Villavicencio, 31 de agosto de 2026

Doctora:
SIRLEY GUTIERREZ NAVARRO
Personera Auxiliar
Personería Municipal de Villavicencio



Asunto: Presentación de Propuesta frente a Invitación

Cordial saludo,

De la manera más atenta, por medio de la presente me dirijo a usted, para poder realizar la entrega formal de mi propuesta, para prestar mis servicios de acuerdo con los requerimientos y necesidades de la entidad para: **"BRINDAR APOYO A LA OFICINA JURÍDICA Y ATENCIÓN AL USUARIO DE LA PERSONERÍA MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO EN LA GESTIÓN Y TRÁMITE DE LOS ASUNTOS JURÍDICOS Y ADMINISTRATIVOS QUE LE SEAN ASIGNADOS, DE CONFORMIDAD CON LAS FUNCIONES INSTITUCIONALES DE LA ENTIDAD."**

De acuerdo con lo anterior, las obligaciones y/o objetivos específicos corresponden a los siguientes:

OBLIGACIONES GENERALES:

1. Cumplir con el objeto del contrato en los términos pactados.
2. Informar al supervisor(a) las novedades que se presenten durante la ejecución del contrato.
3. Utilizar todos sus conocimientos en el apoyo a la Personería Municipal de Villavicencio y ejercer sus actividades con honestidad, eficiencia y calidad, dentro de un ambiente de cordialidad y respeto para los demás.
4. Contar con los elementos de protección personal EPP y/o elementos de Bioseguridad necesarios para ejecutar la actividad contratada, invirtud del cumplimiento de la norma.
5. Guardar la debida reserva y confidencialidad sobre los documentos que le sean entregados o tenga conocimiento con ocasión de la ejecución del contrato.
6. Garantizar la afiliación ante el sistema de seguridad social integral en los términos establecidos en la ley 100 de 1993, (EPS, Fondo de Pensiones y ARL) y presentar constancia de pago durante la ejecución del contrato, conforme al acápite de FORMA DE PAGO.
7. Asumir el pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, durante toda la vigencia del contrato, conforme a lo dispuesto en el artículo 2.2.4.18.7 del Decreto 514 de 2025 y en la Ley 2381 de 2024. La PERSONERÍA MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO queda exonerada de cualquier responsabilidad derivada del incumplimiento de esta obligación por parte del contratista.", conforme la MANIFESTACION EXPRESA SOBRE EL PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL suscrita por el contratista como anexo a la propuesta presentada.
8. Presentar de forma mensual y conforme se estipule en la forma de pago, los informes de ejecución contractual que registren lo realizado por el contratista en el periodo, junto con los anexos solicitados por la entidad.
9. De conformidad con el artículo 3 del Decreto 2609 de 2012, el contratista será responsable por la gestión documental de las actividades realizadas durante la ejecución del Contrato, para tal, efecto deberá entregar la información digital al supervisor, quien certificará dicha actividad.

OBLIGACIONES AMBIENTALES Y DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

1. Cumplir las disposiciones y directrices en favor de la prevención de la contaminación y la protección del medio ambiente a través del control adecuado de residuos y consumo responsable de recursos.
2. Adquirir y utilizar bienes y servicios amigables con el medio ambiente.
3. Aportar a los aspectos ambientales: Ahorro de energía (apagar equipos), ahorro de agua (utilizar sólo la necesaria) y ahorro de papel (hacer uso del correo e imprimir a doble cara y solo lo necesario).

4. Hacer disposición adecuada de residuos en puntos ecológicos (Blanco: Aprovechables, Verde: Orgánicos Aprovechables, Negro: No Aprovechables) y papeleras (Papel de Oficina), y en los demás sitios en donde se ejecuten las actividades y/o obligaciones.
5. El contratista/proveedor deberá mantener vigente el certificado médico de ingreso, durante la ejecución del contrato (Persona Natural).
6. Acatar las responsabilidades establecidas en el Decreto 1072 de 2015 artículo 2.2.4.2.2.16. Obligaciones del contratista. El contratista/proveedor debe cumplir con las normas del Sistema General de Riesgos Laborales, en especial, las siguientes:

   a. Procurar el cuidado integral de su salud.
   b. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
   c. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.
   d. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.
   e. Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivada del contrato.

7. Conocer los riesgos de Seguridad y Salud en el Trabajo de sus actividades y aplicar las medidas establecidas para su control.
8. Informar oportunamente al supervisor de contrato y al área de seguridad y salud en el trabajo, la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo, enfermedades laborales, actos y condiciones subestándar, daños a la propiedad o al medio ambiente.
9. Realizar y promover pausas activas durante sus actividades.
10. Contribuir al cumplimiento de las políticas del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y Sistema de Gestión Ambiental (Ambiente de trabajo libre de sustancias psicoactivas, alucinógenos, enervantes o que creen dependencia como cigarrillo, vapeadores o alcohol)

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS:

1. Realizar la gestión y trámite de los derechos de petición que sean asignados por el supervisor del contrato, incluyendo las actividades de análisis, elaboración de respuesta y seguimiento correspondiente, de acuerdo con las competencias de la Oficina Jurídica y Atención al Usuario.
2. Elaborar las respuestas a las acciones de tutela y demás actuaciones constitucionales que le sean asignadas por el supervisor del contrato.
3. Realizar la orientación inicial de los usuarios que requieran los servicios de la Personería Municipal, mediante la identificación de sus necesidades y direccionamiento a la dependencia correspondiente, de acuerdo con las competencias de la entidad.
4. Apoyar las actividades de organización, clasificación y actualización del archivo y demás labores de gestión documental que sean requeridas por la entidad, de acuerdo con las directrices impartidas por el supervisor del contrato.

TIEMPO DE EJECUCIÓN: TRES (03) MESES

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: NUEVE MILLONES DE PESOS M/CTE ($9.000.000).

TIPO DE CONTRATO: Contrato de prestación de servicios.



MADELEIN CAMILA OLAYA GUZMAN
CC: 1.122.920.284 de Villavicencio
Correo: camila.olayaguzman09@gmail.com
Dirección: Cra 22A 37 32 Barrio Santa Ines

MANIFESTACION EXPRESA SOBRE EL PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

Villavicencio, 31 de agosto de 2026

Doctora:
SIRLEY GUTIERREZ NAVARRO
Personera Auxiliar
Personería Municipal de Villavicencio

ASUNTO: MANIFESTACION EXPRESA SOBRE EL PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

Yo, MADELEIN CAMILA OLAYA GUZMAN, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.122.920.284 de Villavicencio - Meta, en calidad de proponente invitado por la **PERSONERÍA MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO** a presentar propuesta para la celebración de un contrato de prestación de servicios profesionales o de apoyo a la gestión, en atención a dicha invitación, y de conformidad a lo dispuesto el artículo 2.2.4.18.7 del Decreto 514 de 2025, ***Por el cual se reglamenta y compilan las normas del Sistema de Protección Social Integral para la Vejez, Invalidez y Muerte de origen común, contemplado en la Ley 2381 de 2024 y se dictan otras disposiciones,*** manifiesto de manera libre, expresa, previa y espontánea mi voluntad de asumir de forma íntegra y directa la gestión, realización y pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, durante la vigencia del contrato a suscribir con **PERSONERIA MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO**, documento que hace parte integral a la propuesta presentada.

Que con fundamento en lo dispuesto en el artículo 2.2.4.18.7 del Decreto 514 de 2025, a pesar que permite que las partes convengan que dicha carga la puede asumir la parte contratante, no es mi interés trasladar esta responsabilidad a la entidad contratante. Por lo tanto, como CONTRATISTA manifiesto previamente al negocio jurídico, que asumiré el pago de los aportes al sistema de manera personal, exonerando así a la **PERSONERIA MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO** de las obligaciones contempladas en la Ley 2381 de 2024, especialmente en sus artículos 7 y 21.

Declaro conocer y aceptar las consecuencias jurídicas y administrativas derivadas de este acuerdo, y me comprometo a efectuar el pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral conforme a la normatividad vigente.

Atentamente,

MADELEIN CAMILA OLAYA GUZMAN
CC: 1.122.920.284 de Villavicencio – Meta.

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
Olaya	Guzman	Madelein Camila

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1122920284	F (X) M ( ) NB ( )	COL. ( ) EXTRANJERO ( )	

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA
FECHA DIA 09 MES 11 AÑO 2004	
PAÍS	PAÍS DEPTO
DEPTO	MUNICIPIO
MUNICIPIO	TELÉFONO EMAIL camila.olayaguzman09@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	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2021

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	
PREGRADO	9	X		ABOGADA	06	2026	

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 ABOGYASES S.A.S				*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO META	*MUNICIPIO* VILLAVICENCIO						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3116339885	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	02	*Mes*	03	*Año*	2023	*Día*	31	*Mes*	10	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL ABOGADA - ASISTENTE JUDICIAL	*DEPENDENCIA* ACTIVIDADES JURIDICAS						*DIRECCIÓN* CARRERA 30A 39 40 oficina 21					

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	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	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	2026-08-06 16:44

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
MADELEIN	CAMILA	OLAYA	GUZMAN

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1122920284

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	META	Municipio	VILLAVICENCIO

Lugar de domicilio					
País	COLOMBIA	Departamento	META	Municipio	VILLAVICENCIO

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	PERSONERIA DE VILLAVICENCIO

Lugar de sede					
País	COLOMBIA	Departamento	META	Municipio	VILLAVICENCIO

Dirección	["Calle 37 A No 19C - 20 \r\n\r\n"]
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

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	
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$0,00

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	$2.000.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

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:

Villavicencio 31 de agosto de 2026

Señores
PERSONERIA MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO
Ciudad

Asunto: CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

Por medio del presente escrito yo **MADELEIN CAMILA OLAYA GUZMAN** identificada con cedula de ciudadana No. 1.122.9202.284 de Villavicencio – Meta, declaro que conozco las causales de inhabilidad e incompatibilidad para contratar con las Entidades Estatales de conformidad con el artículo 8 de la Ley 80 de 1993, articulo 18 de la Ley 1150 de 2007, Ley 1474 de 2011 y demás normas vigentes sobre la materia, como también de las sanciones establecidas por la trasgresión de las mismas, establecidas en el numeral 7 del artículo 26 y articulo 44 numeral 1 de la Ley 80 de 1993.

Conforme a lo anterior, **declaro bajo la gravedad del juramento** que se entiende prestado con la firma del presente documento, que no me encuentro incurso en ninguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidad de que tratan las leyes anteriores citadas para contratar con la **PERSONERIA MUNICIPAL DE VILLAVICENCIO**.

Atentamente,

MADELEIN CAMILA OLAYA GUZMAN
CC No. 1.122.920.284 de Villavicencio – Meta.

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



Apellidos
OLAYA GUZMAN

NUIP 1.122.920.284

Nombres
MADELEIN CAMILA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.60

Sexo
F

Fecha de nacimiento
09 NOV 2004

G.S.
A+

Lugar de nacimiento
VILLAVICENCIO (META)



Fecha y lugar de expedición
21 NOV 2022, VILLAVICENCIO

Firma

Fecha de expiración
22 NOV 2032

.CO

008794817



REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL008794817452001<<<<<<<<<<<
0411099F3211223COL1122920284<5
OLAYA<GUZMAN<<MADELEIN<CAMILA<

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141267096310

(415)7707212489984(8020) 000014126709631 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 2 2 9 2 0 2 8 4	6	Impuestos y Aduanas de Villavicencio 2 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 1 2 2 9 2 0 2 8 4	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Meta 5 0	Villavicencio 0 0

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
OLAYA	GUZMAN	MADELEIN	CAMILA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Meta 5 0	Villavicencio 0 0

41. Dirección principal: CR 22 A 37 32 BRR SANTA INES

42. Correo electrónico: camila.olayaguzman09@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 4 6 5 8 2 5 5 6	3 1 3 2 3 7 7 8 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 2 9 9	2 0 2 3 0 3 2 3	6 9 1 0	2 0 2 5 1 2 0 1				

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 5	4	9	5	2																					

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

52 - Facturador electrónico

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 ☐ 60. No. de Folios: 61. Fecha

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

985. Cargo

BORRADOR DOCUMENTO SIN COSTO

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

PROTEGER EPS

No. de Radicación	Fecha de Radicación
5000183307	10/08/2026

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación [ ] B. Reporte de novedades [X]	A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia [X] - Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]	A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [X] C. Beneficiario [ ]	A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]	CCF055

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y Nombres			
OLAYA (Primer apellido)	GUZMAN (Segundo apellido)	MADELEIN (Primer nombre)	CAMILA (Segundo nombre)

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1122920284	Femenino [X] Masculino [ ]	09/11/2004

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
NO APLICA	Tipo NINGUNA Condición N	1	5

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de pensiones	17. Ingreso de base de cotizante - IBC

18. Residencia			
CR 22A 37 32 (Dirección)	3146582 (Teléfono Fijo)	3146582556 (Teléfono Celular)	camila.olayaguzman09@gmail.com (Correo Electrónico)

VILLAVICENCIO (Municipio/Distrito)	Zona: Urbana [X] Rural [ ]	SANTA INES (Localidad / Comuna)	META (Departamento)

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número de documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres				
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo		28. Fecha de nacimiento
			Femenino	Masculino	
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

PROTEGER EPS Regional Meta RADICADO
Fecha: 10-08-26
Firma:
Recibido para estudio, no implica aceptación

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad - Tipo			Condición	
			F	N	M	T	P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

A. P.

32. Datos de residencia						33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
	Municipio/Distrito	Urbana	Rural	Departamento	Telefono Fijo y/o Celular	
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C SUSALUD INTEGRAL IPS EFICIENTE SAS	5000102336
B1	
B2	
B3	

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicación

Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento

Powered by CamScanner

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad.
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código [ ]
- [ ] 6. Reinscripción en la EPS.
- [ ] 7. inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [x] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 13. Movilidad: [ ] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento.
- [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante.
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado.

VI. DATOS PARA REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segunda nombre

Tipo de documento de identidad [ ] Número del documento de identidad | Sexo Femenino [ ] Masculino [ ] | Fecha de Nacimiento D D M M A A A A | 42. Fecha D D M M A A A A

43. EPS anterior | 44. Motivo de traslado Código [ ] | 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [ ] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la histona clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficianos o afiliados adicionales
- [ ] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades de la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [ ] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiario s o afiliado s adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

X

54. El cotizante, cabeza de la familia o beneficiario

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

IX. ANEXOS

- [x] 56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [x] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] Cantidad: [ ] Total [1]
- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. 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.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la ordep judicial del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. 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 sóbrela ausencia de los dos padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copie del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste le calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBEN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del Municipio	Código del departamento	Número de ficha	Puntaje	Nivel	D D M M A A A A	D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad [ ] | Número del documento de identidad | 71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES:

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

Powered by CamScanner

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

MADELEIN CAMILA OLAYA GUZMAN, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.122.920.284**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 11 de Agosto del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 11:03:53 AM horas del 11/08/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1122920284**

Apellidos y Nombres: **OLAYA GUZMAN MADELEIN CAMILA**

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

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

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, 11/08/2026 11:05:46 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1122920284** y Nombre: **MADELEIN CAMILA OLAYA GUZMAN.**

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. **145546423** . 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

PROCURADURÍA
GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 300978213

PIB
11:06:47

Bogotá DC, 11 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) MADELEIN CAMILA OLAYA GUZMAN identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1122920284:

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 martes 11 de agosto de 2026, a las 11:08:24, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1122920284
Código de Verificación	1122920284260811110824

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

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 11:11:13 horas del 11/08/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1122920284,** Apellidos y Nombres **OLAYA GUZMAN MADELEIN CAMILA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **PERSONERIA DE VILLAVICENCIO**, con NIT **800251167-1** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

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

TIC

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1122920284 **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 11/08/2026 11:14 AM

Código Verificación: **9D3KZ7TP6B**

Válida hasta: **09/11/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

Cruz Roja Colombiana Seccional Meta
PROCESO: SALUD

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

CODIGO: FR-SLD-78 | VERSION: 04 (30/06/2026) | PAG: 1 de 1

Licencia Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo: Resolución Número 3929 del 2016 SDSM

Nº 30634

TIPO DE EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL

Pre-Ingreso	☒	Periódico	☐	Egreso	☐	Cambios de Ocupación	☐
Post-Incapacidad	☐	Retorno Laboral	☐	Seguimiento Condiciones de Salud	☐	Otros	☐

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACION DEL EXÁMEN	FECHA	DD 10 MM 08 AAAA 2026
	CIUDAD	Villavicencio

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

Actividad economica del empleador	NOMBRE DE LA EMPRESA	Ecohuerto de Vida
Servicios Administrativos	EMPRESA EN MISIÓN	

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de documento de identificacion CC, Cedula de ciudadania, CE Cedula Extranjeria, T.I. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

NOMBRES Y APELLIDOS:	GÉNERO	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (Tipo / Número)
Madelem Camila Otaya Guzman	F	21	CC 1.122920284

CARGO AL QUE ASPIRA O DESEMPEÑA	AFP	ARL
Tecnico de apoyo.		
EPS		
Integra EPS.	Proteccion.	

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS APORTADAS

Registrar en la casilla correspondiente las siguientes siglas: N:Normal o A:Alterado, según los resultados presentados; ó NA de NO Aporta/No Aplica

	N	A	NA		N	A	NA		N	A	NA		N	A	NA		N	A	NA
NINGUNA	☒			UROANALISIS			☒	PERFIL LIPIDICO			☒	FROTIS DE GARGANTA			☒	AUDIOMETRIA			☒
SEROLOGIA			☒	HEMOGRAMA			☒	CREATININA			☒	PRUEBAS HEPATICAS			☒	VISIOMETRIA			☒
GLICEMIA			☒	BACILOSCOPIA			☒	KOH Uñas			☒	EKG			☒	ESPIROMETRIA			☒
Otras Pruebas:																			

CONDUCTAS Y RECOMENDACIONES

Estilo de Vida Saludable		Conducta Ocupacional		Conducta Medica	
Iniciar actividad Fisica y Recreativa	☒	Inducción	☒	Remisión a EPS	☒
Desestimulación de consumo de Alcohol	☐	Capacitacion	☒	Remisión a ARL	☐
Desestimulación del Tabaquismo	☐	Pausas Activas	☒	Continuar Tratamiento Patologia Existente	☐
Desestimulación del Consumo de SPA	☐	Otro. Cual?	☐	Otro. Cual?	☐
Cambios Dietarios	☒	Otro. Cual?	☐	Otro. Cual?	☐

REMISIÓN A PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	SI	NO		SI	NO
CARDIOVASCULAR	☒	☐	PSICOSOCIAL	☐	
OSTEOMUSCULAR	☒	☐	EXPOSICIÓN AGENTES	☐	
BIOLOGICO	☐		QUÍMICOS OTRO, CÚAL?		

RECOMENDACIONES

Valoracion por Nutricionista.

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

Examen Pre-Ingreso		Examen Periodico		Examen de Egreso	
Sin Restricciones	☒	Normal	☐	Satisfactorio	☐
Con Restricciones	☐	Requiere Reubicacion Laboral	☐	No satisfactorio	☐
Aplazado	☐	Enfermedad Laboral	☐		
Examen Cambios de Ocupación		**Examen Post-Incapacidad**		**Examen Retorno Laboral**	
Sin Restricciones	☐	Normal	☐	Satisfactorio	☐
Con Restricciones	☐	Requiere Reubicacion Laboral	☐	No satisfactorio	☐
Aplazado	☐	Aplazado	☐	Aplazado	☐
Apto(a) para realizar Trabajo en Alturas: SI___ NO___		Apto(a) para manipulación de Alimentos: SI___ NO___		Apto(a) para trabajo en espacios confinados: SI___ NO___	

Examen Seguimiento a Condiciones de Salud	
Sin Restricciones	☐
Con Restricciones	☐
Aplazado	☐

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 mi 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 clinica la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leido y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Firma:	Jaime Andres Montesdeoca Médico Esp. Salud Ocupacional Universidad de los Llanos Lic. S.O. 1652	Aspirante o Trabajdor Firma:	
Nombre y Apellidos:	Jaime Andres Montesdeoca	Nombre y Apellidos:	Madelem Camila Otaya Guzman.
Registro Médico N°:	Médico Esp. Salud Ocupacional Universidad de los Llanos R.M. 2810 Lic. S.O. 1652	Cédula N°:	1.122920284
Lic. Salud Ocupacional N°:			

Powered by CamScanner

La República de Colombia
y en su nombre, la

Institución Educativa Instituto Nacional Francisco José de Caldas

Villavicencio, Meta

Aprobado y con reconocimiento oficial por la Gobernación del Meta
y la Secretaría de Educación Departamental según Resolución
No. 984 del 18 de Noviembre de 1999

Jornada Diurna

Confiere a:

Olaya Guzman Madelein Camila

Identificado con D.I. No. 1122920284 de Villavicencio-Meta

El Título de:

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Académica (Artículo 28 ley 115 de 1994) según los planes y programas vigentes del proyecto educativo institucional.

JOSÉ BERTULFO TEJERO MUÑOZ
Rector

JAVIER IVAN LAMOUROUX RIVEROS
Secretario

Anotado al folio No. 01 Libro de Registro No. 025 Acta No. 025

Dado en Villavicencio - Meta a los 07 días del mes de Diciembre de 2021

No requiere registro. Decreto No. 921 del 06 de Mayo de 1994. Expedido en el M.E.N.

Escaneado con CamScanner

Powered by CamScanner

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

INSTITUCIÓN EDUCATIVA INSTITUTO NACIONAL
FRANCISCO JOSÉ DE CALDAS

INSCRIPCIÓN S.E. No. 1113006
CÓDIGO DANE No. 150001001266
CÓDIGO ICFES
J.A. No. 010942
J.B. No. 010959
J.C. No. 010967

Villavicencio - Meta

JORNADA DIURNA

En la ciudad de Villavicencio - Meta a los 07 días del mes de Diciembre del año 2021, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de estudiantes del último grado, los suscritos Rector y Secretario Académico en la rectoría de la

INSTITUCIÓN EDUCATIVA INSTITUTO NACIONAL
FRANCISCO JOSÉ DE CALDAS

Institución oficial calendario A. Carácter mixto, con reconocimiento por la Secretaría de Educación del Meta, en el nivel de Educación Básica Secundaria y Media Académica para la jornada Diurna, según Resolución No. 984/1999. 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 se procedió a otorgar el título de:

BACHILLER ACADÉMICO

Al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identificación se relacionan a continuación.

OLAYA GUZMAN MADELEIN CAMILA

D.I: 1122920284 de VILLAVICENCIO-META

Es fiel copia tomadas del Acta General Número **025** del libro **025** de fecha **07** de Diciembre de **2021** que consta de Ciento ochenta y tres (183) estudiantes, que comienzan con el nombre de **AGUIRRE SOPO ASTRID JOHANA** y se cierra con el nombre de **ZULUAGA MORALES LUNA SOFIA**

Firmada por **JOSÉ BERTULFO TEJERO MUÑOZ** (Rector) y **JAVIER IVÁN LAMOUROUX RIVEROS** (Secretario), dada en Villavicencio - Meta a los **07** días del mes **Diciembre** del **2021.**

Rector
JOSÉ BERTULFO TEJERO MUÑOZ
CC. 17324002 de Villavicencio

Secretario
JAVIER IVAN LAMOUROUX RIVEROS
CC. 79619807 de Bogotá DC.

Powered by CamScanner

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA
Radicado: VIL-02-2026-074690
Fecha : 10/08/26 14:15
Sede: Villavicencio

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería Jurídica, Resolución 24195 del 20 de Diciembre de 1983, Mineducación
Resolución N° 501 del 7 de Mayo de 1974, Superintendencia Nacional de Cooperativas
Resolución N° 1850 del 31 de Julio de 2002, Ministerio de Educación.

NIT: 860029924-7
Vigilada Mineducación

"Este documento fue generado a través del sistema de contenidos y es copia fiel del documento electrónico"
"Para convalidar la información de éste documento, ingrese el número de radicado en el siguiente sitio https://gc.ucc.edu.co:16201/vco/ "

EL DEPARTAMENTO DE ADMISIONES REGISTRO Y CONTROL ACADÉMICO DE LA UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA CAMPUS VILLAVICENCIO

CERTIFICA:

Que, **MADELEIN CAMILA OLAYA GUZMÁN**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía Nro. 1122920284 expedida en Villavicencio y código estudiantil 820998, cursó y aprobó en esta Universidad de primero a noveno semestre, del programa de Derecho, de acuerdo con el currículo de la Facultad, desde el primer período académico del 2022, hasta el primer período académico del 2026. Fecha de inicio 01 de febrero de 2022 y fecha de terminación de materias 05 de junio de 2026.

El programa académico DERECHO, obtuvo Resolución de Registro calificado del Ministerio de Educación Nacional Nro. 14248 del 06 de agosto de 2021.

La duración del programa, DERECHO es de 9 semestres equivalentes a 4 años y 6 meses académicos.

El presente documento no tiene validez sin la firma o si presenta borrón o enmendadura. La información contenida en este certificado es extraída directamente del sistema de información académica. En cumplimiento a la ley 527 de 1999 la autenticidad y veracidad de la información se puede hacer a través del enlace: https://gc.ucc.edu.co:16201/vco/ digitando el número de radicado, en el cual se validará que el documento es legítimo y no ha sufrido modificaciones.

Este certificado se expide a solicitud del interesado (a).

Atentamente,



PAULA ANDREA RINCON SANDOVAL
JEFE(A) ADMISIONES Y REGISTRO
Proyectó: Isabel Valencia
Revisó: Paula Rincón
paula.rincons@ucc.edu.co
Vigilada Mineducación

Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

Función Pública certifica que:

MADELEIN CAMILA OLAYA GUZMAN

C.C 1.122.920.284

Participó y completó el curso virtual

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 06 de agosto 2026

Francisco Camargo Salas
Director de Empleo Público

Código: 7611494602000

Certificación
Bancaria

Lunes, 17 de agosto de 2026

Personeria Municipal De Villavicencio

Bancolombia S.A. se permite informar que MADELEIN CAMILA OLAYA GUZMAN identificado(a) con CC 1122920284, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta de ahorros	05750451995	2023-03-23	Activo	*****

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.
*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes numeros: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345.Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortes Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO

Bancolombia

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com.co