

| No | ITEM                                                                                            | CARACTERÍSTICAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | SE APORTA DOCUMENTO |    |     |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----|-----|
|    |                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | SI                  | NO | N/A |
| 01 | DOCUMENTOS DE IDENTIDAD                                                                         | Verificar que sea legible y que se encuentren las dos caras del documento de identidad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ✓                   |    |     |
| 02 | HOJAS DE VIDA                                                                                   | Nota: Se debe incluir toda la experiencia necesaria para cumplir el perfil a ser contratado. La experiencia relacionada en dicho formato debe estar debidamente soportada                                                                                                                                                                                                                                                                                           | ✓                   |    |     |
| 03 | TARJETA PROFESIONAL O MATRICULA PROFESIONAL O DE TECNOLOGO (CUANDO APLIQUE)                     | Debe ser clara y legible. Las tarjetas profesionales que tienen fecha de vencimiento, deberán encontrarse vigentes.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | ✓                   |    |     |
| 04 | CERTIFICADOS DE ESTUDIOS                                                                        | De acuerdo con el perfil solicitado se deben adjuntar copias del título o acta de grado, si los títulos son expedidos por Universidades del exterior se deberá adjuntar la Resolución expedida por el Ministerio de Educación con el título homologado.                                                                                                                                                                                                             | ✓                   |    |     |
| 05 | CERTIFICADOS DE ESTUDIOS                                                                        | De acuerdo con el perfil solicitado se deben adjuntar copias del título o acta de grado, si los títulos son expedidos por Universidades del exterior se deberá adjuntar la Resolución expedida por el Ministerio de Educación con el título homologado.                                                                                                                                                                                                             | ✓                   |    |     |
| 06 | CERTIFICADOS LABORALES                                                                          | Se deben aportar las certificaciones laborales o contractuales completas y en orden cronológico descendente, las cuales deben contener como mínimo: nombre o razón social de la entidad o empresa, período de vinculación, objeto y/o cargo desempeñado.                                                                                                                                                                                                            | ✓                   |    |     |
| 07 | INSTRUMENTOS DE AUTORIZACION DE CONSULTA DE INHABILIDADES                                       | Formato previo a la consulta el certificado de inhabilidad por delitos sexuales contra niños, niñas y adolescentes la entidad debe obtener autorización previa, expresa y escrita del futuro contratista, conforme a lo señalado en el parágrafo 2 del Artículo 2 del Decreto 753 de 2019.                                                                                                                                                                          | ✓                   |    |     |
| 08 | CERTIFICADOS DE INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS          | Este certificado tiene una vigencia de 3 meses contados a partir de la expedición y deberá estar vigente a la firma del contrato. Para la expedición del certificado se debe ingresar a la página de la Personería de Bogotá ( <a href="https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/">https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/</a> ), diligenciar los campos requeridos y exportar el documento.                                                                    | ✓                   |    |     |
| 09 | REGISTROS DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS (REDAM)                                              | La fecha de vigencia del certificado se encuentra expresa en el documento, por lo cual esta certificación deberá estar vigente a la firma del contrato. Para el registro y expedición del certificado se debe ingresar en el link <a href="https://www.redam.gov.co/">https://www.redam.gov.co/</a> , lo anterior en cumplimiento de la Ley 2097 de 2021 y Decreto 1310 de 2022.                                                                                    | ✓                   |    |     |
| 10 | CERTIFICADO DE MANIPULACION DE ALIMENTOS                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | ✓                   |    |     |
| 11 | CERTIFICADOS DE CURSOS DE CUALIFICACION (PRIMEROS AUXILIOS, PREVENCIÓN DE ABUSO SEXUAL)         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | ✓                   |    |     |
| 12 | CERTIFICADO DE AFILIACIONES (EPS, FONDO DE PENSIONES Y ARL)                                     | Adjuntar el certificado expedido por la Dirección de Reclutamiento y Control de Reservas de las Fuerzas Militares; (página <a href="https://www.libretamilitar.mil.co/">https://www.libretamilitar.mil.co/</a> ) o la Tarjeta de Reservista. Tener en cuenta las disposiciones establecidas en la Ley 1861 de 2017 "Por la cual se reglamenta el servicio de reclutamiento, control de reservas y la movilización", "en el Artículo 12. Causales de exoneración del | ✓                   |    |     |
| 13 | CERTIFICADO MÉDICO ANUAL VIGENTE, EN EL QUE CONSTE LA APTITUD PARA LA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS | Este certificado deberá contar con fecha de expedición de 2026 y expresar de manera clara que la persona es apta para la manipulación, preparación y distribución de alimentos.                                                                                                                                                                                                                                                                                     | ✓                   |    |     |
| 14 | CERTIFICADOS DE ANTECEDENTES JUDICIALES EXPEDIDOS POR LA POLICIA NACIONAL                       | Este certificado tiene una vigencia de 3 meses contados a partir de la expedición y deberá estar vigente a la firma del contrato, en la cual se deberá evidenciar que "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES".                                                                                                                                                                                                                                 | ✓                   |    |     |
| 15 | CERTIFICADOS DEL SISTEMA REGISTRO NACIONAL DE MEDIDAS CORRECTIVAS RNMC                          | Certificado de consulta en línea, tiene una vigencia de 3 meses contados a partir de la expedición y deberá estar vigente a la firma del contrato, donde se indica que no se encuentra vinculado en el Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas - RNMC de la Policía Nacional de Colombia como infractor de la Ley 1801 de 2016. Código Nacional de Policía y Convivencia.                                                                                  | ✓                   |    |     |
| 16 | CERTIFICADOS DE BOLETIN DE RESPONSABLES FISCALES DE LA CONTRALORIA                              | Este certificado tiene una vigencia de 3 meses contados a partir de la expedición y deberá estar vigente a la firma del contrato. Para la expedición del certificado se debe ingresar a la página de la Contraloría General de la República ( <a href="https://www.contraloria.gov.co/">https://www.contraloria.gov.co/</a> ), diligenciar los campos requeridos y exportar el documento.                                                                           | ✓                   |    |     |
| 17 | CERTIFICADOS DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION                   | Este certificado tiene una vigencia de 3 meses contados a partir de la expedición y deberá estar vigente a la firma del contrato. Para la expedición del certificado se debe ingresar a la página de la Procuraduría General de la Nación ( <a href="https://www.procuraduria.gov.co/">https://www.procuraduria.gov.co/</a> ), diligenciar los campos requeridos y exportar el documento.                                                                           | ✓                   |    |     |
| 18 | CERTIFICADOS DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS PERSONERIA DE BOGOTA                                | Este certificado tiene una vigencia de 3 meses contados a partir de la expedición y deberá estar vigente a la firma del contrato. Para la expedición del certificado se debe ingresar a la página de la Personería de Bogotá ( <a href="http://www.personeriabogota.gov.co/">www.personeriabogota.gov.co/</a> ), diligenciar los campos requeridos y exportar el documento.                                                                                         | ✓                   |    |     |
| 19 | CONTRATO LABORAL FIRMADOS POR AMBAS PARTES                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | ✓                   |    |     |



REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NÚMERO 1.033.700.779

GARZON GOMEZ

APELLIDOS

MARYURI PAULINA

NOMBRES

Maryuri Garzón

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO  
BOGOTÁ D.C.  
(CUNDINAMARCA)

05-SEP-1988

LUGAR DE NACIMIENTO  
1.62

O+

F

ESTATURA G.S. RH SEXO

25-SEP-2006 BOGOTÁ D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500150-00704769-F-1033700779-20150509

0044128241A 2

1103390909





MARYURI PAULINA  
GARZÓN GÓMEZ

2

## SERVICIOS GENERALES

### CONTACTO

3125500067

jamirezg@isf.edu.co

Diagonal 64 # 19 A 53  
sur San Francisco

### MI PERFIL

Soy una persona proactiva y recursiva. Me gusta trabajar en equipo y dar soluciones para optimizar las tareas. Siempre estoy dispuesta a buscar soluciones y apoyar cuando se requiere.

### HABILIDADES

|           |                          |
|-----------|--------------------------|
| Dedicada  | <input type="checkbox"/> |
| Emotiva   | <input type="checkbox"/> |
| Recursiva | <input type="checkbox"/> |
| Autónoma  | <input type="checkbox"/> |
| Líder     | <input type="checkbox"/> |

### EDUCACIÓN

2014-2015

- INGABO
- Técnico Laboral

2000-2006

- IED la acacia
- Bachiller académico

### EXPERIENCIA

5 octubre 2022 - 5 diciembre 2022

Personal de servicio de alimentos  
Fundación Colombia Útil

- Prealistamiento de alimentos
- Preparación de alimentos
- Diligenciamiento de formatos

17 enero 2024- 9 diciembre 2024

PERSONAL HIGIENE Y ASEO  
FUNDACIÓN COLOMBIA ÚTIL

- Limpieza de zonas internas y externas

03 enero 2025- 15 septiembre 202

CASA DE FAMILIA

- Cuidadora de adulto mayor
- Desinfección de elementos
- Diligenciamiento de formatos





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

# Colegio Aracia II

Institución Educativa Distrital

Autorizada por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.,  
según Resolución N° 157 del 21 de Enero de 2002.

Confiere a:

**Maryuri Paulina Garzón Gómez**

C.I. 880905-50750

El Título de:

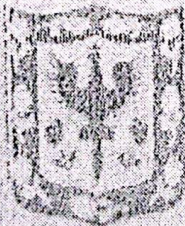
## Bachiller Académico

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

  
Rector  
Secretaria

Anotado al folio 2 del libro para Control Interno de Diplomas No 6

Dado en Bogotá D.C. a los 2 días del mes de Diciembre de 2006



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.



# ACTA INDIVIDUAL DE GRADO



## COLEGIO ACACIA II

INSTITUCIÓN EDUCATIVA DISTRITAL

CALLE 62 SUR N° 19B-42

TELÉFONO: 7907093

BOGOTÁ D.C.

Inscripción Dane: 111001035572

ICFES: 105098

En la ciudad de Bogotá D.C., a los 2 días del mes de Diciembre de 2006, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría del COLEGIO ACACIA II (I.E.D.), Institución aprobada en el nivel de Educación Básica Secundaria y Media Académica y autorizada por la Secretaría de Educación de Bogotá D.C., para otorgar el Título de BACHILLER ACADÉMICO; según Resolución N° 157 del 21 de Enero de 2002.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el título de BACHILLER ACADÉMICO; al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

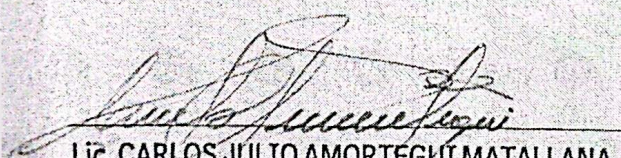
**Maryuri Paulina Garzón Gómez**

T.I. 880905-50750

Es fiel copia tomada del Acta Original General N° 05 del 2 de Diciembre de 2006, consta de 128 estudiantes; comienza con el nombre de ALARCÓN CRUZ CARLOS LEONARDO y termina con el nombre de VELÁSQUEZ CARDONA JHONATAN LEO. Firmada por Lic. CARLOS JULIO AMORTEGUI MATAALLANA (Rector) y MARCELA SÁENZ GARAY (Secretaria).

Dada en Bogotá D.C., a los dos (2) días del mes de Diciembre de 2006.

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.

  
Lic. CARLOS JULIO AMORTEGUI MATAALLANA

C.C. 19.189.131 de Bogotá.

Rector

  
MARCELA SÁENZ GARAY

C.C. 52.769.587 de Bogotá.

Secretaria

American Editorial Ltda Tel: 4 170531 Bta-Col.



## CERTIFICACION

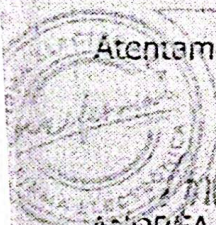
Que el señor(a) **MARYURY PAULINA GARZÓN GÓMEZ**, identificada con cédula de ciudadanía No. **1.033.700.779** de **Bogotá**, laboró para nosotros desde el 3 de enero de 2025 hasta el 15 de septiembre de 2025, desempeñándose en el cargo de Servicios Generales, mediante contrato a término fijo.

Durante el tiempo que prestó sus servicios, la señora Garzón Gómez se distinguió por ser una persona responsable, cumplidora de sus deberes y con una actitud comprometida hacia sus labores.

El contrato laboral finalizó por solicitud propia, debido a motivos personales.

Se expide la presente a solicitud de la interesada en la Ciudad de Bogotá el día 30 del mes de octubre de 2025.

Atentamente



*Andrea Marcela Velasquez Garcia*

ANDREA MARCELA VELASQUEZ GARCIA

ma: c0523b708c93882e9472682ed34b8b9d

CEL 3004848917





**FUNDACIÓN COLOMBIA ÚTIL**  
**Compromiso para el Desarrollo Social**  
NIT: 830.103.750-1  
[www.colombiautil.org](http://www.colombiautil.org)

## CERTIFICA

Que la señora **MARYURI PAULINA GARZÓN GÓMEZ** identificada con cédula de ciudadanía número 1.033.700.779 de Bogotá, prestó sus servicios en esta entidad con el cargo de **PERSONAL DE SERVICIOS DE ALIMENTOS**, en el Jardín Infantil Cofinanciado- Casita de Juan José de la Localidad de Ciudad Bolívar, durante el periodo del 25 de enero al 14 de septiembre del año en curso, bajo contrato por prestación de servicios.

Se expide la presente a solicitud de la interesada en Bogotá a los Trece (13) días del mes de septiembre del 2022.

En constancia firma:

**STEFANNIA NOVA GARZÓN**  
Representante Legal

---

**Fundación Colombia Útil - Compromiso para el Desarrollo Social**  
Calle 16J #97 - 27 - 2670291 - [fcolombiautil@ychoo.com](mailto:fcolombiautil@ychoo.com) - [www.colombiautil.org](http://www.colombiautil.org)



Bogotá, fecha

21 enero 2026

Señores

FUNDACIÓN COLOMBIA UTIL

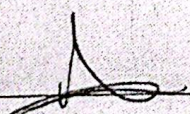
Bogotá

Yo, Maryury Garzon, identificada con número de cédula 1.033.700.779 de Bogotá, autorizo libre, expresa e inequívocamente y bajo la gravedad de juramento no me encuentro en ninguna inhabilidad conforme a lo señalado en la Ley 1918 del 12 de julio de 2018 y el Decreto 753 de 2019; y que AUTORIZO a la fundación Colombia útil a realizar la consulta de inhabilidades de delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años, si así lo considera pertinente.

La presente autorización se emite únicamente para la suscripción del presente contrato.

Atentamente,

Nombre: Maryury Garzon

Firma: 

Documentos de Identidad: 1.033.700.779



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:

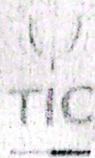
Que siendo las 17:26:22 horas del 16/01/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. 1033700779,  
Apellidos y Nombres: GARZON GOMEZ MARYURI PAULINA

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa fundación colombia uul, con NIT  
830103750-1 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 1053700779 **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 16/01/2026 05:32 PM



Código Verificación: UT6P53RDH9

Válida hasta: 16/04/2026

---

**Dirección de Gobierno Digital**

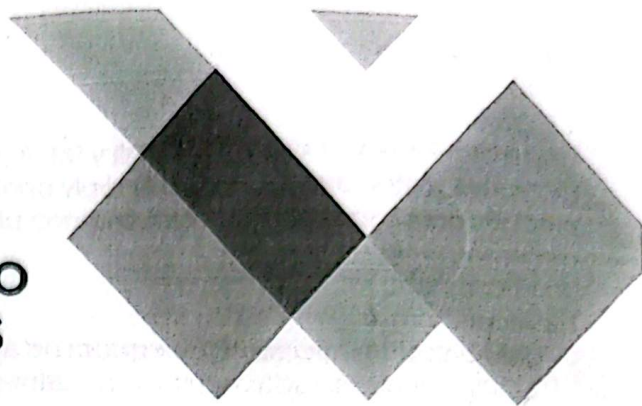
**MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS  
COMUNICACIONES - MINTIC**





**MABU**  
ASESORIAS

ASESORIAS EN MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS  
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO



# PLAN DE CAPACITACIÓN CONTINUO EN MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

Empresa:

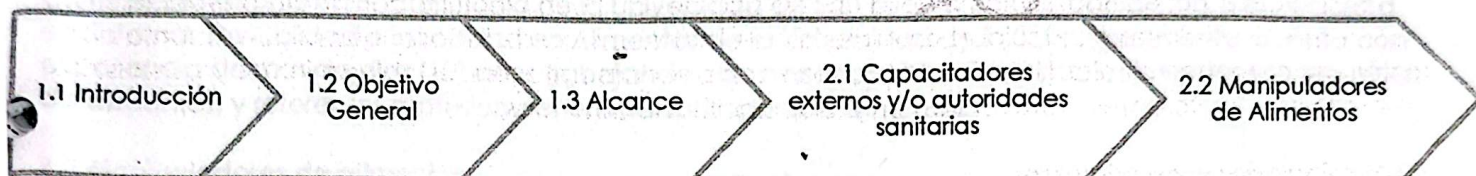
CONTENIDO: PORTADA



1. Consideraciones  
generales



2. Responsables



3. Metodología



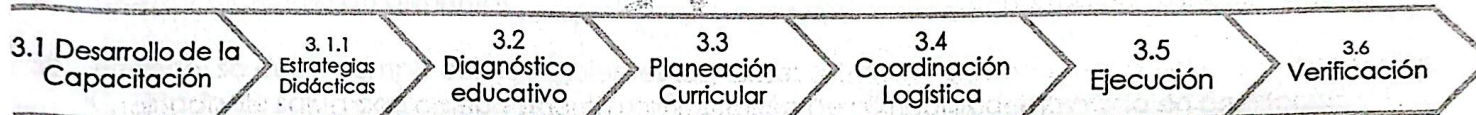
4. Documentos de  
Referencia



5. Formatos Utilizados



6. Anexos



## 1. CONSIDERACIONES GENERALES

### 1.1 Introducción

Se debe considerar que la manipulación de alimentos es un acto que realizamos a diario sin importar nuestro oficio, es decir, incluye a las personas naturales y/o jurídicas que ejercen actividades de fabricación, procesamiento, preparación, envase, almacenamiento, transporte, distribución y comercialización de alimentos y materias primas de alimentos, así como al consumidor final; por tanto, para evitar riesgos en salud pública a través de enfermedades transmitidas por alimentos<sup>1</sup>, sobre costos y pérdida de confiabilidad, este acto debe realizarse contemplando para Colombia a la Resolución 2674 de 2013 y otra legislación complementaria.

Conforme a ello, el presente plan de capacitación da cuenta de las diez (10) horas mínimas exigidas de formación en educación sanitaria, buenas prácticas de manufactura<sup>2</sup> y prácticas higiénicas en manipulación de alimentos del personal, así como, la metodología, cronograma, temas específicos a impartir y anexos.

adelante ETAs  
adelante BPM



ASESORIAS EN MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS  
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO



## 1.2 Objetivo General

Desarrollar los temas correspondientes a educación sanitaria, BPM<sup>3</sup> y prácticas higiénicas en manipulación de alimentos a partir de la legislación colombiana vigente, con el fin de adoptar las precauciones y medidas preventivas necesarias para evitar la contaminación o deterioro de los alimentos.

## 1.3 Alcance

Dirigido a cada participante de las capacitaciones continuas en manipulación de alimentos de MABU ASESORÍAS contempladas dentro legislación colombiana vigente.

## 2. RESPONSABLES

### 2.1 Capacitadores externos y/o autoridades sanitarias

Retomando la Resolución 2674 de 2013, Cap. III, Art.12, la capacitación podrá ser efectuada por personas naturales y/o jurídicas, internas o externas al establecimiento, que puedan demostrar su idoneidad técnica y científica y su formación y experiencia específica en las áreas de higiene de los alimentos, BPM y sistemas preventivos de aseguramiento de la inocuidad.

En el presente caso, MABU ASESORÍAS cuenta con la capacitadora principal, la Dra. Mary Bueno S<sup>4</sup>, quién es profesional en Bacteriología de la Universidad de San Buenaventura, candidata a especialista en Sistemas De Calidad e Inocuidad en Alimentos de la Universidad de la Salle, igualmente, cuenta con experiencia de más de diez (10) años trabajando con personas naturales, establecimientos y/o industrias de alimentos, y referentes profesionales en manipulación de alimentos.

### 2.2 Manipuladores de alimentos

Considerando el concepto de la Resolución 2674 de 2013, el Art. 1 y 2 de las Disposiciones generales y además el Cap. III, Art.11 y 12; es toda persona que interviene directamente, en forma permanente u ocasional, en actividades de fabricación, procesamiento, preparación, envase, almacenamiento, transporte y expendio de alimentos.

Sintetizando, se debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Estado de salud con aptitud para la manipulación de alimentos demostrada en certificación médica y pruebas de laboratorio clínico u otras que resulten necesarias
- La empresa y/o persona natural de donde se manipulan alimentos es responsable en tomar las medidas necesarias para evitar riesgos de salud pública
- Contar con formación en educación sanitaria, principios básicos de BPM y prácticas higiénicas en manipulación de alimentos
- Adoptar las prácticas higiénicas, medidas de protección y recomendaciones brindadas en las capacitaciones

Por tanto, MABU ASESORÍAS puede educar, formar y asesorar, pero no es responsable de las conductas inapropiadas y/o de los riesgos en salud pública a los cuales la empresa y/o manipuladores de alimentos conllevan.

## 3. METODOLOGÍA

Las capacitaciones se planean de acuerdo con la disponibilidad de tiempo que disponga la empresa y/o las personas manipuladoras de alimentos, a la par, teniendo en cuenta el mínimo de diez (10) horas anuales. A continuación, los módulos de aprendizaje:

✓ Legislación Colombiana ✓ Conceptos ✓ Contaminación ✓ Conservación de los alimentos  
✓ ETAs ✓ BPM ✓ Plan de Saneamiento Básico

<sup>3</sup> Buenas Prácticas de Manufactura

<sup>4</sup> Soportando la idoneidad de la capacitadora, puede solicitar en los anexos la Hoja de Vida de la profesional, aclarando que ha de ser usada considerando la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 sobre el tratamiento y protección de datos personales



[illegible]



### 3.1 Desarrollo de la capacitación

Las y los manipuladores de alimentos con previa cita avisan a MABU ASESORÍAS de la disponibilidad de tiempo para completarse el Anexo 1 (Cronograma completo de actividades en el Plan Continuo de Capacitación), donde puede visualizarse la participación por meses en las temáticas referidas en el ítem anterior "3. METODOLOGÍA".

Asimismo, con el objetivo de un aprendizaje significativo y que vaya acompañado de reflexiones críticas sobre los contenidos, se realizan actividades rompe hielo, así como solemos usar diferentes modelos de aprendizaje como lo es el Constructivo, Autorregulado, Interactivo y Tecnológico C.A.I.T, el andrológico y el por competencias, ya que, de manera práctica e interactiva, estos modelos permiten un aprendizaje con base en preguntas y situaciones de la vida cotidiana, del mismo modo, al final se aplica una evaluación por competencias porque se valoran los conocimientos de la capacitación.

#### 3.1.1 Estrategias didácticas

Cada modelo de aprendizaje es diferente, pero tiene algunas similitudes donde usamos los medios audiovisuales, los debates, trabajo grupal, la retroalimentación y por supuesto, las referencias bibliográficas que validan la información que ha sido compartida por los profesionales de MABU ASESORÍAS.

### 3.2 Diagnóstico educativo

Adicional al plan de capacitación continua, cada participante deberá determinar las necesidades de la capacitación específica a desarrollar de acuerdo con la actividad que realicen. Estas necesidades se pueden detectar a través de auditorías internas realizadas por profesionales de calidad en cada Establecimiento y/o industria de alimentos donde desempeñen sus labores.

### 3.3 Planeación curricular

Para este curso se estableció que el Plan de Capacitación Continua en Manipulación de Alimentos se repartirá así:

| Fecha       | Intensidad Horaria |
|-------------|--------------------|
| 28/01/2026  | 04 horas           |
| 11 /02/2026 | 03horas            |
| 07 /03/2026 | 03 horas           |

## 4. Coordinación Logística

### 1 Ejecución

Esta etapa incluye la puesta en marcha del cronograma de capacitación. Esta ejecución se registra en el formato anexo de asistencia a capacitación.

### 2 Verificación

Se lleva a cabo mediante la evaluación de la capacitación, que se registra en el formato constantemente modificado, y que permite medir la capacidad del instructor en la transmisión de conceptos, contenidos, metodología e impacto mediante una evaluación teórico-práctica para los asistentes, con el fin de verificar el nivel de entendimiento y retención de los conceptos impartidos.

## 5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Ley 9 de 1979 ✓ Resolución 2674 de 2013 ✓ Ley 1990 de 2019 ✓ Resolución 2184 de 2019 ✓ Decreto 2270 de 2012, deroga Dec. 1500 de 2007 ✓ Decreto 60 de 2012 ✓ Decreto 1575 de 2007 ✓ Norma ISO 22000 de 2005

## 6. FORMATOS UTILIZADOS

✓ Asistencia a capacitación ✓ Evaluación de conocimientos

## 7. ANEXOS

Cronograma completo de actividades en el Plan Continuo de Capacitación ✓ Certificado de asistencia al plan de capacitación ✓ Evaluación de conocimientos ✓ Hoja de vida capacitadora



124

**Anexo 2. CERTIFICADO DE ASISTENCIA A PLAN DE CAPACITACIÓN EN MANIPULACIÓN  
DE ALIMENTOS**

**A quien interese,**

Yo, MARY BUENO SIERRA con CC. 52.207.021, profesional en Bacteriología de la Universidad de San Buenaventura, mediante el presente documento hago constar que las siguientes personas asistieron a la capacitación presencial del plan continuo en manipulación de alimentos, la intensidad horaria se detalla en el previo cronograma para dar así cumplimiento a las diez (10) horas estipuladas en la Resolución 2674 de 2013, Resolución 2184/2019, Decreto 1990/2019.

**Anexo listas de asistencia:**

**Duración: 4 horas.**

| NOMBRES Y APELLIDOS  | CEDULA        | FIRMA                                                                              |
|----------------------|---------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| MARYURY GARZON GOMEZ | 1.033.700.779 |  |

La presente se firma a los 28 días del mes de enero de 2026. (Válido por un año).

**Duración: 3 horas.**

| NOMBRES Y APELLIDOS  | CEDULA        | FIRMA                                                                                 |
|----------------------|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| MARYURY GARZON GOMEZ | 1.033.700.779 |  |

La presente se firma a los 11 días del mes de febrero de 2026. (Válido por un año).

**Duración: 3 horas.**

| NOMBRES Y APELLIDOS  | CEDULA        | FIRMA                                                                                 |
|----------------------|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| MARYURY GARZON GOMEZ | 1.033.700.779 |  |

La presente se firma a los 07 días del mes de marzo de 2026. (Válido por un año).

**SERVICIO A DOMICILIO CEL: 3138833680**  
**Transversal 10 Bis N° 71 a - 26 sur**  
Maryb.bacteriologa@gmail.com





**LABORATORIO  
CLÍNICO ESPECIALIZADO**

DRA. ESPERANZA SALAMANCA  
"UNIVERSIDAD "COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA"

PACIENTE: MARYURY PAULINA GARZÓN GÓMEZ

Enero/28/2026

NUMERO DE DOCUMENTO: 1.033.700.779

EXAMEN: RESULTADOS

1 KOH UÑAS: NEGATIVO PARA HONGOS Y LEVADURAS

2 FROTIS DE GARGANTA: Cocos Gram Negativos ++  
Cocobacilos Gram Negativos +  
Reacción Leucocitaria Negativa  
Pseudomicelios Negativos  
Asociación fuso espirilar de Vincet Negativos  
FROTIS DE GARGANTA NORMAL

  
Bacteriologa  
U. San Buenaventura  
C.C 52.207.021 Bta

SERVICIO A DOMICILIO CEL.313 8833680  
Calle 75 Sur N° 10 -66

Exija sello seco de seguridad en este resultado de laboratorio



16

# MÓNICA CECILIA ARTETA MOLINA, MD

monica.arteta@gmail.com

Cel. 3102537649

## CONCEPTO MÉDICO

**NOMBRE:** MARYURY GARZON GOMEZ

**NUMERO DE DOCUMENTO:** 1033700779

**FECHA:** ENERO 28 2026

*Se expide certificado médico de paciente en mención, quien no padece enfermedades infectocontagiosas de piel ni garganta, con exámenes paraclínicos normales, por tal razón se considera **sin restricción para manipular alimentos**.*

*Monica Cecilia Arteta Molina*  
Mónica Cecilia Arteta Molina  
Médico Especialista y  
MONICA CECILIA ARTETA MOLINA  
RM 32703704 RM. 10498  
LSO 10498

**MÉDICO SALUD OCUPACIONAL**

CLL 125 N.º 20-70, Consultorio 201  
Bogotá D.C



| Fecha de Radicación (Día - Mes - Año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  | 28 ENE 2026 |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|
| TÍTULO DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |
| A. AFILIACIÓN / II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |
| I. Datos del Cotizante                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |
| 1. Tipo de Afiliación: A. Individual: [ ] B. Colectiva: [ ] C. Régimen: A. Contributivo: [X] B. Subsidiado: [ ] C. Tipo de afiliado: A. Cotizante: [X] B. Cabeza de familia: [ ] C. Beneficiario: [ ] D. Afiliado adicional: [ ] 2. Tipo de cotización: A. Dependiente: [ ] B. Independiente: [X] C. Pensionado: [ ] 3. Código la registrar por la EPS: 59                                                                                                                  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |
| II. Datos Básicos de Identificación                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |
| Primer Apellido: Segundo Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |
| 10. Número de documento de identidad: 11. Sexo biológico: Femenino [X] Masculino [ ] 12. Sexo identificación: F [ ] M [X] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual? [ ] 14. Lugar de nacimiento: 15. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año):                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |
| III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |
| 17. Comunidad: 18. Discapacidad: Si [ ] No [X] Categoría de discapacidad: 20. Clasificación SISBEN: Nivel [ ] Grupo [ ] 21. Grupo de población especial: 22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: 24. Ingreso base de cotización - IBC: 25. Tarifa Contribución Solidaria: 26. Residencia: Dirección: Teléfono fijo: Teléfono celular: Correo electrónico: Municipio/Departamento: Zona: Cabecera Municipal [ ] Centro Poblado [ ] Rural Disperso [ ] Resto Rural [ ] |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |
| IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |
| I. Datos del Cónyuge/Compañero                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |
| Primer Apellido: Segundo Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |
| 29. Número de documento de identidad: 30. Sexo biológico: Femenino [ ] Masculino [ ] 31. Sexo identificación: F [ ] M [X] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual? [ ] 33. Lugar de nacimiento: 34. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año):                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |
| Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |
| Beneficiario/Afiliado Adicional                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |
| Primer Apellido: Segundo Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |
| Primer Apellido: Segundo Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |
| Primer Apellido: Segundo Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |
| Primer Apellido: Segundo Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |
| Primer Apellido: Segundo Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |
| 37. No del documento de identidad: 38. Nacionalidad: 39. Sexo biológico: Femenino [ ] Masculino [ ] 40. Sexo identificación: F [ ] M [X] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual? [ ] 41. Lugar de nacimiento: País: Departamento: Municipio: 42. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año):                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |
| Datos complementarios del Beneficiario                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |
| 43. Parentesco: 44. Etnia: 45. Comunidad: 46. Grupo de población especial: 47. Tiene encuesta SISBEN: SI [ ] NO [X] 48. Clasificación SISBEN: Nivel [ ] Grupo [ ] 49. Discapacidad: SI [ ] NO [X] Categoría de discapacidad: 50. Incapacidad permanente: SI [ ] NO [X]                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |
| Residencia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |
| Departamento: Municipio/Distrito: Cabecera Municipal [ ] Centro Poblado [ ] Rural disperso [ ] Resto Rural [ ] Teléfono fijo y/o celular: 52. Valor de la UPE del afiliado adicional (a registrar por la EPS):                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |
| Dirección: Localidad/Comuna: Correo Electrónico:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |



[illegible]

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

☐ 68. Destinaciones de dependencia económica de los beneficiarios y aliados adicionales.

☐ 69. Destinación de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo. Expedido de Oportunidad.

☐ 71. Destinación de existencia de recursos de fuerza mayor o caso similar que impliquen la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios.

☐ 72. Destinación de no afirmación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o aliados adicionales en una institución Prestadora de Servicios de Salud.

☐ 73. Autorización para que la ETS solicite y entregue datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o aliados adicionales.

☒ 74. Autorización para que la ETS reporte la información que se genere de la afiliación del reportante o miembros a la base de datos de afiliados Vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.

☐ 75. Autorización para que la ETS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o aliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1317 de 2010.

☐ 76. Autorización para que la ETS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

☐ 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.

☒ 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisben vigente.

| IX. FIRMAS                                                                             |                                                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| 80. El candidato, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique, a afiliado nacional |  |
| 81. Agente o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio |                                                                                   |

| XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL |                      |                         |                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------------|------------------------------|
| 32. Identificación de la entidad territorial                                              | Código del municipio | Código del departamento | 33. Nombre de la institución |
|                                                                                           |                      |                         |                              |

| XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL |                  |               |                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------|----------------|
| Medios y nombres                                                                                           |                  |               |                |
| Primer Apellido                                                                                            | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|                                                                                                            |                  |               |                |

| 35. Firma del funcionario                               |                                                       |
|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| Tipo de documento de identidad <input type="checkbox"/> | Número de documento de identidad <input type="text"/> |

96. Fecha de expedición (Día - Mes - Año) 08/01/2026
 97. Fecha de validez (Día - Mes - Año)

98. Descripción de la actividad aporte en el se paga en febrero

99. Descripción de la actividad clase de operada de pago

100. Descripción de la actividad en sustitución 1033700779



**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS  
PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del  
**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

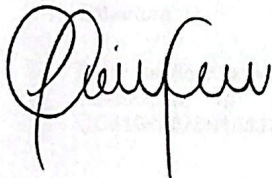
NIT 800.224.808-8

**CERTIFICA QUE:**

**MARYURI PAULINA GARZON GOMEZ**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.033.700.779**, se encuentra afiliado(a) al Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.

La presente certificación se expide el 28 de Enero del 2026.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



**Tenga en cuenta:**

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.



## LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

### CERTIFICA QUE:

MARYURY PAULINA GARZON GOMEZ identificado con CC: 1031730779 registra la siguiente información en el  
sistema de Riesgos Laborales:

#### INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

|                            |                         |
|----------------------------|-------------------------|
| Nombre y/o Razón           | FUNDACION COLOMBIA UTIL |
| Tipo y Número de Documento | Nº - 830103750          |

#### INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL

|                              |                            |                            |                                                                                                                      |
|------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fecha de inicio de cobertura | 2026/01/28                 | Fecha inicio contrato      | 2026/01/28                                                                                                           |
| Tipo de vinculación          | Independiente con Contrato | Fecha de fin contrato      | 2026/12/04                                                                                                           |
| Riesgo                       | 1                          | Código actividad económica | 1841205 - Actividades ejecutivas de la administración pública, incluye los servicios de personal y otras actividades |
| Estado afiliación            | Activa                     |                            |                                                                                                                      |
| Fecha retiro                 | -                          | Estado del contrato        | Activa                                                                                                               |

Esta certificación se expide a los 1 días del mes de abril del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en [www.positivaenlinea.gov.co](http://www.positivaenlinea.gov.co) para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC01042026N1033700779A15470922**. Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL  
**POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.**

**Positiva Compañía de Seguros S.A.:**  
Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

**Defensor del Consumidor Financiero:** Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) | [defensorcliente@positiva.gov.co](mailto:defensorcliente@positiva.gov.co) | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. - 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.

Más información: <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>  
Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de

LA ASEGURADORA  
DE TODOS LOS  
COLOMBIANOS

Positiva Compañía de Seguros @PositivaCol PositivaCol PositivaSeguros

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

responsable económica o materialmente por los mismos. g). Proveer, en forma inmediata, a la terminación del contrato de Prestación de Servicios todos los elementos, materiales utilizados para el desarrollo de sus labores tales como equipo y elementos de oficina, papelería, sellos, dineros, claves de computador y cualquier tipo de elementos de propiedad de la Fundación, que se encuentren en su poder o bajo su responsabilidad. h). Dar cumplimiento a los requerimientos solicitudes que para el desarrollo de las actividades de la organización realice algún superior i). Realizar actividades virtuales con las niñas y niños beneficiarios del servicio, de acuerdo con las indicaciones impartidas por la responsable del Servicio quien es la persona encargada de la Unidad Operativa. Para ello es necesario que la Contratista cuente con Celular, internet y computador, para poder realizar su labor de forma adecuada. j) El CONTRATISTA cumplirá con l

**FUNDACIÓN COLOMBIA ÚTIL: Compromiso para el Desarrollo Social**

Calle 16 J N.97-27 [colombiautil@yahoo.com](mailto:colombiautil@yahoo.com) PBX: 2670291 Bogotá





**CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                         |                                                                                                             |                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| FECHA Y LUGAR DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN<br>BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                         | TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL<br><b>EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR</b> |                                        |
| DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORAÓ O LABORA EL TRABAJADOR O ASPIRANTE<br>Nombre de la empresa<br><b>PARTICULARES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                         | Empresa en estudio<br><b>PARTICULARES</b>                                                                   |                                        |
| CIIU (Actividad Económica) del empleador<br><b>SIN REGISTRAR</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                         |                                                                                                             |                                        |
| DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación: CC, Cédula de Ciudadanía, CE, Cédula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                         |                                                                                                             |                                        |
| Apellidos y Nombres<br><b>GARZON GOMEZ MARYURI PAULINA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                         | Gendero<br><b>FEMENINO</b>                                                                                  | Edad<br><b>37 AÑOS 4 MESES 23 DÍAS</b> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                         | Documento de Identificación<br>CC<br><b>1033700779</b>                                                      | Tipo<br>Número                         |
| <b>SERVICIOS GENERALES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                         |                                                                                                             |                                        |
| EPS<br><b>COMPENSARA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | AFP<br><b>PORVERNIR</b> | ARL<br><b>POSITIVA</b>                                                                                      |                                        |
| <b>CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                         |                                                                                                             |                                        |
| <b>APTO SIN RESTRICCIONES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                         |                                                                                                             |                                        |
| Observaciones: <b>NO APLICA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                         |                                                                                                             |                                        |
| <b>NO SE EVALUARÁN REQUISITOS DE SALUD</b> (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                         |                                                                                                             |                                        |
| <b>RESTRICCIONES LABORALES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                         | <b>RECOMENDACIONES</b>                                                                                      |                                        |
| TIPO<br><b>NO APLICA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                         | <b>NO APLICA</b>                                                                                            |                                        |
| <b>Concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                         |                                                                                                             |                                        |
| <b>RESULTA LABORAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                         |                                                                                                             |                                        |
| <b>RECOMENDACIONES MÉDICAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                         | <b>RECOMENDACIONES OCUPACIONALES</b>                                                                        |                                        |
| MEDIDAS ANTIVÁRICES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                         | USO DE EPP                                                                                                  |                                        |
| VISIÓN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                         | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL                                                                           |                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                         | SVE OSTEOMUSCULAR                                                                                           |                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                         | <b>HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES</b>                                                                  |                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                         | HÁBITOS SALUDABLES                                                                                          |                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                         | FORTALECIMIENTO MUSCULAR                                                                                    |                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                         | DIETA BALANCEADA                                                                                            |                                        |
| <p>Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este momento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el examen, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la privacidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las autoridades o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de salud y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la que me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.</p> |                         |                                                                                                             |                                        |
| Firma: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                         |                                                                                                             |                                        |
| Nombre: <b>GARZON GOMEZ MARYURI PAULINA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                         |                                                                                                             |                                        |
| CC: <b>1033700779</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                         |                                                                                                             |                                        |

Dr. Oscar Jair Ospina

Dr. Oscar Jair Ospina  
C.C. 11306568 - JAIR OSPINA  
17223 L.S.O.: 11200



Código de Seguridad  
**D1255J1P20865**

Aspirante o Trabajador

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: **GARZON GOMEZ MARYURI PAULINA**

CC: **1033700779**

responsable económica o materialmente por los mismos. g). Devolver en forma inmediata, a la terminación del contrato de Prestación de Servicios todos los elementos, materiales utilizados para el desarrollo de sus labores tales como equipos y elementos de oficina, papelería, sellos, dineros, claves de computador y cualquier tipo de elementos de propiedad de la Fundación, que se encuentren en su poder o bajo su responsabilidad. h). Dar cumplimiento a los requerimientos y solicitudes que para el desarrollo de las actividades de la organización realice algún superior i). Realizar actividades virtuales con las niñas y niños beneficiarios del servicio, de acuerdo con las indicaciones impartidas por la responsable del Servicio quien es la persona encargada de la Unidad Operativa. Para ello es necesario que la Contratista cuente con Celular, internet y computador, para poder realizar su labor de forma adecuada. j) El CONTRATISTA cumplirá con las

**FUNDACIÓN COLOMBIA ÚTIL: Compromiso para el Desarrollo Social**

Calle 16 J N.97-27 [colombiautil@yahoo.com](mailto:colombiautil@yahoo.com) PBX: 2670291 Bogotá





Código de Seguridad

S1255Y57E20865



Nº 20865

## RECOMENDACIONES Y REMISIONES MÉDICAS LABORALES

|                                                                                                                                                                      |  |                                                                 |                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN                                                                                                                             |  | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL                               |                             |
| BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)                                                                                                                                       |  | EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR |                             |
| DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE                                                                                        |  |                                                                 |                             |
| PARTICULARES                                                                                                                                                         |  | PARTICULARES                                                    |                             |
| Nombre de la empresa                                                                                                                                                 |  | Empresa en misión                                               |                             |
| NOMBRE DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TL, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte) |  |                                                                 |                             |
| GARZON GOMEZ MARYURI PAULINA                                                                                                                                         |  |                                                                 |                             |
| Apellidos y Nombres                                                                                                                                                  |  | Genero                                                          | Edad                        |
|                                                                                                                                                                      |  | FEMENINO                                                        | 37 AÑOS 4 MESES 23 DÍAS     |
|                                                                                                                                                                      |  |                                                                 | Documento de Identificación |
|                                                                                                                                                                      |  |                                                                 | CC 1033700779               |
|                                                                                                                                                                      |  |                                                                 | Tipo Número                 |
| SERVICIOS GENERALES                                                                                                                                                  |  |                                                                 |                             |
| REVISIONES A SERVICIOS DE SALUD: NO                                                                                                                                  |  |                                                                 |                             |
| RECOMENDACIONES Hábitos y Estilos de Vida Saludables                                                                                                                 |  |                                                                 |                             |
| Alimentación balanceada, fortalecimiento muscular, hábitos saludables                                                                                                |  |                                                                 |                             |
| RECOMENDACIONES MÉDICAS                                                                                                                                              |  |                                                                 |                             |
| Examen visual de control en un año, usar medias antivárices                                                                                                          |  |                                                                 |                             |
| RECOMENDACIONES OCUPACIONALES                                                                                                                                        |  |                                                                 |                             |
| Tareas activas e higiene postural, SVE OSTEOMUSCULAR, USO DE EPP                                                                                                     |  |                                                                 |                             |

Firma del Médico:

Responsable del SG-SST:

Recibido por el trabajador o aspirante

*Oscar Jair Ospina*  
C.C. 11306568 - JAIR OSPINA  
L.S.O.: 11200  
Especialidad: MEDICO OCUPACIONAL

Documento: CC: 11306568 - JAIR OSPINA

Nombre: L.S.O.: 11200

Fecha: MEDICO OCUPACIONAL

Documento:

Nombre:

Fecha:

Documento:

Nombre:

Fecha:





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

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 05:17:25 PM horas del 16/01/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 1033700779

Apellidos y Nombres: **GARZON GOMEZ MARYURI PAULINA**

### 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 Modéla,  
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: [dijn.araic-  
atc@policia.gov.co](mailto:dijn.araic-atc@policia.gov.co)



Presidencia de  
la República



Ministerio de  
Defensa Nacional



Portal Único de  
Contratación



GOV.CO

Todos los derechos reservados.





## sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

### La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 16/01/2026 05:21:22 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1033700779** y Nombre: **MARYURI PAULINA GARZON GOMEZ.**

### 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. **132767781**. 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



**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



LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL  
INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

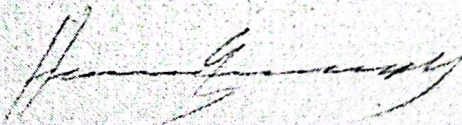
CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales "SIBOR", hoy viernes 16 de mayo de 2024, a las 17:19:13, el número de identificación, relacionado a continuación, **NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL**.

|                        |                        |
|------------------------|------------------------|
| Tipo Documento         | Cédula de Ciudadanía   |
| No. Identificación     | 1033700779             |
| Código de Verificación | 1033700779260116171913 |

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.





PROCURADURIA  
GENERAL DE LA NACION

## CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO  
No. 288942903



P113

17 de 28

Página 1 de 11

Bogotá D.C., 16 de enero del 2026

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) **MARYURI PAULINA GARZON GOMEZ** identificado(a) con Cédula de ciudadanía número **1033700779**

**NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES**

**ADVERTENCIA:** La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilitaciones 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 236 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 Relacionamiento 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 Relacionamiento 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)





**CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS**  
**LA PERSONERÍA DE BOGOTÁ, D.C.**

**CERTIFICA**

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **MARYURI PAULINA GARZON GOMEZ**, quien se identifica con

**CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 1033700779 de BOGOTÁ D.C.**

**(MIL TREINTA Y TRES MILLONES SETECIENTOS MIL SETECIENTOS SETENTA Y NUEVE)**

**NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES**

Esta Certificación es válida, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado. El certificado de Antecedentes Disciplinarios expedido por la Personería de Bogotá D.C., contiene las anotaciones de sanciones e inhabilidades disciplinarias que reporten las Entidades Distritales y las dependencias de la Personería de Bogotá D.C., con atribuciones Disciplinarias.

**ADVERTENCIAS:**

- \* El certificado de antecedentes disciplinarios ordinario deberá contener las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes (Inciso 3°, artículo 238 - Ley 1952 de 2019).
- \* 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, en el certificado de antecedentes disciplinarios especial (Inciso 4°, artículo 238 - Ley 1952 de 2019).
- \* Tres o más sanciones disciplinarias en los últimos cinco (5) años por faltas graves o leves dolosas o por ambas, constituye inhabilidad para desempeñar cargos públicos. Esta inhabilidad tendrá una duración de tres (3) años contados a partir de la ejecutoria de la última sanción. (numeral 2°, artículo 42 - Ley 1952 de 2019).
- \* Certificado expedido de conformidad con el numeral 5, artículo 102 del Decreto Ley 1421 de 1993, artículo 238 de la Ley 1952 de 2019, numeral 4.5, artículo 16 y numeral 6, artículo 21 del Acuerdo Distrital 755 de 2019.
- \* Para todos los efectos esta certificación debe ser complementada con la expedida por la Procuraduría General de la Nación.
- \* Certificado expedido sin costo alguno.

**VÍCTOR JULIO URIBE GÓMEZ**  
Jefe Oficina Asesora Jurídica



## **CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS INDEPENDIENTES PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA LA CASITA DE SAN FRANCISCO**

Entre los suscritos, a saber, de una parte, Fundación Colombia Útil, entidad privada sin ánimo de lucro, identificada con NIT 830.103.750-1, con domicilio en Bogotá D.C., representada legalmente por Myriam Ibarra Castillo, mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía No. 52.038.050 de Bogotá, quien para efectos del presente contrato se denominará LA FUNDACIÓN, y de la otra MARYURI PAULINA GARZON GOMEZ, mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.033.700.779 de Bogotá D.C, con domicilio en Bogotá D.C., quien para efectos del presente contrato se denominará LA CONTRATISTA, se celebra el presente Contrato de Prestación de Servicios Independientes, de naturaleza civil, regido por las normas del derecho privado y por las cláusulas que se estipulan a continuación.

LA CONTRATISTA se obliga para con LA FUNDACIÓN a prestar, de manera autónoma, independiente, temporal y sin subordinación laboral, sus servicios en el componente de AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES, orientados a garantizar las condiciones adecuadas de orden, aseo, limpieza, desinfección y mantenimiento básico de los espacios físicos del Jardín Infantil, contribuyendo al bienestar, cuidado, salud y seguridad de los niños y niñas vinculados al servicio. Así mismo, desarrollará actividades de apoyo logístico y operativo requeridas para el adecuado funcionamiento del servicio, en el marco de los lineamientos técnicos, operativos, de calidad, cuidado y atención definidos para la prestación de servicios de atención integral a la primera infancia en el Jardín Infantil Cofinanciado La Casita de San Francisco. Las actividades contratadas se desarrollarán con base en la experiencia, conocimientos, habilidades y criterios propios de LA CONTRATISTA, quien conservará plena autonomía en la organización y ejecución del servicio contratado, dentro de los parámetros generales del objeto, las metas del programa y las condiciones de calidad, seguridad y protección aplicables a la atención de la primera infancia.

Segunda. Naturaleza del vínculo. Las partes declaran expresamente que el presente negocio jurídico corresponde a un contrato de prestación de servicios independientes y que, en consecuencia, no genera relación laboral, vínculo legal y reglamentario, ni derecho a prestaciones sociales, vacaciones, indemnizaciones laborales, auxilios propios del contrato de trabajo, afiliación patronal ni pago de acreencias laborales de ningún orden. Las partes reconocen que el elemento esencial del presente contrato es la autonomía técnica y operativa de LA CONTRATISTA, la inexistencia de subordinación o dependencia continuada, la ausencia de potestad disciplinaria laboral por parte de LA FUNDACIÓN y la ejecución del objeto por resultados, actividades convenidas y compromisos de calidad. En consecuencia, la coordinación institucional, la necesidad de articulación con el servicio, el cumplimiento de protocolos de limpieza, desinfección, bioseguridad y mantenimiento, así como la coincidencia de la prestación con los horarios de funcionamiento del Jardín Infantil, no podrán interpretarse como configuración de jornada laboral ni relación de trabajo dependiente.



Tercera. LA CONTRATISTA ejecutará el objeto contratado con plena autonomía operativa y metodológica, organizando de manera independiente las actividades relacionadas con el aseo, limpieza, desinfección, orden y mantenimiento básico de las áreas físicas del Jardín Infantil, así como el apoyo logístico requerido para el adecuado funcionamiento del servicio. En desarrollo de lo anterior, LA CONTRATISTA será responsable de la adecuada planeación operativa de las actividades a su cargo, el uso de sus conocimientos, experiencia y criterios técnicos en servicios generales, y la forma en que ejecuta las acciones necesarias para el cumplimiento del objeto contractual, siempre dentro de los lineamientos de calidad, bioseguridad e higiene y seguridad aplicables a la atención integral a la primera infancia. LA FUNDACIÓN impartirá órdenes de carácter laboral sobre la forma interna de ejecución del servicio, ni ejercerá potestad disciplinaria, limitándose a la verificación del cumplimiento de los resultados y condiciones de limpieza, desinfección y calidad del entorno, así como a la articulación operativa necesaria para la prestación del servicio.

Cuarta. Coordinación operativa y franjas de prestación. Dada la naturaleza del servicio en el Jardín Infantil, las actividades de aseo, limpieza, desinfección, organización de espacios y apoyo logístico deberán ejecutarse en los momentos que correspondan a la operación del servicio, garantizando condiciones adecuadas de higiene, seguridad, bienestar y continuidad en la atención de los niños y niñas. En consecuencia, LA CONTRATISTA desarrollará las actividades requeridas incluyendo limpieza, desinfección, recolección de residuos, organización de espacios y apoyo operativo en concordancia con la programación operativa previamente informada por LA FUNDACIÓN. Las partes dejan constancia de que esta coincidencia con los tiempos de funcionamiento del servicio corresponde a una condición propia del objeto contractual y no constituye en ningún caso la imposición de jornada laboral, horario de trabajo ni relación de subordinación. La coordinación de actividades, uso de espacios, cumplimiento de protocolos de bioseguridad y participación en actividades operativas se entenderá exclusivamente como un mecanismo de organización del servicio y garantía de calidad, mas no como ejercicio de subordinación laboral.

Quinta. Productos y resultados esperados. Sin perjuicio de la autonomía de LA CONTRATISTA, el cumplimiento del contrato se acreditará mediante la ejecución y entrega de productos y resultados verificables asociados al servicio de servicios generales, entre ellos: mantenimiento de condiciones óptimas de aseo, limpieza, desinfección y organización de las áreas físicas del Jardín Infantil; adecuado manejo y disposición de residuos; cumplimiento de protocolos de bioseguridad e higiene; y apoyo logístico para el adecuado funcionamiento del servicio. Así mismo, harán parte de los resultados esperados la ejecución de rutinas de limpieza y desinfección en los espacios asignados, el uso adecuado de insumos y elementos de aseo, la conservación de condiciones higiénicas en baños, salones, zonas comunes y demás áreas, así como el reporte oportuno de novedades relacionadas con infraestructura, condiciones sanitarias o riesgos que puedan afectar la seguridad y bienestar de los niños y niñas. Igualmente, LA CONTRATISTA deberá diligenciar los registros básicos que le sean requeridos para la trazabilidad del servicio (formatos de limpieza, desinfección, control de actividades, entre otros), participar en espacios de articulación o capacitación cuando sea necesario y presentar informes periódicos de las actividades ejecutadas, avances y cumplimiento de los procesos a su cargo.



La descripción concreta de los productos, metas, entregables, periodicidad y criterios de aceptación podrá desarrollarse en un Anexo Técnico de Actividades y Productos, el cual hará parte integral del presente contrato y deberá formularse siempre en términos de resultados, no de funciones subordinadas.

Sexta. Ausencia de exclusividad. A CONTRATISTA conserva plena libertad para prestar servicios a otras personas naturales o jurídicas, públicas o privadas, siempre que ello no genere conflicto de intereses, incumplimiento del objeto contractual ni afectación a la calidad, oportunidad y condiciones de limpieza, desinfección y organización del servicio prestado en el Jardín Infantil. En consecuencia, el presente contrato no implica exclusividad, dedicación exclusiva ni disponibilidad personal absoluta a favor de LA FUNDACIÓN.

Séptima. Medios y herramientas. LA CONTRATISTA ejecutará el objeto contractual con sus propios conocimientos, capacidades, experiencia y criterios técnicos en servicios generales, así como con los elementos personales necesarios para el adecuado desarrollo de sus actividades. LA FUNDACIÓN podrá facilitar el uso de instalaciones, áreas físicas, equipos, herramientas de aseo, insumos de limpieza, elementos de protección personal y demás recursos necesarios para la ejecución de actividades de limpieza, desinfección, organización y mantenimiento básico, sin que ello implique subordinación laboral ni suministro de herramientas en los términos de un contrato de trabajo. Todos los bienes, equipos e insumos entregados por LA FUNDACIÓN serán de su propiedad y deberán ser utilizados exclusivamente para el cumplimiento del objeto contractual, garantizando su adecuado uso, conservación y correcta aplicación conforme a los protocolos de limpieza y bioseguridad establecidos.

Octava. Protección de niños, niñas y lineamientos del servicio. LA CONTRATISTA se compromete a ejecutar el objeto contractual con estricta observancia de los lineamientos técnicos, operativos, de bioseguridad, higiene, limpieza, desinfección y seguridad aplicables a la atención integral a la primera infancia. En desarrollo de lo anterior, deberá garantizar condiciones adecuadas de aseo, orden y salubridad en los espacios del Jardín Infantil, contribuyendo a la prevención de riesgos y al bienestar de los niños y niñas. Así mismo, deberá actuar con responsabilidad, respeto y cuidado frente a los niños, niñas, familias y equipo de trabajo, y reportar de manera inmediata cualquier situación que represente riesgo para la seguridad, salud o integridad de los beneficiarios. La observancia de estos lineamientos constituye una condición esencial de calidad en la prestación del servicio y no implica subordinación laboral.

Novena. Valor y forma de pago. Como contraprestación por la ejecución del objeto contratado, LA FUNDACIÓN pagará a LA CONTRATISTA la suma de DOS MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA Y DOS MIL QUINIENTOS UN PESO MONEDA CORRIENTE (\$2.472.501) mensuales, o la suma proporcional que corresponda según el período efectivamente ejecutado, previo cumplimiento de los entregables pactados y aceptación de los productos o actividades ejecutadas.

El pago se realizará dentro de los diez (10) primeros días hábiles del mes siguiente al período ejecutado, contra presentación de cuenta de cobro, RUT actualizado, informe de actividades o entregables, certificación o constancia de cumplimiento expedida por la persona designada para verificar el contrato y soporte de pago de aportes al Sistema de Seguridad Soci al Integral conforme a la ley.



Del valor a pagar se efectuarán las retenciones tributarias, descuentos legalmente procedentes y demás cargas fiscales aplicables. Las partes dejan constancia de que la contraprestación económica aquí pactada corresponde a honorarios y no a salario.

Décima. Seguridad social y cargas tributarias. LA CONTRATISTA actuará por su cuenta y riesgo y será la única responsable de su afiliación, permanencia, cotización y pago oportuno al Sistema de Seguridad Social Integral, incluidos salud, pensión y riesgos laborales cuando correspondan, así como del cumplimiento de sus obligaciones tributarias, contables, fiscales y parafiscales derivadas de su actividad independiente. LA FUNDACIÓN no asumirá obligación distinta de las retenciones o verificaciones exigidas por la ley para este tipo de contratación. La omisión de la acreditación de aportes dará lugar a la suspensión del pago hasta tanto se alleguen los sopores legales correspondientes, sin que ello implique mora imputable a LA FUNDACIÓN.

Décima Primera. Verificación del cumplimiento contractual. Para efectos de control contractual, trazabilidad y aseguramiento de la calidad del servicio, LA FUNDACIÓN podrá designar a una persona encargada de verificar el cumplimiento del objeto contractual, revisar los registros, constatar las actividades de aseo, limpieza, desinfección, organización de espacios y manejo de residuos, así como solicitar aclaraciones o ajustes razonables sobre los entregables y condiciones observadas. Dicha verificación tendrá carácter estrictamente contractual y técnico y estará orientada a garantizar el cumplimiento de los estándares de limpieza, higiene, bioseguridad y condiciones adecuadas del entorno para la atención integral a la primera infancia. En ningún caso podrá entenderse como ejercicio de subordinación laboral, facultad disciplinaria o control jerárquico propio de un contrato de trabajo ni imposición de funciones ajenas al objeto convenido.

Décima Segunda. Prohibiciones contractuales. Sin perjuicio de las prohibiciones legales aplicables, LA CONTRATISTA no podrá: alterar, falsificar u ocultar información relacionada con la ejecución del contrato; reportar como realizadas actividades no ejecutadas; utilizar de manera indebida información, documentos o registros del servicio; retirar, copiar o divulgar sin autorización información de carácter reservado; ni usar los espacios, equipos, herramientas o insumos de aseo con fines ajenos al objeto contractual. Igualmente, le está prohibido incumplir los protocolos de limpieza, desinfección y bioseguridad establecidos; omitir prácticas de higiene; realizar un uso inadecuado de los insumos de aseo; o ejecutar acciones u omisiones que puedan generar riesgos para la salud, seguridad o bienestar de los niños y niñas. Así mismo, no podrá realizar actos que comprometan la integridad, dignidad, seguridad o derechos de los beneficiarios, ni presentarse en condiciones que afecten la adecuada prestación del servicio. Tampoco podrá ceder el contrato, subcontratar el objeto ni delegar sus responsabilidades en terceros sin autorización previa y escrita de LA FUNDACIÓN.

Décima Tercera. Confidencialidad, habeas data y reserva. Toda información conocida por LA CONTRATISTA con ocasión de la ejecución del contrato tendrá carácter reservado cuando así lo exija su naturaleza, en especial aquella relacionada con los niños, niñas, familias, información institucional, registros internos, datos personales, bases de datos, informes y demás documentación propia del servicio.



LA CONTRATISTA se obliga a no divulgar, copiar, reproducir, transferir ni utilizar dicha información para fines distintos de la ejecución del contrato, salvo autorización expresa y escrita de LA FUNDACIÓN o requerimiento legal. Esta obligación de confidencialidad se mantendrá vigente durante la ejecución del contrato y con posterioridad a su terminación, por el tiempo que establezca la ley o mientras la información conserve su carácter reservado.

Décima Cuarta. Propiedad intelectual y materiales producidos. Los formatos, registros, reportes, controles de limpieza y desinfección, listados de verificación, informes y demás documentos que sean elaborados por LA CONTRATISTA en desarrollo del objeto contractual quedarán a disposición de LA FUNDACIÓN para los fines institucionales del servicio. Lo anterior no implica transferencia de derechos sobre conocimientos previos de LA CONTRATISTA, pero sí la autorización para el uso institucional de los documentos generados durante la ejecución del contrato. LA CONTRATISTA garantiza que la información y materiales que utilice o genere no infringen derechos de terceros y mantendrá indemne a LA FUNDACIÓN frente a cualquier reclamación derivada del uso indebido de información o vulneración de derechos de autor o de datos personales.

Décima Quinta. Duración. El presente contrato tendrá vigencia desde el nueve (29 de enero de 2026 hasta el cuatro (4) de diciembre de 2026), sin perjuicio de que pueda terminar anticipadamente por cumplimiento del objeto, mutuo acuerdo, vencimiento del plazo, imposibilidad jurídica o material de ejecución, terminación o modificación sustancial del convenio marco que da soporte a la operación del servicio, o por cualquiera de las causales de terminación previstas en este contrato. Cualquier prórroga, modificación o adición deberá constar por escrito mediante otrosí suscrito por ambas partes.

Décima Sexta. Terminación anticipada. El contrato podrá darse por terminado de manera anticipada por mutuo acuerdo; por incumplimiento grave de cualquiera de las obligaciones contractuales; por pérdida de confianza técnica debidamente motivada frente a la idoneidad del servicio; por vulneración de protocolos de protección de los niños y niñas; por incumplimiento en el pago de seguridad social a cargo de LA CONTRATISTA; por falsedad documental; por uso indebido de información reservada; por cesión no autorizada; por imposibilidad sobreviniente de ejecutar el objeto; por terminación, suspensión o modificación del convenio, proyecto o disponibilidad que sustenta la operación; o por decisión unilateral de cualquiera de las partes, comunicada por escrito con una antelación razonable de al menos cinco (5) días calendario, salvo que exista causal grave que justifique terminación inmediata. La terminación no dará lugar al reconocimiento de indemnizaciones laborales ni prestaciones sociales, y solo generará el pago de los honorarios causados por actividades efectivamente ejecutadas y soportadas hasta la fecha de terminación.

Décima Séptima. Restitución y cierre contractual. A la terminación del contrato, LA CONTRATISTA deberá restituir inmediatamente a LA FUNDACIÓN todos los documentos, carnés, registros, formatos, archivos, bases de datos, claves, elementos de aseo, herramientas, insumos, equipos y demás bienes institucionales que le hayan sido entregados o a los que hubiere tenido acceso por razón del contrato. Así mismo, deberá abstenerse de conservar copias físicas o digitales de información reservada o de uso interno del servicio y, cuando se requiera suscribir el acta de cierre, entrega final o paz y salvo correspondiente, dejando constancia de cumplimiento de las obligaciones contractuales.



Décima Octava. Inexistencia de potestad disciplinaria laboral y manejo de novedades contractuales. Las partes reconocen expresamente que LA FUNDACIÓN no ejerce frente a LA CONTRATISTA poder disciplinario laboral ni facultades propias de empleador. En consecuencia, cualquier requerimiento de reporte, coordinación de actividades, reprogramación, aviso de novedades o confirmación de disponibilidad para el desarrollo de actividades tendrá carácter estrictamente operativo y contractual, orientado a garantizar la continuidad del servicio y la adecuada organización de las actividades de aseo, limpieza, desinfección y apoyo logístico en el Jardín Infantil. En este sentido, las ausencias, cambios de programación o imposibilidades de ejecución no se entenderán como solicitudes de permisos laborales, sino como novedades contractuales que deberán ser informadas oportunamente, con el fin de evitar afectaciones en las condiciones de limpieza, orden, seguridad y bienestar de los niños y niñas beneficiarios del servicio.

Décima Novena. Buena fe, declaración de capacidad e independencia. LA CONTRATISTA declara que cuenta con la capacidad legal, técnica y profesional para ejecutar el objeto contratado, que actúa por su cuenta y riesgo, que conoce la naturaleza independiente del presente vínculo y que no se encuentra incurso en causal de inhabilidad o incompatibilidad para contratar con LA FUNDACIÓN. Así mismo, reconoce que suscribe este contrato de manera libre, voluntaria e informada, con plena comprensión de su naturaleza civil y del alcance de sus obligaciones.

Vigésima. Domicilio y notificaciones. Para todos los efectos legales, el domicilio contractual será la ciudad de Bogotá D.C. Cualquier comunicación relacionada con la ejecución, modificación o terminación del presente contrato deberá constar por escrito y remitirse a la dirección física o electrónica registrada por cada parte. LA CONTRATISTA se obliga a informar de manera inmediata cualquier cambio de domicilio, correo electrónico o número de contacto.

Vigésima Primera. Solución de controversias. Las controversias derivadas de la interpretación, ejecución o terminación del presente contrato procurarán resolverse inicialmente mediante arreglo directo entre las partes dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la comunicación escrita de la diferencia. De no lograrse acuerdo, las partes podrán acudir a conciliación en derecho y, en su defecto, a la jurisdicción ordinaria competente, de conformidad con la naturaleza privada del presente contrato.

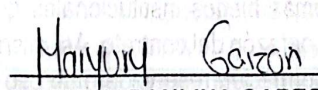
Vigésima Segunda. Integridad contractual. El presente contrato constituye el acuerdo íntegro entre las partes y reemplaza cualquier entendimiento verbal o escrito anterior sobre el mismo objeto. Harán parte integral del contrato, cuando existan, el Anexo Técnico de Actividades y Productos, la hoja de vida de LA CONTRATISTA, la copia del RUT, la certificación bancaria, los soportes de seguridad social, la cuenta de cobro y los demás documentos que se suscriban para la adecuada ejecución del objeto.

En constancia, se suscribe en Bogotá D.C., a los veintinueve (29) días del mes de enero de 2026.

CONTRATANTE:

  
MYRIAM IBARRA CASTILLO  
Representante Legal  
C.C. No 52.038.050 de Bogotá

CONTRATISTA:

  
MARYURI PAULINA GARZON GOMEZ  
Contratista:  
C.C 1.033.700.779 de Bogotá D.C





**Banco  
Caja Social**  
Su banco amigo.



### HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

MARYURI PAULINA GARZON GOMEZ      Identificado con      CC 1033700779

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

#### Cuentamiga

|                            |                                                                          |
|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| <b>Número:</b>             | 24111526129                                                              |
| <b>Fecha de apertura:</b>  | 31 de Enero de 2022                                                      |
| <b>Condiciones de uso:</b> | Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector |
| <b>Estado:</b>             | Cuenta activa                                                            |

Esta constancia se expide con destino a Maryury Garzón , realizada en el Canal Digital de la ciudad de Bogotá, el día Jueves, 26 de Febrero de 2026.

Cordialmente,

**Vicepresidencia de Banca Masiva**