Soacha, Cundinamarca 31 de marzo de 2025

Cuenta de Cobro 01

OBJETO DEL CONTRATO COORDINADOR CDI– **FASE DE ALISTAMIENTO**
CONTRATO 25004152025 MODALIDAD INSTITUCIONAL
CDI HUELLITAS AMBIENTALES

FUNDACIÓN DE INVESTIGACIÓN AGROAMBIENTAL IAJM
NIT: 832003813-3
Debe a:

DIANA TRINIDAD GONZALEZ URIBE
CC 52856930 de Bogotá
Régimen Simplificado
52856930-8

$954.633 (Novecientos cincuenta y cuatro mil seiscientos treinta y tres pesos MCTE)
Periodo: 19 al 25 de marzo de 2025

POR CONCEPTO DE:
SERVICIOS PRESTADOS COMO COORDINADORA DE UDS CDI HUELLITAS AMBIENTALES
FASE DE ALISTAMIENTO
PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 19 AL 25 DE MARZO DE 2025
SE ANEXA FORMULARIO DE AFILIACION A EPS COMO INDEPENDIENTE

FAVOR CONSIGNAR AL NÚMERO DE CUENTA BANCOLOMBIA AHORROS No 52580985521

FUNCIONES
•acciones de pre-requisitos para abordar la fase de implementación.
• Lectura de manuales operativos de la modalidad, las indicaciones que el ICBF imparta y las guías instructivas.
• Evidencia y documentación los anexos indicados en las guías instructivas.
•Organización de la documentación de soporte
• Impresión de documentación, organizadas en AZ.
•Organización de documentación digital, organizada según las actividades contempladas en la fase preparatoria
•Custodia de la información y tratamiento adecuado
•Recepción de documentos de los beneficiarios en físico y digital
• Conformación y organización del equipo de talento humano encargado de prestar el servicio (convocatoria, selección e inducción)
•Articulación con las instituciones públicas que tengan corresponsabilidad en la atención integral a la primera infancia e instituciones privadas del territorio, que aportan a la ejecución del servicio.
•Consecución, adecuación y equipamiento del espacio físico
•Formalización e inscripción de la población a atender.
•Conformación del equipo de talento humano considerando la contratación de personas que cumplen el perfil establecido, residan en el territorio, conozcan el contexto sociocultural y que hayan realizado procesos de cualificación

Powered by CamScanner

* Verificación de datos y referencias con el objetivo de constatar la veracidad de la información suministrada por parte de los profesionales a contratar
*Verificación de certificaciones de antecedentes
*Diligenciamiento de formato de Talento Humano conformado
*Adecuación de la infraestructura, de acuerdo con los requerimientos establecidos en las condiciones de calidad. Así mismo, se realizó proceso para contar con la dotación para la prestación del servicio, teniendo en cuenta las características de las niñas y niños.
* Proceso de focalización para identificar y seleccionar a los grupos de población más vulnerables y pobres para que reciban los servicios de la modalidad institucional del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar en CDI HUELLITAS AMBIENTALES.

Atentamente,



Diana Trinidad González Uribe
CC 52856930 de Bogotá
Coordinadora CDI HUELLITAS AMBIENTALES
Contacto: 3102339445

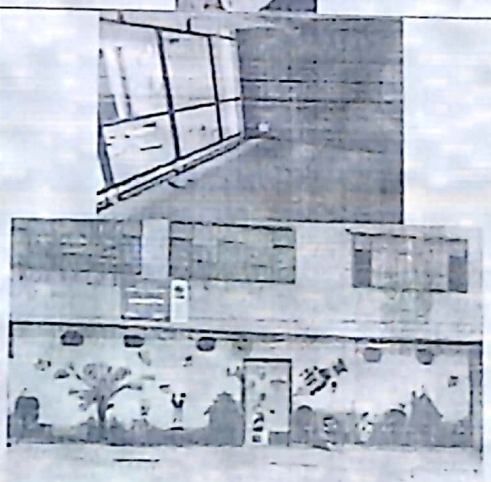
Powered by CamScanner

FORMATO DE INFORME
FUNDACIÓN DE INVESTIGACIÓN AGROAMBIENTAL IAJM

MES:	MARZO
CONTRATISTA:	Diana Trinidad González Uribe
N° CC:	52856930 de Bogotá D.C.
PERFIL:	Coordinadora
MODALIDAD:	INSTITUCIONAL
UDS:	CDI HUELLITAS AMBIENTALES

FECHA	ACCIONES DESARROLADAS EN FASE DE ALISTAMIENTO	EVIDENCIA FOTOGRAFICA
19 al 25 de marzo 2025	*Organización de archivo * Impresión de documentación, organizadas en AZ.	
	Subsanación Cargue hojas de vida a Drive para el centro zonal de hojas de vida de las colaboradoras: * María Teresa Romero Barragán (gestora de alimentos) * Marinela Cardozo Falla (auxiliar pedagógica) Organización de documentación digital, organizada según las actividades contempladas en la fase preparatoria	
	Diligenciamiento base talento humano	
	Proceso de focalización para identificar y seleccionar a los grupos de población más vulnerables y pobres para que reciban los servicios de la modalidad institucional del	

Powered by CamScanner

	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar en CDI HUELLITAS AMBIENTALES	
	Recepción de documentos de los beneficiarios en físico y digital Formalización e inscripción de la población a atender.	
	Consecución, adecuación y equipamiento del espacio físico Adecuación de la infraestructura, de acuerdo con los requerimientos establecidos en las condiciones de calidad. Así mismo, se realizó proceso para contar con la dotación para la prestación del servicio, teniendo en cuenta las características de las niñas y niños.	
	*Inventario ICBF por parte de centro zonal	

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

52.856.930

GONZALEZ URIBE

DIANA TRINIDAD



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 24-ENE-1981

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

14-ABR-1999 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1524700-00197219-F-0052856930 20091114 0018024567A 1 53565555

Powered by CamScanner

DIAN

Formulario del Registro Unico Tributario

001

2 Concepto: 02 Actualización

4 Número de formulario: 141166676731

5 Número de Identificación Tributaria (NIT): 52856930 | 6 DV: 8

12 Dirección seccional: Impuestos de Bogotá 32

14 Buzón electrónico:

IDENTIFICACIÓN

24 Tipo de contribuyente	25 Tipo de documento	26 Número de Identificación
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 13	52856930

Lugar de expedición	28 País	29 Departamento	30 Ciudad/Municipio
COLOMBIA	169	Bogotá D C 11	Bogotá, D C 001

31 Primer apellido	32 Segundo apellido	33 Primer nombre	34 Otros nombres
GONZALEZ	URIBE	DIANA	TRINIDAD

35 Razón social:

36 Nombre comercial: | 37 Sigla:

UBICACIÓN

38 País	39 Departamento	40 Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Cundinamarca 25	Soacha 754

41 Dirección principal: CL 24 7 47 BRR CAMILO TORRES

42 Correo electrónico: dianartes10@yahoo.es

43 Código postal: | 44 Teléfono 1: 3102339445 | 45 Teléfono 2:

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal 46 Código	47 Fecha inicio actividad	Actividad secundaria 48 Código	49 Fecha inicio actividad	Otras actividades 50 Código 1	2	Ocupación 51 Código	52 Número establecimientos
8553	20140617						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53 Código: 49

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

54 Código: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 / 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59 Anexos: SI [ ] NO [X] | 60 No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Unico 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

694 Nombre: GONZALEZ URIBE DIANA TRINIDAD

695 Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 10-09-2025 09:15:2

Powered by CamScanner

Famisanar

FORMULARIO UNICO DE AFILIACION Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

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

A. AFILIACION B. DATOS BASICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y nombres: González Uribe Diana Trinidad.

9. Tipo de documento de identidad: CC. 10. Número del documento de identidad: 52856930 11. Sexo biológico: X 12. Sexo identificación: X 13. Nacionalidad: Colombia.

14. Lugar de nacimiento: País: Bogotá. Colombia Departamento: Bogotá DC. Municipio: Bogotá DC. 15. Fecha de nacimiento: 24 01 1981

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia 17. Comunidad 18. Discapacidad: X Categoría discapacidad 19. Tiene encuesta SISBÉN: X 20. Clasificación SISBÉN 21. Grupo de población especial

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: Sura 23. Administradora de Pensiones: Protección 24. Ingreso base de cotización - IBC: 1.425.000 25. Tarifa como Cotizante Adicional

26. Residencia: Cll 24 # 7-47 Camilo Torres 3102339115 dionaritas106@yahoo.es

Cundinam. Soacha Z X

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

27. Apellidos y nombres

28. Tipo de documento de identidad 29. Número del documento de identidad 30. Sexo biológico 31. Sexo identificación 32. Nacionalidad

33. Lugar de nacimiento: País Departamento Municipio 34. Fecha de nacimiento

(Datos básicos de identificación de los hijos y de los afiliados adicionales)

35. Apellidos y nombres

01
02
03
04
05

36. Tipo de documento de identidad 37. Número de documento de identidad 38. Nacionalidad 39. Sexo biológico 40. Sexo identificación 41. Lugar de nacimiento 42. Fecha de nacimiento

01
02
03
04
05

Datos complementarios del beneficiario

43. Parentesco 44. Etnia 45. Comunidad 46. Grupo de población especial 47. Tiene encuesta SISBÉN 48. Clasificación SISBÉN 49. Discapacidad 50. Nacionalidad

01
02
03
04
05

51. Datos de residencia

Departamento Municipio - Distrito Zona Dirección Teléfono fijo y celular Correo electrónico

01
02
03
04
05

Dirección Localidad Comuna

01
02
03
04
05

ATU16190 Famisanar 26 MAR 2025 RECIBIDO Sujeto a Verificación

152541 MGGEZ

Powered by CamScanner

52. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS

C

01

02

03

04

05

54. Código de la IPS

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DE PAGO

55. Nombre o Razón Social: Diana Trinidad Gonzalez

56. Tipo de documento de identificación: CC

57. Número del documento de identificación: 52056930

58. Tipo de aportante y cotizante (si es el caso)

59. Ubicación: C1124 # 7-47

3102339445

Soacha Cundinam.

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación 2. Corrección de datos básicos de identificación 3. Actualización de documento de identidad 4. Reactivación en el régimen contributivo por novedad de EPS Cotiza 5. Retiro de EPS y traslado al régimen subsidiado 6. Traslado de régimen contributivo a subsidiado 7. Traslado de régimen subsidiado a contributivo 8. Traslado entre EPS del régimen contributivo 9. Traslado entre EPS del régimen subsidiado 10. Terminación de la afiliación por fallecimiento del cotizante 11. Terminación de la afiliación por fallecimiento del beneficiario 12. Terminación de la afiliación por pérdida de la calidad de beneficiario 13. Terminación de la afiliación por pérdida de la calidad de cotizante 14. Terminación de la afiliación por solicitud del cotizante 15. Terminación de la afiliación por solicitud del beneficiario 16. Terminación de la afiliación por mora del cotizante 17. Terminación de la afiliación por mora del beneficiario 18. Retiro de beneficiario por cumplimiento de la edad 19. Retiro de beneficiario por pérdida de la calidad de beneficiario 20. Ingreso a Compensación Familiar 21. Retiro de Compensación Familiar

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | 62. Sexo biológico | 63. Sexo identificación | 64. Fecha de nacimiento

65. EPS anterior | 66. Fecha de novedad | 67. Motivo de traslado (Cotiza) | 68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaraciones de veracidad de la información de los beneficiarios y afiliados adicionados

70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción

71. Declaración de embarazo de cotizante, de Cuenta Propia o Cotizante, Dependiente de los Regímenes Especial o de Excepción

72. Declaración de no afiliación del cotizante cabeza de familia beneficiario a entidades administradoras del Régimen Subsidiado de Salud

73. Autorización para que la EPS cotice y consigne ahora y hacia el futuro en la cuenta única de seguridad social de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes

74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere en el Registro Individual de Prestaciones

75. Autorización para que la EPS informe los datos personales de los afiliados

76. Autorización para que la EPS envíe información a través de correo electrónico y celular

77. Aceptación de los términos para el ejercicio de la Libertad de Escogencia, la vigencia de la afiliación

78. Aceptación de la presentación del grupo familiar y los datos de Cuota Familiar Solidaria

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia registre la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Apellidos y nombres

Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad

IX. FIRMAS

Diana Gonzalez Ubibe

X. ANEXOS

97. Anexar copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE PE SC

Cantidad | TOTAL ANEXOS

83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente

84. Copia del registro civil de matrimonio o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital

85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital

86. Copia del certificado de defunción o acta de defunción del menor

87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia

88. Documento en que conste la petición de la pareja potencial, los certificados de inhabilidad de los padres o de la declaración notarial para el otorgamiento, copia de la autorización de los dos padres

89. Copia de la autorización de ampliación por parte de la Superintendencia Nacional de Salud mediante el [illegible]

90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas

91. Copia del acto administrativo o documento de las Autoridades Nacionales en la que conste la calidad de los afiliados y la vigencia de la afiliación

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial

Código del municipio | Código del departamento

93. Nombre de la institución

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y nombres

Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | 95. Firma del funcionario

96. Fecha de radicación | 97. Fecha de validación | OBSERVACIONES

D M A A

Recuerde que con la firma del formulario el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y en las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario

Powered by CamScanner

Famisanar
NIT 830 003 564-7

CUESTIONARIO ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO

	SI	NO
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliacion la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	/	
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliacion, la EPS le hizo entrega de la Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	/	
¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	/	
¿Leyo el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	/	
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la informacion fue asesorado adecuadamente por la EPS?	/	
¿Autoriza a EPS FAMISANAR S A S el envio de la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño al correo electrónico?	/	

AUTORIZACIÓN PREVIA PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y DATOS PERSONALES SENSIBLES

Firma del Afiliado: Diora Gonzalez Uribe

Nombres y Apellidos: Diora T. Gonzalez Uribe Identificacion: 52856930

AUTORIZACIÓN DONACIÓN DE ORGANOS Y TEJIDOS – LEY 1805 DE 2016

De acuerdo con lo definido en el artículo 4 de la Ley 1805, manifiesto a continuación mi voluntad de ser donante de órganos y tejidos es

SI X NO

Firma del Afiliado: Diora Gonzalez Uribe

Nombres y Apellidos: Diora T. Gonzalez U Identificacion: 52856930 B/b

Artículo 15. Los menores de edad podrán ser donantes de órganos y tejidos siempre y cuando sus representantes legales expresen su consentimiento informando para la donación de órganos y tejidos dentro de las (8) ocho horas siguientes a la concurrencia de la muerte cerebral. El médico responsable deberá informarles sus derechos y los beneficios de la donación.

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor (a) _____ identificado (a) con el documento No _____ quien manifiesta no poder o no saber firmar lo hace en su nombre el (la) señor (a) _____ quien es mayor de edad y sin ningun impedimento para dar fe de la información que está recibiendo.

Como testigo da fe de todo lo anterior y certifica que la huella aquí impuesta pertenece al señor (a)

Firmante a Ruego

Nombres y Apellidos

Identificacion

Edad

Direccion de Donacion

Nombres y Apellidos del Quien no sabe o no puede firmar

Huella

Powered by CamScanner

Bancolombia

www.bancolombia.com.co

Martes, 25 de marzo de 2025

BANCOLOMBIA S.A. informa que, a la fecha de emisión de este certificado, **DIANA TRINIDAD GONZALEZ URIBE**, identificado con CC. **52.856.930**, cuenta con los siguientes productos financieros en el Banco:

Nombre Producto	N.º Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	52580985521	2025/03/25	ACTIVA

*Importante: esta certificación solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la información de esta constancia, puede comunicarse a la línea de atención al cliente en: Bogotá: (601) 343 00 00, Medellín (604) 510 90 00, Cali (602) 554 05 05, Barranquilla (605) 361 88 88, Cartagena (605) 693 44 00, Bucaramanga (607 697 25 25, Pereira (606) 340 12 13, a nivel nacional: 018000912345; desde España: 900 995 717 y Estados Unidos: 1866 379 9714. Defensor del Consumidor Financiero: María Adelayda Calle Correa, de lunes a viernes entre 8:00 a.m. a 12 p.m. y 2:00 p.m. a 5:00 p.m. línea gratuita 01 8000 52 2622, teléfonos (604) 3561225, correo electrónico defensor@bancolombia.com.co, o en la: Carrera 48 #18 A 14, Edificio FIC48, Piso 11, Medellín

Bancolombia

Línea de Atención al Cliente: Bogotá: 343 00 00, Medellín 510 90 00, Cali 554 05 05, Barranquilla 361 88 88, Cartagena 693 44 00, Bucaramanga 697 25 25, Pereira 340 12 13, a nivel nacional: 018000912345; desde España: 900 995 717 y Estados Unidos: 1866 379 9714. Defensor del Consumidor Financiero: María Adelayda Calle Correa, de lunes a viernes entre 8:00 a.m. a 12 p.m. y 2:00 p.m. a 5:00 p.m. línea gratuita 01 8000 52 2622, teléfonos (604) 3561225, correo electrónico defensor@bancolombia.com.co, o en la dirección: Carrera 48 #18 A 14, Edificio FIC48, Piso 11, de Medellín.

Powered by CamScanner