Lenguazaque, Julio de 2026

Doctor
JUAN CARLOS ROBAYO LADINO
ALCALDE MUNICIPAL
LENGUAZAQUE - CUNDINAMARCA

Referencia. Propuesta prestación de servicios, apoyo al área de Psicología – Comisaría de Familia de Lenguazaque

Yo **Mónica Paola Jiménez,** identificada con la cedula de ciudadanía No. **1.076.653.284** expedida en Ubaté-Cundinamarca, me permito presentar propuesta para prestar mis servicios, cuyos datos describo a continuación, manifestando que acepto las condiciones pactadas en el contrato a suscribir entre las dos partes como Contratista Independiente; así mismo manifiesto que las actividades a realizar las puedo ejecutar en el tiempo acordado con la alcaldía de Lenguazaque.

1. Justificación

La Comisaría de Familia cumple un rol fundamental en la protección integral de los derechos de niños, niñas, adolescentes, mujeres y familias. La intervención psicológica es esencial para evaluar dinámicas familiares, prevenir la violencia intrafamiliar, mitigar el impacto psicosocial de situaciones de vulneración de derechos y fortalecer factores protectores individuales y comunitarios.

2. Objetivo General

Brindar atención psicológica integral, oportuna y humanizada a las personas y familias atendidas por la Comisaría de Familia de Lenguazaque, contribuyendo a la protección de derechos, la prevención de la violencia intrafamiliar y el fortalecimiento de la salud mental comunitaria.

3. Objetivos Específicos

1. Evaluar a niños y niñas presuntas víctimas de maltrato infantil, violencia intrafamiliar o abuso sexual mediante la aplicación de pruebas psicológicas necesarias, con el fin de confirmar o descartar la sospecha y elaborar el informe correspondiente dirigido al Comisario para el trámite legal respectivo.

2. Brindar asesoría psicológica a los padres y/o familiares responsables del niño, niña o adolescente afectado, con el propósito de orientarlos en el uso de herramientas o estrategias que permitan modificar las conductas que originan y/o mantienen la situación.

3. Asistir a la Comisaria de familia en la toma de decisiones relacionadas con las medidas de protección, conforme a lo establecido en la Ley 294 de 1996 y su reforma mediante la Ley 575 de 2000 y demás normas concordantes, colaborando en la práctica de pruebas desde su ámbito profesional y brindando orientación

terapéutica a las partes en conflicto, con el fin de fortalecer la pauta relacional no violenta.

4. Orientar a los padres separados en situación de conflicto respecto a la definición de custodia, responsabilidades parentales y relaciones inadecuadas, con el propósito de que asuman de manera efectiva el rol que a cada uno corresponde y unifiquen las pautas de crianza para la formación integral de sus hijos

5. Gestionar la remisión y fomentar la adherencia a los procesos terapéuticos en las distintas instituciones prestadoras del servicio de psicología, en los casos que lo requieran, efectuando el seguimiento correspondiente

6. Acompañar al Comisario y a los demás profesionales en las audiencias que lo requieran, de acuerdo con el nivel de conflictividad o la carga emotiva presente en las partes

7. Atender las consultas, orientaciones y crisis emocionales que presenten los usuarios de la comisaria de familia, estabilizando los niveles de ansiedad y emotividad, y brindando la orientación procedimental requerida.

8. Intervenir en las crisis emocionales de niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual y de sus familias, brindando orientación terapéutica y el acompañamiento pertinente de acuerdo con el protocolo de atención a víctimas de delitos sexuales.

9. Registrar por escrito todas las actividades e intervenciones realizadas en el área de psicología.

10. Desarrollar actividades de prevención, en colaboración con el grupo interdisciplinario en materia familiar, de acuerdo con las necesidades del despacho y considerando el plan de acción municipal.

11. Mantener los registros estadísticos e indicadores de gestión, así como elaborar y presentar los informes requeridos según su disciplina.

12. Conformar junto con la Comisaria de familia, la Trabajador Social y demás profesionales asignados a la comisaria de familia, equipos técnicos para el estudio y evaluación de casos, con el fin de determinar las medidas más adecuadas para la protección de niños, niñas, adolescentes y víctimas de violencia en el contexto familiar, según lo establecido en la ley.

13. Aplicar autocontrol en el desempeño de todas las funciones que le sean asignadas.

14. Proporcionar asesoría psicológica a los padres y/o familiares responsables del niño, niña o adolescente afectado, con el propósito de orientarlos sobre herramientas y estrategias para modificar las conductas que las generan y/o mantienen.

15. Velar porque los archivos de su dependencia se mantengan de manera adecuada, facilitando su consulta inmediata y asegurando su conservación y seguridad.

16. Garantizar la confidencialidad y reserva en todos los procesos y casos a los que tenga acceso, asegurando que la información sensible de los usuarios, familias o instituciones se maneje de manera ética, discreta y de acuerdo con la normativa vigente.

17. Implementar las estrategias necesarias para cumplir las metas previstas para la comisaria de familia en el Plan de Desarrollo.

18. Colaborar y participar en las actividades derivadas de la administración central municipal y de sus distintas dependencias.

19. Las demás funciones que le asigne la ley o el superior inmediato según la naturaleza del cargo

VALOR DE LA PROPUESTA: El valor de la propuesta por la prestación de los servicios mensual es a convenir.

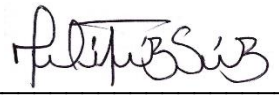
SEGURIDAD SOCIAL: Me comprometo de acuerdo a la normatividad vigente a la obligación legal de todo Contratista I**ndependiente, a realizar las afiliaciones al Sistema General de Seguridad Social en Pensión, Salud y Riesgo Laboral**, a realizar los aportes por mi cuenta y acreditar tales afiliaciones y pagos ante la entidad contratante, así como acreditar mi registro en el RUT como contratista independiente en la actividad para la cual voy a ser contratada.

En cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 18 de la Ley 1122 de 2007, los aportes como contratista independiente serán del 40% de los ingresos mensuales recibidos por el contratista, que en ningún caso podrá ser inferior a un salario mínimo legal vigente, ni superior a 25 salarios mínimos legales vigentes.

INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD: Declaro que no me hallo incursa en ninguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidad establecidas en la Ley y que tampoco me encuentro incursa en ninguno de los eventos previstos como prohibiciones especiales para contratar.

Agradezco la oportunidad de prestar mis servicios a esa Entidad.

Cordialmente,



MÓNICA PAOLA JIMÉNEZ SÁNCHEZ
CEL. 3183788701

Lenguazaque, julio de 2026

Doctor
JUAN CARLOS ROBAYO LADINO
ALCALDE MUNICIPAL
LENGUAZAQUE - CUNDINAMARCA

Referencia. Anexo propuesta prestación de servicios.

Respetado doctor, a través del presente manifiesto lo siguiente:

- No me encuentro incursa en ninguna causal de inhabilidad e incompatibilidad legal o constitucional que me impida contratar con el municipio.

- Soy una persona idónea para desarrollar el objeto del contrato.

- Conozco los estudios de oportunidad y conveniencia y me considero capacitada para desarrollar el objeto del mismo.

- Estoy dispuesta a suscribir contrato de prestación de servicios, a cumplir a cabalidad el objeto del mismo, al igual que con las obligaciones que de la suscripción del contrato se derivan, y a legalizar los documentos y pólizas de garantía en los términos establecidos por el contrato.

- Me comprometo a estar afiliada a seguridad social en salud, pensión y ARL como independiente, para lo cual cotizare sobre el ingreso base de cotización que corresponda al 40% del valor mensualizado del contrato.

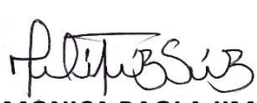
- Estoy dispuesta a cumplir con los pagos a la seguridad social integral y parafiscal, incluyendo la afiliación a riesgos laborales; los cuales efectuare en las fechas indicadas.

- Mi domicilio es en el Municipio de Ubaté- Cundinamarca, el lugar de residencia o de entrega de correspondencia es en la siguiente dirección: Calle 2D#3A 42 casa 49, Barrio Parques del Cerrito (Cundinamarca), el número de contacto es 3183788701, y el correo electrónico es: mimonis_24@hotmail.com a fin de surtir las notificaciones.

- Autorizo realizar notificaciones de manera electrónica, a la dirección indicada en el numeral anterior.

- Cualquier cambio me comprometo a informar a la entidad de manera inmediata.

Cordialmente,



MONICA PAOLA JIMÉNEZ SÁNCHEZ
C.C. 1.076.653.284 expedida en Ubaté

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
JIMENEZ	SANCHEZ	MONICA PAOLA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	*GENERO*	*NACIONALIDAD*	*PAÍS*
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1076653284	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 24 MES 10 AÑO 1989

PAÍS COLOMBIA

DEPTO CUNDINAMARCA

MUNICIPIO LENGUAZAQUE

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 9N 7 56 Barrio San Francisco

PAÍS COLOMBIA DEPTO CUNDINAMARCA

MUNICIPIO VILLA DE SAN DIEGO DE

TELÉFONO 8551101 EMAIL mimonis_24@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											*TÍTULO OBTENIDO*	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2006
										X				

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO*		*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN*		*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
		SI	*NO*		*MES*	*AÑO*	
POSTGRADO	2	X		ESPECIALIZACION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	09	2023	12624
PREGRADO	10	X		PSICOLOGIA	05	2022	255527

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO
Corporación Educativa ARKOS U	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO		X		Técnico en auxiliar de enfermería	07	2009

4 IDIOMAS

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

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

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE LENGUAZAQUE			*PÚBLICA* X		*PRIVADA*		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* LENGUAZAQUE						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	14	*Mes*	01	*Año*	2026	*Día*		*Mes*		*Año*	
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1069/2009 PSICOLOGA	*DEPENDENCIA* APOYO COMISARIA DE FAMILIA						*DIRECCIÓN* CARRERA 4 3 10 Lenguazaque Cundinamarca					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD Fortia			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* TAUSA						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	07	*Año*	2024	*Día*	16	*Mes*	12	*Año*	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO A SG-SST	*DEPENDENCIA* GRUPO SST						*DIRECCIÓN* vereda Rasgata Tausa					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL EL SALVADOR DE UBATE			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* VILLA DE SAN DIEGO DE UBATÉ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8553222	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	06	*Mes*	10	*Año* 2014	*Día*	30	*Mes*	06	*Año*	2024	
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* AREA CIENTIFICA Y A. EN SALUD					*DIRECCIÓN* CARRERA 4N 5 44						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD COLEGIO JORBALAN CHIA			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* CHÍA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3133936630	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	03	*Mes*	03	*Año* 2022	*Día*	17	*Mes*	05	*Año*	2022	
CARGO O CONTRATO ACTUAL REQUIERE CORRECION	*DEPENDENCIA* ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL					*DIRECCIÓN* - km 22, autopista norte Chía Cundinamarca						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD FUNDACION VERTE VIVIR			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* VILLA DE SAN DIEGO DE UBATÉ					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3204108755	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	07	*Mes*	09	*Año* 2021	*Día*	28	*Mes*	11	*Año*	2021	
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO EN PSICOLOGIA SOCIAL	*DEPENDENCIA* ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL					*DIRECCIÓN*						

6 **EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE**

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	10	3
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	7
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento _____

_____

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

_____ _____

Ciudad y fecha *NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

Función Pública

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS
(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2026-01-13 15:19

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
MONICA	PAOLA	JIMENEZ	SANCHEZ

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1076653284

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	CUNDINAMARCA	Municipio	VILLA DE SAN DIEGO DE UBATÉ

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	CUNDINAMARCA	Municipio	VILLA DE SAN DIEGO DE UBATÉ

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	ALCALDIA DE LENGUAZAQUE

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	CUNDINAMARCA	Municipio	LENGUAZAQUE

Dirección	["Carrera 4 No. 3-10"]

Cargo o función que cumple	PROFESIONAL UNIVERSITARIO

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

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

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

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$24.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$2.165.273,00
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$26.165.273,00

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

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$2.900,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor
CARRO	COLOMBIA	CUNDINAMARCA	VILLA DE SAN DIEGO DE UBATÉ	$14.000.000,00

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

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

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí [ ] No [X]

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

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

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [ ] No [X]

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

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

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

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

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

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

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

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

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual:

Sí [ ] No [X]

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

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

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

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

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

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí [ ] No [X]

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:
> Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
> Establecimientos que posee.
> Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
> Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14889709361

(415)7707212489984(8020) 000001488970936 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 7 6 6 5 3 2 8 4	4	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 7 6 6 5 3 2 8 4

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Villa de San Diego de Ubate 8 4 3

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
JIMENEZ	SANCHEZ	MONICA	PAOLA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Villa de San Diego de Ubate 8 4 3

41. Dirección principal: CR 8 6 104

42. Correo electrónico: mimonis_24@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 8 3 7 8 8 7 0 1	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	2 0 0 9 1 1 0 9						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 2 0																									

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

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

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2023-01-19 / 05:06:29PM

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

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre JIMENEZ SANCHEZ MONICA PAOLA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 23-07-2026 08:31:02AM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.076.653.264

JIMENEZ SANCHEZ

APELLIDOS

MONICA PAOLA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 24-OCT-1989

LENGUAZAQUE
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.52	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

03-DIC-2007 UBATE

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00379767-F-1076653284-20120530 0030086047A 1 1521870570

Powered by CamScanner

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 09:03:04 AM horas del 23/07/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1076653284**
Apellidos y Nombres: **JIMENEZ SANCHEZ MONICA PAOLA**

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.

DIJIN

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

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
GOV.CO

Todos los derechos reservados.

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 299616105

PIB
11:46:55

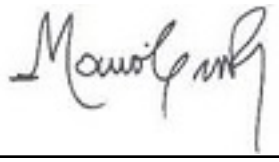
Bogotá DC, 17 de julio del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) MONICA PAOLA JIMENEZ SANCHEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1076653284:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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



Mario Enrique Castro González
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.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 17 de julio de 2026, a las 11:45:05, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1076653284
Código de Verificación	1076653284260717114505

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

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 05/08/2026 06:20:04 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1076653284** y Nombre: **MONICA PAOLA JIMENEZ SANCHEZ.**

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. **145314111** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

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 1076653284 **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 15/07/2026 02:19 PM

Código Verificación: **KTWS1492RX**

Válida hasta: **13/10/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

UNAD
Universidad Nacional Abierta y a Distancia
ACREDITADA EN ALTA CALIDAD

La Universidad Nacional Abierta y a Distancia - UNAD

Ley 52 de 1981, Ley 396 de 1997 y Decreto 2770 de 2006

Teniendo en cuenta que

MONICA PAOLA JIMENEZ SANCHEZ

Cédula de Ciudadanía Nº. 1076653284 de Villa De San Diego De Ubaté

Cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos por la Universidad, de conformidad con las normas legales y reglamentarias vigentes, le otorga el título de

PSICÓLOGA

Dado en Bogotá D.C., el día 27 de Agosto de 2022

Rector

Decana

Secretaria General

Acta de Grado Nº 6970
Fecha 27 de Agosto de 2022
Registro de Diploma 127693
Libro 25, Folio 40

Registro M.E.N. 3274

Código de Seguridad: 2102-AA-070256

Código Seguro de Verificación: ZfWuoCtZC54oAFL3

COPIA DIGITAL AUTENTICA

Resolución No. 255527
(06 de octubre de 2022)
Por la cual se expide una Tarjeta Profesional de Psicólogo

EL PRESIDENTE DEL CONSEJO DIRECTIVO NACIONAL DEL COLEGIO COLOMBIANO DE PSICÓLOGOS

En uso de la atribución conferida por el Acuerdo No. 56 de 2021 de la Sala Nacional Colegial y

C O N S I D E R A N D O:

Que el artículo 6º de la Ley 1090 de 2006 señala : "*Requisitos para ejercer la profesión de psicólogo. Para ejercer la profesión de Psicólogo se requiere acreditar su formación académica e idoneidad profesional, mediante la presentación del título respectivo, el cumplimiento de las demás disposiciones de ley y obtenido la Tarjeta profesional expedida por el Colegio Colombiano de Psicólogos*".

Qué el artículo 7º numeral 1º de la Ley 1090 de 2006 señala que "*Solo podrán obtener la tarjeta profesional de psicólogo, ejercer la profesión y usar el respectivo título dentro del territorio colombiano, quienes: 1. Hayan adquirido o adquieran el título de psicólogo, otorgado por universidades o instituciones universitarias, oficialmente reconocidas*"

Que MONICA PAOLA JIMENEZ SANCHEZ, identificada con documento de identidad No. 1076653284, solicitó a este Colegio la expedición de su Tarjeta Profesional de Psicóloga.

Que según consta en certificación allegada a este Colegio por la Facultad/Programa de Psicología de la UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA UNAD el 30 de agosto de 2022, la solicitante obtuvo el Título de Psicóloga otorgado por dicha universidad el 27 de agosto de 2022 según consta en el Acta de Grado No. 6970; .

Que el Programa de Psicología ofrecido por la UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA UNAD, cuenta con Registro Calificado otorgado por el Ministerio de Educación Nacional.

En consideración con lo anterior, el Presidente del Consejo Directivo Nacional del Colegio Colombiano de Psicólogos;

R E S U E L V E:

ARTÍCULO 1º-. Expedir la Tarjeta Profesional de Psicóloga **No 255527** válida en todo territorio nacional, a MONICA PAOLA JIMENEZ SANCHEZ, identificada con documento de identidad No. 1076653284.

ARTÍCULO 2º-. La presente Resolución rige a partir de la fecha.

ARTÍCULO 3º. Contra la que proceden los recursos de ley al tenor de lo dispuesto en el Artículo 76 de la Ley 1437 de 2011.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.

Dada en Bogotá, D.C. el 06 de octubre de 2022 .

JOSÉ RAÚL JIMÉNEZ MOLINA
Presidente del Consejo Directivo Nacional

Esta Tarjeta Profesional es personal e intransferible y acredita a su portador como PSICÓLOGA de conformidad con los Artículos 6, 7 y 12 de la Ley 1090 de 2006 y es requisito legal para el ejercicio profesional en Colombia.

GLORIA AMPARO VÉLEZ
Presidente del Consejo Directivo

www.colpsic.org.co

COLEGIO COLOMBIANO DE PSICÓLOGOS



TARJETA PROFESIONAL DE PSICÓLOGA

No. 255527

Fecha de expedición: 06/10/2022

MONICA PAOLA JIMENEZ SANCHEZ

Cédula de Ciudadania

1076653284

Según la Ley 1090 de 2006, este documento es de carácter vitalicio y tiene validez nacional, por tanto su vigencia es permanente.

COLEGIO JORBALAN
RR Adoratrices
"Educamos en el amor y para el amor"
SERVICIO DE PSICOLOGÍA Y ORIENTACIÓN

CERTIFICA QUE

La Señorita MONICA PAOLA JIMENEZ SANCHEZ identificada con C.C. 1076653284 de Ubaté, realizo su práctica universitaria en el cargo de Psicóloga Auxiliar, desde el día 1 de marzo de 2022 hasta el 12 de mayo de 2022, mostrando ser una persona comprometida, responsable, cumpliendo con todas sus objetivos y actividades en el seguimiento a casos individuales, taller de manejo de emociones, acompañamiento en actividades académicas, apoyo a clases proyecto socio formativo en grado séptimo y el proyectos de Sexualidad Humana en estudiantes de grado Jardín hasta grado 11.

Se expide a los 13 días del mes de mayo de 2022.

Diana Katerine Rubiano L.
Psicóloga
T.P. 201344

Diana Rubiano
Psicóloga Educativa
Colegio Jorbalan

Powered by CamScanner

FUNDACIÓN
VerteVivir
EL PROPOSITO ERES TU

C E R T I F I C A C I O N

La suscrita Representante Legal y Fundadora, de la Fundación Verte Vivir, CERTIFICA que la estudiante de Psicología de la Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD, **MÓNICA PAOLA JIMÉNEZ SÁNCHEZ** , identificada con C.C. 1.076.653.284 expedida en Ubaté-Cund. Laboró en esta Institución en alternancia como voluntaria, bajo el cargo de Practicante de Psicologia, en el periodo del 01 de septiembre al 30 de noviembre de 2021 desarrollando actividades, enfocadas en "Herramientas de apoyo Psicosocial en los procesos formativos de NNA y familias", enfocado en el entrenamiento del MANEJO PREVENTIVO DE ADICCIONES, HABILIDADES SOCIALES y Orientación Psicosocial familiar e individual, para los voluntarios sociales y las familias de las localidades de los Barrios; Santa Rosita, San Jose alto, San José bajo, San Francisco, Villa Rosita, Santa Barbabara, Calderitas, y Viento, en el Municipio de Ubaté Cundinamarca. Durante su desempeño demostró su profesionalismo, compromiso, responsabilidad y ética.

La presente se expide a solicitud de la interesada, a los dos (02) días del mes de diciembre del año dos mil veintiuno (2021)

Atentamente,

Luz Marina Acosta
Fundadora y Representante Legal
C.C. 53.911.368
T.P. 119782
Tel: 3108137074
Correo electrónico: fundaciónvertevivir@gmail.com

CONSTANCIA DE SERVICIOS PRESTADOS

La Señora **JENNY NATALY MOLINA RODRÍGUEZ,** se permite constar que la señora **MÓNICA PAOLA JIMÉNEZ SÁNCHEZ,** quien se identifica con cedula de ciudadanía número **1076653284** presto sus servicios a mi persona desde el día 06 de junio de 2023 hasta el 10 de noviembre de 2023, con contrato por prestación de servicios como **APOYO PSICOSOCIAL** en consultorio particular.

La presente se expide a solicitud de la interesada a los veinte (20) días del mes de enero de 2024

Atentamente,

Nataly Molina Rodriguez
C.C. No. 1.076.652.153
Psicologa Universidad de la Salum
T.P. 170931

JENNY NATALY MOLINA RODRÍGUEZ
PSICÓLOGA

Powered by CamScanner

CERTIFICACIÓN LABORAL

A quien pueda interesar:

Por medio de la presente se certifica que la señora **JIMÉNEZ SÁNCHEZ MÓNICA PAOLA**, identificada con cédula de ciudadanía No. **1.076.653.284**, laboró en la empresa **FORTIA MINERALS S.A.S.** desde el **02 de julio de 2024** hasta el **16 de diciembre de 2025.**

Durante su vinculación laboral, la señora Jiménez Sánchez desempeñó sus funciones de manera responsable y comprometida, entre las cuales se destacan:

- Apoyo en la implementación y seguimiento del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST).
- Acompañamiento en procesos de salud mental, bienestar laboral y promoción de entornos de trabajo saludables.
- Participación activa en programas de bienestar organizacional y prevención de riesgos psicosociales.
- Realización de diálogos diarios de seguridad enfocados en el autocuidado, la salud mental y la prevención de riesgos laborales.
- Apoyo en la planeación y ejecución de capacitaciones y charlas sobre autocuidado, manejo del estrés y prevención de factores de riesgo psicosocial.
- Apoyo en la identificación, evaluación y control de riesgos laborales.
- Colaboración en actividades de sensibilización y promoción de la cultura de seguridad y salud en el trabajo.

Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada, para los fines que estime convenientes.

Atentamente

Kelly Johana Oviedo Sánchez
Coordinadora Corporativa SST
Grupo Fortia

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1076653284		MONICA PAOLA JIMENEZ SANCHEZ	INDEPENDIENTE	Principal	Calle 10 # 8-26	VILLA DE SAN DIEGO DE UBATE-CUNDINAMARCA	3138604940	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-07	2026-07	501065937	9508259687	I	2026/08/24	2026/07/22	BANCOLOMBIA	0	$518,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: Principal (1 Afiliados)																					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$1,750,905	$10,600			$1,750,905		$9,200		$0	$0		$518,900
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$1,750,905	$10,600			$1,750,905		$9,200		$0	$0		$518,900
Ciudad: VILLA DE SAN DIEGO DE UBATE Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)																					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$1,750,905	$10,600			$1,750,905		$9,200		$0	$0		$518,900
1	CC	1076653284	JIMENEZ MONICA																	23030 1	30	$1,750,905	$280,200	EPS017	30	$1,750,905	$218,900	CCF24	30	$1,750,905	$10,600	14-23	30	$1,750,905	0.522%	$9,200	30	$0	$0	No	$518,900
Total		**Afiliados(1)**																			$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$1,750,905	$10,600			$1,750,905		$9,200		$0	$0		$518,900

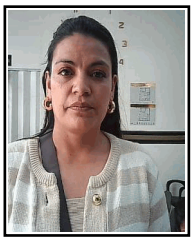
aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$0	$0	$280,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$280,200	$0	$0	$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,200	$0	$0	$9,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$9,200	$0	$0	$9,200
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$10,600	$0	$0	$10,600
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$10,600	$0	$0	$10,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0	$0	$218,900
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$218,900	$0	$0	$218,900
TOTAL				**1**	**$518,900**	**$0**	**$0**	**$518,900**

IPS VITAL ESPECIALISTAS EN DIAGNOSTICO MEDICO S.A.S.
LICENCIA DE SALUD OCUPACIONAL / RES. 25-00879 DE 23-OCT-2023
SEDE LA VIRGEN
TRANS. 2 # 2-205 - UBATE / CUND
TEL. 601 855 0380 - 320 358 7172
INFOLAVIRGEN@IPSVITAL.COM
SEDE PRINCIPAL
CRA. 7 # 5-64 - UBATE / CUND
TEL. 601 855 1678 - 320 358 7172
INFO@IPSVITAL.COM
WWW.IPSVITAL.COM - NIT: 901.413.726-1



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 16.054

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
09 DÍA	01 MES	2026 AÑO	VILLA DE SAN DIEGO DE UBATE (CUNDINAMARCA, COLOMBIA) Ciudad	INGRESO EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL - ENFASIS OSTEOMUSCULAR

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
INDEPENDIENTE	PARTICULARES SEDE PRINCIPAL

CIIU (Actividad Económica) del empleador: **SIN REGISTRAR**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
JIMENEZ SANCHEZ MONICA PAOLA	FEMENINO	36 AÑOS 2 MESES 16 DÍAS	CC (Tipo)	1076653284 (Número)

Cargo: **PSICOLOGA**

EPS	AFP	ARL
FAMISANAR	PORVENIR	AXA COLPATRIA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON RECOMENDACIONES

Observaciones: *NO APLICA*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR (INGRESO-PERIODICO-EGRESO) ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

1. DE ACUERDO CON LA EVALUACIÓN MÉDICA REALIZADA NO SE ENCONTRARON ALTERACIONES SIGNIFICATIVAS QUE PUEDAN GENERAR UN RIESGO SANITARIO POR LO QUE SE CONSIDERA TRABAJADOR APTO PARA REALIZAR LA LABOR, SIN RESTRICCIONES. SE RECOMIENDA CONTROL OCUPACIONAL ANUAL, HIGIENE POSTURAL Y PAUSAS ACTIVAS

2. DENTRO DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL REALIZADO SE INCLUYÓ UNA VALORACIÓN DE LA CAPACIDAD VISUAL, EN LA QUE NO SE ENCONTRARON ALTERACIONES QUE PUEDAN AFECTAR EL DESEMPEÑO DE LA OCUPACIÓN.

NOTA: DENTRO DEL EXAMEN MÉDICO REALIZADO NO SE INCLUYERON EXÁMENES COMPLEMENTARIOS DE EVALUACIÓN DE ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS, ESTADO METABÓLICO, DETECCIÓN DE DROGAS, IMÁGENES DIAGNÓSTICAS U OTRAS HERRAMIENTAS COMPLEMENTARIAS QUE PERMITAN DETECTAR OTRAS PATOLOGÍAS O ALTERACIONES. SE HACE CLARIDAD EN LAS LIMITACIONES PARA CERTIFICAR TRABAJOS DE ALTO RIESGO O CARGOS DIFERENTES A LOS REFERIDOS. EN CASO DE REQUERIR CERTIFICADOS DE APTITUD PARA CARGOS DIFERENTES AL EVALUADO SE HACE LA RECOMENDACIÓN A LA EMPRESA DE QUE CADA CASO SEA EVALUADO DE ACUERDO A LAS CONDICIONES ESPECÍFICAS EN QUE SE DESEMPEÑARÁ EL TRABAJO EN EL MARCO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO Y LA NORMATIVIDAD NACIONAL VIGENTE.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico



Firma:

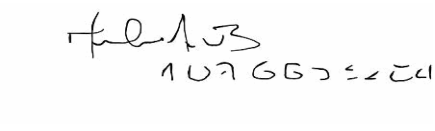
Nombre: CC: 1022425538 - NATALIA RICAURTE

R. M.: 1022425538 **L.S.O.:** 18670

Código de Seguridad

I858O1U16054

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: JIMENEZ SANCHEZ MONICA PAOLA

CC: 1076653284