             |      |                               |
|                        |                            |                                     |    |                                             |             |      |                               |
|                        |                            |                                     |    |                                             |             |      |                               |

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 |
| Inglés | <input checked="" type="checkbox"/> |   |    | <input checked="" type="checkbox"/> |   |    | <input checked="" type="checkbox"/> |   |    |

# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

| RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRÍCTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL. |                               |         |                               |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|---------|-------------------------------|--|--|
| EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE                                                                                      |                               |         |                               |  |  |
| EMPRESA O ENTIDAD                                                                                                     | PÚBLICA                       | PRIVADA | PAÍS                          |  |  |
| Panaderia Pettipan                                                                                                    |                               | X       | Colombia                      |  |  |
| DEPARTAMENTO                                                                                                          | MUNICIPIO                     |         | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD    |  |  |
| Cundinamarca                                                                                                          | Nilo                          |         |                               |  |  |
| TELÉFONOS                                                                                                             | FECHA DE INGRESO              |         | FECHA DE RETIRO               |  |  |
| 3185711109                                                                                                            | DÍA 01 MES 10 AÑO 2019        |         | DÍA 29 MES 02 AÑO 2024        |  |  |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL                                                                                               | DEPENDENCIA                   |         | DIRECCIÓN                     |  |  |
| administradora                                                                                                        | Panaderia Pettipan            |         | calle 5 al 2-74 N116          |  |  |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                                                            |                               |         |                               |  |  |
| EMPRESA O ENTIDAD                                                                                                     | PÚBLICA                       | PRIVADA | PAÍS                          |  |  |
| Fondacion Decorpcom                                                                                                   |                               | X       | Colombia                      |  |  |
| DEPARTAMENTO                                                                                                          | MUNICIPIO                     |         | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD    |  |  |
| Cundinamarca                                                                                                          | N116                          |         | decorpcom@gmail.com           |  |  |
| TELÉFONOS                                                                                                             | FECHA DE INGRESO              |         | FECHA DE RETIRO               |  |  |
| 3152921762                                                                                                            | DÍA 08 MES 03 AÑO 2024        |         | DÍA 15 MES 12 AÑO 2024        |  |  |
| CARGO O CONTRATO                                                                                                      | DEPENDENCIA                   |         | DIRECCIÓN                     |  |  |
| Servicios Varios                                                                                                      |                               |         |                               |  |  |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                                                            |                               |         |                               |  |  |
| EMPRESA O ENTIDAD                                                                                                     | PÚBLICA                       | PRIVADA | PAÍS                          |  |  |
| Fondacion decorpcom                                                                                                   |                               | X       | Colombia                      |  |  |
| DEPARTAMENTO                                                                                                          | MUNICIPIO                     |         | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD    |  |  |
| Cundinamarca                                                                                                          | N116                          |         | decorpcom@gmail.com           |  |  |
| TELÉFONOS                                                                                                             | FECHA DE INGRESO              |         | FECHA DE RETIRO               |  |  |
| 3152921762                                                                                                            | DÍA 03 MES 03 AÑO 2025        |         | DÍA 02 MES 07 AÑO 2025        |  |  |
| CARGO O CONTRATO                                                                                                      | DEPENDENCIA                   |         | DIRECCIÓN                     |  |  |
| Servicios Varios                                                                                                      |                               |         |                               |  |  |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                                                            |                               |         |                               |  |  |
| EMPRESA O ENTIDAD                                                                                                     | PÚBLICA                       | PRIVADA | PAÍS                          |  |  |
|                                                                                                                       |                               |         |                               |  |  |
| DEPARTAMENTO                                                                                                          | MUNICIPIO                     |         | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD    |  |  |
|                                                                                                                       |                               |         |                               |  |  |
| TELÉFONOS                                                                                                             | FECHA DE INGRESO              |         | FECHA DE RETIRO               |  |  |
|                                                                                                                       | DÍA [ ] MES [ ] AÑO [ ][ ][ ] |         | DÍA [ ] MES [ ] AÑO [ ][ ][ ] |  |  |
| CARGO O CONTRATO                                                                                                      | DEPENDENCIA                   |         | DIRECCIÓN                     |  |  |
|                                                                                                                       |                               |         |                               |  |  |

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO  
**HOJA DE VIDA**

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

**4 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            |                       |       |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 6                     | 3     |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE    |                       |       |
| TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA    |                       |       |

**5 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 50. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento: \_\_\_\_\_

Karen X. Diaz M.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

DIAN

## Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 01 Inscripción

4. Número de formulario

14987596971



(415)7707212489984(8020) 000001498759697 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

1 0 7 1 9 8 7 5 9 9

4

Impuestos y Aduanas de Girardot

## IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1

3

26. Número de identificación

1 0 7 1 9 8 7 5 9 9

27. Fecha expedición

2 0 1 2 0 9 2 7

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Cundinamarca

2

5

30. Ciudad/Municipio

Agua de Dios

0 0 1

31. Primer apellido

DIAZ

32. Segundo apellido

MANZANAREZ

33. Primer nombre

KAREN

34. Otros nombres

XIMENA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

## UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1

6

9

39. Departamento

Cundinamarca

40. Ciudad/Municipio

2

5

Nilo

4

8

8

41. Dirección principal

MZ B CA 30 BRR TAMARINDO

42. Correo electrónico

karenpra357@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 4 2 1 9 5 7 9 6

45. Teléfono 2

## CLASIFICACIÓN

## Actividad económica

Actividad principal

46. Código

8 1 1 0

47. Fecha inicio actividad

2 0 2 4 0 3 0 4

Actividad secundaria

48. Código

8 2 9 9

49. Fecha inicio actividad

2 0 2 4 0 3 0 4

Otras actividades

1

2

## Ocupación

50. Código

51. Código

52. Número establecimientos

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código

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

49 - No responsable de IVA

## Usuarios aduaneros

## Exportadores

54. Código

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

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

## Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

X

NO

60. No. de Folios:

1

61. Fecha

2024-03-04 / 11:17:19

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

Firma del solicitante:

Karen X. Diaz

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre

PARDO CUBA LOS MAURICIO ALEJANDRO

985. Cargo

Gestor III



La República de Colombia  
El Ministerio de Educación Nacional  
y en su nombre la

## Institución Educativa Departamental Salesiano Miguel Unia

Agua de Dios-Cundinamarca

Aprobado por la Secretaría de Educación de Cundinamarca,  
según Resolución No. 001790 del 7 de Noviembre de 2000

Confiere a:

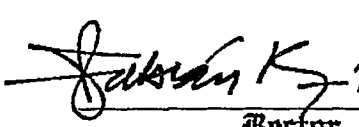
**Karen Ximena Díaz Manzanares**

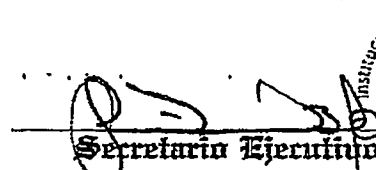
C.C. 1.071.987.599 de Agua de Dios (Cundinamarca)

el Título de:

**Bachiller Técnico  
con Especialidad en Agropecuaria**

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de  
Educación Media Gráfica (Artículo 28 Ley 115 de 1994)  
según los planes y programas vigentes.

  
Rector  
Institución Educativa Departamental Salesiano Miguel Unia  
Agua de Dios

  
Secretario Ejecutivo  
Institución Educativa Departamental Salesiano Miguel Unia  
Agua de Dios

Anotado al Folio No. 38 del Libro para Control Interno de Diplomas No. 1/XIII-6/2012



Dado en Agua de Dios (Cund.), a 07 de Diciembre de 2012

No requiere Registro de la Secretaría de Educación, según Decretos 921 del 6 de





GRUPO EMPRESARIAL NEXUS SALUD S.A.S.  
NIT 901.577.598-7  
22 JUNIO 31 DE 1992  
1017047404 - 3011711123  
www.nexus.salud.co@gmail.com

Lugar y fecha de emisión:  
NLD, domingo, 19 de enero de 2025 14:41:04

1 Página(s)

### CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL SG-SST

#### DATOS DE LA EMPRESA

RAZON SOCIAL: UT PORVENIR DE LA SABANA  
CARGO: ECONOMA  
EXAMEN REALIZADO: INGRESO CON ENFASIS EN MANIPULACION DE ALIMENTOS  
DATOS DEL TRABAJADOR  
NOMBRES Y APELLIDOS: KAREN XIMENA DIAZ MANZANARES  
IDENTIFICACION: CC 1.071.987.599  
EDAD: 31 AÑOS, 10 MESES Y 19 DÍAS  
TELÉFONO: 3142195796



SEXO: MUJER

GRUPO EMPRESARIAL NEXUS SALUD S.A.S., certifica que el trabajador remitido por Ustedes, presentó los exámenes médicos y paraclinicos ocupacionales sobre los cuales hacemos las siguientes sugerencias y/o restricciones:

EXAMENES PARACLINICOS: KOHauñas, Frotis-garganta, Coprológico

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS EN: DERMATOLÓGICO, OSTEOMUSCULAR

CONCEPTO MEDICO LABORAL: APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO, APTO PARA MANIPULAR ALIMENTOS

#### RECOMENDACIONES

- MEDICAS: Examen médico periódico
- OCUPACIONALES: Higiene postural, Realizar pausas activas, Manejo adecuado de cargas
- ESTILO DE VIDA: Adecuado regimen nutricional y ejercicio, Hábitos y estilo de vida saludable
- INGRESO A SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA: NO

OBSERVACIONES: CONTROL PERIODICO

RESTRICCIONES LABORALES: NINGUNA

Firma medico ocupacional

Huella dactilar del trabajador

Firma del trabajador

Karen Diaz

QR del certificado



Dr(a). MARINA HERRERA BENITEZ CC No. 33.140.388 - MEDICINA OCUPACIONAL - R.M. UC SST 7762/2021

Fundación para el Desarrollo Integral  
Corporativo y Comunitario - DECORPCOM  
NIT 901050350-5  
Dirección: Carrera 12 No. 10 A 68  
Agua de Dios, Cundinamarca  
Teléfono: 3112417314



Fundación  
Decorpcom

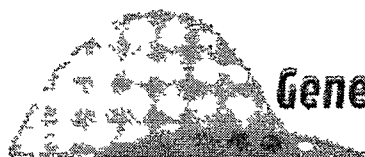
**FUNDACIÓN PARA EL DESARROLLO INTEGRAL CORPORATIVO  
Y COMUNITARIO - DECORPCOM**

**CERTIFICA:**

Que la señora **KAREN XIMENA DIAZ MANZANARES** identificada con cédula de ciudadanía No. **1.071.987.599**, laboró en nuestra Fundación de marzo 13 a diciembre 23 de 2024 desarrollando actividades de servicios generales para el programa de adulto mayor en centro día municipio de Nilo. Demostrando ser una persona responsable y dedicada con cada una de sus obligaciones.

Se expide la presente certificación a solicitud de interesado en Nilo a los (31) días del mes de enero de 2025.

**SANDRA MILE CORDOBA LANCHEROS**  
Representante Legal  
Cel. 3152921762



**Generar factor de cambio es creer en un mundo mejor**



Nilo Cundinamarca, 28 de febrero 2024

### **CERTIFICACIÓN LABORAL**

Yo, **Liseth Nathalia Pira Diaz**, identificada con cedula de ciudadanía número **1.069.924.803** y actuando en calidad representante legal, por medio de la presente certifico que la señora **Karen Ximena Díaz Manzanares**, identificada con cédula de ciudadanía número **1.071.987.599**, ha laborado en mi empresa, Panadería Pettypan, desempeñando funciones administrativas y diversos oficios.

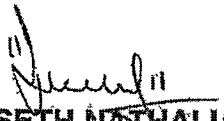
El periodo de trabajo de la señora Díaz Manzanares en nuestra empresa fue desde el 1 de octubre de 2019 hasta el 29 de febrero de 2024.

Durante su tiempo con nosotros, demostró ser una empleada dedicada y competente, llevando a cabo sus responsabilidades con profesionalismo y eficiencia. Su desempeño en funciones administrativas y otras tareas asignadas fue satisfactorio, contribuyendo al buen funcionamiento de nuestra organización.

La presente certificación se emite a solicitud de la parte interesada para los fines laborales que considere pertinentes.

Se extiende la presente a solicitud de la parte interesada en Nilo Cundinamarca, a los 29 días del mes de febrero del año 2024.

Atentamente,

  
**LISETH NATHALIA PIRA DIAZ**  
CC 1069924803  
**REPRESENTANTE LEGAL**



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 viernes 22 de agosto de 2025, a las 10:00:36, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

|                        |                        |
|------------------------|------------------------|
| Tipo Documento         | Cédula de Ciudadanía   |
| No. Identificación     | 1071987599             |
| Código de Verificación | 1071987599250822100036 |

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



Con el Código de Verificación puede constatar la autenticidad del Certificado.  
Carrera 69 No. 44-35 Piso 1, Código Postal 111071. PBX 5187000 - Bogotá D.C.  
Colombia Contraloría General NC, BOGOTÁ, D.C.

Página 1 de 1



## CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO  
No. 278926919



PIB

10:00:18

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 22 de agosto 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) KAREN XIMENA DÍAZ MANZANARES identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1071987599:

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 figuran 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 reportará 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 Relaciónamiento con el Ciudadano (C)

ATENCIÓN :

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

División de Relaciónamiento con el Ciudadano.

Línea gratuita 018000910315

Carrera 5 No. 15 - 60 Piso 1; Pbx 5878750 ext. 13170; Bogotá D.C.

[www.procuraduria.gov.co](http://www.procuraduria.gov.co)





POLICÍA NACIONAL  
DE COLOMBIA

## Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

### La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 09:58:23 AM horas del 22/08/2025, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1071987599**

Apellidos y Nombres: **DÍAZ MANZANARES KAREN XIMENA**

### **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:  
51 59700 ext. 30552 (Bogotá)  
Resto del país: 018000 910 112

E-mail: [dijin.arai-  
ato@policia.gov.co](mailto:dijin.arai-<br/>ato@policia.gov.co)



# Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC



Consulta Ciudadano

## La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 22/08/2025 10:02:11 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1071987599** y  
Nombre: **KAREN XIMENA DIAZ MANZANARES**.

**NÓ 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. **121934884** . 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

## 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 10:07:45 horas del 22/08/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. 1071987599,  
Apellidos y Nombres DIAZ MANZANARES KAREN XIMENA

### NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa DECORPCOM, con NIT 901050350-5 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>



**TIC**

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

**CERTIFICA QUE**

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos REDAM, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1071987599 **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 22/08/2025 09:59 AM



Código Verificación: WVYF1X7PQL

Válida hasta: 20/11/2025

---

**Dirección de Gobierno Digital**

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



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MARCO  
FELIPE AFANADOR DE TOCAIMA  
890680033-9

Página 1/1

REF 1305-26

Apellidos: DIAZ MANZANARES Nombres: KAREN XIMENA Tipo Identificación: CC  
Número documento: 1071987599 Fecha de Nacimiento: 20/10/1992 Edad: 33 Años Género: Femenino  
Ocupación: No aplica Dirección: Vereda Malachi EPS: Salud total  
Fecha de atención: 22/08/2025

### CERTIFICADO MEDICO

PACIENTE FEMENINO DE 33 AÑOS DE EDAD SIN ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA, QUIEN ASISTE AL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA PARA REALIZACIÓN DE EXAMEN MEDICO CLINICO, PACIENTE MAYOR DE EDAD, EN EL MOMENTO NO PRESENTA ENFERMEDAD INFECCIOSA O DE OTRO TIPO QUE PUEDA PONER EN RIESGO LA SALUD PUBLICA, ASI MISMO, SE ENCUENTRA EN PLENAS CONDICIONES FISICAS, MENTALES Y COGNITIVAS PARA REALIZACIÓN DE SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS Y APTAS PARA SU CONFORMIDAD, PACIENTE EN EL MOMENTO EN BUEN ESTADO DE SALUD.

*Eduardo Pinzón*  
Médico  
Universidad del Bosque  
R.M. 11233764

Eduardo Pinzón García  
RM 11.233.764



## CARTA DE INTENCIÓN

Yo, KAREN XIMENA DIAZ MANZANARES, con número de cédula 1.071.987.599 expedida en Agua de Dios, me comprometo a prestar mis servicios a la empresa FUNDACIÓN PARA EL DESARROLLO INTEGRAL CORPORATIVO Y COMUNITARIO – DECORPCOM NIT: 901050350-5, en caso que a esta sea adjudicado el proceso contractual convenio de asociación 02-2025 “AUNAR ESFUERZOS TÉCNICOS, ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS PARA GARANTIZAR LA OPERACIÓN, PUESTA EN MARCHA Y FUNCIONAMIENTO DE LOS DE LOS PROGRAMAS CENTRO DIA Y SEMILLAS DE AMOR DEL MUNICIPIO DE NILO CUNDINAMARCA”. El periodo de mis servicios es por el plazo total de ejecución del contrato.

Así mismo declaro bajo gravedad de juramento, que no he sido objeto de multas y/o sanciones a consecuencia de incumplimientos cualquiera sea su denominación, durante los últimos dos (2) años, que no me encuentre incurso en causal de inhabilidad o incompatibilidad, ni prohibiciones ni conflicto de interés, para ser parte del equipo de trabajo que ejecutara el proyecto.

Se firma a los 25 días del mes de agosto de 2025.

Karen X. Diaz M.  
KAREN XIMENA DIAZ MANZANARES  
C.C. 1.071.987.599 de Agua de Dios

**INFORME DE ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA N° 01**

|                                                          |                         |
|----------------------------------------------------------|-------------------------|
| <b>Tipo de informe:</b> Final _____ Parcial <u>  X  </u> | <b>Primer pago (01)</b> |
|----------------------------------------------------------|-------------------------|

|                                                                |                                                                        |
|----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nombre del contratista:</b><br>KAREN XIMENA DIAZ MANZANARES | <b>Identificación del contratista</b><br>1.071.987.599 de Agua de Dios |
|----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|

|                        |                                                                   |
|------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| <b>VALOR</b>           | <b>TRES MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS (\$3.800,000,00) M/CTE</b> |
| <b>PLAZO</b>           | <b>DOS (02) MESES</b>                                             |
| <b>FECHA DE INICIO</b> | <b>PRIMERO (01) DE SEPTIEMBRE DE DOS MIL VEINTICINCO (2025)</b>   |

|                                                       |                                                                                                                                            |
|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objeto del contrato de Prestación de servicios</b> | <b>PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO COMO AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES PARA LOS PROGRAMAS DE ADULTO MAYOR DÍA DEL MUNICIPIO DE NILO.</b> |
|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                          |                     |                     |
|----------------------------------------------------------|---------------------|---------------------|
| <b>VALOR DEL CONTRATO</b>                                | <b>\$ 3.800.000</b> |                     |
| <b>VALOR A PAGAR SEGÚN INFORME DE SUPERVISIÓN No 001</b> |                     | <b>\$ 1.900.000</b> |
| <b>VALOR A PAGAR SEGÚN INFORME DE SUPERVISIÓN No 001</b> |                     | <b>\$ 1.900.000</b> |

|                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PERIODO A CANCELAR: MES DE SEPTIEMBRE DEL 2025</b><br><b>Valor a pagar: UN MILLON NOVECIENTOS MIL PESOS (\$1.900.000)</b><br><b>Banco: Nequi</b><br><b>Cuenta de ahorros N° 3142195796</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                 |                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Obligaciones /Productos programados (según contrato, cronograma y/o asignaciones)</b>                        | <b>Actividades/productos desarrollados frente a lo programado en el MES DE SEPTIEMBRE DEL 2025</b>  |
| Mantener la cocina limpia y en condiciones de higiene                                                           | Se mantiene la cocina limpia y con todas las condiciones de higiene necesarias para su adecuado uso |
| Una vez al mes aseo general a la cocina con lavado de pisos, paredes, neveras. (Incluido la bodega del mercado) | Se realiza aseo general con lavado de pisos, paredes, neveras. Todo lo relacionado con la cocina.   |

|                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Utilizar siempre los elementos de protección e higiene (Gorro, tapaboca, guantes y delantal)                                                                                                         | Se utilizan todos los elementos de protección e higiene.                                                   |
| Cumplir con las minutas establecidas y los lineamientos del jefe de cocina.                                                                                                                          | Se cumple a cabalidad con las minutas establecidas por semana.                                             |
| Lavar loza y ollas finalizada la entrega del almuerzo                                                                                                                                                | Se realiza la limpieza de todo el menaje utilizado para el consumo de los alimentos                        |
| Todos los días realizar aseo de cocina, estufa, pisos y mesones.                                                                                                                                     | Se realiza a diario el aseo de la cocina, estufa, pisos y mesón principal.                                 |
| Lavar una vez al mes la alberca.                                                                                                                                                                     | Se realizo el lavado de la alberca principal de la cocina                                                  |
| Sacar al shut la basura no orgánica de la cocina.                                                                                                                                                    | Se saca a diario la basura y se deposita el shut                                                           |
| Lavar la mesa donde se reparten los alimentos.                                                                                                                                                       | Se realiza el lavado constante de la mesa principal donde se sirven los alimentos                          |
| Disponer del tiempo que se requiera para el arreglo del mercado una vez a la semana.                                                                                                                 | Se realizo el arreglo del mercado 1 una vez a la semana y orden de la alacena                              |
| Consumir los alimentos que lleven mayor tiempo en cadena de frío.                                                                                                                                    | Se realiza el consumo de alimentos con más tiempo de refrigeración. Proteínas y verduras                   |
| Una vez al mes hacer proceso de desinfección de menaje.                                                                                                                                              | Se realiza el proceso de desinfección de todo el menaje.                                                   |
| Presentar informe detallado de la realización de las actividades siguiendo los parámetros indicados por el supervisor. (Informe, registro fotográfico mínimo 8 fotos, planilla de seguridad social). | Se presenta informe detallado, fotografías adjuntas y planillas de seguridad social del mes de septiembre. |

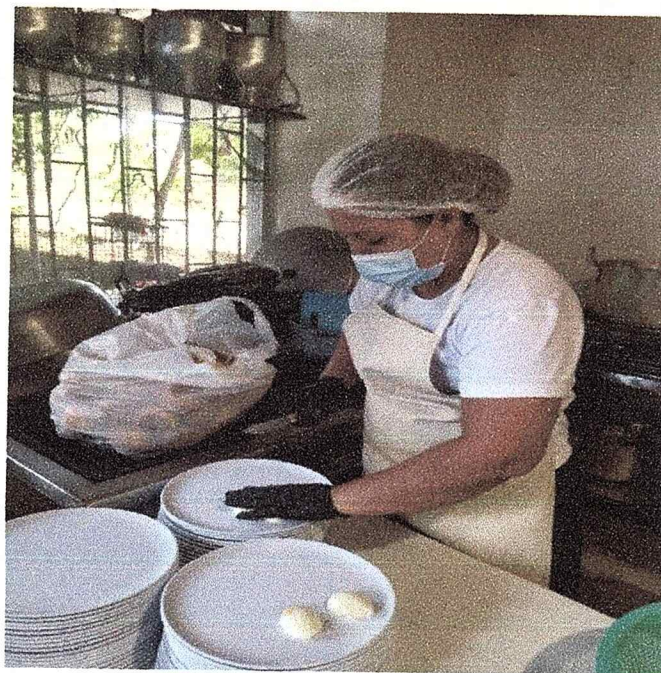
**PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO COMO AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES PARA LOS PROGRAMAS DE ADULTO MAYOR DÍA DEL MUNICIPIO DE NILO.**

Karen X. Diaz M.  
**KAREN XIMENA DIAZ MANZANARES**  
**C.C. 1.071.987.599 de Agua de Dios**

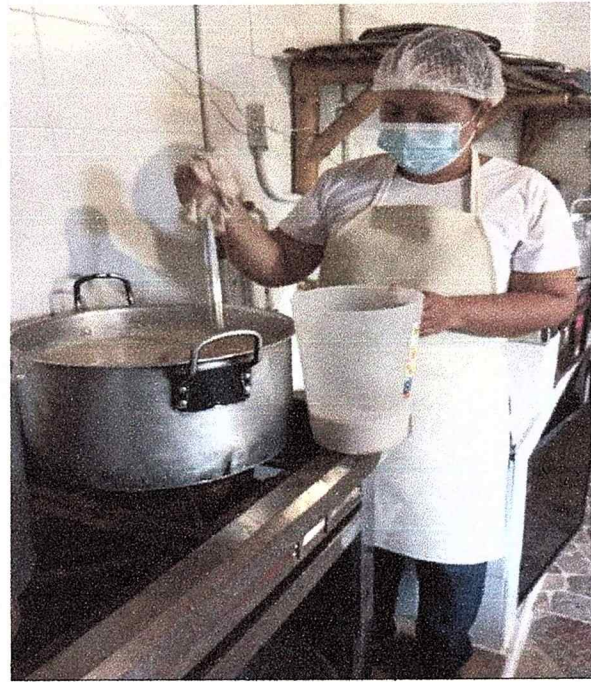
## REGISTRO FOTOGRÁFICO













| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |    |                              |                 |                    |                 |                     |            |                       |    |
|-------------------------------|----|------------------------------|-----------------|--------------------|-----------------|---------------------|------------|-----------------------|----|
| Identificación                | dv | Razon Social                 | Clase Aportante | Sucursal Principal | Dirección       | Ciudad-Departamento | Teléfono   | Exonerado SENA e ICBF |    |
| CC 1071987599                 |    | DÍAZ MANZANARES KAREN XIMENA | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | Vereda Maleachi | NILO-CUNDINAMARCA   | 3142195796 |                       | No |

| LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES                |                |            |        |      |             |           |           |      |       |           |        |      |     |        |        |       |         |             |         |              |     |        |
|-------------------------------------------------|----------------|------------|--------|------|-------------|-----------|-----------|------|-------|-----------|--------|------|-----|--------|--------|-------|---------|-------------|---------|--------------|-----|--------|
| EMPLEADO                                        |                |            |        |      | PENSION     |           |           |      | SALUD |           |        |      | CCF |        |        |       | RIESGOS |             |         | PARAFISCALES |     |        |
| No.                                             | Identificación | Nombres    | Código | Días | IBC         | Aporte    | Código    | Días | IBC   | Aporte    | Código | Días | IBC | Aporte | Código | Días  | IBC     | Aporte      | Código  | Días         | IBC | Aporte |
| Sustituido Principal ( 1 Afiliados)             |                |            |        |      | \$1,423,500 | \$227,800 | \$178,000 |      |       | \$0       |        |      |     |        | \$0    |       |         | \$1,423,500 | \$7,500 |              |     | \$0    |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)     |                |            |        |      | \$1,423,500 | \$227,800 | \$178,000 |      |       | \$0       |        |      |     |        | \$0    |       |         | \$1,423,500 | \$7,500 |              |     | \$0    |
| Ciudad: NILO Depto: CUNDINAMARCA ( 1 Afiliados) |                |            |        |      | \$1,423,500 | \$227,800 | \$178,000 |      |       | \$0       |        |      |     |        | \$0    |       |         | \$1,423,500 | \$7,500 |              |     | \$0    |
| 1                                               | CC 1071987599  | DÍAZ KAREN | 230301 | 30   | \$1,423,500 | \$227,800 | EP5002    | 30   |       | \$178,000 |        |      |     | \$0    |        | 14-22 | 30      | \$1,423,500 | \$7,500 | 0            |     | \$0    |
| Total Afiliados( 1)                             |                |            |        |      | \$1,423,500 | \$227,800 | \$178,000 |      |       | \$0       |        |      |     | \$0    |        |       |         | \$1,423,500 | \$7,500 |              |     | \$0    |

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE     |         |                              |                 |                    |                |                     |                |                        |               |
|-----------------------------------|---------|------------------------------|-----------------|--------------------|----------------|---------------------|----------------|------------------------|---------------|
| Identificación                    | dv      | Razon Social                 | Clase Aportante | Sucursal Principal | Dirección      | Ciudad-Departamento | Teléfono       | Exonerado SENA e ICBF  |               |
| CC 1071987599                     |         | DIAZ MANZANARES KAREN XIMENA | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | Vereda Malachi | NILO-CUNDINAMARCA   | 3142195796     | No                     |               |
| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |                              |                 |                    |                |                     |                |                        |               |
| Periodo                           |         | Clave                        |                 | Tipo               |                | Fecha               |                | Pago                   |               |
| Pensión                           | Salud   | Pago                         | Planilla        | Planilla           | Límite         | Pago                | Banco          | Días Mora              | Valor         |
| 2025-09                           | 2025-09 | 1816899873                   |                 | 1                  | 2025/10/23     | 2025/10/01          | NEQUI          | 0                      | \$413,300     |
| RESUMEN DE PAGO                   |         |                              |                 |                    |                |                     |                |                        |               |
| RIESGO                            |         | CODIGO                       | NIT             | DV                 | AFILIADOS      | VALOR LIQUIDADO     | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1)          |         |                              |                 |                    | 1              | \$227,800           | \$0            | \$0                    | \$227,800     |
| PORVENIR                          |         | 230301                       | 800,224,808     | 8                  | 1              | \$227,800           | \$0            | \$0                    | \$227,800     |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1)          |         |                              |                 |                    | 1              | \$7,500             | \$0            | \$0                    | \$7,500       |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS      |         | 14-23                        | 860,011,153     | 6                  | 1              | \$7,500             | \$0            | \$0                    | \$7,500       |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1)          |         |                              |                 |                    | 1              | \$178,000           | \$0            | \$0                    | \$178,000     |
| SALUD TOTAL                       |         | EPS002                       | 800,130,907     | 4                  | 1              | \$178,000           | \$0            | \$0                    | \$178,000     |
| TOTAL                             |         |                              |                 |                    | 1              | \$413,300           | \$0            | \$0                    | \$413,300     |

Fundación para el Desarrollo Integral  
Corporativo y Comunitario - DECORPCOM  
NIT 901050350-5  
Dirección: Carrera 12 No. 10 A 68  
Agua de Dios, Cundinamarca  
Teléfono: 3112417314



Fundación  
Decorpcom

### CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CONTRATANTE: FUNDACION PARA EL DESARROLLO INTEGRAL CORPORATIVO Y  
COMUNITARIO -DECORPCOM- NIT. 901.050.350-5

CONTRATISTA: MARIA ZULEMA GAITAN MANZANARES C.C. 1.003.630.049 DE  
NILO

OBJETO: PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO COMO AUXILIAR DE  
SERVICIOS GENERALES PARA LOS PROGRAMAS DE ADULTO  
MAYOR DÍA DEL MUNICIPIO DE NILO.

VALOR: TRES MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS (\$3.800.000)

PLAZO DE EJECUCIÓN: DOS (02) MESES

Entre los suscritos **SANDRA MILE CORDOBA LANCHEROS**, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía número 1.032.371.035 expedida en Bogotá, obrando en calidad de representante legal de la **FUNDACION PARA EL DESARROLLO INTEGRAL CORPORATIVO Y COMUNITARIO -DECORPCOM-** con NIT 901.050.350-5, quien para los efectos del presente contrato se denominará **EL CONTRATANTE**, por una parte, y por la otra **MARIA ZULEMA GAITAN MANZANARES** identificado(a) con la cédula de ciudadanía número. 1.003.630.049 quien en adelante se denominará **EL CONTRATISTA**, hemos convenido celebrar el presente contrato de **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN** con **MARIA ZULEMA GAITAN MANZANARES**, quien se encuentra en capacidad de ejecutar el objeto contractual por haber demostrado idoneidad y experiencia para la realización del mismo, siendo en consecuencia procedente suscribir el presente Contrato. De acuerdo con lo anterior, se registrá por las siguientes cláusulas: **CLAUSULA PRIMERA. OBJETO:** PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO COMO AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES PARA EL PROGRAMA DE ADULTO MAYOR EN CENTRO DÍA DEL MUNICIPIO DE NILO. **CLAUSULA SEGUNDA. ALCANCE:** el CONTRATISTA se compromete a cumplir todas aquellas obligaciones que se deriven del clausulado del presente contrato. **CLAUSULA TERCERA. OBLIGACIONES:** a) **ESPECIFICAS DEL CONTRATISTA:** **ÁREAS DE OFICINA** 1. Realizar limpieza 2 veces a la semana (barrer, trapear, limpiar polvo y telarañas). 2. Limpieza de baños 3 veces por semana (coordinación, psicosocial, cocina). 3. Una vez al mes lavar cortinas. 4. Una vez al mes limpiar ventiladores. 5. Dos veces al mes lavar tendidos. 6. Desocupar todos los días las cestas de la basura de oficinas y baños. **AREAS COMUNES** 7. Al iniciar la jornada se debe barrer el frente, salón principal, recoger hojas. 8. Apoyo en el lavado de loza del refrigerio. 9. Sacar la basura todos los días y dejarla en el shut. 10. Lavar todos los días los baños al finalizar la jornada de los adultos mayores (kiosko y piscina). 11. Todos los días barrer alrededor de la piscina. 12. Una vez al mes limpiar ventiladores. 13. Una vez a la semana se debe lavar el salón principal y mesas de cemento. Una vez a la semana lavar mesas y sillas una vez al mes. 14. Una vez a la semana limpiar telarañas y polvo (vitrinas, zona de televisión, hojas de las

**Generar factor de cambio es creer en un mundo mejor**

Fundación para el Desarrollo Integral  
Corporativo y Comunitario - DECORPCOM  
NIT 901050350-5  
Dirección: Carrera 12 No. 10 A 68  
Agua de Dios, Cundinamarca  
Teléfono: 3112417314



Fundación  
Decorpcom

matas). 15. Dos veces a la semana rociar matás. 16. Una vez al mes lavar albercas. 17. Una vez al mes realizar limpieza de la cabaña. 18. Lavar el shut de basura dos veces al mes. 19. Presentar informe detallado de la realización de las actividades siguiendo los parámetros indicados por el supervisor. (Informe, registro fotográfico mínimo 8 fotos, planilla de seguridad social). 20. Y todas las demás que sean asignadas por su supervisor. b) **OBLIGACIONES GENERALES:** 1. Presentar junto con el primer informe mensual de actividades, el pago de seguridad social; 2. Cumplir a cabalidad con el objeto del contrato de conformidad con lo consignado en la propuesta presentada. 3. Atender los requerimientos que al respecto haga el Supervisor del contrato, tendientes a una correcta ejecución del mismo; 4. Informar oportunamente por escrito a la Administración a través del Supervisor, los inconvenientes que afecten el desarrollo del contrato; 5. Presentar mensualmente un informe parcial de ejecución debidamente soportado, el cual debe contener la información referente al desarrollo del objeto contratado; así como un informe final a la terminación de la ejecución del contrato, el cual debe comprender las actividades realizadas en su vigencia; 6. Afiliarse y pagar los aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral, de conformidad con el ordenamiento legal vigente, para lo cual la Administración se reserva el derecho de exigir durante la vigencia del presente contrato el cumplimiento de dicha obligación y presentar los documentos respectivos que así lo acrediten (planilla de pago y voucher), conforme lo establecido en el Decreto 1703 de 2002, Decreto 510 de 2003, la Ley 789 de 2002, Ley 828 de 2003, Ley 1753 de 2015, Artículo 1 del Decreto 1273 de 2018 y demás que las adicionen, complementen o modifiquen; 7. Cumplir las disposiciones del Sistema de Seguridad y salud, participar activamente en las capacitaciones y eventos realizados en materia de salud ocupacional; 8. Mantener la reserva profesional sobre la información que le sea suministrada para el desarrollo del objeto del contrato; 9. Responder por sus actos u omisiones en ejecución del contrato, cuando con ello cause perjuicios a la Administración o a terceros; 10. No acceder a peticiones o amenazas de quienes actúen por fuera de la ley con el fin de obligarla a hacer u omitir algún acto o hecho. Cuando se presenten tales peticiones o amenazas, deberá informar inmediatamente de su ocurrencia al Administración y a las demás autoridades competentes para que ellas adopten las medidas y correctivos que fuesen necesarios; 11. Obrar con diligencia y el cuidado necesario en el o los asuntos que se le asignen por el supervisor del contrato; 12. Las demás que se requieran para el cumplimiento del objeto del contrato de acuerdo con su formación académica y experiencia; 13. Procurar el cuidado integral de su salud. 14. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumirá su costo; 15. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales. 16. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales. 17. Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivada del contrato. 18. Las demás que se asignen por el CONTRATANTE y sean inherentes al objeto contractual.

**CLAUSULA CUARTA. PLAZO DE EJECUCIÓN:** El plazo de ejecución del presente contrato será de DOS (02) MESES contados a partir de la firma de este contrato.

*Generar factor de cambio es creer en un mundo mejor*

Fundación para el Desarrollo Integral  
Corporativo y Comunitario - DECORPCOM  
NIT 901050350-5  
Dirección: Carrera 12 No. 10 A 68  
Agua de Dios, Cundinamarca  
Teléfono: 3112417314



Fundación  
Decorpcom

**CLAUSULA QUINTA. VALOR:** El presente contrato de prestación de servicios tiene un valor de TRES MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS (\$3.800.000).

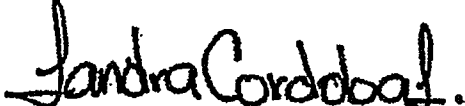
**CLAUSULA SEXTA. FORMA DE PAGO:** EL CONTRATANTE pagará al CONTRATISTA la suma descrita anteriormente mediante pagos mensuales vencidos, cada uno por valor de UN MILLON NOVECIENTOS MIL PESOS (\$1.900.000) M/CTE, previa certificación de cumplimiento por parte del supervisor.

**PARÁGRAFO PRIMERO:** Para los pagos respectivos el contratista deberá presentar Informe de la ejecución de las actividades relacionadas con el objeto del contrato, con registro fotográfico a color. Soporte de pago y planilla al sistema de seguridad social y aportes parafiscales, del respectivo mes. Factura comercial, si aplicá. **PARÁGRAFO SEGUNDO:** Los impuestos y retenciones que surjan del presente contrato corren por cuenta del CONTRATANTE, para cuyos efectos LA FUNDACION no hará las retenciones del caso. **PARAGRAFO TERCERO:** Una vez finalizado el contrato, EL CONTRATISTA se compromete a suscribir con La FUNDACION la correspondiente acta de liquidación.

Para constancia se firma en Nilo, Cundinamarca al primer (01) días del mes de septiembre del dos mil veinticinco (2025).

CONTRATANTE,

CONTRATISTA,

  
SANDRA MILE CORDOBA LANCHEROS  
Representante Legal

  
MARIA ZULEMA GAITAN MANZANARES  
C.C. 1.003.630.049

Generar factor de cambio es creer en un mundo mejor



REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1-003-630-049  
GAITAN MANZANARES

APellidos MARIA ZULEMA

NOMBRES

*Zulema Gaitan*  
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 22-MAR-2001  
AGUA DE DIOS  
(CUNDINAMARCA)  
LUGAR DE NACIMIENTO  
1.60 O+ F  
ESTATURA G.S. RH SEXO  
21-MAY-2019 NILO  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL  
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO



A-1500400-01213677-F-1003630049-20210210 0073363550A1 55882593

NACIONAL DEL ESTADO CIVIL



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

|                                                                                                                                                                        |                                                                    |                                                                                                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PRIMER APELLIDO<br><u>Gaitán</u>                                                                                                                                       | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)<br><u>Manzanares</u>                | NOMBRES<br><u>Maria Zulema</u>                                                                                                                                                                               |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. <u>1003630049</u>                        | SEXO<br>F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> | NACIONALIDAD<br>COL <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>                                                                                                                        |
| LIBRETA MILITAR<br>PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> NÚMERO _____ D.M. _____                                                     |                                                                    |                                                                                                                                                                                                              |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO<br>FECHA DÍA <u>22</u> MES <u>03</u> AÑO <u>2001</u><br>PAÍS <u>Colombia</u><br>DEPTO <u>Cundinamarca</u><br>MUNICIPIO <u>Agua de Dios</u> |                                                                    | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA<br><u>Manzana I casa 11 B/tamarindo</u><br>PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Cundinamarca</u><br>MUNICIPIO <u>Nilo</u><br>TELÉFONO <u>3044285768</u> EMAIL <u>gaitanmanzanar@es</u> |

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |          |    |                        |    |    |        |             |     |                                   |             |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|----------|----|------------------------|----|----|--------|-------------|-----|-----------------------------------|-------------|----|
| EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA<br>MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO ( LOS GRADOS DE 1a. A 6a. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6a. A 11a. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA )                                                                                                                                                                                                           |               |          |    |                        |    |    |        |             |     |                                   |             |    |
| EDUCACIÓN BÁSICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |               |          |    |                        |    |    |        |             |     | TÍTULO OBTENIDO: <u>Bachiller</u> |             |    |
| PRIMARIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |               |          |    |                        |    |    |        |             |     | FECHA DE GRADO                    |             |    |
| 1a                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 2a            | 3a       | 4a | 5a                     | 6a | 7a | 8a     | 9a          | 10a | MES                               | AÑO         |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |          |    | X                      |    |    |        |             | X   | <u>12</u>                         | <u>2019</u> |    |
| EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)<br>DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:<br>TC (TÉCNICA), TL (TECNOLÓGICA), TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), UN (UNIVERSITARIA),<br>ES (ESPECIALIZACIÓN), MG (MAESTRÍA O MAGISTER), DOC (DOCTORADO O PHD).<br>RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY). |               |          |    |                        |    |    |        |             |     |                                   |             |    |
| MODALIDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | No. SEMESTRES | GRADUADO |    | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS |    |    |        | TERMINACIÓN |     | No. DE TARJETA                    |             |    |
| ACADÉMICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | APROBADOS     | SI       | NO | O TÍTULO OBTENIDO      |    |    |        | MES         | AÑO | PROFESIONAL                       |             |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |          |    |                        |    |    |        |             |     |                                   |             |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |          |    |                        |    |    |        |             |     |                                   |             |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |          |    |                        |    |    |        |             |     |                                   |             |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |          |    |                        |    |    |        |             |     |                                   |             |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |          |    |                        |    |    |        |             |     |                                   |             |    |
| ESPECIFIQUE 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 |
| <u>Español</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |               |          |    |                        |    | X  |        |             | X   |                                   |             | X  |

# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

| RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRUCTURA CRONOLÓGICA COMENZANDO POR EL ACTUAL |                                                     |                            |                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------------------------------|
| EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE                                                                                 |                                                     |                            |                                                    |
| EMPRESA O ENTIDAD                                                                                                | PÚBLICA                                             | PRIVADA                    | PAÍS                                               |
| DEPARTAMENTO                                                                                                     | MUNICIPIO                                           | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |                                                    |
| TELÉFONOS                                                                                                        | FECHA DE INGRESO<br>DÍA [ ] MES [ ] AÑO [ ] [ ] [ ] |                            | FECHA DE RETIRO<br>DÍA [ ] MES [ ] AÑO [ ] [ ] [ ] |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL                                                                                          | DEPENDENCIA                                         | DIRECCIÓN                  |                                                    |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                                                       |                                                     |                            |                                                    |
| EMPRESA O ENTIDAD                                                                                                | PÚBLICA                                             | PRIVADA                    | PAÍS                                               |
| DEPARTAMENTO                                                                                                     | MUNICIPIO                                           | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |                                                    |
| TELÉFONOS                                                                                                        | FECHA DE INGRESO<br>DÍA [ ] MES [ ] AÑO [ ] [ ] [ ] |                            | FECHA DE RETIRO<br>DÍA [ ] MES [ ] AÑO [ ] [ ] [ ] |
| CARGO O CONTRATO                                                                                                 | DEPENDENCIA                                         | DIRECCIÓN                  |                                                    |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                                                       |                                                     |                            |                                                    |
| EMPRESA O ENTIDAD                                                                                                | PÚBLICA                                             | PRIVADA                    | PAÍS                                               |
| DEPARTAMENTO                                                                                                     | MUNICIPIO                                           | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |                                                    |
| TELÉFONOS                                                                                                        | FECHA DE INGRESO<br>DÍA [ ] MES [ ] AÑO [ ] [ ] [ ] |                            | FECHA DE RETIRO<br>DÍA [ ] MES [ ] AÑO [ ] [ ] [ ] |
| CARGO O CONTRATO                                                                                                 | DEPENDENCIA                                         | DIRECCIÓN                  |                                                    |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                                                       |                                                     |                            |                                                    |
| EMPRESA O ENTIDAD                                                                                                | PÚBLICA                                             | PRIVADA                    | PAÍS                                               |
| DEPARTAMENTO                                                                                                     | MUNICIPIO                                           | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |                                                    |
| TELÉFONOS                                                                                                        | FECHA DE INGRESO<br>DÍA [ ] MES [ ] AÑO [ ] [ ] [ ] |                            | FECHA DE RETIRO<br>DÍA [ ] MES [ ] AÑO [ ] [ ] [ ] |
| CARGO O CONTRATO                                                                                                 | DEPENDENCIA                                         | DIRECCIÓN                  |                                                    |

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO  
HOJA DE VIDA  
Persona Natural  
(Leyes 190 de 1993, 400 y 443 de 1995)

4 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            |                       |       |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 1                     | 4     |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE    | 6                     | 6     |
| TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA    | 7                     | 8     |

5 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 56. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento \_\_\_\_\_

  
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha \_\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS \_\_\_\_\_

DIAN

Formulario del Registro Único de Usuarios

001

2. Concepto 01 Inscripción

4. Número de formulario

141146147878



(415)7707212489984(8020) 0000141146147878

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 0 3 6 3 0 0 4 9

6. DV

5

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Girardot

14. Buzón electrónico

8

## IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de identificación

1 0 0 3 6 3 0 0 4 9

27. Fecha expedición

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Cundinamarca

30. Ciudad/Municipio

Nilo

4 8 8

31. Primer apellido

GAITAN

32. Segundo apellido

MANZANARES

33. Nombre

MA

34. Otros nombres

ZULEMA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Siglas

## UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Cundinamarca

2 5

40. Ciudad/Municipio

Nilo

4 8 8

41. Dirección principal

R015 AP 503 CONJ EL DORADO BRR TAMARINDO

42. Correo electrónico

zulemagaitan069@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono

3 0 4 1 6 8 2 8 9 8 5

45. Teléfono 2

## CLASIFICACIÓN

Actividad principal

46. Código

47. Fecha inicio actividad

2 0 2 4 1 1 2 7

Actividad secundaria

48. Código

Actividad terciaria

49. Código

Otras actividades

50. Código

1 2

Ocupación

51. Código

52. Número de establecimientos

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 4 9

49 - No responsable de IVA

## Usuarios aduaneros

54. Código

## Exportadores

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

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

## Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexo

SI

X

NO

60. No. de Folio

1

61. Fecha

2024 - 11 - 27 / 15 : 18 : 26

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

Firma del solicitante:

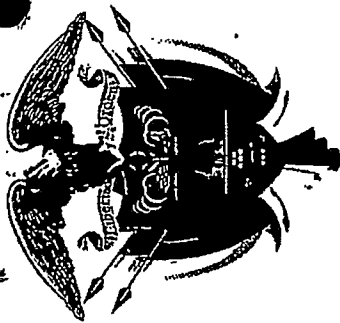
Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre YEPES ROBRIGUEZ JOSE HERMINSOL

985. Cargo Gestor III





La República de Colombia

y en su nombre la

Institución Educativa Departamental

"Orexil Sindi"



Autorizado por la Secretaría de Educación de Cundinamarca, N.º 006160 del 29 de Noviembre de 2002.

Diploma

Concedido a:

Maria Zulema Gaitán Manzanarez

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Básica Primaria  
NILO - CUND.

establecidos por el Ministerio de Educación Nacional, según los planes y programas vigentes.

*[Firma]*  
Director

Dado en Nilo Cundinamarca, a 4 de Diciembre de 2012

*[Firma]*  
Director del Departamento



*La República de Colombia*  
*El Ministerio de Educación Nacional*  
*y en su nombre la*

**Institución Educativa Departamental**

**"Oreste Sindici"**

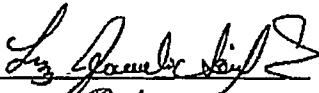
*Autorizada por La Secretaría de Educación de Cundinamarca*  
*según Resolución No. 006160 del 29 de noviembre de 2002.*

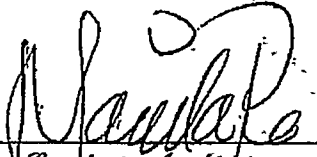
*Confiere a:*

**María Zulema Gaitán Manzanares**

**Certificado de**  
**Estudios de Bachillerato Básico**

*Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de*  
*Educación Básica Secundaria, que lo habilita plenamente para ingresar*  
*a la Educación Media o al Servicio Especial de Educación Laboral,*  
*según los planes y programas vigentes.*

  
Rectora

  
Secretaria Académica

*Dado en Nilo Cundinamarca, a 7 de diciembre de 2017*



La República de Colombia  
El Ministerio de Educación Nacional  
y en su nombre la

## Institución Educativa Departamental Salesiano Miguel Unia

Agua de Dios-Cundinamarca

Licencia de funcionamiento de la Secretaría de Educación del Departamento  
de Cundinamarca, según Resolución No. 007640 del 17 de Septiembre de 2014

Confiere a:

**Maria Zulenia Gaitán Manzanares**

C.C. 1.003.630.049 de Nilo - Cundinamarca

El Título de:

### Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de  
Educación Media Académica Modelo Educativo Flexible grupos Juveniles Creativos,  
(Artículo 28 Ley 115 de 1994) según los planes y programas vigentes

Rector

Secretaria Ejecutiva (E)

Institución Educativa Departamental Miguel Unia  
Secretario Ejecutivo  
Agua de Dios

Anotado al Folio No. 92 del Libro para Control Interno de Diplomas No. 1-24-4-20



Dado en Agua de Dios (Cund.), a 04 de Diciembre de 2020

# ACTA INDIVIDUAL DE GRADO



INSTITUCIÓN EDUCATIVA DEPARTAMENTAL  
**SALESIANO MIGUEL UNIA**

TELEFONOS: 8342140 - 8342371,  
AGUA DE DIOS - CUNDINAMARCA

Inscripción S.E. 003

Inscripción Dane 125001000231

En Agua de Dios Cundinamarca, a los cuatro (04) días del mes de Diciembre de 2020, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretaria (E), en la Rectoría de la **INSTITUCIÓN EDUCATIVA DEPARTAMENTAL SALESIANO MIGUEL UNIA**, institución aprobada en el nivel de Educación Media Académica y autorizada por la Secretaría de Educación del Departamento de Cundinamarca, para otorgar el Título de **BACHILLER ACADÉMICO MODELO EDUCATIVO FLEXIBLE GRUPOS JUVENILES CREATIVOS**; según Resolución No. 007640 del 17 de Septiembre de 2014.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica se procedió a otorgar el Título de **BACHILLER ACADÉMICO MODELO EDUCATIVO FLEXIBLE GRUPOS JUVENILES CREATIVOS**; a los graduandos cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

**Maria Zulema Gaitán Manzanares**

C.C. 1.003.630.049 de Nilo - Cundinamarca

Es fiel copia tomada del Acta Original General No.07 del 04 de diciembre de 2020, consta de doce (12) alumnos; comienza con el nombre de BRAVO DARCY DAYANA y termina con el nombre de TOVAR SÁNCHEZ BRILLYDT ANGÉLICA. Firmada por **Pbro. ROBERTO DEVIA RODRÍGUEZ - SDB** (Rector) y **NOHORA LUCÍA ACEVEDO BERNATTE** (Secretaria (E)).

Dada en Agua de Dios Cundinamarca, a los cuatro (04) días del mes de diciembre de 2020.

No requiere Registro de la Secretaría de Educación según, Decretos 921 del 6 de Mayo de 1994 y 2150 del 5 de Diciembre de 1995, de la Presidencia de la República.

**Pbro. ROBERTO DEVIA RODRÍGUEZ S.D.B.**

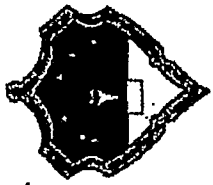
Rector

C.C. 19.215.643 de Bogotá

**NOHORA LUCÍA ACEVEDO BERNATTE**

Secretaria Ejecutiva (E)

C.C. 39.553.581 de Girardot



INSTITUCIÓN EDUCATIVA DEPARTAMENTAL  
SALESIANO MIGUEL UNIA



Agua de Dios - Cundinamarca

Confiere a:

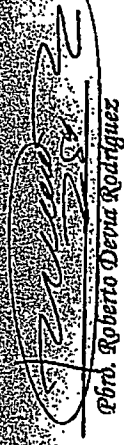
MARÍA ZULEMA GAITÁN MANZANAREZ

Ciclo VI Jornada Grupos Juveniles Creativos

MENTIÓN DE HONOR

Por su

Dedicación, Disciplina y Compromiso Académico  
Modalidad Académica

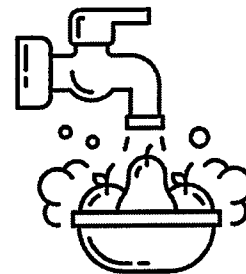
  
Rector

Dado en Agua de Dios a los 03 días del Mes de Diciembre de 2020





INSTITUTO DE FORMACIÓN PARA EL TRABAJO  
Y EL DESARROLLO HUMANO  
Nit. N° 901.472.992-4



**Certifica a:**

**MARÍA ZULEMA GAITÁN MANZANARES**

CON C.C. 1.003.630.049 DE NILO, CUNDINAMARCA.

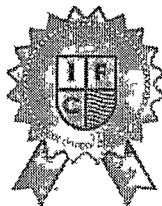
**Aprobó el curso de:**

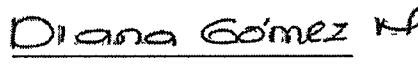
**MANIPULADOR DE ALIMENTOS**

Aprobado mediante resolución No. 0638 de 2021 de la Secretaría de Educación de Soledad,  
Matrícula No. 787369

Con una Intensidad horaria de (20) Horas.

  
Franklin Marin  
DIRECTOR



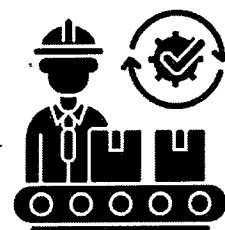
  
Diana Gomez  
COORDINADORA



DADO EN SOLEDAD A LOS 23 DIAS DEL MES DE AGOSTO DE 2025



INSTITUTO DE FORMACIÓN PARA EL TRABAJO  
Y EL DESARROLLO HUMANO  
Nit. N° 901.472.992-4



**Certifica a:**

**MARÍA ZULEMA GAITÁN MANZANARES**

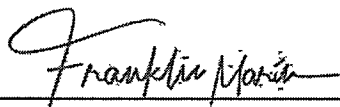
CON C.C. 1.003.630.049 DE NILO, CUNDINAMARCA.

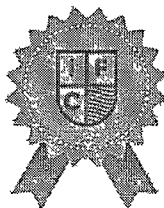
**Aprobó el curso de:**

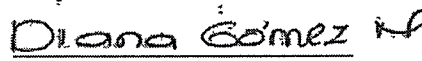
**BUENAS PRÁCTICAS DE MANUFACTURA**

Aprobado mediante resolución No. 0638 de 2021 de la Secretaría de Educación de Soledad,  
Matrícula No. 787369

Con una Intensidad horaria de (20) Horas.

  
Franklin Marin  
DIRECTOR



  
Diana Gomez  
COORDINADORA



DADO EN SOLEDAD A LOS 23 DIAS DEL MES DE AGOSTO DE 2025

Fundación para el Desarrollo Integral  
Corporativo y Comunitario - DECORPCOM  
NIT 901050350-5  
Dirección: Carrera 12 No. 10 A 68  
Agua de Dios, Cundinamarca



Fundación  
Decorpcom

**FUNDACION PARA EL DESARROLLO INTEGRAL CORPORATIVO  
Y COMUNITARIO - DECORPCOM**

**CERTIFICA:**

Que la señora **MARIA ZULENA GAITAN MANZANARES** identificada con cédula de ciudadanía No. **1.003.630.049**, laboró en nuestra Fundación de marzo a diciembre de 2024 desarrollando actividades de servicios generales para el programa de adulto mayor en centro día del municipio de Nilo. Demostrando ser una persona responsable y dedicada con cada una de sus obligaciones.

Se expide la presente certificación a solicitud de interesado en Agua de Dios a los 31 días del mes de enero de 2025.

**SANDRA MILE CORDOBA LANCHEROS**  
Representante Legal  
Cel. 3152921762

*Generar factor de cambio es creer en un mundo mejor*

## CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO  
No. 278896415



PIB

17:32:42

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 21 de agosto del 2025

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilitaciones (SIRI), el(la) señor(a) MARIA ZULEMA GAITAN MANZANARES identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1003630049:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

**ADVERTENCIA:** La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilitaciones que se encuentran 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 inhabilitaciones generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilitaciones 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.

División de Relacionamento con el Ciudadano.

Línea gratuita 018000910315

Carrera 5 No. 15 - 60 Piso 1; Pbx 5878750 ext. 13170; Bogotá D.C.

[www.procuraduria.gov.co](http://www.procuraduria.gov.co)



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 jueves 21 de agosto de 2025, a las 17:30:17, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

|                        |                        |
|------------------------|------------------------|
| Tipo Documento         | Cédula de Ciudadanía   |
| No. Identificación     | 1003630049             |
| Código de Verificación | 1003630049250821173017 |

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



Con el Código de Verificación puede constatar la autenticidad del Certificado.  
Carrera 69 No. 44-35 Piso 1. Código Postal 111071. PBX 5187000 - Bogotá D.C.  
Colombia. Contraloría General de la República

Página 1 de 1





**POLICÍA NACIONAL  
DE COLOMBIA**

### **Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales**

#### **La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 05:34:04 PM horas del 21/08/2025, el ciudadano identificado con:

**Cédula de Ciudadanía N° 1003630049**

**Apellidos y Nombres: GAITÁN MANZANARÉS MARIA ZULEMA**

#### **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



## 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, 21/08/2025 05:38:16 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1003630049** y Nombre: **MARIA ZULEMA GATTAN MANZANARES**.

### 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. **121907999**. 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](#)

515 9000



Policía Nacional de Colombia  
Dirección General - Cra. 59 38 26 - 31  
Centro Administrativo Nacional C.A.N. Bogotá D.C.  
Línea de atención: 018000-910112

[GOV.CO](#)

## 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 17:46:20 horas del 21/08/2025, el ciudadano identificado con cédula de  
ciudadanía No. **1003630049**;

Apellidos y Nombres **GAITAN MANZANARES MARIA ZULEMA**

### NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **Decorpcom**, con NIT **901050350-5** 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>



**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 1003630049 **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 21/08/2025 06:16 PM



Código Verificación: 9JSA7QKLR6

Válida hasta: 19/11/2025

---

**Dirección de Gobierno Digital**

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

## CARTA DE INTENCIÓN

Yo, MARIA ZULEMA GAITAN MANZANARES con número de cedula 1.003.630.049 expedida en Nilo, me comprometo a prestar mis servicios a la empresa FUNDACIÓN PARA EL DESARROLLO INTEGRAL CORPORATIVO Y COMUNITARIO – DECORPCOM NIT: 901050350-5, en caso que a esta sea adjudicado el proceso contractual convenio de asociación 02-2025 **"AUNAR ESFUERZOS TÉCNICOS, ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS PARA GARANTIZAR LA OPERACIÓN, PUESTA EN MARCHA Y FUNCIONAMIENTO DE LOS DE LOS PROGRAMAS CENTRO DIA Y SEMILLAS DE AMOR DEL MUNICIPIO DE NILO CUNDINAMARCA"**. El periodo de mis servicios es por el plazo total de ejecución del contrato.

Así mismo declaro bajo gravedad de juramento, que no he sido objeto de multas y/o sanciones a consecuencia de incumplimientos cualquiera sea su denominación, durante los últimos dos (2) años, que no me encuentro incurso en causal de inhabilidad o incompatibilidad, ni prohibiciones ni conflicto de interés, para ser parte del equipo de trabajo que ejecutara el proyecto.

Se firma a los 25 días del mes de Agosto de 2025.

  
MARIA ZULEMA GAITAN MANZANARES  
C.C. 1.003.630.049 de Nilo

**INFORME DE ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA N° 01**

|                         |                                                                            |                         |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| <b>Tipo de informe:</b> | Final <input type="checkbox"/> Parcial <input checked="" type="checkbox"/> | <b>Primer pago (01)</b> |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------|

|                                                                  |                                                                               |
|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nombre del contratista:</b><br>María Zulema Gaitán Manzanáres | <b>Identificación del contratista</b><br>1.003.630.049 de Nilo (Cundinamarca) |
|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|

|                        |                                                                 |
|------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <b>VALOR</b>           | TRES MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS-<br>(\$ 3.800.000.00) M/CTE |
| <b>PLAZO</b>           | DOS (02) MESES                                                  |
| <b>FECHA DE INICIO</b> | PRIMERO (01) DE SEPTIEMBRE DEL DOS MIL<br>VEINTICINCO (2025)    |

|                                                       |                                                                                                                                                            |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Objeto del contrato de Prestación de servicios</b> | <b>PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO<br/>COMO AUXILIAR DE SERVICIOS<br/>GENERALES PARA LOS PROGRAMAS DE<br/>ADULTO MAYOR DÍA DEL MUNICIPIO DE<br/>NILO.</b> |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                              |              |              |
|--------------------------------------------------------------|--------------|--------------|
| <b>VALOR DEL CONTRATO</b>                                    | \$ 3.800.000 |              |
| <b>VALOR A PAGAR SEGÚN INFORME DE<br/>SUPERVISION N° 001</b> |              | \$ 1.900.000 |
| <b>SALDO PENDIENTE DE EJECUTAR POR EL<br/>CONTRATISTA</b>    |              | \$ 1.900.000 |

|                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PERIODO A CANCELAR: MES DE SEPTIEMBRE DEL 2025</b><br><b>Valor a pagar: UN MILLON NOVECIENTOS MIL PESOS (\$1.900.000)</b><br><b>Banco: Nequi</b><br><b>Cuenta de ahorros N° 3044285768</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| <b>Obligaciones /Productos programados (según<br/>contrato, cronograma y/o asignaciones)</b>                              | <b>Actividades/productos desarrollados frente<br/>a lo programado en el MES DE SEPTIEMBRE<br/>DEL 2025</b> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Realizar limpieza dos veces a la semana. (barrer,<br>trapear, limpiar polvo, telarañas, vitrinas y zona de<br>televisión) | Realice las actividades de limpieza.                                                                       |
| Limpieza de baños 3 veces por semana<br>(coordinación, psicosocial, cocina)                                               | Realice limpieza y lavado de baños.                                                                        |
| Una vez al mes lavar cortinas                                                                                             | Realice el lavado de las cortinas                                                                          |
| Una vez al mes limpiar ventiladores                                                                                       | Realice la limpieza de ventiladores                                                                        |
| Dos veces al mes lavar tendidos                                                                                           | Realice el lavado de tendidos                                                                              |

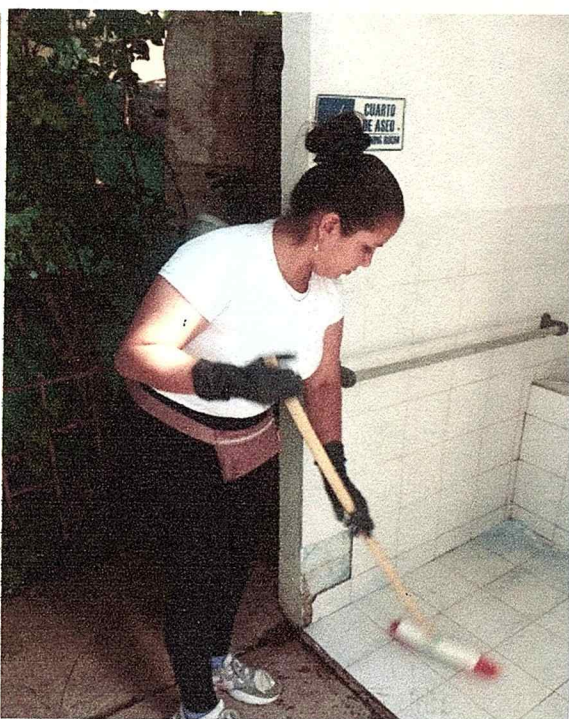
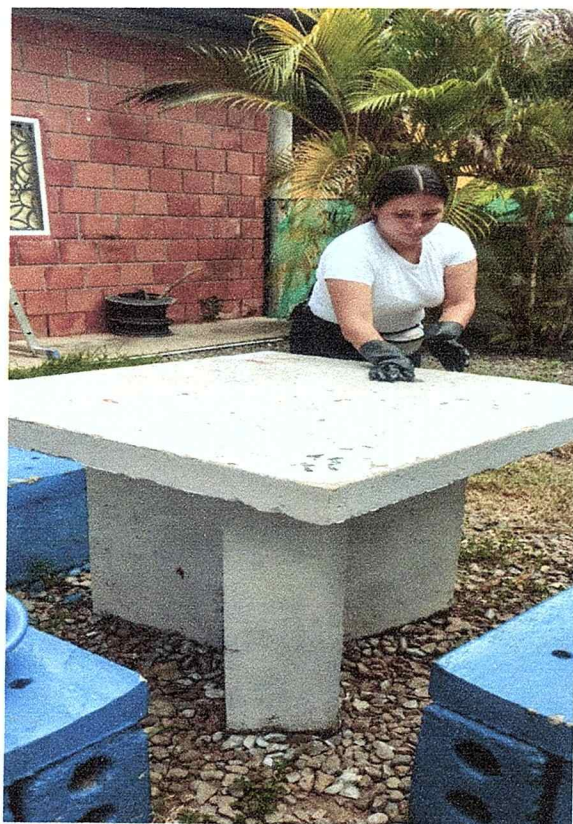


|                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Desocupar todos los días cestas de la basura de oficina, baños y áreas comunes                                                                                                                      | Realice la desocupada de cestas de las oficinas, baños y áreas comunes.                                   |
| Al iniciar la jornada se debe barrer el frente, salón principal, recoger hojas.                                                                                                                     | Realicé mi jornada de barrer al frente, salón principal y recogí hojas.                                   |
| Apoyo en el lavado de losa del refrigerio                                                                                                                                                           | Realice el lavado de losa del refrigerio los 4 días correspondiente.                                      |
| Sacar la basura todos los días y dejarla en el shut.                                                                                                                                                | Realice sacado de basura al shut.                                                                         |
| Lavar todos los días los baños al finalizar la jornada de los adultos mayores (kiosko y piscina)                                                                                                    | Realice el lavado de baños al finalizar la jornada de kiosko y piscina                                    |
| Todos los días barrer alrededor de la piscina                                                                                                                                                       | Realice el barrido alrededor de la piscina.                                                               |
| Dos veces a la semana rociar matas                                                                                                                                                                  | Realice el rociado de matas.                                                                              |
| Una vez al mes lavar albercas                                                                                                                                                                       | Realice el lavado de albercas.                                                                            |
| Una vez al mes realizar limpieza de la cabaña.                                                                                                                                                      | Realice la limpieza de cabañas.                                                                           |
| Lavar el shut de la basura dos veces al mes                                                                                                                                                         | Realice el lavado de shut                                                                                 |
| Presentar informe detallado de la realización de las actividades siguiendo los parámetros indicados por el supervisor. (informe, registro fotográfico mínimo 8 fotos, panilla de seguridad social). | Se presenta el informe detallado de las actividades siguiendo los parámetros indicados por el supervisor. |

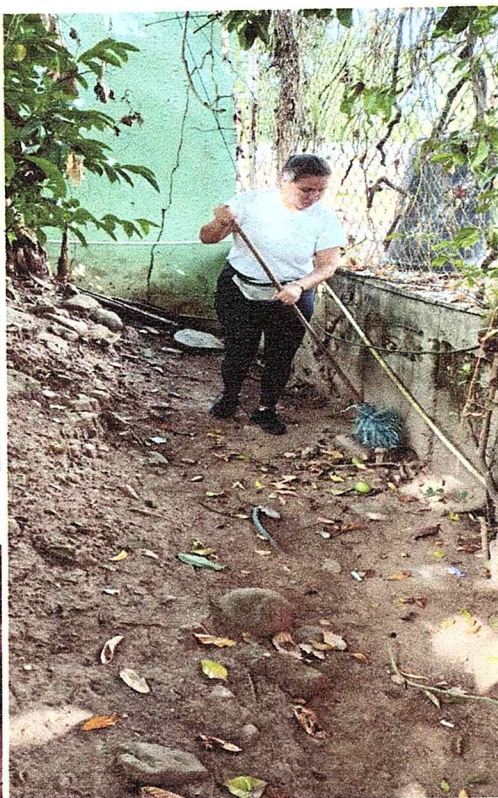
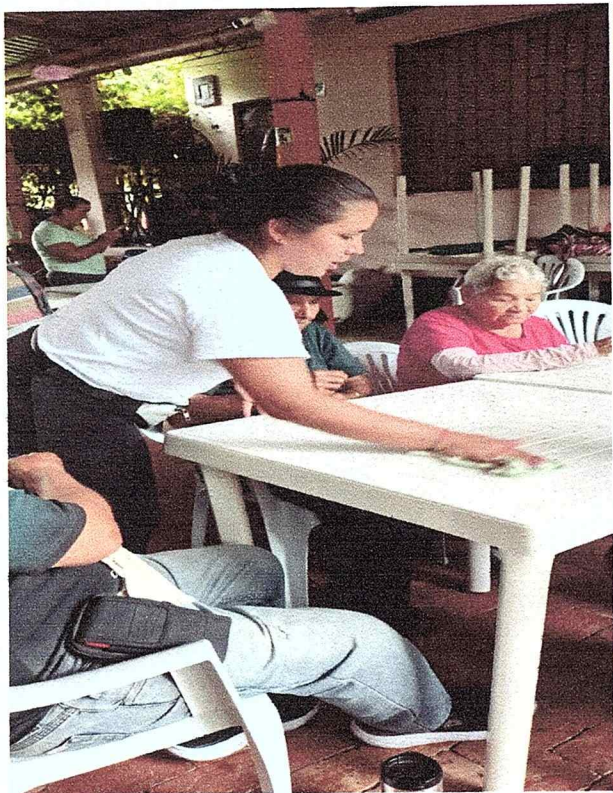
**PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO COMO AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES PARA LOS PROGRAMAS DE ADULTO MAYOR DÍA DEL MUNICIPIO DE NILO**

  
**María Zulema Gaitán Manzanares**  
**C.C 1.003.630.049 de Nilo (Cundinamarca)**

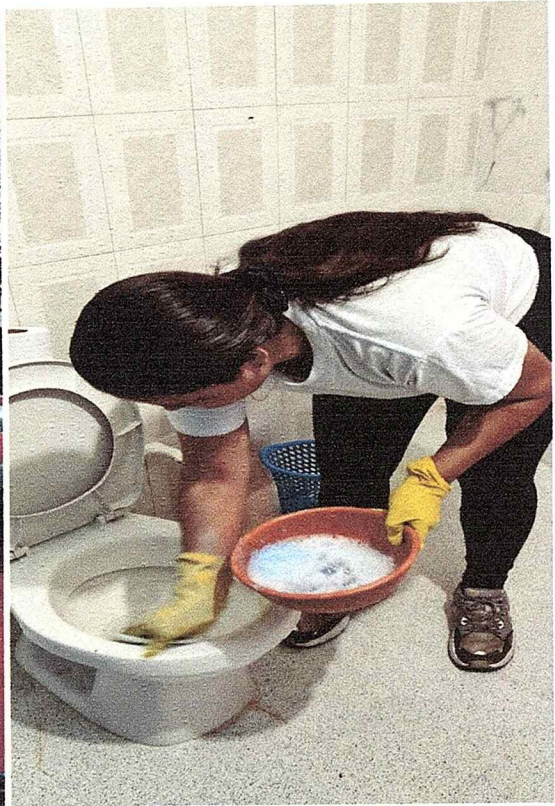
**REGISTRO FOTOGRÁFICO DE LA CUENTA N°1**

















| DATOS GENERALES DEL APORTANTE     |            |                                |                 |                    |                            |                     |            |                       |           |
|-----------------------------------|------------|--------------------------------|-----------------|--------------------|----------------------------|---------------------|------------|-----------------------|-----------|
| Identificación                    | dv         | Razon Social                   | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion                  | Ciudad-Departamento | Teléfono   | Exonerado SENA e ICBF |           |
| CC 1003630049                     |            | GAITAN MANZANARES MARIA ZULEMA | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | TORRE 5 APT. 503 EL DORADO | NILO-CUNDINAMARCA   | 3016828685 |                       |           |
| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |            |                                |                 |                    |                            |                     |            |                       |           |
| Periodo                           | Salud      | Pago                           | Clave           | Planilla           | Tipo                       | Fecha               | Pago       | Dias Mora             | Valor     |
| 2025-09                           | 1000000811 | 9491482149                     | 9491482149      | 1                  |                            | 2025/10/10          | 2025/09/30 | 0                     | \$413,300 |

| LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES               |                |         |        |      |     |             |           |        |     |             |           |       |     |        |        |      |     |             |         |      |     |         |        |      |     |              |  |  |  |
|------------------------------------------------|----------------|---------|--------|------|-----|-------------|-----------|--------|-----|-------------|-----------|-------|-----|--------|--------|------|-----|-------------|---------|------|-----|---------|--------|------|-----|--------------|--|--|--|
| EMPLEADO                                       |                |         |        |      |     | PENSION     |           |        |     |             |           | SALUD |     |        |        |      |     | CCF         |         |      |     | RIESGOS |        |      |     | PARAFISCALES |  |  |  |
| No.                                            | Identificación | Nombres | Código | Días | IBC | Aporte      | Código    | Días   | IBC | Aporte      | Código    | Días  | IBC | Aporte | Código | Días | IBC | Aporte      | Código  | Días | IBC | Aporte  | Código | Días | IBC | Aporte       |  |  |  |
| Sistema PRINCIPAL (1 Afiliados)                |                |         |        |      |     | \$1,423,500 | \$227,800 |        |     | \$1,423,500 | \$178,000 |       |     | \$0    | \$0    |      |     | \$1,423,500 | \$7,500 |      |     | \$0     | \$0    |      |     | \$0          |  |  |  |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)     |                |         |        |      |     | \$1,423,500 | \$227,800 |        |     | \$1,423,500 | \$178,000 |       |     | \$0    | \$0    |      |     | \$1,423,500 | \$7,500 |      |     | \$0     | \$0    |      |     | \$0          |  |  |  |
| Ciudad: NILO Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados) |                |         |        |      |     | \$1,423,500 | \$227,800 |        |     | \$1,423,500 | \$178,000 |       |     | \$0    | \$0    |      |     | \$1,423,500 | \$7,500 |      |     | \$0     | \$0    |      |     | \$0          |  |  |  |
| CC 1003630049 GAITAN MARIA 25-14 30            |                |         |        |      |     | \$1,423,500 | \$227,800 | EP5041 | 30  | \$1,423,500 | \$178,000 |       | 0   | \$0    | \$0    |      |     | \$1,423,500 | \$7,500 | 0    |     | \$0     | \$0    |      |     | \$0          |  |  |  |
| Total Afiliados( 1)                            |                |         |        |      |     | \$1,423,500 | \$227,800 |        |     | \$1,423,500 | \$178,000 |       |     | \$0    | \$0    |      |     | \$1,423,500 | \$7,500 |      |     | \$0     | \$0    |      |     | \$0          |  |  |  |



| DATOS GENERALES DEL APORTANTE     |        |                                |                 |                    |                            |                     |                        |                       |           |
|-----------------------------------|--------|--------------------------------|-----------------|--------------------|----------------------------|---------------------|------------------------|-----------------------|-----------|
| Identificación                    | dv     | Razon Social                   | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion                  | Ciudad-Departamento | Teléfono               | Exonerado SENA e ICBF |           |
| CC 1003630049                     |        | GAITAN MANZANARES MARIA ZULEMA | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | TORRE 5 APT. 503 EL DORADO | NILO-CUNDINAMARCA   | 3016828685             | /                     | No        |
| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |        |                                |                 |                    |                            |                     |                        |                       |           |
| Periodo                           | Clave  |                                | Tipo            | Fecha              | Pago                       |                     |                        |                       |           |
| Pensión                           | Salud  | Pago                           | Planilla        | Limite             | Pago                       | Banco               | Dias Mora              | Valor                 |           |
| 2025-09                           |        | 10000003811                    | 9491482149      | 2025/10/10         | 2025/09/30                 | BANCO DE BOGOTA     | 0                      |                       | \$413,300 |
| RESUMEN DE PAGO                   |        |                                |                 |                    |                            |                     |                        |                       |           |
| RIESGO                            | CODIGO | NIT                            | DV              | AFILIADOS          | VALOR LIQUIDADO            | INTERESES MORA      | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR         |           |
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1)          |        |                                |                 | 1                  | \$227,800                  | \$0                 | \$0                    | \$227,800             |           |
| COLPENSIONES                      | 25-14  | 900,336,004                    | 7               | 1                  | \$227,800                  | \$0                 | \$0                    | \$227,800             |           |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1)          |        |                                |                 | 1                  | \$7,500                    | \$0                 | \$0                    | \$7,500               |           |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS      | 14-23  | 860,011,153                    | 6               | 1                  | \$7,500                    | \$0                 | \$0                    | \$7,500               |           |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1)          |        |                                |                 | 1                  | \$178,000                  | \$0                 | \$0                    | \$178,000             |           |
| NUEVA EPS MOVILIDAD               | EPS041 | 900,156,264                    | 2               | 1                  | \$178,000                  | \$0                 | \$0                    | \$178,000             |           |
| TOTAL                             |        |                                |                 | 1                  | \$413,300                  | \$0                 | \$0                    | \$413,300             |           |

Fundación para el Desarrollo Integral  
Corporativo y Comunitario - DECORPCOM  
NIT 901050350-5  
Dirección: Carrera 12 No. 10 A 68  
Agua de Dios, Cundinamarca.  
Teléfono: 3112417314



Fundación  
Decorpcom

### CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

**CONTRATANTE:** FUNDACION PARA EL DESARROLLO INTEGRAL CORPORATIVO Y  
COMUNITARIO -DECORPCOM- NIT. 901.050.350-5

**CONTRATISTA:** YULIZA CAMILA ZAPATA OLIVEROS C.C.1.106.898.908 DE  
MELGAR

**OBJETO:** PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO COMO AUXILIAR DE  
SERVICIOS GENERALES PARA LOS PROGRAMAS DE ADULTO  
MAYOR DÍA DEL MUNICIPIO DE NILO.

**VALOR:** TRES MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS (\$3.800.000)

**PLAZO DE EJECUCIÓN:** DOS (02) MESES

Entre los suscritos **SANDRA MILE CORDOBA LANCHEROS**, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía número 1.032.371.035 expedida en Bogotá, obrando en calidad de representante legal de la **FUNDACION PARA EL DESARROLLO INTEGRAL CORPORATIVO Y COMUNITARIO -DECORPCOM-** con NIT 901.050.350-5, quien para los efectos del presente contrato se denominará **EL CONTRATANTE**, por una parte, y por la otra **YULIZA CAMILA ZAPATA OLIVEROS** identificado(a) con la cédula de ciudadanía número. 1.106.898.908 quien en adelante se denominará **EL CONTRATISTA**, hemos convenido celebrar el presente contrato de **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN** con **YULIZA CAMILA ZAPATA OLIVEROS**; quien se encuentra en capacidad de ejecutar el objeto contractual por haber demostrado idoneidad y experiencia para la realización del mismo, siendo en consecuencia procedente suscribir el presente Contrato. De acuerdo con lo anterior, se regirá por las siguientes cláusulas: **CLAUSULA PRIMERA. OBJETO:** PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO COMO AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES PARA EL PROGRAMA DE ADULTO MAYOR EN CENTRO DÍA DEL MUNICIPIO DE NILO. **CLAUSULA SEGUNDA. ALCANCE:** el CONTRATISTA se compromete a cumplir todas aquellas obligaciones que se deriven del clausulado del presente contrato. **CLAUSULA TERCERA. OBLIGACIONES:** a) **ESPECIFICAS DEL CONTRATISTA:** **ÁREAS DE OFICINA** 1. Realizar limpieza 2 veces a la semana (barrer, trapear, limpiar polvo y telarañas). 2. Limpieza de baños 3 veces por semana (coordinación, psicosocial, cocina). 3. Una vez al mes lavar cortinas. 4. Una vez al mes limpiar ventiladores. 5. Dos veces al mes lavar tendidos. 6. Desocupar todos los días las cestas de la basura de oficinas y baños. **AREAS COMUNES** 7. Al iniciar la jornada se debe barrer el frente, salón principal, recoger hojas. 8. Apoyo en el lavado de loza del refrigerio. 9. Sacar la basura todos los días y dejarla en el shut. 10. Lavar todos los días los baños al finalizar la jornada de los adultos mayores (kiosko y piscina): 11. Todos los días barrer alrededor de la piscina. 12. Una vez al mes limpiar ventiladores. 13. Una vez a la semana se debe lavar el salón principal y mesas de cemento. Una vez a la semana lavar mesas y sillas una vez al mes. 14. Una vez a la semana limpiar telarañas y polvo (vitricas, zona de televisión, hojas de las

*Generar factor de cambio es creer en un mundo mejor*

Fundación para el Desarrollo Integral  
Corporativo y Comunitario - DECORPCOM  
NIT 901050350-5  
Dirección: Carrera 12 No. 10 A 68  
Agua de Dios, Cundinamarca  
Teléfono: 3112417314



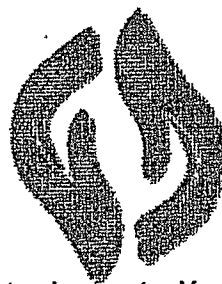
Fundación  
Decorpcom

matas). 15. Dos veces a la semana rociar matas. 16. Una vez al mes lavar albercas. 17. Una vez al mes realizar limpieza de la cabaña. 18. Lavar el shut de basura dos veces al mes. 19. Presentar informe detallado de la realización de las actividades siguiendo los parámetros indicados por el supervisor. (Informe, registro fotográfico mínimo 8 fotos, planilla de seguridad social). 20. Y todas las demás que sean asignadas por su supervisor. **b) OBLIGACIONES GENERALES:** 1. Presentar junto con el primer informe mensual de actividades, el pago de seguridad social; 2. Cumplir a cabalidad con el objeto del contrato de conformidad con lo consignado en la propuesta presentada; 3. Atender los requerimientos que al respecto haga el Supervisor del contrato, tendientes a una correcta ejecución del mismo; 4. Informar oportunamente por escrito a la Administración a través del Supervisor, los inconvenientes que afecten el desarrollo del contrato; 5. Presentar mensualmente un informe parcial de ejecución debidamente soportado, el cual debe contener la información referente al desarrollo del objeto contratado; así como un informe final a la terminación de la ejecución del contrato, el cual debe comprender las actividades realizadas en su vigencia; 6. Afiliarse y pagar los aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral, de conformidad con el ordenamiento legal vigente, para lo cual la Administración se reserva el derecho de exigir durante la vigencia del presente contrato el cumplimiento de dicha obligación y presentar los documentos respectivos que así lo acrediten (planilla de pago y voucher), conforme lo establecido en el Decreto 1703 de 2002, Decreto 510 de 2003, la Ley 789 de 2002, Ley 828 de 2003, Ley 1753 de 2015, Artículo 1 del Decreto 1273 de 2018 y demás que las adicionen, complementen o modifiquen; 7. Cumplir las disposiciones del Sistema de Seguridad y salud, participar activamente en las capacitaciones y eventos realizados en materia de salud ocupacional; 8. Mantener la reserva profesional sobre la información que le sea suministrada para el desarrollo del objeto del contrato; 9. Responder por sus actos u omisiones en ejecución del contrato, cuando con ello cause perjuicios a la Administración o a terceros; 10. No acceder a peticiones o amenazas de quienes actúen por fuera de la ley con el fin de obligarla a hacer u omitir algún acto o hecho. Cuando se presenten tales peticiones o amenazas, deberá informar inmediatamente de su ocurrencia al Administración y a las demás autoridades competentes para que ellas adopten las medidas y correctivos que fuesen necesarios; 11. Obrar con diligencia y el cuidado necesario en el o los asuntos que se le asignen por el supervisor del contrato; 12. Las demás que se requieran para el cumplimiento del objeto del contrato de acuerdo con su formación académica y experiencia; 13. Procurar el cuidado integral de su salud; 14. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumirá su costo; 15. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales; 16. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales; 17. Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivada del contrato; 18. Las demás que se asignen por el CONTRATANTE y sean inherentes al objeto contractual.

**CLAUSULA CUARTA. PLAZO DE EJECUCIÓN:** El plazo de ejecución del presente contrato será de DOS (02) MESES contados a partir de la firma de este contrato.

*Generar factor de cambio es creer en un mundo mejor*

Fundación para el Desarrollo Integral  
Corporativo y Comunitario - DECORPCOM  
NIT 901050350-5  
Dirección: Carrera 12 No. 10 A 68  
Agua de Dios, Cundinamarca  
Teléfono: 3112417314



Fundación  
Decorpcom

**CLAUSULA QUINTA. VALOR:** El presente contrato de prestación de servicios tiene un valor de TRES MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS (\$3.800.000).

**CLAUSULA SEXTA. FORMA DE PAGO:** EL CONTRATANTE pagará al CONTRATISTA la suma descrita anteriormente mediante pagos mensuales vencidos, cada uno por valor de UN MILLON NOVECIENTOS MIL PESOS (\$1.900.000) M/CTE, previa certificación de cumplimiento por parte del supervisor.

**PARÁGRAFO PRIMERO:** Para los pagos respectivos el contratista deberá presentar Informe de la ejecución de las actividades relacionadas con el objeto del contrato, con registro fotográfico a color, Soporte de pago y planilla al sistema de seguridad social y aportes parafiscales, del respectivo mes, Factura comercial, si aplica. **PARÁGRAFO SEGUNDO:** Los impuestos y retenciones que surjan del presente contrato corren por cuenta del CONTRATANTE, para cuyos efectos LA FUNDACION no hará las retenciones del caso. **PARAGRAFO TERCERO:** Una vez finalizado el contrato, EL CONTRATISTA se compromete a suscribir con La FUNDACION la correspondiente acta de liquidación.

Para constancia se firma en Nilo, Cundinamarca al primer (01) día del mes de septiembre del dos mil veinticinco (2025).

CONTRATANTE,

CONTRATISTA,

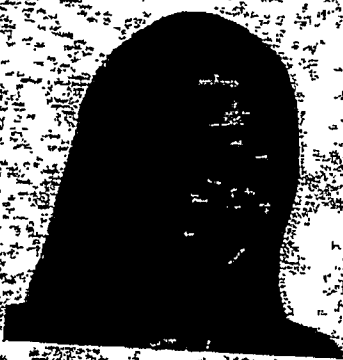
SANDRA MILE CORDOBA LANCHEROS  
Representante Legal

YULIZA CAMILA ZAPATA OLIVEROS  
C.C. 1.106.898.908

Generar factor de cambio es creer en un mundo mejor

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO: 1-106-898-908  
ZAPATA OLIVEROS  
APELLIDOS  
YULIZA CAMILA  
NOMBRES  
Yuliza Camila Zapata



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO: 23-MAR-1997  
MELGAR  
(TOLIMA)  
LUGAR DE NACIMIENTO:  
1.67 A+  
ESTATURA G.S. RH  
30-MAR-2015 MELGAR  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

F  
SEXO

REGISTRADOR NACIONAL  
ALEXANDER VEGA ROCHA



P-2907900-01289032-F-1106898908-20220402 0078626748G:1 9917972937  
EST. CC CIL





Libertad y Orden

# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

## DATOS PERSONALES

|                                                                                                                                             |                                                                    |                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| PRIMER APELLIDO<br>zapala                                                                                                                   | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASA)A<br>Oliveros                          | NOMBRES<br>yuliza camila                                                              |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACION<br>C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1.106.898.908 | SEXO<br>F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> | NACIONALIDAD<br>COL <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/> |
| PAIS colombia                                                                                                                               |                                                                    |                                                                                       |
| LIBRETA MILITAR                                                                                                                             |                                                                    |                                                                                       |
| PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/>                                                                     | NÚMERO _____ D.M. _____                                            |                                                                                       |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO                                                                                                                 |                                                                    |                                                                                       |
| FECHA DIA 23 MES 03 AÑO 1997                                                                                                                |                                                                    |                                                                                       |
| PAIS colombia                                                                                                                               |                                                                    |                                                                                       |
| DEPTO tolima                                                                                                                                |                                                                    |                                                                                       |
| MUNICIPIO melgar                                                                                                                            |                                                                    |                                                                                       |
| DIRECCION DE CORRESPONDENCIA                                                                                                                |                                                                    |                                                                                       |
| vereda la sonora                                                                                                                            |                                                                    |                                                                                       |
| PAIS colombia                                                                                                                               |                                                                    |                                                                                       |
| DEPTO cundinamarca                                                                                                                          |                                                                    |                                                                                       |
| MUNICIPIO nito                                                                                                                              |                                                                    |                                                                                       |
| TELÉFONO 3181055747                                                                                                                         |                                                                    |                                                                                       |
| EMAIL yaireth.030518@outlook.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: Bachiller Tecnico |                 |
| PRIMARIA         |    |    |    |    | SECUNDARIA |    |    |    |     | MEDIA                              |                 |
| 1º               | 2º | 3º | 4º | 5º | 6º         | 7º | 8º | 9º | 10º | 11º                                | FECHA DE GRADO  |
|                  |    |    |    |    | X          |    |    |    |     |                                    | MES 12 AÑO 2013 |

**EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)**  
DIGITE EN 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 SI NO | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN MES AÑO |      | Nº DE TARJETA PROFESIONAL |
|---------------------|------------------------|----------------|------------------------------------------|---------------------|------|---------------------------|
| TE                  |                        | X              | VENTAS DE PRODUCTOS Y SERVICIOS          | 11                  | 2013 |                           |
| TC                  |                        | X              | ASISTENCIA ADMINISTRATIVA                | 11                  | 2023 |                           |
| TL                  |                        | X              | MERCADEO Y VENTAS                        | 12                  | 2018 |                           |
|                     |                        |                |                                          |                     |      |                           |
|                     |                        |                |                                          |                     |      |                           |

ESPECIFIQUE 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 |
|        |          |   |    |        |   |    |            |   |    |
|        |          |   |    |        |   |    |            |   |    |
|        |          |   |    |        |   |    |            |   |    |

# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

|                                                                                                                       |                                             |                                                                 |                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|------------------|
| RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL. |                                             |                                                                 |                  |
| EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE                                                                                      |                                             |                                                                 |                  |
| EMPRESA O ENTIDAD                                                                                                     | PÚBLICA                                     | PRIVADA                                                         | PAÍS             |
| DEPARTAMENTO                                                                                                          | MUNICIPIO                                   | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                                      |                  |
| TELÉFONOS                                                                                                             | FECHA DE INGRESO<br>DÍA [ ] MES [ ] AÑO [ ] | FECHA DE RETIRO<br>DÍA [ ] MES [ ] AÑO [ ]                      |                  |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL                                                                                               | DEPENDENCIA                                 | DIRECCIÓN                                                       |                  |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                                                            |                                             |                                                                 |                  |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>Glaseadora Democrata S.A                                                                         | PÚBLICA                                     | PRIVADA<br>X                                                    | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO<br>Cundinamarca                                                                                          | MUNICIPIO<br>Girardot                       | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>glaseadora@gmail.com              |                  |
| TELÉFONOS<br>8351918                                                                                                  | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 04 MES 04 AÑO 2015  | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 05 MES 11 AÑO 2015                       |                  |
| CARGO O CONTRATO<br>pasante en ventas                                                                                 | DEPENDENCIA<br>ventas                       | DIRECCIÓN<br>carrera 10 No 11-17                                |                  |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                                                            |                                             |                                                                 |                  |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>Proyectos y construcciones Damasco                                                               | PÚBLICA                                     | PRIVADA<br>X                                                    | PAÍS<br>colombia |
| DEPARTAMENTO<br>Cundinamarca                                                                                          | MUNICIPIO<br>Bogotá                         | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                                      |                  |
| TELÉFONOS<br>3166224983                                                                                               | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 01 MES 12 AÑO 2022  | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 10 MES 03 AÑO 2023                       |                  |
| CARGO O CONTRATO<br>Prestacion de servicio                                                                            | DEPENDENCIA                                 | DIRECCIÓN<br>Bogotá                                             |                  |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR                                                                                            |                                             |                                                                 |                  |
| EMPRESA O ENTIDAD<br>Alcaldía de Nilo                                                                                 | PÚBLICA<br>X                                | PRIVADA                                                         | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO<br>cundinamarca                                                                                          | MUNICIPIO<br>Nilo                           | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>gobierno@nilo-cundinamarca.gov.co |                  |
| TELÉFONOS                                                                                                             | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 18 MES 04 AÑO 2023  | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 17 MES 10 AÑO 2023                       |                  |
| CARGO O CONTRATO<br>Contrato de pasantia                                                                              | DEPENDENCIA<br>Secretaría de Gobierno       | DIRECCIÓN<br>Alcaldía de Nilo                                   |                  |

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

**Persona Natural**  
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

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

| OCUPACIÓN                   | TIEMPO DE EXPERIENCIA |       |
|-----------------------------|-----------------------|-------|
|                             | AÑOS                  | MESES |
| SERVIDOR PÚBLICO            |                       | 6     |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO |                       | 9     |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE    |                       |       |
| TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA    |                       | 15    |

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ☒ SÍ ☐ 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 VERÁCES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento Nilo - Cúndinamarca

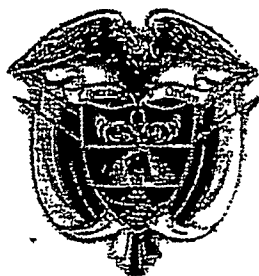
*Yulra Camila Zapata*  
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

**Ciudad y fecha**

**NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                  |  |                                                                |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------|--|
| DIAN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | Formulario del Registro Único Tributario                                                                                         |  | 001                                                            |  |
| 2. Concepto 01 Inscripción                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | 4. Número de formulario 14906609899                                                                                              |  |                                                                |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | <br>(415)7707212489984(8020) 0000014906609899 |  |                                                                |  |
| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT)<br>1 1 0 6 8 9 8 9 0 8 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | 6. DV<br>1                                                                                                                       |  | 12. Dirección(s) local(es)<br>Impuestos y Aduanas de Girasol   |  |
| 14. Buzón electrónico<br>8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                  |  |                                                                |  |
| IDENTIFICACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                  |  |                                                                |  |
| 24. Tipo de contribuyente<br>Persona natural o sucesión ilíquida                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | 25. Tipo de documento<br>Cédula de Ciudadanía                                                                                    |  | 26. Número de identificación<br>1 1 0 6 8 9 8 9 0 8            |  |
| 27. Fecha expedición<br>2 0 1 5 0 3 3 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | 28. País<br>COLOMBIA                                                                                                             |  | 29. Departamento<br>Tolima                                     |  |
| 30. Ciudad/Municipio<br>Moligar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | 31. Primer apellido<br>ZAPATA                                                                                                    |  | 32. Segundo apellido<br>OLIVEROS                               |  |
| 33. Primer nombre<br>YULIZA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | 34. Otros nombres<br>CAMILA                                                                                                      |  | 35. Razón social                                               |  |
| 36. Nombre comercial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | 37. Sigla                                                                                                                        |  | 38. País<br>COLOMBIA                                           |  |
| 39. Departamento<br>Cundinamarca                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | 40. Ciudad/Municipio<br>Nilo                                                                                                     |  | 41. Dirección principal<br>VRD LA SONORA SECTOR CUATRO VIENTOS |  |
| 42. Correo electrónico<br>yairerh.030518@outlook.com                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | 43. Código postal<br>2 5 2 4 0 1                                                                                                 |  | 44. Teléfono 1<br>3 1 5 3 7 6 9 7 9 5                          |  |
| 45. Teléfono 2<br>3 1 7 6 9 1 2 6 4 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | 46. Clasificación                                                                                                                |  |                                                                |  |
| Actividad económica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | Ocupación                                                                                                                        |  |                                                                |  |
| 46. Código<br>8 2 9 9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | 47. Fecha inicio actividad<br>2 0 2 3 0 4 0 3                                                                                    |  | 48. Código<br>1                                                |  |
| 49. Fecha inicio actividad<br>2 0 2 3 0 4 0 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | 50. Código<br>2                                                                                                                  |  | 51. Código<br>52. Número establecimientos                      |  |
| Responsabilidades, Calidades y Atributos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                  |  |                                                                |  |
| 53. Código<br>4 9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                  |  |                                                                |  |
| 49 - No responsable de IVA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                  |  |                                                                |  |
| Declarantes aduaneros                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                  |  |                                                                |  |
| Exportadores                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                  |  |                                                                |  |
| 54. Código<br>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                                  |  |                                                                |  |
| 55. Forma<br>56. Tipo<br>57. Modo<br>58. CPC                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                  |  |                                                                |  |
| 59. Anexos<br>60. No. de Folios<br>61. Fecha                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                  |  |                                                                |  |
| 62. Fecha<br>2023 - 04 - 03 / 10 : 43 : 07                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                  |  |                                                                |  |
| La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso. Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012. |  |                                                                                                                                  |  |                                                                |  |
| Firma del solicitante:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                  |  |                                                                |  |
| Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                  |  |                                                                |  |
| Firma autorizada:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                  |  |                                                                |  |
| 984. Nombre ZAPATA OLIVEROS YULIZA CAMILA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                  |  |                                                                |  |
| 985. Cargo Contribuyente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                  |  |                                                                |  |



La República de Colombia  
El Ministerio de Educación Nacional  
y en su nombre la

Institución Educativa Departamental  
"Oreste Sindici"

Autorizada por la Secretaría de Educación de Cundinamarca  
según Resolución N° 006460 del 29 de Noviembre de 2002.

Confiere a:

**Yuliza Camila Zapata Oliveros**

C. I. No. 97032300794 de Girardot, Cundinamarca

El Título de:

**Bachiller Técnico**

**Con Especialidad en Gestión Empresarial**

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de  
Educación Media Técnica; según los planes y programas vigentes.

Dra. Day Jackeline Rincón Polanco  
C.E. No. 34.786.113 de Bogotá  
Rectora

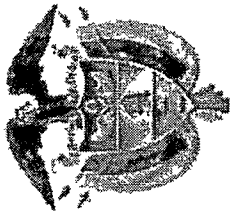
Maribel Rincón Barrero  
C.E. No. 20.784.509 de Nilo  
Secretaria Académica

Inscrito al Folio N° 32 del Libro para Control Interno de Diplomas N° 3

Dado en Nilo Cundinamarca, a 6 de Diciembre de 2013

Notario Público, según Decreto 271 del 6 de Mayo de 1994.





Libertad y orden  
REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En cumplimiento de la Ley 119 de 1994*

*Hace constar que*

**YULIZA CAMILA ZAPATA OLIVEROS**

*Con Cedula de Ciudadanía No. 1.106.898.908*

*Cursó y aprobó la acción de Formación*

**NÓMINA**

*con una duración de 40 horas*

*En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Girardot, a los veintiocho (28) días del mes de noviembre de dos mil catorce (2014)*

Firmado Digitalmente por

CARLOS FERNANDO COMETA HORTUA  
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

Autenticidad del Documento

Bogotá - Colombia

CARLOS FERNANDO COMETA HORTUA

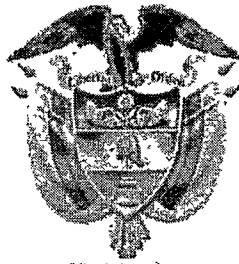
SUBDIRECTOR

CENTRO DE LA TECNOLOGÍA DEL DISEÑO Y LA PRODUCTIVIDAD EMPRESARIAL  
REGIONAL CUNDINAMARCA

23916089 - 28/11/2014

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 951100838583CC1106898908C.



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*

**YULIZA CAMILA ZAPATA OLIVEROS**

*Con Cedula de Ciudadanía No. 1.106.898.908*

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

**Título de**

**TÉCNICO EN**

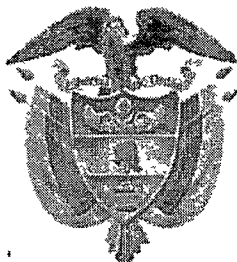
**VENTA DE PRODUCTOS Y SERVICIOS**

*En testimonio de lo anterior, se firma el presente Título en Nilo,  
a los catorce (14) días del mes de noviembre de dos mil trece (2013)*

Firmado Digitalmente por  
CARLOS FERNANDO COMETA HORTUA  
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA  
Autenticidad del Documento  
Bogotá - Colombia

CARLOS FERNANDO COMETA HORTUA

SUBDIRECTOR CENTRO DE LA TECNOLOGIA DEL DISEÑO Y LA PRODUCTIVIDAD EMPRESARIAL  
REGIONAL CUNDINAMARCA



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*

**YULIZA CAMILA ZAPATA OLIVEROS**

*Con Cedula de Ciudadania No. 1.106.898.908*

*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**

**GESTIÓN DE MERCADOS**

*En testimonio de lo anterior, se firma el presente Título en Girardot,  
a los siete (7) días del mes de diciembre de dos mil dieciseis (2016)*

Firmado Digitalmente por  
CARLOS FERNANDO COMETA HORTUA  
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA  
Autenticidad del Documento  
Bogotá - Colombia

CARLOS FERNANDO COMETA HORTUA  
SUBDIRECTOR CENTRO DE LA TECNOLOGÍA DEL DISEÑO Y LA PRODUCTIVIDAD EMPRESARIAL  
REGIONAL CUNDINAMARCA