Villavicencio, Meta, 17 julio de 2026

Doctor,
JORGE ANDRÉS BAQUERO VANEGAS
DIRECTOR EJECUTIVO.
ASOCIACIÓN SUPRADEPARTAMENTAL DE MUNICIPIOS PARA EL PROGRESO "ASOSUPRO"
Carrera 33 Nº 37 - 35 Centro

Ref. Presentación Propuesta de Servicios Profesionales.

Por medio de la presente, yo, **MARÍA PAULA SÁNCHEZ LÓPEZ,** identificada con cédula de ciudadanía No. 1.015.449.927 de Bogotá, Ingeniera Industrial, me permito presentar a consideración de la **ASOCIACIÓN SUPRADEPARTAMENTAL DE MUNICIPIOS PARA EL PROGRESO – ASOSUPRO** propuesta para la "PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL APOYO A LA SUPERVISIÓN DEL PROYECTO FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES PRODUCTIVAS Y DE GESTIÓN EMPRESARIAL EN 50 UNIDADES PRODUCTIVAS DEL MUNICIPIO DE PAZ DE ARIPORO CASANARE." de conformidad con los requerimientos establecidos por la Entidad.

Declaro bajo mi propia responsabilidad:

1. En caso de resultar favorecido dentro del proceso de selección, suscribiré el contrato respectivo y me obligo a cumplir íntegramente con lo pactado en el correspondiente negocio jurídico, conforme a las condiciones establecidas por la Entidad y la normatividad vigente.

2. Conozco el estudio de conveniencia elaborado por la Entidad, así como las condiciones allí previstas y las establecidas en la legislación colombiana aplicable, las cuales aceptó de manera expresa, libre e incondicional.

3. La información suministrada en los documentos que integran la presente oferta es veraz, completa y exacta, comprometiéndose por su contenido y garantizando la autenticidad de los datos e informaciones aportadas.

4. Declaro que no me encuentro incurso(a) en ninguna de las causales de inhabilidad o incompatibilidad previstas en la Constitución Política, en la Ley 80 de 1993 y en sus normas reglamentarias y complementarias, ni figuro inscrito(a) en el Boletín de Responsables Fiscales, de conformidad con lo dispuesto en el numeral 4 del artículo 38 de la Ley 734 de 2002, en concordancia con el artículo 60 de la Ley 610 de 2000, que me impidan participar en procesos de contratación estatal y suscribir contratos con entidades públicas.

Considero que reúno las condiciones de idoneidad, experiencia y capacidad exigidas en el proceso de contratación, por las siguientes razones:

Cuento con la formación académica, la experiencia y los conocimientos técnicos y profesionales suficientes para ejecutar de manera adecuada y oportuna las actividades requeridas para el cumplimiento del objeto del contrato, conforme a los términos de referencia, el estudio de conveniencia y la normatividad vigente aplicable.

Obligaciones como contratista

En caso de resultar favorecido(a) dentro del proceso de selección, suscribiré el contrato respectivo y me obligo a cumplir de manera integral, oportuna y conforme a la normatividad vigente, con las siguientes obligaciones:

OBLIGACIONES GENERALES:

1. Ejecutar el contrato de acuerdo con lo pactado y realizar las labores en forma independiente, bajo su propio riesgo y responsabilidad, sin sujeción o condiciones diversas a aquellas que requieran para el cumplimiento del objeto contractual y sin que ello implique exclusividad.
2. El/la contratista no podrá, hacer uso, ni difundir, reproducir total o parcialmente, almacenar y envía por dispositivos electrónicos, comercializar o publicar en páginas o redes sociales, de los eventos y actividades que son usadas para la socialización y divulgación de la oferta institucional, obligándose a mantener la confidencialidad de estas, la cual dará a conocer periódicamente en su informe de actividades.
3. Guardar la debida reserva de los asuntos de los cuales conozca con ocasión de la ejecución del presente contrato.
4. Presentar los informes de ejecución contractual y la correspondiente cuenta de cobro de manera mensual, conforme al cronograma establecido por la Entidad contratante.
5. Realizar el pago de los aportes al sistema general de seguridad social integral (Salud, Pensión y Riesgos Laborales) de acuerdo con el IBC correspondiente.
6. Suscribir las actas y documentos necesarios para el desarrollo del objeto contractual.
7. Obrar con transparencia, moralidad, diligencia y buena fe en todas las actuaciones que se emanen con ocasión a la actividad contractual.
8. No acceder a peticiones o amenazas de quienes actúen por fuera de la ley con el fin de obligarlo a hacer u omitir algún acto o hecho, informando inmediatamente a LA ENTIDAD y demás autoridades competentes cuando se presenten tales peticiones o amenazas.
9. Tener una cuenta corriente o de ahorros en una entidad bancaria para el efectivo desembolso de los honorarios pactados.
10. Responder por sus actuaciones u omisiones derivadas de la celebración del presente contrato y de la ejecución del mismo.
11. Asumir todos los costos que genere la suscripción y ejecución del presente contrato.
12. Informar oportunamente al supervisor toda novedad derivada del contrato.
13. Dar cumplimiento y participar según indicación del supervisor en la política integrada de gestión, que involucra (Seguridad y Salud en el Trabajo, Medio Ambiente y Calidad), el contratista deberá asumir los costos que impliquen las medidas de seguridad y salud en el trabajo.
14. Cumplir con la regulación especial aplicable para cada documento que se genere, administre o custodie, atendiendo a las políticas de archivística y de reserva o tratamiento especial de la información cuando ello aplique, teniendo en cuenta a su vez las directrices emitidas por la Entidad contratante.
15. Utilizar en debida forma las claves asignadas para el ingreso a los sistemas de información y gestión de la entidad, que requiera para la ejecución del contrato y al finalizar el mismo, informar para su desactivación y, garantizar la seguridad y reserva de la información conocida por estos u otros medios durante la ejecución del contrato.
16. Participar en las reuniones presenciales y/o virtuales que sean convocadas para la ejecución del contrato.

17. Abstenerse de emplear un lenguaje discriminatorio por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica, debiendo mantener una comunicación respetuosa con toda la comunidad, con ocasión a la ejecución del contrato.
18. Contar con todos los equipos y herramientas necesarios para la correcta ejecución del contrato celebrado.
19. Participar en las capacitaciones y/o cursos dictados por la función pública u órgano de carácter público o privado según requerimiento realizado por el supervisor del contrato.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS:

1. ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS

1.1. Acopiar, organizar y mantener actualizada la documentación técnica, administrativa y contractual producida desde la etapa precontractual y durante la ejecución del contrato objeto de supervisión, garantizando su adecuada trazabilidad y archivo.
1.2. Llevar el control de la correspondencia, comunicaciones, requerimientos y demás actuaciones administrativas que se generen durante la ejecución contractual.
1.3. Organizar y consolidar la información y soportes documentales derivados del seguimiento y supervisión del contrato, garantizando su disponibilidad para auditorías, organismos de control y procesos de evaluación.
1.4. Programar, coordinar y apoyar el desarrollo de reuniones de seguimiento con el contratista y demás actores involucrados, elaborando las respectivas actas y realizando seguimiento a los compromisos adquiridos.
1.5. Elaborar los informes periódicos de seguimiento sobre el estado de ejecución técnica, administrativa, financiera y jurídica del contrato, así como aquellos requeridos por la entidad o por los organismos de control.
1.6. Apoyar la verificación del cumplimiento de las normas de seguridad y salud en el trabajo, gestión ambiental y demás disposiciones aplicables durante la ejecución del contrato.
1.7. Informar oportunamente al supervisor sobre posibles incumplimientos contractuales, riesgos, hechos que puedan afectar la ejecución del contrato o situaciones que puedan constituir presuntas conductas irregulares.
1.8. Apoyar las actuaciones administrativas necesarias para la adecuada ejecución, seguimiento y cierre del contrato.

2. ACTIVIDADES TÉCNICAS

2.1. Verificar el cumplimiento de las obligaciones técnicas a cargo del contratista, conforme al objeto contractual, las especificaciones técnicas, los estudios previos y demás documentos que integran el contrato.
2.2. Realizar seguimiento a la ejecución de los planes de fortalecimiento individual de las unidades productivas, verificando el cumplimiento de las actividades programadas, los cronogramas y los productos esperados.
2.3. Revisar y validar los informes técnicos presentados por el contratista, verificando la consistencia, calidad y trazabilidad de la información reportada.
2.4. Verificar la correcta implementación, entrega, incorporación y funcionamiento de los activos suministrados a las unidades productivas, conforme a los objetivos y alcance del proyecto.
2.5. Realizar visitas técnicas de seguimiento cuando sean requeridas, documentando los avances, hallazgos, recomendaciones y evidencias que soporten el estado de ejecución del proyecto.
2.6. Efectuar seguimiento al cumplimiento de los indicadores, metas, productos y resultados del proyecto, validando la calidad de la información reportada.

2.7. Identificar oportunamente riesgos, desviaciones o incumplimientos que puedan afectar la ejecución del proyecto y proponer acciones preventivas y correctivas.
2.8. Recopilar, verificar y realizar el cargue de la información requerida en el Sistema de Gestión y Monitoreo a la Ejecución de Proyectos – GESPROY SGR, garantizando que la información registrada sea completa, veraz y actualizada.
2.9. Verificar que las actividades desarrolladas contribuyan efectivamente al fortalecimiento productivo, la gestión empresarial y la sostenibilidad de las unidades productivas beneficiarias.

3. ACTIVIDADES FINANCIERAS Y CONTABLES

3.1. Verificar que el contratista cumpla con la presentación de los programas de utilización de personal, entrega de bienes, equipos y demás recursos previstos para la ejecución del contrato.
3.2. Revisar y verificar las solicitudes de pago, validando el cumplimiento de los requisitos contractuales y llevando control cronológico de los pagos, ajustes y deducciones efectuadas.
3.3. Apoyar el seguimiento a la ejecución financiera del contrato, verificando la disponibilidad de recursos y alertando oportunamente sobre la necesidad de realizar ajustes presupuestales o financieros.
3.4. Verificar la coherencia entre el avance físico del contrato y la ejecución financiera reportada por el contratista.

4. ACTIVIDADES DE CARÁCTER JURÍDICO

4.1. Verificar la constitución, aprobación, suficiencia y vigencia de las garantías contractuales durante toda la ejecución del contrato y hasta su liquidación.
4.2. Verificar, cuando aplique, que los subcontratos autorizados se ajusten a las condiciones contractuales y a la normativa aplicable.
4.3. Proyectar conceptos técnicos relacionados con la viabilidad de prórrogas, adiciones, modificaciones, suspensiones, reinicios u otras actuaciones administrativas que se requieran durante la ejecución contractual.
4.4. Analizar las reclamaciones presentadas por el contratista y apoyar la elaboración de los conceptos y recomendaciones correspondientes.
4.5. Elaborar, revisar y verificar las actas de inicio, seguimiento, suspensión, reinicio, modificación, terminación, recibo y demás documentos derivados de la ejecución contractual.
4.6. Realizar seguimiento al trámite oportuno de las solicitudes, peticiones y requerimientos relacionados con la ejecución del contrato.
4.7. Suministrar la información administrativa, técnica, financiera y jurídica requerida por la entidad, el Departamento Nacional de Planeación, los organismos de control y demás autoridades competentes.

PROPUESTA ECONÓMICA

Ofrezco prestar los servicios necesarios para el cumplimiento del objeto contractual por un plazo de SEIS (6) meses, contados a partir de la suscripción del acta de inicio, por un valor total de VEINTICUATRO MILLONES CIENTO NOVENTA Y DOS MIL PESOS M/CTE. ($24.192.000,00) M/CTE, que será cancelado mensualmente, cada uno por la suma de CUATRO MILLONES TREINTA Y DOS MIL PESOS M/CTE. ($4.032.000,00), previa verificación del cumplimiento de los requisitos, condiciones y entregables exigidos por la Entidad.

De igual manera manifiesto, bajo la gravedad de juramento, que me encuentro debidamente afiliado(a) y al día en los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, a través de las siguientes entidades administradoras:

Salud (EPS): Compensar
Pensiones (AFP): Porvenir

y, Así mismo, declaro que cumpliré de manera permanente y oportuna con las obligaciones legales en materia de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral durante toda la ejecución del contrato.

RELACIÓN DE DOCUMENTOS QUE ACREDITAN IDONEIDAD Y EXPERIENCIA:

1. Hoja de vida validada en SIGEP-previo a la radicación de solicitud
2. Soportes de la hoja de vida (formación y experiencia, debe coincidir la información con la hoja de vida del SIGEP)
3. Declaración juramentada de bienes de la función pública
4. Tarjeta profesional (cuando aplique)
5. Certificado de vigencia profesional (cuando aplique)
6. Fotocopia de la cedula
7. Fotocopia Libreta militar (cuando aplique)
8. Certificado médico de ingreso legible (cuya vigencia máxima es por tres (3) años, de acuerdo con lo contemplado en el artículo 18 del Decreto 723 de 2013).
9. Copia del Registro Único Tributario (Impresión no mayor a 30 días)
10. Certificación bancaria (Expedición no mayor a 30 días)
11. Certificado de paz y salvo de seguridad social (Expedido por revisor fiscal (Persona jurídica) o representante legal)
12. Certificado de salud y fondo de pensión (Expedición no mayor a 30 días) o copia de la planilla en la que conste el pago del aporte del mes en el que se firma el contrato.
13. Antecedentes fiscales, disciplinarios, judiciales y RNMC (Expedición no mayor a 30 días)
14. Antecedentes de deudores morosos REDAM (Expedición no mayor a 30 días)

Sin otro particular,

1015449929
MARÍA PAULA SÁNCHEZ LÓPEZ
INGENIERA INDUSTRIAL
paula-05.sanchezlopez@outlook.com

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
Sanchez	Lopez	Maria Paula

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1015449927	F (X) M ( ) NB ( )	COL. (X) EXTRANJERO ( )	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 05 MES 11 AÑO 1994	CALLE 7 21 168 Conjunto San Lucas			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	CUNDINAMARCA
DEPTO	BOGOTÁ. D.C.	MUNICIPIO	ZIPAQUIRÁ		
MUNICIPIO	BOGOTÁ. D.C.	TELÉFONO		EMAIL	paula-05.sanchezlopez@outlook.

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	EDUCACION MEDIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	2009

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	10	X		INGENIERIA INDUSTRIAL	07	2021	091239-0591893

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

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)

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO

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
INGLÉS		X				X		X	

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 MADEREANDO			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* ZIPAQUIRÁ						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3153626043	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	07	*Mes*	01	*Año*	2025	*Día*	01	*Mes*	05	*Año*	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL ADMINISTRADOR- DISEÑADOR	*DEPENDENCIA* ADMINISTRACION Y PRODUCCION						*DIRECCIÓN* CALLE 7 21 168					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD GJ ASESORES Y CONSULTORES			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA						
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* FACATATIVÁ						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3214386442	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	04	*Año*	2025	*Día*	30	*Mes*	04	*Año*	2026
CARGO O CONTRATO ACTUAL ADITORA DE CALIDAD	*DEPENDENCIA* "ADMINISTRACION"						*DIRECCIÓN* CALLE 12 5 30					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD CONSTRUVINSO S.A.S			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* GACHALÁ						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 3142894465	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	10	*Mes*	07	*Año*	2023	*Día*	31	*Mes*	12	*Año*	2024
CARGO O CONTRATO ACTUAL 1492/2005 PROFESIONAL ADMINIST	*DEPENDENCIA* AREA ADMINISTRARTIVA						*DIRECCIÓN* CARRERA 5 3 45					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SBD S.A.S			*PÚBLICA*		*PRIVADA* X		*PAÍS* COLOMBIA					
DEPARTAMENTO BOGOTÁ. D.C.	*MUNICIPIO* BOGOTÁ. D.C.						*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	14	*Mes*	02	*Año*	2022	*Día*	16	*Mes*	06	*Año*	2023
CARGO O CONTRATO ACTUAL ADIMINISTRADOR DE BASE DE DATO	*DEPENDENCIA* ANALISIS BASE DE DATOS						*DIRECCIÓN* CALLE 90 18 53 Ofc 205					

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	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	4	1
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 Zipaquirá Cundinamarca. 17-07-2026

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

La República de Colombia
y en su nombre el

Colegio Santa Rosa de Lima

Autorizado por la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá D.C.,
Según Resolución No. 7526 del 20 de Noviembre de 1998

Confiere a:

María Paula Sánchez López

Identificada con T.I. No. 941105-01530 de Bogotá D.C.

Certificado de Estudios de Bachillerato Básico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Básica Secundaria, que la habilita plenamente para ingresar a la Educación Media o al Servicio Especial de Educación Laboral

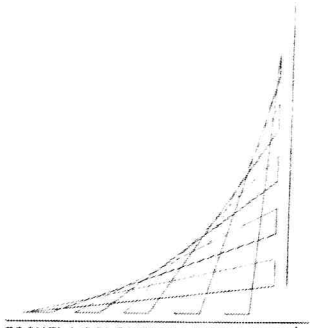
Rectora

Secretaria

Dado en Bogotá D.C. a 28 de Noviembre de 2009

"No requiere Registro" según Decreto 921 del 6 de Mayo de 1994
y 2150 del 5 de Diciembre de 1995

República de Colombia



ESCUELA COLOMBIANA DE INGENIERÍA
JULIO GARAVITO

La Escuela Colombiana de Ingeniería Julio Garavito

con Personería jurídica concedida por el Ministerio de Justicia según resolución No 086 del 19 de enero de 1973

otorgó a

María Paula Sánchez López

c.c. 1.015.449.927 de Bogotá D.C.
el día 7 del mes septiembre de 2021

El título de

Ingeniera Industrial

En testimonio de ello se expide el presente Diploma

Presidente del Consejo Directivo

Rector

Secretario General

Acta de Grado No. 14384 *Registro No. 016796* *Libro de Diploma No. 11* *Folio No. 4394*

Bogotá, D.C. 7 de septiembre de 2021

Unicafam
Fundación Universitaria Cafam

CAFAM

La Fundación Universitaria Cafam y la Caja de Compensación Familiar CAFAM certifican que:

MARÍA PAULA SÁNCHEZ LÓPEZ

C.C.1015449927

Cumplió y aprobó los requisitos establecidos para el Curso Especializado en:

GERENCIA Y PROGRAMACIÓN DE PROYECTOS PMI Y SCRUM

Realizado el 20 de noviembre del 2023 al 30 de enero del 2024 con una duración de 120 horas.

Claudia Marcela Guarnizo Vargas
Vicerrectora Académica
Unicafam

Eliana Susana Arévalo Moreno
Jefe Área Gestión Académica
CET CAFAM

Bogotá D.C., enero de 2024

Certificado Original

Verificar certificado aquí:

Código: 50005202312C.C.1015449927FE

POR INTERMEDIO DEL DEPARTAMENTO DE TALENTO HUMANO

GJ ASESORES Y CONSULTORES S.A.S.
NIT. 900.467.822-7

CERTIFICA

Que la señora **María Paula Sánchez López**, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.015.449.927, se desempeñó como Gestora de Calidad en la empresa GJ Asesores y Consultores, durante el período comprendido entre el 1 abril de 2025 al 30 de abril 2026.

Durante su permanencia en la organización, estuvo a cargo de funciones como el seguimiento de indicadores de desempeño (KPI), elaboración de informes para la toma de decisiones, documentación y estandarización de procesos, así como apoyo en actividades de mejora continua.

Adicionalmente, a nivel personal y profesional, María Paula se caracteriza por ser una persona responsable, organizada, comprometida y con alta capacidad de aprendizaje. Se destaca por su actitud proactiva, habilidades de análisis y facilidad para trabajar en equipo, adaptándose a diferentes entornos laborales y cumpliendo con los objetivos propuestos.

Por lo anterior, se recomienda ampliamente para desempeñarse en cualquier cargo que le sea asignado.

La presente certificación se expide a solicitud de la interesada en nuestra SEDE PRINCIPAL en Facatativá, Cundinamarca, a los trece (13) días del mes de mayo 2026.

Cordialmente;

Mercedes González Jiménez
Gerente
GJ ASESORES Y CONSULTORES S.A.S
Móvil: 321-438-6442 – 318-827-2417
Email: gerencia@gjasesoresconsultores.com
Web-site: www.gjasesoresconsultores.com
Facatativá - Cundinamarca

asesores y consultores

CONSTRUVINSO SAS

CONSTRUVINSO S.A.S
NIT: 800.122.300-0

CERTIFICA

Que, MARÍA PAULA SÁNCHEZ LÓPEZ, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.015.449.927, prestó sus servicios profesionales durante el periodo comprendido entre 10 de julio de 2023 y 31 de diciembre de 2024, con el objeto de brindar apoyo técnico y administrativo en el seguimiento de contratos y proyectos. Durante este periodo desarrolló actividades de apoyo técnico y administrativo, entre las cuales se destacan:

- Apoyo en la organización, revisión y consolidación de documentación administrativa relacionada con la ejecución de contratos y proyectos.
- Apoyo en el seguimiento a cronogramas, avances, compromisos y soportes requeridos durante la ejecución contractual.
- Apoyo en la gestión de comunicaciones, requerimientos, actas, reportes y demás documentos necesarios para el control y trazabilidad de los proyectos ejecutados.
- Apoyo en la programación, convocatoria y desarrollo de espacios de socialización o capacitación relacionados con el fortalecimiento de procesos productivos y de gestión básica.

La presente certificación se expide a solicitud de la interesada, para los fines que estime pertinentes.

Dada a los 10 días del mes de enero de 2025

Atentamente,

Mariela Cardenas Urrego

CONSTRUVINSO S.A.S
NIT: 800.122.300-0
R/L MARIELA CARDENAS URREGO
C.C. 20.571.919 de Gachalá

Bogotá, 16 de junio del 2023.

SOLUCIONES EN BASES DE DATOS SBD S.A.S.

CERTIFICA QUE:

La señora **MARIA PAULA SANCHEZ LÓPEZ** identificada con cédula de ciudadanía No. 1.015.449.927 de Bogotá, trabajó en nuestra empresa con contrato por Obra o Labor Contratada desde el 14 de febrero del 2022 hasta el 16 de junio del 2023, desempeñando el cargo de **ANALISTA DE PROYECTOS TI.**

Para mayor información de ser necesario, se pueden comunicar al celular 3044851758.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, dado el 16 de junio del 2023 en la ciudad de Bogotá.

Cordialmente,

GUISSELLE ANDREA VARELA RENDÓN
Directora de Gestión Humana
Soluciones en Bases de Datos SBD S.A.S.
NIT: 830.142.740-2

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	2026-07-12 09:40

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
MARIA	PAULA	SÁNCHEZ	LÓPEZ

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1015449927

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	BOGOTÁ. D.C.	Municipio	BOGOTÁ. D.C.

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	CUNDINAMARCA	Municipio	ZIPAQUIRÁ

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	ASOCIACION SUPRADEPARTAMENTAL DE MUNICIPIOS PARA EL PROGRESO "ASOSUPRO"

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	META	Municipio	VILLAVICENCIO

Dirección	[]
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:

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.

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:

CC.1015449927

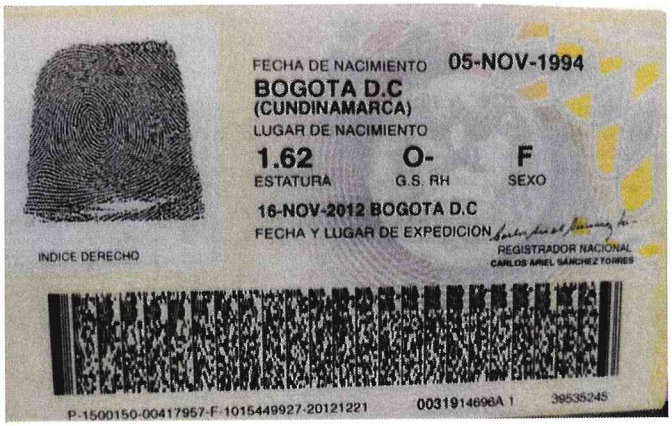
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.015.449.927

SANCHEZ LOPEZ
APELLIDOS

MARIA PAULA
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 05-NOV-1994
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 ESTATURA | O- G.S. RH | F SEXO

16-NOV-2012 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00417957-F-1015449927-20121221 0031914696A 1 39535245

MATRICULA PROFESIONAL

091239-0591893 CND

R2021095926

REPÚBLICA DE COLOMBIA

COPNIA

Consejo Profesional Nacional de Ingeniería

INGENIERIA INDUSTRIAL

MARIA PAULA SANCHEZ LOPEZ

ID: 1015449927

ESCUELA COLOMBIANA DE INGENIERIA JULIO GARAVITO

REPÚBLICA DE COLOMBIA
COPNIA
Consejo Profesional Nacional de Ingeniería

Certificado de vigencia y antecedentes disciplinarios
CVAD-2026-4577483

CONSEJO PROFESIONAL NACIONAL DE INGENIERÍA
COPNIA

EL DIRECTOR GENERAL

CERTIFICA:

1. Que MARIA PAULA SANCHEZ LOPEZ, identificado(a) con CEDULA DE CIUDADANIA 1015449927, se encuentra inscrito(a) en el Registro Profesional Nacional que lleva esta entidad, en la profesión de INGENIERIA INDUSTRIAL con MATRICULA PROFESIONAL 091239-0591893 CND desde el 25 de Octubre de 2021, otorgado(a) mediante Resolución Nacional R2021095926.

2. Que el(la) MATRICULA PROFESIONAL es la autorización que expide el Estado para que el titular ejerza su profesión en todo el territorio de la República de Colombia, de conformidad con lo dispuesto en la Ley 842 de 2003.

3. Que el(la) referido(a) MATRICULA PROFESIONAL se encuentra **VIGENTE**

4. Que el profesional no tiene antecedentes disciplinarios ético-profesionales.

5. Que la presente certificación se expide en Bogotá, D.C., a los ocho (08) días del mes de Julio del año dos mil veintiseis (2026).

Rubén Dario Ochoa Arbeláez

Firmal del titular (*)

(*)Con el fin de verificar que el titular autoriza su participación en procesos estatales de selección de contratistas. La falta de firma del titular no invalida el Certificado
El presente es un documento público expedido electrónicamente con firma digital que garantiza su plena validez jurídica y probatoria según lo establecido en la Ley 527 de 1999. Para verificar la firma digital, consulte las propiedades del documento original en formato .pdf.
Para verificar la integridad e inalterabilidad del presente documento consulte en el sitio web https://tramites.copnia.gov.co/Copnia_Microsite/CertificateOfGoodStanding/CertificateOfGoodStandingStart indicado el número del certificado que se encuentra en la esquina superior derecha de este documento.

CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL

NOMBRE DE LA EMPRESA	MUNICIPIO-DTO	FECHA		
		DIA	MES	AÑO
ASOSUPRO	PAZ DE ARIPORO-CASANARE	09	07	2026

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombres y Apellidos	Cargo: APOYO A LA SUPERVISIÓN			
MARIA PAULA SANCHEZ LOPEZ	Documento de Identidad			
	Tipo:	CC	No:	1.015.449.927

Edad:	31	Sexo:	F	Fecha de Nacimiento:	05-11-1994

TIPO DE EXAMEN ME DICO OCUPACIONAL

Pre ocupacional:	X	Periódico		Post ocupacional:		Reintegro Laboral:	

APTITUD OCUPACIONAL (INGRESO)

Al examen médico presenta patología	NO
Al examen médico presenta condiciones de salud que disminuyen su capacidad laboral	NO
Al examen médico presenta condiciones de salud que pueden agravarse con el trabajo	NO
Al examen médico presenta condiciones de salud que deben ser tratadas antes de ingresar	NO

¿Presenta restricciones?:	SI:		NO:	X	¿Cuáles?: NINGUNO

EXAMENES REALIZADOS

Examen médico ocupacional con énfasis musculo esquelético: Si. Descrito en historia clínica.	
Examen médico ocupacional con énfasis cardiovascular: ----------.	
Examen médico ocupacional con énfasis psicométrico: ----------.	
Optometría: ----------.	Audiometría: ----------.
Paraclínicos: ----------.	

RECOMENDACIONES

Higiene Postural:	SI	Uso estricto de elementos de protección personal-bioseguridad:	SI	Hábitos de vida saludable:	SI
Pausas Activas:	SI			Control de Peso:	SI
Incluir en programas de promoción y prevención SVE:		OSTEOMUSCULAR.			
Otras: Control con Fisiatría EPS semestral.					

CONCEPTO FINAL DE APTITUD OCUPACIONAL

Apto para labor a desempeñar	SI	Apto para Alturas: No evaluado		Aplazado:	
No Apto para el cargo:		Apto con Limitaciones:		No Apto para Alturas:	
Apto Espacios Confinados:	---	No Apto Espacios Confinados:		Apto Manipulación de Alimentos:	---

firma del Médico
Res: 1715

Viviana Corredor Parra
MEDICO CIRUJANO
Esp en salud ocupacional
y riesgos laborales
RM 83-9129 RES 1387421 07 2014

Firma del trabajador
CC No.1.1015.449.927

Con su firma el trabajador certifica que los datos son verídicos, confirmados y no ha omitido ninguna información.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141233017465

(415)7707212489984(8020) 000014123301746 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 1 5 4 4 9 9 2 7	6	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	1015449927	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
SANCHEZ	LOPEZ	MARIA	PAULA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Zipaquirá 8 9 9

41. Dirección principal
CL 7 21 168

42. Correo electrónico paula-05.sanchezlopez@outlook.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
7 1 1 2	2 0 2 1 0 3 2 9	8 2 1 1	2 0 2 0 0 6 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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros	Exportadores
54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 / 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20	55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3 / 57. Modo / 58. CPC

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2026-01-30 / 05:03:33PM

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 SANCHEZ LOPEZ MARIA PAULA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

compensar | salud eps

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

CONTRATISTA B
21 JUL 2026
Cod. 616 Mayra Alejandra Barbosa Marquez
SUJETO A VERIFICACIÓN

No. de Radicación

Fecha de Radicación (Día - Mes - Año): 21/07/2026

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	4. Contribución solidaria	5. Tipo de afiliado:	6. Tipo de cotizante:	7. Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación [X]	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X] • Beneficiario o afiliado adicional [ ]	A. Contributivo [X]	SI [ ]	A. Cotizante [X]	A. Dependiente [ ]	59
B. Reporte de Novedades [ ]	B. Colectiva [ ]	B. Subsidiado [ ]	NO [X]	B. Cabeza de familia [ ]	B. Independiente [ ]	
	C. Institucional [ ]			C. Beneficiario [ ]	C. Pensionado [ ]	
	D. De oficio [ ]			D. Afiliado adicional [ ]		

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

8. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
SANCHEZ	LOPEZ	PAULA	CAMILA

9. Tipo de documento de identidad	10. Número de documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento: País / Departamento / Municipio	15. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
CC	1016449427	Femenino [X] Masculino [ ]	F [X] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál?	Colombiana	Colombia / Bogotá D.C. / Bogotá D.C.	05-11-1999

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial	22. Administradora de Riesgos Laborales: ARL
—	—	SI [ ] No [X] Categoría de discapacidad	SI [ ] No [X]	Nivel [ ] Grupo [ ]	[ ]	SURA

23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria	26. Residencia: Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono celular	Correo electrónico	Departamento	Municipio/ Distrito	Localidad/comuna	Zona
Porvenir	1.750.905	—	Cll 9 # 21-115		3153626043	paula.05.sanchezlopez@outlook.com	Cundinamarca	Zipaquirá	Alcarraza III	Cabecera Municipal [ ] Centro Poblado [ ] Rural Disperso [ ] Resto Rural [ ]

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

27. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

28. Tipo de documento de identidad	29. Número de documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento: País / Departamento / Municipio	34. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
		Femenino [ ] Masculino [ ]	F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál?			

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

35. Apellidos y nombres

	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo de documento de identidad	37. No. del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico: Femenino	Masculino	40. Sexo Identificación: F	M	T	NB	Otro	Cuál?	41. Lugar de nacimiento: País	Departamento	Municipio	42. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN: SI	NO	48. Clasificación SISBÉN: Nivel	Grupo	49. Discapacidad: SI	NO	Categoría de discapacidad	50. Incapacidad permanente: SI	NO
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

	51. Datos de residencia: Departamento	Municipio/ Distrito	Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural, disperso	Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

FORCPMS0001 - 001

Vigilado Supersalud

Vigilado Supersubsidio

compensar | salud eps

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

compensar
21 JUL 2026
Cod. 616 Mayra Alejandra Barbosa Narvaez
SUJETO A VERIFICACIÓN

No. de Radicación

Fecha de Radicación (Día - Mes - Año) 21/07/2026

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	4. Contribución solidaria	5. Tipo de afiliado:	6. Tipo de cotizante:	7. Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación [X]	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X]	A. Contributivo [X]	Si [ ]	A. Cotizante [ ] C. Beneficiario [ ]	A. Dependiente [ ]	59
B. Reporte de Novedades [ ]	• Beneficiario o afiliado adicional [ ]	B. Subsidiado [ ]	No [X]	B. Cabeza de familia [ ] D. Afiliado adicional [ ]	B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	
	B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]					

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

8. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

9. Tipo de documento de identidad	10. Número de documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo Identificación	13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento	15. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
CC	1015A494427	Femenino [X] Masculino [ ]	F [X] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál?	Colombiana	País: [illegible] Departamento: C Municipio: C	05-11-1994

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial	22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL
—	—	SI [ ] No [X] Categoría de discapacidad	SI [ ] No [X]	Nivel [ ] Grupo [ ]		SURA

23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria	26. Residencia: Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono celular	Correo electrónico	Departamento
Colpensiones	1'130.105	—	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

Municipio/ Distrito	Localidad/Comuna	Zona: Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural Disperso	Resto Rural
[illegible]	[illegible]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

27. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

28. Tipo de documento de identidad	29. Número de documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo Identificación	32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento	34. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
		Femenino [ ] Masculino [ ]	F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál?		País: Departamento: Municipio:	

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

35. Apellidos y nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo de documento de identidad	37. No. del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico: Femenino	Masculino	40. Sexo Identificación: F	M	T	NB	Otro	Cuál?	41. Lugar de nacimiento: País	Departamento	Municipio	42. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN: SI	NO	48. Clasificación SISBÉN: Nivel	Grupo	49. Discapacidad: SI	NO	Categoría de discapacidad	50. Incapacidad permanente: SI	NO
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

	51. Datos de residencia: Departamento	Municipio/ Distrito	Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural disperso	Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B1	ZIPAQUIRA	
B2		
B3		
B4		
B5		

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

55. Nombre o razón social			
56. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)	
59. Ubicación Dirección			Teléfono fijo o Celular
Teléfono fijo o Celular	Correo electrónico	Departamento	Municipio/Distrito

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- ☐ 3. Actualización del documento de identificación.
- ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código
- ☐ 6. Reporte de pago a través de un tercero. Código
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☑ 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. Inscripción EPS retorno al país.
- ☐ 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 14. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ 15. Traslado: ☐ A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen
- ☐ 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.
- ☐ 17. Reporte del trámite de protección al cesante.
- ☐ 18. Reporte de la calidad de Pre- pensionado.
- ☐ 19. Reporte de la calidad de Pensionado.
- ☐ 20. Ingreso a Contribución Solidaria.
- ☐ 21. Retiro de Contribución Solidaria.

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad	10. Número de documento de identidad	62. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☐	63. Sexo identificación F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál?
64. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)	65. EPS anterior		
66. Fecha de novedad (Día - Mes - Año)	67. Motivo de traslado Cod.	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☐ 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- ☐ 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- ☐ 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- ☐ 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- ☐ 73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- ☑ 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- ☑ 75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- ☑ 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
- ☑ 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
- ☑ 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad		

IX. FIRMAS

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

X. ANEXOS

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

Total Anexos

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial	Código del municipio	Código del departamento	93. Nombre de la Institución

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

94. Apellidos y nombres Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	95. Firma del funcionario	

96. Fecha de radicación (Día - Mes - Año)	97. Fecha de validación (Día - Mes - Año)
21 07 2026	

OBSERVACIONES:

COT 1015449929 Aporte Julio/2026
Novedad Activo x Planilla

Control 21 JUL 2026
Cód. 616 Mayra Alejandra Barbosa Marquez
SUJETO A VERIFICACIÓN
Sello asesor

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

FOR-PMS-0001 - 001

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B1	Zicaquira	
B2		
B3		
B4		
B5		

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

55. Nombre o razón social			
56. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)	
59. Ubicación Dirección			Teléfono fijo o Celular
Teléfono fijo o Celular	Correo electrónico	Departamento	Municipio/Distrito

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación de datos básicos de Identificación.
- ☐ 2. Corrección de datos básicos de Identificación.
- ☐ 3. Actualización del documento de identificación.
- ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código ☐
- ☐ 6. Reporte de pago a través de un tercero. Código ☐
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☑ 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. Inscripción EPS retorno al país.
- ☐ 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 14. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ 15. Traslado: ☐ A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen
- ☐ 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.
- ☐ 17. Reporte del trámite de protección al cesante.
- ☐ 18. Reporte de la calidad de Pre- pensionado.
- ☐ 19. Reporte de la calidad de Pensionado.
- ☐ 20. Ingreso a Contribución Solidaria.
- ☐ 21. Retiro de Contribución Solidaria.

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad ☐	10. Número de documento de identidad	62. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☐	63. Sexo identificación F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál?
64. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)	65. EPS anterior		
66. Fecha de novedad (Día - Mes - Año)	67. Motivo de traslado Cod. ☐	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☐ 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- ☐ 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- ☐ 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- ☐ 72. Declaración de no institucionalización del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- ☐ 73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- ☑ 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- ☑ 75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- ☑ 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
- ☑ 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
- ☐ 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad ☐	Número de documento de identidad		

IX. FIRMAS

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

X. ANEXOS

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

Total Anexos ☐

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial	Código del municipio	Código del departamento	93. Nombre de la Institución

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

94. Apellidos y nombres Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad ☐	Número de documento de identidad	95. Firma del funcionario	

96. Fecha de radicación (Día - Mes - Año)	97. Fecha de validación (Día - Mes - Año)
21/07/2026	

OBSERVACIONES:

COT 1015449922 Apple Julio/2026
novedad fecha x Planilla

PERSONERÍA B
21 JUL 2026
Cod. 616 Mayra Alejandra Barbosa Narvaez
SUJETO A VERIFICACIÓN

Sello asesor

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

FOR-PMS-0001 - 001

Certificado de Cuenta

Nu Colombia Compañía de Financiamiento S.A., NIT 901.658.107-2

Nombre

Maria Paula Sanchez Lopez

Identificación

Cédula de ciudadanía: 1015449927

Cuenta de ahorros

Número de cuenta: 11909266

Estado

Activa

Cliente desde

31 de julio de 2024

Esta certificación fue expedida el 04 de julio de 2026 a solicitud del titular.

Nu Colombia Compañía de Financiamiento S.A. asegura la autenticidad de la información aquí contenida y el uso correcto de acuerdo al reglamento de la Cuenta de Ahorros Nu.

Equipo Nu.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Nu Colombia Compañía de Financiamiento S.A.

Fogafín Seguridad para tu dinero | Producto protegido por el Seguro de Depósitos www.fogafin.gov.co

Banco AV Villas

NIT: 860.035.827-5
CRA. 13 No. 27-47 P-24 BOGOTA D.C.

Este es el certificado de tu
Cuenta de Ahorros No. 648922438

El Banco AV Villas certifica que: **Maria Paula Sanchez Lopez**
identificada con el documento No. 1015449927, tiene en la oficina E-OFFICE (640) una Cuenta de Ahorros No. 648922438 desde el 13 de abril de 2023.

Fecha de expedición: 24/07/2026

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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:

MARIA PAULA SANCHEZ LOPEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.015.449.927**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 6 de Julio del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 298911251

PIB
15:11:33

Bogotá DC, 04 de julio del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) MARIA PAULA SANCHEZ LOPEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1015449927:

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 sábado 04 de julio de 2026, a las 15:18:38, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1015449927
Código de Verificación	1015449927260704151838

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

(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, 08/07/2026 03:21:23 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1015449927** y Nombre: **MARIA PAULA SANCHEZ LOPEZ.**

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. **143547682** . 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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 03:06:39 PM horas del 04/07/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1015449927**

Apellidos y Nombres: **SANCHEZ LOPEZ MARIA PAULA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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

DIJIN

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

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
GOV.CO
Todos los derechos reservados.

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 1015449927 **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 04/07/2026 06:27 PM

Código Verificación: **SNTBH59W4X**

Válida hasta: **02/10/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC