

Pradera Valle, 20 de agosto de 2026

SEÑOR:

FRANK FEIBERT ERAZO CABAL.

Director Ejecutivo Inder Pradera Valle.

REF. PROPUESTA PRESTACIÓN DE: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA BRINDAR ASESORIA, ORIENTACION Y ACOMPAÑAMIENTO METODOLOGICO EN EL FORTALECIMIENTO DE LA GESTION DE LA CALIDAD, MEDIANTE EL APOYO TECNICO EN LA IMPLEMENTACION, SEGUIMIENTO, EVALUACION Y MEJORA DE LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES, CONTRIBUYENDO AL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETOS, METAS Y LINEAMIENTOS DEL SISTEMA DE GESTION DEL IMDERPRADERA.

Yo, JUAN MANUEL PÉREZ MUÑOZ identificado(a) con CC No. 1006352197, como aparece en mi firma, me permito ofrecer mis servicios en el Instituto Municipal de deporte y recreación Inder Pradera Valle del Cauca, para lo cual pongo a su disposición mi hoja de vida.

1. ACTIVIDADES A REALIZAR

Las actividades a realizar son las siguientes:

- Planificar, desarrollar y ejecutar sesiones de entrenamiento de fútbol, de acuerdo con la categoría, edad, nivel y características de los deportistas asignados.
- Contribuir a la formación integral de los futbolistas, fortaleciendo sus capacidades técnicas, tácticas, físicas, cognitivas y sociales de acuerdo con su etapa de desarrollo.
- Promover el desarrollo de valores y principios a través de la práctica deportiva, tales como disciplina, respeto, responsabilidad, compañerismo, trabajo en equipo y juego limpio.
- Realizar seguimiento individual y colectivo al proceso de formación de los deportistas, identificando fortalezas, aspectos por mejorar y evolución dentro del proceso deportivo.
- Promover y preservar la salud y el bienestar de los deportistas, mediante prácticas de entrenamiento seguras, prevención de lesiones y promoción de adecuados hábitos de actividad física, hidratación, alimentación y descanso.
- Preparar y acompañar a los deportistas en entrenamientos, encuentros, festivales, torneos y demás actividades deportivas programadas por IMDERPRADERA.
- Apoyar y participar en las actividades deportivas, recreativas y formativas desarrolladas por IMDERPRADERA, dando cumplimiento a los lineamientos establecidos por la institución.

2.

PROPUESTA ECONÓMICA: CINCO MILLONES SETECIENTOS MIL (5.700.000)

- ## **3. FORMA DE PAGO:**
- El valor se pagará en cuotas parciales previa presentación de un uniforme de tareas desarrolladas como requisito para cada uno de los pagos, y certificación de cumplimiento a satisfacción expedida por el supervisor del contrato.**

4. **PLAZO:** El plazo será desde la suscripción del acta de inicio del contrato hasta que finalice el contrato en 3 meses.

5. MANIFESTACIONES Y DECLARACIONES

Declaro bajo la gravedad de juramento que:

- ✓ No me encuentro incurso en ninguna causal de inhabilidad o incompatibilidad establecida en la Constitución y la legislación vigente en materia de contratación estatal.
- ✓ Todos los documentos presentados en esta propuesta son legítimos, auténticos y no han sido objeto de falsificación o alteración.
- ✓ Cuento con la capacidad y experiencia necesarias para la correcta ejecución de las actividades propuestas.
- ✓

Cordialmente.



FIRMA

JUAN MANUEL PÉREZ MUÑOZ
1006352197



FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA
Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO PÉREZ	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) MUÑOZ	NOMBRES JUAN MANUEL
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1006352197	GENERO F ☐ M ☒ NB ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐ PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐	NÚMERO 1006352197	D.M. 18
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 15 MES 05 AÑO 2003 PAÍS COLOMBIA DEPTO VALLE DEL CAUCA MUNICIPIO PRADERA	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA PAÍS COLOMBIA DEPTO VALLE DEL CAUCA MUNICIPIO CALI TELÉFONO EMAIL jjuanmanu15@gmail.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		BÁSICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	2019	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)							
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:							
TC (TÉCNICA)		TL (TECNOLÓGICA)		TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA)		UN (UNIVERSITARIA)	
ES (ESPECIALIZACIÓN)		MG (MAESTRÍA O MAGISTER)		DOC (DOCTORADO O PHD)			
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).							
MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	8	X		Profesional en deporte	05	2024	Si

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)

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 ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD Club deportivo JM				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA			MUNICIPIO PALMIRA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	15	Mes	03	Año	2023	Día	24	Mes	04	Año	2025
CARGO O CONTRATO ACTUAL ENTRENADOR BALONCESTO			DEPENDENCIA AREA DE ENTRENADORES						DIRECCIÓN CALLE 27 35 0 Ciudadela Deportiva Ramiro Echeverry					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD Nutrisport				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA			MUNICIPIO CALI						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS 3113491951			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	08	Mes	03	Año	2023	Día	21	Mes	06	Año	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL ANALISTA DE RENDIMIENTO			DEPENDENCIA ANALISIS						DIRECCIÓN CARRERA 14 10 72					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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:
AREA DE CONOCIMIENTO			NIVEL EDUCATIVO					DIRECCIÓN			

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	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	1	11
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 INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 50. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN AL CLIENTE No. 018000917770 PÁGINA WEB: www.funcionpublica.gov.co

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.006.352.197
PEREZ MUÑOZ

APELLIDOS
JUAN MANUEL

NOMBRES

Juan Manuel Perez

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 15-MAY-2003
PRADERA
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.75 B+

ESTATURA G.S. RH

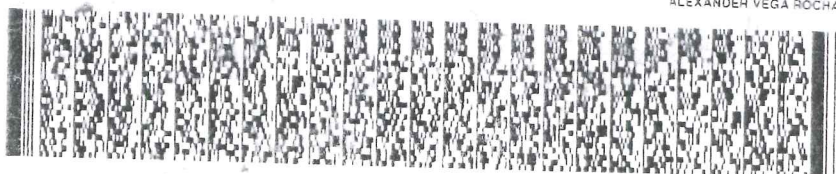
02-JUN-2021 PRADERA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

M

SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



P-3108200-01243742-M-1006352197-20210709

0074881339A 1

8502138421

**FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJÉRCITO NACIONAL**



COMANDO DE RECLUTAMIENTO Y CONTROL RESERVAS

EL SUSCRITO OFICIAL DE ATENCIÓN AL USUARIO

C E R T I F I C A

Que el señor **JUAN MANUEL PEREZ MUÑOZ** identificado con CC No. 1006352197, presenta los siguientes datos referentes a la definición de su situación militar:

Primer Nombre:	JUAN
Segundo Nombre:	MANUEL
Primer Apellido:	PEREZ
Segundo Apellido:	MUÑOZ
Tipo Documento:	CC
Número Documento:	1006352197
Estado Libreta Militar:	REGISTRADO

ESTA CERTIFICACIÓN ES GRATUITA
NO ES VÁLIDA COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN MILITAR
NO REEMPLAZA SU LIBRETA MILITAR

Se firma y se expide en BOGOTÁ, D.C. a los 18 días del mes de AGOSTO de 2026, a las 16:29:38.

Cordialmente,

CR. ROBERTO MOYA CARMONA

Director de Reclutamiento - Ejército Nacional

SISTEMA GENERADOR RECOR

PATRIA HONOR LEALTAD

COMANDO DE RECLUTAMIENTO DEL EJÉRCITO
Cra. 11 B No. 104^a-64 (601) 4261420 Bogotá D.C.- Colombia



SC6310-1



Departamento Administrativo
de la FUNCIÓN PÚBLICA
República de Colombia

PROSPERIDAD
PARA TODOS

FORMULARIO UNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS
Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, JUAN MANUEL PÉREZ MUÑOZ

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 1.006.352.197 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País COLOMBIA Departamento VALLE DEL CAUCA Municipio PRADERA

Dirección CALLE 6C #1-30 Teléfonos 3207596940

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
LILIANA MUÑOZ MENA	66.886.807	MAMÁ
WILLIAM HERMINSON PÉREZ CATAÑO	94.303.506	PAPÁ
MARIA JOSÉ PÉREZ MUÑOZ	1.114.623.362	HERMANA

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, PARA TOMAR POSESION X PARA RETIRARME PARA ACTUALIZACION PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE, QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	-
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	-
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	\$ -

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

1.2. DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

c) En la actualidad: **SI** **NO X** tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	N°
	C.C. C.E. T.I.	

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

PRADERA, 18 DE AGOSTO DE 2026

CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario		001	
2. Concepto 02 Actualización				4. Número de formulario 141240324026	
(415)7707212489984(8020) 000014124032402 6					
5. Número de Identificación Tributaria (NIT)		6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
1 0 0 6 3 5 2 1 9 7		5	Impuestos y Aduanas de Palmira		1 5
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 0 6 3 5 2 1 9 7	
Lugar de expedición 28. País		29. Departamento		30. Ciudad/Municipio	
COLOMBIA 1 6 9		Valle del Cauca 7 6		Pradera 5 6 3	
31. Primer apellido		32. Segundo apellido		33. Primer nombre	
PEREZ		MUÑOZ		JUAN	
34. Otros nombres		35. Razón social		36. Nombre comercial	
MANUEL					
37. Sigla		UBICACIÓN			
38. País		39. Departamento		40. Ciudad/Municipio	
COLOMBIA 1 6 9		Valle del Cauca 7 6		Pradera 5 6 3	
41. Dirección principal		42. Correo electrónico		43. Código postal	
CR 5 9 84		jjuanmanu15@gmail.com		7 6 3 5 5 0	
44. Teléfono 1		45. Teléfono 2		46. Teléfono 3	
3 2 0 7 5 9 6 9 4 0		3 1 2 2 3 0 9 2 5 3			
CLASIFICACIÓN					
Actividad económica		Ocupación		52. Número establecimientos	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades	
46. Código 47. Fecha inicio actividad		48. Código 49. Fecha inicio actividad		50. Código 1 2	
9 3 1 9 2 0 2 3 0 3 1 4				51. Código	
Responsabilidades, Calidades y Atributos					
53. Código 5 4 9					
05- Impto. renta y compl. régimen ordinario					
49 - No responsable de IVA					
Usuarios aduaneros					
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 2026-03-11 / 07:40:02AM					
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 PEREZ MUÑOZ JUAN MANUEL					
985. Cargo CONTRIBUYENTE					

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 301508409



PIB
14:42:53
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 20 de agosto 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) JUAN MANUEL PEREZ MUÑOZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1006352197:

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 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>

Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamento Con El Ciudadano (C)

ATENCIÓN :

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

División de Relacionamento con el Ciudadano.



www.procuraduria.gov.co



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



Línea gratuita 018000910315

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

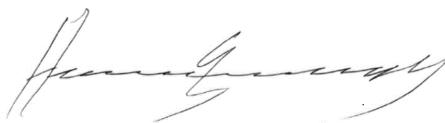
CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 20 de agosto de 2026, a las 14:44:58, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1006352197
Código de Verificación	1006352197260820144458

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

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 06:04:17 PM horas del 18/08/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1006352197**

Apellidos y Nombres: **PEREZ MUÑOZ JUAN MANUEL**

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.



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, 18/08/2026 06:06:57 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1006352197** y Nombre: **JUAN MANUEL PEREZ MUÑOZ.**

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. **145920107** . 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

Información

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**

	PROCESO ADQUISICIÓN BIENES Y SERVICIOS FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA INHABILIDADES POR DELITOS SEXUALES CONTRA NIÑOS NIÑAS Y ADOLESCENTES	F4.P5.ABS	14/11/2019
		Versión 1	Página 1 de 1

El(la) suscrito(a) Juan Manuel Pérez Muñoz identificado con C.C. X C.E. P.P No. 1006352197 expedida en Pradera, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018 reglamentada por el Decreto 753 de 2019, al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar Cecilia de la Fuente de Lleras – ICBF con NIT. 899.999.239-2, a consultar mis datos personales en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra personas menores edad que administra el Ministerio de Defensa-Policía Nacional de Colombia, de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada cuatro (4) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en www.icbf.gov.co, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Se suscribe en la ciudad de Pradera el día 18 de agosto de 2026.

Firma

Nombre

Cédula

Juan Manuel Pérez Muñoz

1006352197

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.



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 1006352197 **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 20/08/2026 02:50 PM



Código Verificación: **DXHKS7LQA2**

Válida hasta: **18/11/2026**

Dirección de Gobierno Digital

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



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA



ESCUELA
NACIONAL
del DEPORTE

Creada mediante decreto 3115 del 21 de Dic 1984 – MinEducación

Registro SNIES N° 2114
Nit. 805.001.868-0

Ministerio de
Educación Nacional
República de Colombia



Libertad y Orden

ACTA DE GRADO

No. 2485

En la ciudad de Santiago de Cali, capital del Departamento del Valle del Cauca, República de Colombia, a los veintinueve (29) días del mes de noviembre del año dos mil veinticuatro (2024), la Rectora de la **INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA ESCUELA NACIONAL DEL DEPORTE**, Dra. **PATRICIA MARTÍNEZ** y el Secretario general, Dr. **HÉCTOR FABIO MARTÍNEZ AGUDELO**; teniendo en cuenta que:

JUAN MANUEL PÉREZ MUÑOZ

CC. No. 1006352197

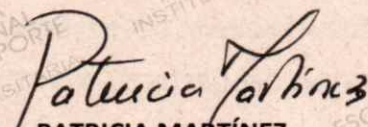
Cursó y aprobó con la intensidad requerida, los estudios para obtener el título de:

PROFESIONAL EN DEPORTE

Registro SNIES No. 53212

De conformidad con la Resolución Rectoral de Grado No.100.03.03.1231,2024, del 29 de noviembre de 2024, y en concordancia con el acuerdo municipal No. 168 de 2005, la Ley 30 del 28 de diciembre de 1992 y la Ley 181 del 18 de enero de 1995, esta Institución, en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación Nacional, le confiere el título mencionado y lo declara idóneo(a) para ejercer su profesión. En testimonio de ello se autoriza la expedición del correspondiente diploma.

Se expide en la ciudad de Santiago de Cali, a los veintinueve (29) días del mes de noviembre del año dos mil veinticuatro (2024).


PATRICIA MARTÍNEZ
Rectora


HÉCTOR FABIO MARTÍNEZ AGUDELO
Secretario general

De conformidad con el Decreto 0636 del 3 de abril de 1996, se reconoce el Acta de Grado para efectos legales y se encuentra registrada en el Libro No. 3. Registro de Diploma No. 2485, Folio No.25, Libro No. 3, Santiago de Cali, 29 de noviembre de 2024.



COLEGIO PARROQUIAL
MARIA INMACULADA

PRADERA - VALLE DEL CAUCA

376563000562

Código Icfes

193672

Horario

MAÑANA

Acta de Grado

En la ciudad de Pradera a los 29 días del mes de noviembre de 2019, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de último grado, los suscritos Rector y Secretaria Académica en la Rectoría del **COLEGIO PARROQUIAL MARÍA INMACULADA**, Institución aprobada hasta undécimo grado en el nivel de Educación Media **ACADÉMICA** y con licencia de funcionamiento concedida por la Secretaría de Educación Municipal para otorgar el título de Bachiller en la Modalidad **ACADÉMICA**, según Resolución No. 0533 del 16 de julio de 1997 y reconocido mediante Resolución No. 2902 del 27 de julio de 1999.

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**, llenando los requisitos del respectivo Proyecto Educativo Institucional, se procedió a otorgar el TÍTULO DE:

BACHILLER ACADÉMICO

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

JUAN MANUEL PÉREZ MUÑOZ

T.I. 1006352197 de Pradera Valle

Es fiel copia tomada del Acta General de Graduación No. 5 de fecha 29 de noviembre de 2019, que consta de 16 estudiantes graduandos, que inicia con el nombre de AGREDO LÓPEZ JEFFERSON y cierra con el nombre de VIVEROS YACE EIDER JULIÁN.

Firmada y sellada por Pbro. JOHN HENRY JARAMILLO DUQUE (Rector) y LAURA YINETH MONTAÑO OSPINA (Secretaria Académica).

Dada en Pradera, el 29 de noviembre de 2019.

PBRO. JOHN HENRY JARAMILLO DUQUE

Rector,

C.C. No 71.333.126 de Medellín

LAURA YINETH MONTAÑO OSPINA

Secretaria Académica,

C.C. No. 1.113.668.480 de Palmira



CLUB DEPORTIVO JM

Palmira, 9/03/2026

A quien corresponda:

Por medio de la presente, el Club de Baloncesto JM se permite recomendar al señor Juan Manuel Pérez Muñoz, identificado con cédula de ciudadanía No. 1006352197, quien se desempeñó como entrenador en nuestra institución desde el 15 de marzo de 2023 hasta el 24 de abril de 2025.

Durante el tiempo en que el señor Pérez Muñoz formó parte de nuestro club, demostró un alto nivel de profesionalismo, compromiso y responsabilidad en el desarrollo de sus funciones. Se destacó por su sólida formación técnica, su capacidad para planificar y ejecutar entrenamientos eficientes, así como por su liderazgo positivo en la formación deportiva y humana de los deportistas a su cargo.

Asimismo, evidenció excelentes habilidades para el trabajo en equipo, la comunicación efectiva y la toma de decisiones, contribuyendo de manera significativa al fortalecimiento del rendimiento deportivo y a la consolidación de los valores institucionales del club, tales como la disciplina, el respeto y el compañerismo.

Por su desempeño, conducta ética y dedicación, consideramos que el señor Juan Manuel Pérez Muñoz es una persona plenamente capacitada para asumir responsabilidades similares o de mayor nivel en cualquier institución deportiva que requiera de sus servicios, motivo por el cual lo recomendamos con total confianza.

Se expide la presente carta a solicitud del interesado, para los fines que estime convenientes.

Atentamente,

JAMES EDWIN MANZANO

Presidente 

Club Deportivo JM de Baloncesto

Cel 3186362285

Correo Edwinmanzano1975@outlook.com

NUTRISPORT



Cali, 20/11/2025

Por medio del presente, Nutrisport, Evaluación del Rendimiento, nutrición y deporte, certifica que Juan Manuel Pérez Muñoz, con cedula de ciudadanía número 1006352197 brindó sus servicios como analista de datos dentro de la empresa durante 10 meses en el periodo comprendido entre el 15 de junio de 2023 hasta el 24 de abril de 2024.

Durante el periodo laboral, Juan Manuel Pérez Muñoz demostró un alto compromiso y responsabilidad en la realización de sus labores permitió fortalecer los procesos de análisis y seguimiento del rendimiento deportivo en las diferentes categorías del fútbol formativo.

Durante su desempeño, se destacó por su capacidad para analizar y procesar información relacionada con variables físicas y de rendimiento, contribuyendo a la interpretación de datos relevantes para la planificación y evaluación del entrenamiento. Su trabajo permitió identificar patrones de desempeño, apoyar la toma de decisiones del cuerpo técnico y mejorar el seguimiento del desarrollo deportivo de los jugadores.

Asimismo, Juan Manuel evidenció habilidades analíticas, disciplina, iniciativa y capacidad para trabajar en equipo, cualidades que facilitaron el cumplimiento de los objetivos establecidos dentro del proceso formativo. Su actitud profesional y disposición para aportar soluciones basadas en el análisis de datos representaron un apoyo importante para el área deportiva.

RAUL FERNANDO BUITRAGO, representante legal

Nutrisport, Evaluación del Rendimiento, nutrición y deporte

3113491951



REPÚBLICA DE COLOMBIA

TARJETA DE ENTRENADOR DEPORTIVO



TE 117836

**Juan Manuel
Pérez Muñoz**

CC 1006352197

Título

Profesional en deporte

Institución de Educación Superior

Institución Universitaria Escuela Nacional del Deporte

Año de Graduación

2024


Néstor Ordóñez Saavedra
Presidente COCED



www.coced.co

Fecha de Expedición
24-05-2025

Certificado de depósito de bajo monto

Jueves, 20 de agosto de 2026

A quien pueda interesar

Nos permitimos informar que JUAN MANUEL PEREZ MUNOZ identificado con cédula de ciudadanía 1006352197, al día de hoy es titular de un depósito de bajo monto con las siguientes características:

Número de Depósito Nequi	Número de producto interno	Estado	Fecha de apertura
3207596940	87052329772	ACTIVA	17-09-2021

Para pagos desde empresas y nómina el código de Nequi en ACH Colombia es 1507.

Un saludo
Equipo Nequi

I. Datos del trámite

1. Tipo de Trámite A. Afiliación ☒ B. Reporte de Novedad ☒		2. Tipo de Afiliación A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia ☒ - Beneficiario o Afiliado Adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐		3. Régimen A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐		Fecha de Radicado 19 08 2026	
5. Tipo de Afiliado A. Cotizante ☒ C. Beneficiario ☐		B. Cabeza de Familia ☐ D. Afiliado adicional ☐		6. Tipo de Cotizante A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐		7. Código (a registrar por la EPS)	

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y Nombres Primer Apellido: Perez Segundo Apellido: Mañoz Primer Nombre: Juan Segundo Nombre: Manuel		9. Tipo de Documento de Identidad CC		10. N° de Documento de Identidad 1.006.352.197		11. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☒		12. Sexo identificación F ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál: <input type="text"/>	
13. Nacionalidad Colombia		14. Lugar de nacimiento País: Colomb Departamento: Valle Municipio: Pradera		15. Fecha de nacimiento 15 05 2003					

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. Etnia		17. Comunidad		18. Discapacidad Categoría de la discapacidad: <input type="text"/>		19. Tiene encuesta SISBEN Sí ☐ No ☒		20. Clasificación SISBEN Nivel: <input type="text"/> Grupo: <input type="text"/>		21. Grupo de Población Especial	
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL Colpensiones		23. Administradora de Pensión		24. Ingreso Base de Cotización-IBC 1.750.403		25. Tarifa contribución solidaria		26. Residencia Dirección: Calle 6 C# 1-30 Teléfono Fijo: 13207596940 Teléfono Celular: Juanmanu156@gmail.com			
27. Zona Cabecera municipal ☒ Centro Poblado ☐ Rural disperso ☐ Resto rural ☐		28. Zona Cabecera municipal ☒ Centro Poblado ☐ Rural disperso ☐ Resto rural ☐		29. Zona Cabecera municipal ☒ Centro Poblado ☐ Rural disperso ☐ Resto rural ☐		30. Zona Cabecera municipal ☒ Centro Poblado ☐ Rural disperso ☐ Resto rural ☐		31. Zona Cabecera municipal ☒ Centro Poblado ☐ Rural disperso ☐ Resto rural ☐		32. Zona Cabecera municipal ☒ Centro Poblado ☐ Rural disperso ☐ Resto rural ☐	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

27. Apellidos y Nombres Primer Apellido: <input type="text"/> Segundo Apellido: <input type="text"/> Primer Nombre: <input type="text"/> Segundo Nombre: <input type="text"/>		28. Tipo de Documento de Identidad		29. N° de Documento de Identidad		30. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☐		31. Sexo identificación F ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál: <input type="text"/>	
32. Nacionalidad		33. Lugar de nacimiento País: <input type="text"/> Departamento: <input type="text"/> Municipio: <input type="text"/>		34. Fecha de nacimiento DD / MM / AAAA					

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

35. Apellidos y Nombres B1 Primer Apellido: <input type="text"/> Segundo Apellido: <input type="text"/> Primer Nombre: <input type="text"/> Segundo Nombre: <input type="text"/> B2 Primer Apellido: <input type="text"/> Segundo Apellido: <input type="text"/> Primer Nombre: <input type="text"/> Segundo Nombre: <input type="text"/> B3 Primer Apellido: <input type="text"/> Segundo Apellido: <input type="text"/> Primer Nombre: <input type="text"/> Segundo Nombre: <input type="text"/> B4 Primer Apellido: <input type="text"/> Segundo Apellido: <input type="text"/> Primer Nombre: <input type="text"/> Segundo Nombre: <input type="text"/> B5 Primer Apellido: <input type="text"/> Segundo Apellido: <input type="text"/> Primer Nombre: <input type="text"/> Segundo Nombre: <input type="text"/>		36. Tipo Documento		37. N° documento de identidad		38. Nacionalidad		39. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☐		40. Sexo identificación F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál: <input type="text"/>		41. Lugar de nacimiento País: <input type="text"/> Departamento: <input type="text"/> Municipio: <input type="text"/>		42. Fecha de Nacimiento DD / MM / AAAA	
--	--	--------------------	--	-------------------------------	--	------------------	--	---	--	---	--	--	--	---	--

Datos Complementarios del beneficiario

43. Parentesco		44. Etnia		45. Comunidad		46. Grupo de población especial		47. Tiene encuesta SISBEN Sí ☐ No ☐		48. Clasificación SISBEN Nivel: <input type="text"/> Grupo: <input type="text"/>		49. Discapacidad Categoría de discapacidad: <input type="text"/>		50. Incapacidad permanente Sí ☐ No ☐	
B1		B2		B3		B4		B5							

51. Datos de Residencia

Departamento		Municipio / Distrito		Zona Cabecera Municipal ☐ Centro poblado ☐ Rural disperso ☐ Resto rural ☐		Teléfono fijo y/o celular		52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)	
B1		B2		B3		B4		B5	

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

Dirección		Localidad / Comuna		Correo electrónico	
B1		B2		B3	

54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)

C		B1		B2		B3		B4		B5	
---	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--

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

55. Nombre o Razón Social		56. Tipo de Documento de Identidad		57. Número de Identificación		58. Tipo de Aportante o Pagador de pensiones (A Registrar por la EPS)	
59. Ubicación Dirección: <input type="text"/> Teléfono: <input type="text"/> Correo Electrónico: <input type="text"/> Departamento: <input type="text"/> Municipio/Distrito: <input type="text"/>							

12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
14. Movilidad: A. Régimen Contributivo ☐
B. Régimen Subsidiado ☐
C. Mismo Régimen ☐
D. Diferente Régimen ☐
15. Traslado: A. Mismo Régimen ☐
B. Diferente Régimen ☐
16. Reporte de Fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia
17. Reporte del trámite de protección al cesante.
18. Reporte de la calidad de pre-pensionado.
19. Reporte de la calidad de pensionado.
20. Ingreso a Contribución Solidaria.
21. Retiro de Contribución Solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos Básicos de Identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de Documento de Identidad		Número de documento de Identidad	62. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☐
65. EPS anterior		66. Fecha de novedad DD / MM / AAAA	67. Motivo de traslado Código: <input type="text"/>
		68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	64. Fecha de Nacimiento DD / MM / AAAA

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios
72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
76. Autorización para que la EPS 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 Sisbén vigente

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de Documento de Identidad:	Número del documento de Identidad:			

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio
--	---

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad: CN ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☒ PA ☐ CE ☐ CD ☐ SC ☐ PT ☐
83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres
89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016.
90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

Total Anexos

1

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL y/o INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio Código del Departamento	93. Nombre de la Institución
--	------------------------------

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

94. Apellidos y nombres		95. Firma del funcionario
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre
Tipo de Documento de Identidad	Número de Documento de Identidad	96. Fecha de radicación DD / MM / AAAA
96. Fecha de radicación	97. Fecha de validación DD / MM / AAAA	

OBSERVACIONES:

Jenny Martinez

**ANEXO FORMULARIO DE AFILIACIÓN PBS**

Código FT-GEC-AF-010

Versión: 1

Fecha de actualización:

Las casillas sombreadas son de uso exclusivo de la E.P.S S.O.S

Inicio vigencia del afiliado	1910082026	Código Asesor	2923	Sucursa	004	Ciudad/Municipio	palmira
------------------------------	------------	---------------	------	---------	-----	------------------	---------

CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑOAutorizo la entrega de la Carta de Derechos y Deberes y la Carta de Desempeño en formato electrónico? SI ☐ NO ☒

Correo Electrónico: _____

ENCUESTA DE ENTREGA DE CARTILLA

Con el fin de dar respuesta a la Circular Conjunta Externa 16 de 2013 expedida por el Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud, solicitamos responder el siguiente cuestionario posterior a la lectura que usted realice a la Cartilla del Usuario de nuestra entidad, la cual contiene información de derechos y deberes del afiliado y del paciente y la Carta de Desempeño, ya sea en formato físico o electrónico.

	SI	NO
1. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?	☒	☐
2. ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación la EPS le hizo entrega de la carta de desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	☒	☐
3. ¿Leyó el contenido de la Cartilla de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?	☒	☐
4. ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	☒	☐
5. ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS?	☒	☐

AUTORIZACION TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Los datos personales recopilados a través de este formulario serán utilizados en cumplimiento a la Ley Estatutaria 1751 del 2015, en consecuencia, la utilización de estos datos se limita exclusivamente a la prestación del servicio de salud y a las actividades derivadas de este servicio. Esto incluye el envío de comunicaciones por cualquier medio físico, comunicación convencional, otros medios de mensajería instantánea, bots y la incorporación de tecnologías emergentes que permitan mejorar la comunicación para la protección de sus derechos del afiliado y su grupo familiar. Adicionalmente, los datos personales se utilizarán para el cumplimiento de nuestras obligaciones legales, tales como la entrega de información a organismos y entidades de control, el acceso a datos de otros actores del SGSSS para la prestación de servicios de salud, el cumplimiento de deberes normativos vigentes y la actualización de datos relacionados con los servicios proporcionados por los proveedores de salud. También se utilizarán para llevar a cabo actividades de promoción y prevención, vacunación y otras acciones derivadas de nuestras responsabilidades en el Sistema de Salud, conforme a la normativa aplicable. Para lo anterior, la organización podrá emplear tecnologías emergentes para optimizar el procesamiento y análisis de los datos, sin que esto implique la generación de decisiones automatizadas.

Al marcar la casilla de aceptación, usted autoriza el uso de sus datos personales para: Realizar comunicaciones con fines comerciales, de mercadeo, ventas y mejora de la experiencia del usuario, a través de diversos medios físicos, virtuales y/o telefónicos, como correo electrónico, mensajes de texto (SMS/MMS), mensajes de voz, WhatsApp, redes sociales y otros canales que resulten útiles para promocionar productos o servicios de la EPS, así como los de sus aliados comerciales y estratégicos; Transmitir datos a nivel nacional o internacional a terceros, de acuerdo con la normatividad vigente y para las finalidades previamente autorizadas; Llevar a cabo investigaciones de mercado, analizar el perfil comercial o transaccional de los titulares de los datos, realizar telemarketing, elaborar encuestas de satisfacción y llevar a cabo entrevistas de opinión; Compartir información personal no sensible con aliados comerciales o estratégicos mediante transferencias, para que estos puedan utilizarla para las mismas finalidades autorizadas en esta Política; Realizar estudios técnicos, estadísticos, encuestas, análisis de tendencias de mercado y cualquier otro estudio relacionado con el sector o la prestación de servicios; Crear bases de datos de acuerdo con las características y perfiles de las personas, conforme a lo establecido en la ley; Utilizar los datos para mejorar la implementación de procesos y la prestación de servicios o productos adquiridos u ofrecidos; Realizar procesos de análisis de datos y big data con el fin de optimizar la prestación de servicios y alcanzar los objetivos estratégicos de la organización.

Si usted decide no marcar la casilla de aceptación, sus datos serán actualizados y utilizados únicamente para garantizar la prestación del servicio de salud y las actividades derivadas de este, incluida la operación del Programa de Equipos Básicos de Salud de conformidad con la Ley Estatutaria 1751 del 2015 y el Decreto 780 del 2016, con el fin de no afectar o impedir el ejercicio de su derecho a la salud. Para conocer nuestra Política de Tratamiento de Datos Personales y cómo ejercer sus derechos de acceso, rectificación, actualización y supresión, visite www.sos.com.co.

SI ☒ NO ☐

Firma del Cotizante: _____

C.C. N° 1006352197

Declaración de Convivencia

Nosotros _____ y _____
identificados como aparece al pie de nuestras firmas, bajo la gravedad del juramento declaramos que a la fecha de diligenciamiento del formulario de afiliación a la Entidad Promotora de salud SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. Convivimos en condición de compañeros permanentes.

Firma del Cotizante
C.C N°:Firma del Compañero(a)
C.C N°:

COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

Pradera valle, 19 de agosto de 2026

Señor

RUBEN DARIO MANYOMA ASPRILLA

DIRECTOR EJECUTIVO

IMDERPRADERA

E. S. D.

Yo Juan Manuel Pérez Muñoz identificado tal como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio manifiesto que:

1. Apoyo la acción del Estado colombiano y del IMDERPRADERA para fortalecer la transparencia y la rendición. de cuentas de la administración pública.
2. No estoy en causal de inhabilidad alguna para celebrar el contrato objeto del Proceso de Contratación.
3. Me comprometo a no ofrecer y no dar dádivas, sobornos o cualquier forma de halago, retribuciones o prebenda a servidores públicos o asesores de la Entidad Contratante, directamente o a través de sus empleados, contratistas o tercero.
4. Me comprometo a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto o efecto la colusión en el Proceso de Contratación.
5. Conozco las consecuencias derivadas del incumplimiento del presente compromiso anticorrupción.

Para constancia de lo anterior, se firma en Pradera, Valle a los 19 días del mes de agosto del dos mil veintiséis (2026)

Atentamente,



Firma

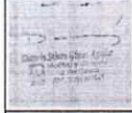
C.C.

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL



Lugar de realización: PALMIRA / Calle 32 A # 30- 05 Barrio Centro

Dando cumplimiento a la Resolución 1843 del 2025 del Ministerio de Protección Social, a la empresa solo se le enviará el informe con el concepto respectivo y el resultado de los exámenes generados en la consulta.

INFORMACIÓN DE LA EMPRESA							
NOMBRE DE LA EMPRESA	PARTICULAR MEDICINA		EMPRESA USUARIA				
NIT	111111111	DIRECCIÓN EMPRESA	Crr 49 n 49 24				
TELÉFONO	4481044	CIUDAD / DEPARTAMENTO	Medellín / Antioquia				
ACTIVIDAD ECONÓMICA	7010: Actividades de administración empresarial						
INFORMACIÓN DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR							
APELLIDOS Y NOMBRES	JUAN MANUEL PEREZ MUÑOZ					EDAD	23 Años
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CC 1006352197	GENERO	MASCULINO	HIJOS		ESCOLARIDAD	PROFESIONAL
DIRECCIÓN	CALL 6C 1 30		CELULAR	3207596940	CORREO	jjuanmanu15@gmail.com	
EPS	SOS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD E.P.S. S.A.			IMC	26.37	HEMOCLASIF.	B +
ARL	NINGUNA		AFP	NO REFIERE			
INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL							
CARGO / OCUPACIÓN	ENTRENADOR DE FUTBOL		FECHA	2026-08-19	HORA INGRESO	09:13:22	
EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL							
TIPO DE EXAMEN REALIZADO:	PREINGRESO		CONCEPTO: CUMPLE PARA EL PERFIL DEL CARGO				
TIPO DE RESTRICCIONES:	NO APLICA		ÁREA DE LAS RESTRICCIONES:	NINGUNA		CERTIFICADOS ADICIONALES:	
MOTIVO:	NO APLICA		INGRESO AL PROGRAMA PREVENTIVO:				
APTITUD DE TAREAS	NINGUNA						
EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS							
EXÁMENES: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO							
ENFASIS: ENFASIS OSTEOMUSCULAR							
ANEXOS EXÁMENES COMPLEMENTARIOS							
MÉDICAS PERSONALES • Bajar de peso, se indica hábitos saludables de vida, realizar actividades deportivas y recreativas, se fomenta hábitos saludables de trabajo, Alimentación balanceada. • Se informa asistir o continuar en controles preventivos por el medico Líder de su EPS u especialista tratante (oftalmología) para definir conducta u seguir indicaciones de su ultimo control							
CONDUCTAS - CONDUCTAS RESTRICTIVAS: NINGUNA							
CONDUCTAS - CONDUCTAS PREVENTIVAS: • Se indica hábitos de vida saludables (dieta baja en sal y, azúcar) realizar actividad física y controles preventivos en su EPS. • Utilizar gafas y/o lentes de forma permanente y actualizar anualmente la fórmula. • Capacitar en la prevención de los riesgos propios del oficio a realizar							
CONDUCTAS - RECOMENDACIONES AL PERFIL DEL CARGO: NINGUNO / NO APLICA							
OBSERVACIONES GENERALES (ENFASIS OSTEOMUSCULAR): El trabajador debe cumplir los procedimientos de trabajo seguro, participar en las actividades del SG-SST y usar estrictamente la dotación y Elementos de Protección Personal (EPP) asignados. Debe aplicar las normas de autocuidado preventivo (higiene postural, manejo seguro de cargas y desplazamientos).							
OBSERVACIÓN Y CONCLUSIÓN FINAL (ENFASIS OSTEOMUSCULAR): Durante su Valoración Médico ocupacional, NO se evidenció hallazgos de patología o sintomatología de origen osteomuscular que pudieran genera limitaciones o riesgo para desempeñar sus funciones laborales							
OTRAS OBSERVACIONES: NO							
OBSERVACIÓN ÁREA DE VACUNACIÓN: Durante su evaluación médica ocupacional se realizó revisión de los antecedentes de vacunación, en el momento cuenta con esquema de vacunación completo para sars cov-2.							
CLASIFICACION GATISO OSTEOMUSCULAR: SI				TIPO: 1	GRUPO: C, E		
INGRESARLO AL PVE PREVENTIVO				NINGUNA			
REMISIÓN Y CONTROLES POR SU EPS				NUTRICIONISTA, OPTOMETRA			
ESTÁ EN CONTROLES CON LA ARL				NO			
FIRMAS							
 DARWIN STIVEN GOMEZ AGUILAR RM: RM.1059903521 L.S.O.2467/2036 C.C. 1059903521 Médico Evaluador				 JUAN MANUEL PEREZ MUÑOZ CC 1006352197 Trabajador Evaluado			
CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVO A LOS EXÁMENES							
• Las respuestas dadas por mi en este(os) exámenes(es) están completas y son verificadas autorizo a la IPS para que suministre las recomendaciones médicas ocupacionales descritas anteriormente, dando cumplimiento el decreto 1072 del 2015 y las normas que la modifiquen, adiciones, sustituyan o deroguen, para retroalimentar los SVE (SISTEMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICO) / programas de salud y se recomienda realizar exámenes ocupacionales anualmente acorde a la matriz de peligro y profesiograma. • Se entrega al trabajador la información de los resultados, pruebas o valoraciones complementarias ocupacionales (pre-ingreso, periódico y/o retiro), dando cumplimiento con la (Resolución 1843 del 2025 artículo 18), y las normas que la modifiquen, adiciones, sustituyan o deroguen, con la única finalidad en la promoción de la salud de los trabajadores y de los mecanismos de prevención y control de alteraciones de la salud. • Según lo contemplado en las Resolución 1843 del 2025 y Decreto 1072/2015 - Artículo 2.2.4.6.13 numerales 1 y 2 del ministerio de trabajo y salud y protección social, y las normas que la modifiquen, adiciones, sustituyan o deroguen, las evaluaciones médicas ocupacionales tiene como objeto monitorear la exposición a factores de riesgo ocupacional e identificar las posibles alteraciones de la salud temporales, permanentes o secundarias a la labor o por el medio ambiente de trabajo al cual está expuesto el trabajador, y para detectar precozmente enfermedades de origen común agravadas por la exposición a los mismos.							

La información incluida en este concepto es copia fiel de los datos contenidos en la historia clínica ocupacional. | Impreso: 2026-08-19 17:35:50