Tausa, 07 de septiembre de 2026.

Doctora:
**HELIA LISED PACHON**
**Secretaria de Salud y Desarrollo Social.**

**Asunto:** Propuesta Económica y de prestación de servicios

En atención a su amable invitación, mediante la presente allego propuesta de prestación de servicios profesionales en los siguientes términos de conformidad con la invitación para presentar la propuesta.

**OBJETO:**

**PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA EJECUTAR ACCIONES EN EL PROGRAMA DE ATENCION A LA PRIMERA INFANCIA (HOGAR COMUNITARIO DE BIENESTAR "CORAZONES FELICES") VEREDA PAJARITO DESARROLLADO POR EL ICBF EN EL MUNICIPIO DE TAUSA CUNDINAMARCA.**

Que conozco la información general y la invitación y acepto los requisitos en ésta contenidos.

1. Que me comprometo a ejecutar totalmente el contrato en el plazo que se acordare con el Contratante.
2. Que en caso de que la propuesta sea aceptada me comprometo a suscribir el contrato, dentro de los términos señalados para ello.

Declaro BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, sujeto a las sanciones establecidas en el Art. 442 del Código Penal (Ley 599/00):

Que la información contenida en la propuesta es verídica y asumo total responsabilidad frente al Contratante cuando los datos suministrados sean falsos o contrarios a la realidad, sin perjuicio de lo dispuesto en el Código Penal y demás normas concordantes, por lo cual AUTORIZO a la ALCALDIA DE TAUSA para que sea verificada la información y documentación aportada.

Que no me hallo incurso (a) en causal alguna de inhabilidad e incompatibilidad de las señaladas en la Constitución y en la Ley y no me encuentro en ninguno de los eventos de prohibiciones especiales para contratar.

Que no me hallo reportado (a) en el Boletín de Responsables Fiscales vigente, publicado por la Contraloría General de la República, de acuerdo con lo previsto en el numeral 4 del artículo 38 de la Ley 734 de 2002 (C.D.U.), en concordancia con el artículo 60 de la Ley 610 de 2000.

Que no he sido sancionado por ninguna Entidad Oficial por incumplimiento de Contratos Estatales mediante providencia ejecutoriada dentro de los últimos CINCO (5) años anteriores a la fecha de presentación de esta propuesta y cumplir con las siguientes obligaciones:

1. Garantizar condiciones adecuadas de higiene, limpieza, desinfección, orden y seguridad en los espacios utilizados por las niñas y niños, realizando las actividades de limpieza de manera permanente y de acuerdo con los protocolos establecidos.

2. Preparación de los Alimentos para los beneficiarios de la unidad de servicio HCB "Corazones Felices" dentro de las medidas sanitarias requeridas teniendo en cuenta minuta patrón.

4. Realizar el manejo, almacenamiento, conservación y disposición adecuada de los alimentos, utensilios y elementos de cocina utilizados en la preparación y suministro de las raciones alimentarias, atendiendo las normas de higiene y manipulación de alimentos.

5. Apoyo en el diligenciamiento de formatos propios de la modalidad de atención y relacionados con las normas de higiene y manipulación de alimentos.

6. Apoyar la revisión y actualización de carpetas de las niñas y niños teniendo en cuenta lista de Chequeo.

7. Colaborar y hacer presencia en eventos que solicite el municipio en lo pertinente a programas de Primera Infancia.

8. Participar en las jornadas de capacitación, asistencia técnica, reuniones y demás espacios de fortalecimiento convocados por la Administración Municipal, el supervisor del contrato, el ICBF o la entidad competente, cuando sean pertinentes para el cumplimiento del objeto contractual.

9. Rendir de forma mensual el informe acerca de las actividades ejecutadas.

10. Atender las solicitudes y requerimiento que realice la Entidad a través del Supervisor del Contrato, el Alcalde Municipal o el delegado de cualquiera de ellos.

11. Apoyar a la oficina misional en el desarrollo de las actividades, eventos, procesos administrativos y demás labores necesarias y solicitadas por el supervisor del contrato o su representante, para el cumplimiento de las labores a cargo de la respectiva oficina misional o cualquier apoyo adicional que sea requerido en función de las labores a cargo de la Alcaldía Municipal

**VALOR DE PROPUESTA**

Se estima en la suma de **SEIS MILLONES OCHOCIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL PESOS ($6.879.000) MONEDA CORRIENTE.,** En este valor se encuentran incluidos los gastos en que incurre el contratista en la legalización del contrato, así como los impuestos de orden Nacional y municipal a que haya lugar, Incluidos los impuestos, tasas, contribuciones y descuentos de carácter Nacional, Departamental, Municipal y todos los costos directos o indirectos que la ejecución del contrato conlleve.

**TIEMPO**

La duración de la presente propuesta será de **TRES (03) MESES** contados a partir de la fecha de firma del acta de inicio. En este valor se encuentran incluidos los gastos en que incurre el contratista en la legalización del contrato, así como los impuestos de orden Nacional y municipal a que haya lugar, Incluidos los impuestos, tasas, contribuciones y descuentos de carácter Nacional, Departamental, Municipal y todos los costos directos o indirectos que la ejecución del contrato conlleve.

**FORMA DE PAGO.**

La entidad cancelará al contratista la suma pactada en el contrato en **TRES (03)** pagos por mensualidad vencida, cada una por un valor de **DOS MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y TRES MIL PESOS ($2.293.000, oo) MCTE.**

Agradezco la atención prestada, quedo atento a su respuesta.

Cordialmente,

Maria Elcy Santos

**MARIA ELCY SANTOS**
CC: 1.076.656.525


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.076.656.525
SANTOS FONSECA
MARIA ELCY
maria elcy santos


FECHA DE NACIMIENTO
22-SEP-1991
CHITA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.57
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
09-OCT-2009 UBATE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
P-1530400-00203328-F-1076656525-20091215
0019049121A 1
28827610

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO
## No. 302439889

PIB
14:25:19
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 05 de septiembre 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) MARIA ELCY SANTOS FONSECA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1076656525:

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 lunes 14 de septiembre de 2026, a las 12:24:57, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 1076656525 |
| Código de Verificación | 10766565252609141224 56 |

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

## Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 01:13:26 PM horas del 14/09/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1076656525**

Apellidos y Nombres: **SANTOS FONSECA MARIA ELCY**

**NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio 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



Todos los derechos reservados.

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, 14/09/2026 01:03:46 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1076656525** y Nombre: **MARIA ELCY SANTOS FONSECA.**

## 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. **147622664** . 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

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 1076656525 **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 14/09/2026 12:38 PM

Código Verificación: **ZHAMSTEJFN**

Válida hasta: **14/12/2026**

---

**Dirección de Gobierno Digital**

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

# 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 13:52:38 horas del 14/09/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1076656525,** Apellidos y Nombres **SANTOS FONSECA MARIA ELCY**

**NO REGISTRA INHABILIDAD**

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ALCALDIA DE TAUSA** , con NIT **899999481-9** 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.

compensar | miplanilla.com

**CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL**

La empresa **MARIA ELCY SANTOS FONSECA**, identificada con **CC** número **1076656525**, aportó por **MARIA ELCY SANTOS FONSECA** identificado(a) con **CC** número **1076656525** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para el periodo de pensión de 2026-8 de la siguiente forma.

| CODIGO | NOMBRE ADMINISTRADORA | COTIZANTE | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | CORRECIÓN | DÍAS | IBC | TARIFA APORTE | COTIZACIÓN Y/O APORTE | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | PERIODO | NÚMERO DE PLANILLA | FECHA DE PAGO | EXONERADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS002 | Salud Total EPS | 59 | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $1,750,905 | 0.12500 | $218,900 | $0 | $0 | Agosto - 2026 | 8394552986 | 27/08/2026 | No |
| 230301 | Porvenir | 59 | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $1,750,905 | 0.16000 | $280,200 | $0 | $0 | Agosto - 2026 | 8394552986 | 27/08/2026 | No |
| 14-11 | ARL SURA | 59 | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $1,750,905 | 0.00522 | $9,200 | $0 | $0 | Agosto - 2026 | 8394552986 | 27/08/2026 | No |

PAGADA

El presente certificado se expide a los 2 días del mes **September** de **2026**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

icontec ISO 9001 CO-SC5852-16
icontec ISO / IEC 27001 CO-SI006-1

| | | |
|---|---|---|
| Secretaría General y de Gobierno | **DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN PERSONAL Y AUTOREPORTE DE CONDICIONES DE SALUD**<br>**ALCALDÍA MUNICIPAL DE TAUSA**<br>**NIT: 899.999.481 – 9** | ALCALDÍA DE TAUSA<br>Área de Contratación<br>8-ene-25 |

| **TIPO DE VINCULACIÓN** | | | |
|---|---|---|---|
| [ ] | FUNCIONARIO | [X] | CONTRATISTA |
| [ ] | PASANTE/JUDICANTE | [ ] | PROVEEDOR |

| **FECHA DE DILIGENCIAMIENTO** |
|---|
| DD 14- MM SEPT - AAAA 2026 |
| elcysantos21@gmail.com |

**INFORMACIÓN PERSONAL**

| PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO | LUGAR DE EXPEDICIÓN |
|---|---|---|---|---|---|
| MARIA | ELCY | SANTOS | FONSECA | CEDULA DE CIUDADANIA | UBATE |

| FECHA DE NACIMIENTO (DD-MM-AA) | | LUGAR DE NACIMIENTO | *GÉNERO | Grupo Sanguineo | ESCOLARIDAD (Bachiller, profesional, especialización, maestría) | ESTADO CIVIL | ETNIA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1991 | | CHITA | Ud. se identifica como | O | Primaria [ ] Bachillerato [X] | Soltero [ ] Casado [ ] | Afrocolombiana [ ] Indigena [ ] |
| Año | | Ciudad o Municipio | Hombre [ ] | | Técnica [ ] Tecnología [ ] | Unión Libre [X] | Mestizo [ ] Palenquero [ ] |
| Dia | 22 | BOYACA | Mujer [X] | + | Pregrado [ ] Especialización [ ] | Divorciado [ ] | Raizal [ ] ROM [ ] |
| Mes | 9 | Departamento | Otro Cual? [ ] | | Maestria [ ] Doctorado [ ] | Viudo [ ] | Otro [X] Cual |

**INFORMACIÓN DE DOMICILIO**

| DIRECCIÓN DE DOMICILIO | BARRIO | ESTRATO | LOCALIDAD ( Aplica para Bogotá D.C) | TELÉFONO FIJO | CELULAR |
|---|---|---|---|---|---|
| VEREDA PAJARITO | N/A | 1 | N/A | N/A | 3102106800 |
| CIUDAD O MUNICIPIO | TAUSA | | | TIPO DE VIVIENDA (Arriendo, Propia, Familiar) | FAMILIAR |

**INFORMACIÓN DE SU ENTORNO FAMILIAR**

Relacione actualmente con quién vive usted:

| NOMBRES Y APELLIDOS | PARENTESCO | CELULAR | EDAD |
|---|---|---|---|
| MICHEL DANIELA FORERO SANTOS | HIJA | N/A | 12 |
| KEVIN SANTIAGO FORERO SANTOS | HIJO | N/A | 14 |
| JHON ALBEIRO FORERO VANEGAS | COMPAÑERO | 3202467520 | 35 |
| | | | |
| | | | |

**ALGÚN INTEGRANTE DE SU NÚCLEO FAMILIAR CERCANO ( QUE VIVA CON UD), PRESENTA ALGÚN TIPO DE DISCAPACIDAD?**

[ ] SI Si su respuesta es afirmativa, por favor especifique cual _____

[X] NO Parentesco: _____

**QUÉ TIPO DE DISCAPACIDAD PRESENTA ?**

**INFORMACIÓN DE LA VINCULACIÓN**

De acuerdo al tipo de vinculación con la entidad, por favor diligencie la siguiente información

| FECHA DE INGRESO-INICIO | CARGO (Solo para personal de Planta) | ÁREA O DEPENDENCIA DONDE DESEMPEÑARÁ LA LABOR |
|---|---|---|
| 20/09/2026 | PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION | SECRETARIA DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL |

| DURACIÓN DEL CONTRATO (Solo para Contratistas) | JEFE INMEDIATO/SUPERVISOR DE CONTRATO |
|---|---|
| 03 MESES | HELIA LISED PACHON RODRIGUEZ |

| INFORMACIÓN ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES (ARL) | INFORMACIÓN FONDO DE PENSIONES | INFORMACIÓN DE EMPRESA PROMOTORA DE SALUD (EPS) |
|---|---|---|
| POSITIVA | Indique el Fondo de Pensiones al cual se encuentra afiliado: _____COLFONDOS_____ | Indique a cual EPS se encuentra afiliado: _____SALUD TOTAL_____ |

**INFORMACIÓN DE CONDICIONES DE SALUD**

La información consignada a continuación, es de vital importancia para establecer actividades encaminadas a conservar, mantener o mejorar el estado de salud. Por esta razón, lo invitamos a responder de forma precisa las preguntas del listado honestamente. Garantizamos que la información registrada será manejada de manera confidencial:

**1. ENFERMEDADES MENTALES O PSIQUIÁTRICAS O DEL COMPORTAMIENTO, por ejemplo:**

[ ] SI
[X] NO

Trastornos del ánimo, depresión o cualquier enfermedad que afecte su comportamiento

Si su respuesta es afirmativa, por favor especifique cuales: _____

**2. ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO, por ejemplo:**

[ ] SI
[X] NO

Epilepsia, Parkinson, Alzheimer, esclerosis múltiple, migraña, meningitis, déficit atencional o cualquier otra enfermedad del cráneo, cerebro, medular o nervios periféricos.

Si su respuesta es afirmativa, por favor especifique cuales: _____

**3. ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO, por ejemplo:**

[ ] SI
[X] NO

Asma, neumonía, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), tuberculosis, alergia, sinusitis, faringitis, laringitis o cualquier enferemdad de los pulmones, pleura o sistema respiratorio

**4. ENFERMEDADES DEL CORAZÓN Y SISTEMA CIRCULATORIO, por ejemplo:**

[ ] SI
[X] NO

Infarto del miocardio, enfermedad coronaria, angina de pecho, hipertensión arterial, solplos, arritmias, accidente cerebrovasculares, várices o cualquier enfermedad del corazón, arterias, venas o sistema circulatorio.

Si su respuesta es afirmativa, por favor especifique cuales: _____

_____

**5. ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO, por ejemplo:**

[ ] SI
[X] NO

Úlceras, tumores del estómago o del intestino, hemorragias digestivas, hemorroides, colitis, pancreatitis, cálculos biliares, cirrosis o cualquier otra enfermedad de los componentes del sistema digestivo como: esófago, estómago, intestino, recto, ano, hígado, esícula viliar, páncreas.

Si su respuesta es afirmativa, por favor especifique cuales: _____

_____

**6. ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS Y DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR, por ejemplo:**

[ ] SI
[X] NO

Lumbago, lumbociática, gota, artritis, artrosis, reumatismo, fracturas, hernia del núcleo pulposo, síndrome del túnel carpiano, enfermedades inmunitarias o autoinmunes como lupus o cualquier otra enfermedad de los componentes del sistema osteomuscular como columna, huesos, músculos y articulaciones.

Si su respuesta es afirmativa, por favor especifique cuales: _____

_____

**7. ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABÓLICAS, por ejemplo:**

[ ] SI
[X] NO

Hipotiroidismo e hipertiroidismo, bocio, dislipidemia, obesidad, bulimia, anorexia, diabetes, resistencia insulínica, enfermedad de Addison, tumor de la hipófisis o tiroides o cualquier otra enfermedad de las glándulas endocrinas, enfermedades nutircionales o metabólicas.

Si su respuesta es afirmativa, por favor especifique cuales: _____

_____

**8. MALFORMACIONES Y/O ENFERMEDADES CONGÉNITAS, por ejemplo:**

[ ] SI
[X] NO

Labio leporino, pie bot (pie zambo o pie equino varo), displasia de cadera, cardiopatias congénitas, sindrome de Down o cualquier otra anormalidad, defecto físico o patología congénita.

Si su respuesta es afirmativa, por favor especifique cuales: _____

_____

**9. ENFERMEDADES GINECOLÓGICAS Y DE LAS MAMAS, por ejemplo: (SÓLO PARA MUJERES)**

[ ] SI
[X] NO

Tumores, quistes, cáncer, miomas, endometriosis, endometritis o cualquier enfermedad de éste sistema como enfermedades del útero, de la mama y ovarios.

Si su respuesta es afirmativa, por favor especifique cuales: _____

_____

**10. ENFERMEDADES RENALES O DEL SISTEMA GENITOURINARIO, por ejemplo:**

[ ] SI
[X] NO

Nefritis, cistitis, cálculo de riñón, hiperplasia, adenoma o cáncer de próstata, varicocele, tumores renales, vesiculares o testiculares o cualquier otra enfermedad de los componentes de éste sistema como riñón, uréter, vejiga, uretra, próstata y genitales.

Si su respuesta es afirmativa, por favor especifique cuales: _____

_____

**11. TUMORES Y/O ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS por ejemplo:**

[ ] SI
[X] NO

Cáncer, quistes, tumores, nódulos, pólios de cualquier locación.

Si su respuesta es afirmativa, por favor especifique cuales: _____

_____

**12. ENFERMEDADES DEL OÍDO, NARÍZ Y/O GARGANTA por ejemplo:**

[ ] SI
[X] NO

Otitis, sordera, adenoides, pólipos nasales, desviación del tabique nasal o cualquier otra enfermedad de los oídos, nariz o garganta.

Si su respuesta es afirmativa, por favor especifique cuales: _____

_____

**13. ENFERMEDADES OCULARES por ejemplo:**

[X] SI
[ ] NO

Miopía, astigmatismo, hipermetropía, estrabismo, presbicia, cataratas, glaucoma, retinopatías o cualquier otra enfermedad de los ojos.

Si su respuesta es afirmativa, por favor especifique cuales: _____Miopía, astigmatismo

_____

**14. ENFERMEDADES INFECCIOSAS PARASITARIAS por ejemplo:**

[X] SI
[ ] NO

Rubéola, citomegalovirus, toxoplasmosis, tuberculosis, enfermedad de Chagas, Hepatittis, Varicela, Dengue, Chikungunya o cualquier otra enfermedad infecciosa.

Si su respuesta es afirmativa, por favor especifique cuales: _____

_____

**15. TRAUMATISMOS, ACCIDENTES Y QUEMADURAS por ejemplo:**

[ ] SI
[X] NO

Indique cualquer accidente con o sin secuelas, detallando si es de origen laboral o no, deformidad adquirida, Traumatismo Craneo Encefálico, fracturas, etc.

Si su respuesta es afirmativa, por favor especifique cuales: _____

_____

**16. ESQUEMAS DE VACUNACIÓN**

[ ] SI
[X] NO

Indique si a usted cuenta con el esquema básico de vacunación durante su niñez y adultez.

Marque con un X cuál de las siguientes vacunas se ha aplicado:

Influenza [X] VPH (Virus de Papiloma Humano) [X] ebre Amarilla [ ]

_____

**17. CIRUGÍAS Y/O HOSPITALIZACIONES ANTERIORES**

[ ] SI

**18. INCAPACIDADES MÉDICAS ANTERIORES**

[ ] SI
[X] NO

Indique si usted ha tenido incapacidades médicas en los últimos 12 meses; cual fue el diagnóstico y cuantos días le fueron otorgados:

Si su respuesta es afirmativa, por favor especifique cuales: _____

**19. PRÓTESIS U ÓRTESIS**

[X] SI
[ ] NO

Señale si usted utiliza algún tipo de rótesis u órtesis tales como: audífonos, lentes ópticos, marcapasos, bastones ortpédicos o muletas, silla de ruedas

Si su respuesta es afirmativa, por favor especifique cuales: _____lentes ópticos_____

**20. OTRAS ENFERMEDADES**

[ ] SI
[X] NO

Escriba si usted padece o ha padecido alguna enfermedad o condicion de salud, lesión o cualquier condiciones médica y/o enfermedad crónica que no esté identificada anteriormente y que se le haya diagnósticado médicamente

Si su respuesta es afirmativa, por favor especifique cuales: _____

**21. TOMA ALGÚN MEDICAMENTO ACTUALMENTE**

[ ] SI
[X] NO

Si su respuesta es afirmativa, por favor especifique cuales_____

CUÁL ES LA DOSIFICACIÓN DIARIA?

**22. ¿TIENE CONOCIMIENTO DE PADECER ALGUNA ALERGIA A ALGÚN ALIMENTO O MEDICAMENTO, POLVO, ETC?**

[ ] SI
[X] NO

Si su respuesta es afirmativa, por favor especifique cuales_____

**23. ESTILOS DE VIDA SALUDABLES**

**FUMA**
[ ] SI
[X] NO

Si su respuesta es afirmativa, por favor indique el promedio diario de consumo de cigarrillos

_____

**CONSUME BEBIDAS ALCOHÓLICAS:**
[ ] SI
[ ] NO

Si su respuesta es afirmativa, por favor indique con que frecuencia consume bebidas alcoholicas

Semanal [ ] Quincenal [ ]
Mensual [ ] Ocasional [X]

**PRACTICA ALGÚN DEPORTE:**
[X] SI
[ ] NO

Cual? _____ATLETISMO Y CICLISMO_____

¿Con que frecuencia lo práctica?

Diario [ ] Mensual [ ]
Semanal [X] Ocasional [ ]
Quincenal [ ]

**24. PRESENTA UD. ALGUNA DISCAPACIDAD**

[ ] SI Si su respuesta es afirmativa, por favor especifique cual_____
[X] NO

**25. SU DISCAPACIDAD ESTA CERTFICADA POR SU EPS?**

[ ] SI Si su respuesta es afirmativa, por favor especifique cual_____
[ ] NO

**25. SÓLO MUJERES.**

**SE ENCUENTRA EN ESTADO DE EMABARZO EN LA ACTUALIDAD?**
[ ] SI
[X] NO

**SE ENCUENTRA LACTANDO EN LA ACTUALIDAD?**
SI
NO

**26. SUFRIÓ UD. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES ALGÚN ACCIDENTE DE TRABAJO?**

[ ] SI
[X] NO

**27.SE ENCUENTRA UD ACTUALMENTE EN PROCESO DE CALIFICACIÓN DE ORIGEN DE ALGUNA ENFERMEDAD LABORAL ?**

[ ] SI
[X] NO

**Entiendo y acepto el registro y uso de mis datos personales, como se estipula en el aviso de privacidad**

**OBSERVACIONES:**

**1.** La información aquí registrada permitirá brindar una atención oportuna en caso de presentarse algún evento inesperado; por tanto, se solicita al funcionario/contratista registrar la información veraz de los datos aquí solicitados.

**2.** El manejo de esta información es confidencial y será de uso exclusivo de la Secretaría General y de Gobierno de la Alcaldía Municipal de Tausa.

**3.** Según lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, se autoriza el uso de la información personal aqui consignada para los fines consagrados en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

**4.** Con el diligenciamiento del presente formato la Alcaldía Municipal de Tausa, da cumplimiento al Decreto 1072 del 26 de Mayo de 2015, "por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo" Capitulo 6 Art. 2.2.4.6.10, numeral 2 Responsabilidades de los trabajadores.

**FIRMAS**

**Declarante:**

# ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

# Instituto Politécnico Latinoamericano Rotherdam

En el municipio de Zipaquirá, a los Veintiun (21) días del mes Diciembre del año dos mil diecinueve (2019) se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de último grado de validación de bachillerato. Los suscritos Rector y Secretaria en el salón de la Rectoría del Instituto Politécnico Latinoamericano Rotherdam, institución Aprobada Hasta Nueva Orden, en el nivel de Educación Media Vocacional para otorgar el título de BACHILLER ACADÉMICO, Según Resolución Nº. 0438 de Mayo 31 de 2019, por la Secretaria de Educación en sistema Virtual.

Comprobada la situación legal y Académica de cada uno de los estudiantes que Cursaron y Aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió o otorgar el título de:

## *BACHILLER ACADÉMICO*

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

## *MARIA ELCY SANTOS FONSECA*

**C.C. No. 1.076.656.525 UBATÉ CUNDINAMARCA**

Fiel Copia tomada del Acta original general Nº. 001 de Junio (27) del 2019, que consta de VEINTI SEIS (26) estudiantes graduados que comienza con el nombre de **ACOSTA BELTRAN GUSTAVO ADOLFO** y cierra con el nombre de **VANEGAS ROCHA ANDREA LILIANA**, firmado y sellado por Ing. John William Tinjacá Espinosa (Rector) y Lic. Diana Carolina Munza Isaza (Secretaria).

Rector

Secretaria

Dado en el municipio de Zipaquirá, a los Veintiun (21) días del mes de Diciembre de dos mil diecinueve. (2019).

Educación

Salud

# FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

## INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

*NIT. 901366232-1*

Aprobado Mediante Resolución No 1700-0549 del 06 de Febrero del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

# *Certifica*

# *María Elcy Santos Fonseca*

## *CC 1076656525 de Ubaté, Cundinamarca*

Realizó y aprobó el Curso en Manipulación de Alimentos Bajo La Resolución 2674 con un total de 80 Horas.

**Verificación:**

Fecha de emisión: 2026-01-07
Fecha de vencimiento: 2028-01-07

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.com.co

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

**LA SUSCRITA SECRETARIA GENERAL Y DE GOBIERNO DEL MUNICIPIO DE TAUSA CUNDINAMARCA**

**CERTIFICA:**

Que la señora **MARIA ELCY SANTOS FONSECA,** identificada con C.C. Número **1.076.656.525** Expedida en Ubate, ejecuto en la Alcaldía Municipal de Tausa Cundinamarca, el siguiente Contrato:

Contrato No. 058 de 2024 cuyo objeto es: **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA EJECUTAR ACCIONES EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA (HOGAR COMUNITARIO DE BIENESTAR "CORAZONES FELICES") VEREDA PAJARITO DESARROLLANDO EL ICBF EN EL MUNICIPIO DE TAUSA CUNDINAMARCA"."** Suscrito el día Veinte (20) de Febrero de 2024, con un plazo de ejecución de Cinco (05) meses, con fecha de terminación del Diecinueve (19) de Julio de 2024.

La presente se expide en Tausa a los Diez (10) días del mes de Febrero de 2025.

**JUAN PABLO SARMIENTO RODRIGUEZ**
Secretario General y de Gobierno

| SERVIDOR PÚBLICO | ELABORADO | REVISADO | APROBADO |
|---|---|---|---|
| Nombres | Clara Martinez | Juan Pablo Sarmiento Rodriguez | Juan Pablo Sarmiento Rodriguez |
| Empleo | Secretaria | Secretario de Gobierno | Secretaria de Gobierno |
| Fecha | 10 de Febrero de 2025 | 10 de Febrero de 2025 | 10 de Febrero de 2025 |
| Firma | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| TAUSA PAZ Y TRABAJO | República De Colombia<br>Departamento de Cundinamarca<br>**ALCALDÍA MUNICIPAL DE TAUSA**<br>**NIT: 899.999.481 – 9** | | ALCALDÍA DE TAUSA |
| | Código Postal: 250410 | TRD: | |
| | Versión: 01 | Fecha: 13/Noviembre/2020 | |

**LA SUSCRITA SECRETARIA GENERAL Y DE GOBIERNO DEL MUNICIPIO DE TAUSA CUNDINAMARCA**

**CERTIFICA:**

Que la señora **MARIA ELCY SANTOS FONSECA,** identificada con C.C. Número **1.076.656.525** Expedida en Ubate, ejecuto en la Alcaldía Municipal de Tausa Cundinamarca, el siguiente Contrato:

Contrato No. 128 de 2024 cuyo objeto es: **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA EJECUTAR ACCIONES EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA (HOGAR COMUNITARIO DE BIENESTAR "CORAZONES FELICES") VEREDA PAJARITO DESARROLLANDO EL ICBF EN EL MUNICIPIO DE TAUSA CUNDINAMARCA"."** Suscrito el día Quince (15) de Agosto de 2024, con un plazo de ejecución de Cuatro (04) meses, con fecha de terminación del Catorce (14) de Diciembre de 2024.

La presente se expide en Tausa a los Diez (10) días del mes de Febrero de 2025.

**JUAN PABLO SARMIENTO RODRIGUEZ**
Secretario General y de Gobierno

| SERVIDOR PÚBLICO | ELABORADO | REVISADO | APROBADO |
|---|---|---|---|
| **Nombres** | Clara Martinez | Juan Pablo Sarmiento Rodriguez | Juan Pablo Sarmiento Rodriguez |
| **Empleo** | Secretaria | Secretario de Gobierno | Secretaria de Gobierno |
| **Fecha** | 10 de Febrero de 2025 | 10 de Febrero de 2025 | 10 de Febrero de 2025 |
| **Firma** | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| TAUSA PAZ Y TRABAJO | República De Colombia<br>Departamento de Cundinamarca<br>**ALCALDÍA MUNICIPAL DE TAUSA**<br>**NIT: 899.999.481 – 9** | | ALCALDÍA DE TAUSA |
| | Código Postal: 250410 | TRD: | |
| | Versión: 01 | Fecha: 13/Noviembre/2020 | |

**LA SUSCRITA SECRETARIA GENERAL Y DE GOBIERNO DEL MUNICIPIO DE TAUSA CUNDINAMARCA**

**CERTIFICA:**

Que la señora **MARIA ELCY SANTOS FONSECA,** identificada con C.C. Número **1.076.656.525** Expedida en Ubate, ejecuto en la Alcaldía Municipal de Tausa Cundinamarca, el siguiente Contrato:

Contrato No. 058 de 2024 cuyo objeto es: **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA EJECUTAR ACCIONES EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA (HOGAR COMUNITARIO DE BIENESTAR "CORAZONES FELICES") VEREDA PAJARITO DESARROLLANDO EL ICBF EN EL MUNICIPIO DE TAUSA CUNDINAMARCA"."** Suscrito el día Veinte (20) de Febrero de 2024, con un plazo de ejecución de Cinco (05) meses, con fecha de terminación del Diecinueve (19) de Julio de 2024.

La presente se expide en Tausa a los Diez (10) días del mes de Febrero de 2025.

**JUAN PABLO SARMIENTO RODRIGUEZ**
Secretario General y de Gobierno

| SERVIDOR PÚBLICO | ELABORADO | REVISADO | APROBADO |
|---|---|---|---|
| Nombres | Clara Martínez | Juan Pablo Sarmiento Rodríguez | Juan Pablo Sarmiento Rodríguez |
| Empleo | Secretaria | Secretario de Gobierno | Secretaria de Gobierno |
| Fecha | 10 de Febrero de 2025 | 10 de Febrero de 2025 | 10 de Febrero de 2025 |
| Firma | | | |

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) | NOMBRES |
|---|---|---|
| SANTOS | FONSECA | MARIA ELCY |

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1076656525

GENERO: F (X) M ( ) NB ( )

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 22 MES 09 AÑO 1991

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: BOYACÁ

MUNICIPIO: CHITA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: VEREDA PAJARITO

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: CUNDINAMARCA

MUNICIPIO: TAUSA

TELÉFONO: EMAIL: elcysantos21@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 |
| | | | | | | | | | | X | AÑO | 2019 |

***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).

## 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*<br>ALCALDIA DE TAUSA | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>CUNDINAMARCA | *MUNICIPIO*<br>TAUSA | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | |
| | *Día* | 26 | *Mes* | 01 | *Año* | 2026 | *Día* | 25 | *Mes* | 08 | *Año* | 2026 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>CONTRATO DE PRESTACION DE APOY | *DEPENDENCIA*<br>SECRETARIA DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CALLE 3 null 3 24 | | | | |

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ALCALDIA DE TAUSA | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>CUNDINAMARCA | *MUNICIPIO*<br>TAUSA | | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>3204981339 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | |
| | *Día* | 28 | *Mes* | 02 | *Año* | 2025 | *Día* | 12 | *Mes* | 12 | *Año* | 2025 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>PRESTACION DE SERVICIOS DE APO | *DEPENDENCIA*<br>SECRETARIA DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL | | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 3 3 null 24 | | | | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

## Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ALCALDIA DE TAUSA | | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>CUNDINAMARCA | *MUNICIPIO*<br>TAUSA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>8583051 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 15 | *Mes* | 08 | *Año* 2024 | *Día* | 14 | *Mes* | 12 | *Año* | 2024 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>PRESTACION DE SERVICIOS DE APO | *DEPENDENCIA*<br>SECRETARIA DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 3 3 24 | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | |
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>ALCALDIA DE TAUSA | | | | *PÚBLICA*<br>X | *PRIVADA* | *PAÍS*<br>COLOMBIA | | | | | |
| *DEPARTAMENTO*<br>CUNDINAMARCA | *MUNICIPIO*<br>TAUSA | | | | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* | | | | | |
| *TELÉFONOS*<br>8583051 | *FECHA DE INGRESO* | | | | | *FECHA DE RETIRO* | | | | | |
| | *Día* | 20 | *Mes* | 02 | *Año* 2024 | *Día* | 19 | *Mes* | 07 | *Año* | 2024 |
| *CARGO O CONTRATO ACTUAL*<br>PRESTACION DE SERVCIOS DE APOY | *DEPENDENCIA*<br>SECRETARIA DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL | | | | | *DIRECCIÓN*<br>CARRERA 3 3 24 | | | | | |

## 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* | | | | | |

## 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 | 2 | 1 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 0 | 0 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 0 | 0 |
| EXPERIENCIA DOCENTE | 0 | 0 |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

**8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA**

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO X 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* Tauba 2026 Septiembre

Maria Elcy Santos Fonseca

*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: 2026-09-14 17:29

| Nombres y apellidos completos | | | |
|---|---|---|---|
| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
| MARIA | ELCY | SANTOS | FONSECA |

Documento de identificación

Tipo: CEDULA DE CIUDADANIA

Número: 1076656525

Lugar de nacimiento

País: COLOMBIA

Departamento: BOYACÁ

Municipio: CHITA

Lugar de domicilio

País: COLOMBIA

Departamento: CUNDINAMARCA

Municipio: TAUSA

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

Lugar de sede

País: COLOMBIA

Departamento: CUNDINAMARCA

Municipio: TAUSA

Dirección: ["Carrera 3 No. 3-24"]

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 |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

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 [X] No [ ]

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 [X]

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---|---|---|---|
| JHON | ALBEIRO | FORERO | VANEGAS |

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA  Número: 1077294581

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:

| |
|---|
| |

Tausa, Cundinamarca, 14 de Septiembre de 2026

Señor
**DAVID ALEJANDRO ORTIZ GARCIA**
Ordenador del Gasto
Tausa, Cundinamarca
E. S. D.

El suscrito declara que:

Conozco las causales de inhabilidad e incompatibilidad para contratar con las Entidades Estatales de conformidad con las Leyes: 80 de 1993, 1150 de 2007, 1474 de 2011 y demás normas sobre la materia, particularmente con la administración municipal de Tausa/Cundinamarca.

Así como las sanciones establecidas por transgresión a las mismas en los artículos 26 numeral 7o. y 52 y los efectos legales consagrados en el Art. 44 numeral. 1o. del Estatuto Contractual.

Por lo expuesto, declaro bajo la gravedad del juramento que se entiende prestado con la firma del presente documento, que no me encuentro incurso en ninguna de ellas, así como declaro no tener ningún tipo de vínculo de consanguinidad o afinidad o cualquier otro que me impida contratar con la entidad.

Dado en Tausa, el día 14 de septiembre de 2026.

Atentamente,

Maria Elcy Santos
Nombre: **MARIA ELCY SANTOS FONSECA**
Cédula de Ciudadanía N° **1.076.656.525** de Ubaté

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario 14978525524

(415)7707212489984(8020) 000001497852552 4

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

## IDENTIFICACIÓN

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

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

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| SANTOS | FONSECA | MARIA | ELCY |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Cundinamarca 2 5 | Tausa 7 9 3 |

41. Dirección principal
VDA PAJARITO

42. Correo electrónico elcysantos21@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 1 0 2 1 0 6 8 0 0 | |

## 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 4 0 2 0 5 | | | | | |

### 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 | 4 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

49 - No responsable de IVA

### 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 [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 1 61. Fecha 2024-02-05 / 02:42:19PM

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 ARBOLEDA CASTRO PAULA ITZAYANA

985. Cargo Analista I

COPIA CONTROLADA DOCUMENTO SIN COSTO

*Dra. Liliam Andrea Cañon Bonza*

Calle 2 # 2-33 Tausa Centro
consultoriodraandreacanon@gmail.com
Tel. 3125741032

# CONCÉPTO MÉDICO OCUPACIONAL

| 4 | FEBRERO | 2025 | TAUSA | *TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL* |
|---|---|---|---|---|
| *DIA* | *MES* | *AÑO* | *CIUDAD* | EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR |

*DATOS DE LA EMPRESA DÓNDE LABORA O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE*

| ALCALDIA DE TAUSA | |
|---|---|
| *Nombre de la empresa* | *Empresa en misión* |

*DATOS DEL TRABAJADOR O ASPIRANTE*

| SANTOS FONSECA MARÍA ELCY | *Género* | *Edad* | *Documento de Identificación* | |
|---|---|---|---|---|
| | FEMENINO | 33 AÑOS | C.C. | 1076656525 |
| *Apellidos y Nombres* | | | *Tipo* | *Numero* |

*CARGO / OCUPACIÓN*

SERVICIOS GENERALES

*CONCÉPTO DE APTITUD OCUPACIONAL*

SATISFACTORIO PARA DESEMPEÑAR LAS FUNCIONES PROPIAS DEL CARGO

*OBSERVACIONES:*

| *CONCÉPTO* | *OTROS CONCÉPTOS* |
|---|---|
| N/A | N/A |

*EL CONCÉPTO DE APTITUD SE DEFINIÓ A PARTIR DE LOS SIGUIENTES EXÁMENES PRACTICADOS:*

| | | | |
|---|---|---|---|
| N/A | OPTOMETRIA | X | EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR |
| N/A | ESPIROMETRÍA | N/A | LABORATORIOS |
| N/A | AUDIOMETRÍA | N/A | OTROS: |

RECOMENDACIONES MÉDICAS: HABITOS DE HIGIENE POSTURAL , AUDITIVO Y VISUAL

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES: USO DE EPP - PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL - CAPACITACIÓN-

HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE: HÁBITOS SALUDABLES - HACER DEPORTE - NO FUMAR - DIETA BALANCEADA

| OTRAS RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES: |
| --- |
| RECOMENDACIONES PREVENTIVAS PARA LA EMPRESA<br><br>CAPACITAR EN EL CARGO /ACTIVIDAD A REALIZAR - HIGIENE POSTURAL Y ERGONÓMICA CON ADECUADOS ÁNGULOS DE CONFORT PARA MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES - IMPLEMENTAR EN EL PUESTO DE TRABAJO EL PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS - CON EL FIN DISMINUIR EL ESTRES, FATIGA Y EL CANSANCIO ORIGINADO POR LOS MOVIMIENTOS REPETITIVOS Y POSICIONES PROLONGADAS - SE SUGIERE SI SU LABOR LO PERMITE - ALTERNAR CAMBIO DE POSICION CADA 40 MINUTOS DE PIEA SENTADO Y VICEVERSA PARA AYUDAR A MEJORAR RETORNO VENOSO - PAUSAS ACTIVAS SEGÚN CRONOGRAMA DE EMPRESA – INCENTIVAR HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES - SE DAN RECOMENDACIONES DE MANEJO DE ESTRÉS - USO DE EPPS SEGÚN ACTIVIDAD Y RIESGO EN EXPOSICIÓN - EVITAR EL USO DE AUDÍFONOS EN JORNADA EXTRALABORAL/ PAUSAS AUDITIVAS - EVITAR INTRODUCIR OBJETOS EN LOS OÍDOS COMO COPITOS Y/O APLICAR SUSTANCIAS - ADECUADA HIDRATACIÓN ORAL CON AGUA CONSTANTEMENTE - EVITAR CONSUMIR EN EXCESO ALIMENTOS MENTOLADOS - CAFEINADOS Y/O PICANTES - REALIZAR EJERCICIO CARDIO RESPIRATORIO - SE DAN RECOMENDACIONES PREVENTIVAS PARA ENFERMEDAD VARICOSA - SE REALIZA EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR - SE SUGIERE USO DE GAFAS CUANDO SEA REQUERIDO: LEER, PANTALLAS, VISIÓN LEJANA, VISIÓN CERCANA, ETC.<br><br>RECOMENDACIONES PREVENTIVAS PARA EL TRABAJADOR<br><br>ESTIRAMIENTOS DE MANOS Y ESPALDA A NECESIDAD – BUENAS POSTURAS: ERGONOMÍA E HIGIENE POSTURAL - EJERCICIO FÍSICO 40 MIN DIARIOS (TROTAR CAMINAR NATACIÓN YOGA ETC) - DIETA BALANCEADA RICA EN FIBRA PROTEÍNA VEGETALES Y FRUTAS - PRACTICAR HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES CONTINUAR NORMAS DE BIOSEGURIDAD , USO DE TAPABOCAS DE MANERA CORRECTA, VACUNACIÓN, LAVADO DE MANOS, USO ADECUADO DE EPP SEGÚN EL CARGO Y ACTIVIDAD, USO DE EPPS SEGÚN ACTIVIDAD Y CARGO- ALTERNAR POSTURAS DE PIE Y SENTADO, CONTROL EN EPS CON OPTOMETRÍA ANUALMENTE Y MEDICINA OCUPACIONAL |

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



*MÉDICO*

Dra Liliam Andrea Cañon Bonza
Médico General
RM 1032380829
Especialista SST LIC 14335/2017

*Firma*

*Nombre LILIAM ANDREA CAÑON BONZA*

*Registro Médico 1032380829*

*L.S.O. 14335/2017*

*PACIENTE*

*Firma* María Elcy Santos

*Santos Fonseca Maria Elcy*

*C.C 1076656525*

Banco de Bogotá

Nit.860.002.964.4
Calle 36 N° 7 - 47 Bogotá

**REFERENCIA BANCARIA**

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que MARIA ELCY SANTOS FONSECA, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 1.076.656.525 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuenta de Ahorros Cuentas Privadas No. 822217659, abierta/o desde el 21/7/2022.

Se expide en Bogotá el día 15 del mes de Septiembre del año 2026

Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO