SENA – CFP-59206
Radicación Recibida
No: 05-1-2021-011164
01/09/2021 9:03:56

Medellín, 01 de septiembre de 2021

Señora:
OLGA LUCIA LOPERA LOPERA
Subdirectora Centro Textil y de Gestión Industrial
SENA

Asunto: Presentación Oferta de Servicios Personales

De manera atenta me permito presentar a su consideración la oferta de prestación de servicios personales en los siguientes términos:

Objeto:
RESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR PARA ATENDER LOS PROGRAMAS DE LA RED TECNOLÓGICA DE LOGÍSTICA Y GESTIÓN DE LA PRODUCCIÓN EN FORMACIÓN TITULADA Y COMPLEMENTARIA PRESENCIAL PARA EL CENTRO TEXTIL Y DE GESTIÓN INDUSTRIAL.

Valor y forma de pago: Se fija como valor total para el contrato la suma TRECE MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS M.L ($13.830.667) Esta suma será pagada por el SENA al contratista de la siguiente manera: a) (3) pagos iguales por los meses de (septiembre) a (noviembre) de 2021, por valor de por valor de TRES MILLONES SETECIENTOS SETENTA Y DOS MIL PESOS M.L ($3.772.000) cada uno y c) un último pago por el mes de diciembre de 2021, por valor de DOS MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS PESOS M.L ($2.263.200)

Obrando en nombre propio, expreso mi voluntad de prestar el servicio en el plazo, forma y términos requeridos y bajo la **gravedad de juramento** manifiesto que no estoy incurso en ninguna de las inhabilidades e incompatibilidades contenidas en la Ley 80 de 1993, Ley 1150 de 2007 y disposiciones complementarias. De igual manera manifiesto, que la información registrada y entregada para el futuro proceso de contratación, es auténtica y corresponde a mi experiencia laboral, profesional y académica, así mismo autorizo a la entidad para procesar, solicitar, divulgar, corroborar y obtener de cualquier fuente que realice las consultas, toda la información y referencias relativas a mi persona ante las entidades correspondientes y a cualquier otra entidad que maneje base de datos, conforme a la Ley 1581 de 2012.

Manifiesto que he leído los documentos que soportan la futura contratación (estudios previos y análisis del sector), encontrándome habilitado(a) conforme al perfil que se requiere y hago la siguiente declaración:

DECLARACIÓN BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO RÉGIMEN DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

Marque con una equis (X) la opción que corresponda:

1. Que SI____ NO_X_ he sido condenado(a) mediante sentencia judicial a la pena accesoria de interdicción de derechos y funciones públicas por la comisión de delitos contra la Administración pública, o de cualquiera de los delitos o faltas contempladas por la Ley 1474 de 2011 y sus normas modificatorias o de cualquiera de las conductas delictivas contempladas por las convenciones o tratados de lucha contra la corrupción suscritos y ratificados por Colombia. (En caso afirmativo indique los detalles)._____.

2. Que SI__ NO_X_ soy socio de una empresa cuyo representante legal, administrador, miembro de junta directiva o socio controlante fue declarado responsable judicialmente por la comisión de delitos contra la Administración pública, o de cualquiera de los delitos o faltas contempladas por la Ley 1474 de 2011 y sus normas modificatorias o de cualquiera de las conductas delictivas contempladas por las convenciones o tratados de lucha contra la corrupción suscritos y ratificados por Colombia.

3. Que SI____ NO_X_ he sido sancionado(a) disciplinariamente con destitución. (En caso afirmativo indique los detalles). _____.

4. Que SI____ NO_X_ soy actualmente servidor(a) público del estado. (En caso afirmativo indique los detalles)._____

5. Que SI____ NO_X_ fui miembro de Consejo Directivo del SENA. (En caso afirmativo indique los detalles).
_____
.

6. Que SI____ NO_X_ fui servidor público del SENA en los niveles directivo o asesor. (En caso afirmativo indique los detalles y la fecha del retiro)._____ FECHA DE RETIRO: *(DD/MM/AA).*

7. Que SI____ NO_X_ tengo vinculado (a) en el SENA a mi conyuge o compañero(a) permanente, en un empleo de los niveles directivo o asesor, o en el Consejo Directivo, o ejerce funciones de control interno o de control fiscal en el SENA. (En caso afirmativo indique los detalles: nombres completos, cargo y parentesco). _____.

8. Que SI____ NO_X_ tengo vínculado(a) en el SENA a uno o varios parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil (padres, suegros, hijos, yerno, nuera, abuelos, hermanos, cuñados, o nietos), en los niveles directivo, asesor, o entre los miembros del consejo directivo, o con quienes ejercen el control interno o fiscal de la entidad. (En caso afirmativo indique los detalles: nombres completos, cargo y parentesco dentro de los anotados).
_____

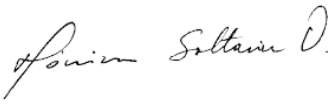
9. Que SI____ NO_X_ soy pariente en primer grado de consaguinidad, primero de afinidad, o primero civil (padres, hijos, hijastros, suegros, yerno, nuera, hijos adoptados, padres adoptantes) de un ex directivo del SENA desvinculado de la Entidad hace menos de 2 años.

10. Que SI_X_ NO___ me encuentro afiliado(a) y al día en los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, de acuerdo con el Decreto 1273 de 2018.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES: Manifiesto conocer las implicaciones legales de incurrir en alguna de las causales de conflicto de interés, inhabilidad o incompatibilidad y me comprometo a informar cualquier conflicto que a nivel personal llegue a comprometer la estabilidad económica, moral y particular a esta entidad.

Para el anterior efecto se recomienda al futuro contratista consultar la guía para la identificación y declaración de conflicto de intereses en el sector público colombiano diseñada por el Departamento Administrativo de la Función Pública la cual se encuentra publicada en la página de la Función Pública en el siguiente link http://www.funcionpublica.gov.co/web/eva/biblioteca-virtual/-/document_library/bGsp2IjUBdeu/view_file/35457539

Atentamente,



MONICA PATRICIA SLTARIN VERA
C. de C. No.32.750.955 de Barranquilla
Tel:3185578201 (número telefónico de contacto)
msaltarinvera@hotmail.com (correo electrónico personal)

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **32.750.955**

SALTARIN VERA

APELLIDOS

MONICA PATRICIA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **25-ABR-1971**

BARRANQUILLA
(ATLANTICO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.64 ESTATURA | **O-** G.S. RH | **F** SEXO

09-OCT-1990 BARRANQUILLA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-0100150-00824285-F-0032750955-20160511 **00497**03492A 1 7013907854

El servicio público es de todos | Función Pública

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
SALTARIN	VERA	MONICA PATRICIA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN
C.C (●) C.E ( ) PAS ( ) No. 32750955

SEXO F (●) M ( ) **NACIONALIDAD** COL. (●) EXTRANJERO ( ) **PAÍS**

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO
FECHA DÍA 25 MES 04 AÑO 1971
PAÍS Colombia
DEPTO Atlántico
MUNICIPIO BARRANQUILLA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA
cra 65A No 92F - 47 3 piso Francisco Antonio Zea
PAÍS Colombia DEPTO Antioquia
MUNICIPIO MEDELLÍN
TELÉFONO 3185578201 EMAIL msaltarinvera@hotmail.com

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.

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: Bachiller en ciencia naturales
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES 12 AÑO 1989

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:
TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No.SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
TC	6	X		TECNICA PROFESIONAL EN SALUD OCUPACIONAL Y PROTECCION AMBIENTAL	09	1998	
UN		X		SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	12	2018	Licencia 0331 de 05 feb 20219

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
SENA	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Antioquia	MEDELLÍN	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA 27 MES 01 AÑO 2016	DÍA 13 MES 12 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Contratista Prestación de servicios		

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
SENA	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Antioquia	MEDELLÍN	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA 03 MES 02 AÑO 2015	DÍA 16 MES 12 AÑO 2015

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
INSTRUCTOR FORMACIÓN INTEGRAL		

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
SENA	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Antioquia	MEDELLÍN	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA 22 MES 01 AÑO 2014	DÍA 13 MES 12 AÑO 2014

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
iNSTRUCTOR iMPARTIR FORMACIÓN		

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

SENA		X	Colombia
DEPARTAMENTO Antioquia	**MUNICIPIO** MEDELLÍN		**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**
TELÉFONOS	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 23 **MES** 09 **AÑO** 2013		**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 15 **MES** 12 **AÑO** 2013
CARGO O CONTRATO iNSTRUCTOR Formación virtual y presencial	**DEPENDENCIA**		**DIRECCIÓN**

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD SENA	**PÚBLICA** X	**PRIVADA**	**PAÍS** Colombia
DEPARTAMENTO Antioquia	**MUNICIPIO** MEDELLÍN		**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**
TELÉFONOS	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 15 **MES** 07 **AÑO** 2013		**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 21 **MES** 09 **AÑO** 2013
CARGO O CONTRATO INSTRUCTOR Formación virtual y presencia	**DEPENDENCIA**		**DIRECCIÓN**

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD SENA	**PÚBLICA** X	**PRIVADA**	**PAÍS** Colombia
DEPARTAMENTO Antioquia	**MUNICIPIO** MEDELLÍN		**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**
TELÉFONOS	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 23 **MES** 01 **AÑO** 2013		**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 30 **MES** 06 **AÑO** 2013
CARGO O CONTRATO iNSTRUCTOR iMPARTIR FORMACIÓN	**DEPENDENCIA**		**DIRECCIÓN**

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD SENA	**PÚBLICA** X	**PRIVADA**	**PAÍS** Colombia
DEPARTAMENTO Antioquia	**MUNICIPIO** MEDELLÍN		**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**
TELÉFONOS	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 09 **MES** 07 **AÑO** 2012		**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 14 **MES** 12 **AÑO** 2012
CARGO O CONTRATO Instructor Prestación de servicios	**DEPENDENCIA**		**DIRECCIÓN**

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD SENA	**PÚBLICA** X	**PRIVADA**	**PAÍS** Colombia
DEPARTAMENTO Antioquia	**MUNICIPIO** MEDELLÍN		**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**
TELÉFONOS	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 25 **MES** 01 **AÑO** 2012		**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 29 **MES** 06 **AÑO** 2012
CARGO O CONTRATO SENA Prestacion de servicios	**DEPENDENCIA**		**DIRECCIÓN**

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD SENA	**PÚBLICA** X	**PRIVADA**	**PAÍS** Colombia
DEPARTAMENTO Antioquia	**MUNICIPIO** MEDELLÍN		**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**
TELÉFONOS	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 12 **MES** 07 **AÑO** 2011		**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 16 **MES** 12 **AÑO** 2011
CARGO O CONTRATO Instructor Prestacion de servicios	**DEPENDENCIA**		**DIRECCIÓN**

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD SENA	**PÚBLICA** X	**PRIVADA**	**PAÍS** Colombia
DEPARTAMENTO Antioquia	**MUNICIPIO** MEDELLÍN		**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**
TELÉFONOS	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 07 **MES** 02 **AÑO** 2011		**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 25 **MES** 06 **AÑO** 2011
CARGO O CONTRATO Instructor Prestacion de servicios	**DEPENDENCIA**		**DIRECCIÓN**

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD SENA	**PÚBLICA** X	**PRIVADA**	**PAÍS** Colombia
DEPARTAMENTO Antioquia	**MUNICIPIO** MEDELLÍN		**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**
TELÉFONOS	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 26 **MES** 01 **AÑO** 2011		**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 27 **MES** 06 **AÑO** 2011
CARGO O CONTRATO Instructo Prestacion de servicios	**DEPENDENCIA**		**DIRECCIÓN**

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD SENA	**PÚBLICA** X	**PRIVADA**	**PAÍS** Colombia
DEPARTAMENTO Antioquia	**MUNICIPIO** MEDELLÍN		**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**
TELÉFONOS	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 28 **MES** 07 **AÑO** 2010		**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 17 **MES** 12 **AÑO** 2010
CARGO O CONTRATO Instructor Prestacion de servicios	**DEPENDENCIA**		**DIRECCIÓN**

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD SENA	**PÚBLICA** X	**PRIVADA**	**PAÍS** Colombia
DEPARTAMENTO	**MUNICIPIO**		**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**

Antioquia	MEDELLÍN	
TELÉFONOS	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 22 **MES** 01 **AÑO** 2010	**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 22 **MES** 07 **AÑO** 2010
CARGO O CONTRATO Instructor Prestacion de servicios	**DEPENDENCIA**	**DIRECCIÓN**

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD SENA	**PÚBLICA** X	**PRIVADA**	**PAÍS** Colombia
DEPARTAMENTO Antioquia	**MUNICIPIO** MEDELLÍN		**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**
TELÉFONOS 4442800	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 19 **MES** 10 **AÑO** 2009		**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 19 **MES** 12 **AÑO** 2009
CARGO O CONTRATO Instructor contrato de prestacion de servicios	**DEPENDENCIA**		**DIRECCIÓN** Diagonal 104 No. 69-120

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD CASTROMAR NAVEGACIONES S.A.	**PÚBLICA**	**PRIVADA** X	**PAÍS** Colombia
DEPARTAMENTO Atlántico	**MUNICIPIO** BARRANQUILLA		**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**
TELÉFONOS 3401102	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 15 **MES** 01 **AÑO** 2004		**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 08 **MES** 10 **AÑO** 2009
CARGO O CONTRATO ASEOSOR	**DEPENDENCIA** GERENCIA		**DIRECCIÓN** CALLE 46 No 46 - 42

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD NAVIERA FLUVIAL COLOMBIANA S.A.	**PÚBLICA**	**PRIVADA** X	**PAÍS** Colombia
DEPARTAMENTO Atlántico	**MUNICIPIO** BARRANQUILLA		**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**
TELÉFONOS 3687803	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 06 **MES** 05 **AÑO** 1997		**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 13 **MES** 10 **AÑO** 2009
CARGO O CONTRATO COORDINADOR SALUD OCUPACIONAL	**DEPENDENCIA** SALUD OCUPACIONAL		**DIRECCIÓN** CALLE 36 No 46 - 127

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD PARAMO INDUSTRIA DE REFRIGERACION LTDA	**PÚBLICA**	**PRIVADA** X	**PAÍS** Colombia
DEPARTAMENTO Atlántico	**MUNICIPIO** BARRANQUILLA		**CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD**
TELÉFONOS 3544678	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 09 **MES** 05 **AÑO** 1995		**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 30 **MES** 04 **AÑO** 1997
CARGO O CONTRATO COORDINADOR SALUD OCUPACIONAL	**DEPENDENCIA** GERENCIA ADMINISTRATIVA		**DIRECCIÓN** CALLE 30 No 3 - 381

EXPERIENCIA DOCENTE

INSTITUCIÓN SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA- MEDELLIN	**HORAS SEMANALES** 40		**PAÍS** Colombia
DEPARTAMENTO Antioquia	**MUNICIPIO** MEDELLÍN		**MODALIDAD** Formal
NIVEL EDUCATIVO Tecnológica	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 19 **MES** 10 **AÑO** 2009		**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 19 **MES** 12 **AÑO** 2009
ÁREA DE CONOCIMIENTO Genérica salud ocupacional y seguridad industrial	**MATERIA IMPARTIDA** SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL		

EXPERIENCIA DOCENTE

INSTITUCIÓN SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA- MEDELLIN	**HORAS SEMANALES** 40		**PAÍS** Colombia
DEPARTAMENTO Antioquia	**MUNICIPIO** MEDELLÍN		**MODALIDAD** Formal
NIVEL EDUCATIVO Tecnológica	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 28 **MES** 07 **AÑO** 2010		**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 17 **MES** 12 **AÑO** 2010
ÁREA DE CONOCIMIENTO Genérica salud ocupacional y seguridad industrial	**MATERIA IMPARTIDA** SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL		

EXPERIENCIA DOCENTE

INSTITUCIÓN SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA- MEDELLIN	**HORAS SEMANALES** 40		**PAÍS** Colombia
DEPARTAMENTO Antioquia	**MUNICIPIO** MEDELLÍN		**MODALIDAD** Formal
NIVEL EDUCATIVO Tecnológica	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 26 **MES** 01 **AÑO** 2011		**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 27 **MES** 06 **AÑO** 2011
ÁREA DE CONOCIMIENTO Genérica	**MATERIA IMPARTIDA** SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL		

EXPERIENCIA DOCENTE

INSTITUCIÓN SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA- MEDELLIN	**HORAS SEMANALES** 40		**PAÍS** Colombia
DEPARTAMENTO Antioquia	**MUNICIPIO** MEDELLÍN		**MODALIDAD** Formal
NIVEL EDUCATIVO Tecnológica	**FECHA DE INGRESO** **DÍA** 07 **MES** 02 **AÑO** 2011		**FECHA DE RETIRO** **DÍA** 25 **MES** 06 **AÑO** 2011
ÁREA DE CONOCIMIENTO Genérica seguridad industrial y salud ocupacional	**MATERIA IMPARTIDA** SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL		

EXPERIENCIA DOCENTE

INSTITUCIÓN SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA- MEDELLIN	**HORAS SEMANALES** 40		**PAÍS** Colombia
DEPARTAMENTO Antioquia	**MUNICIPIO** MEDELLÍN		**MODALIDAD** Formal

NIVEL EDUCATIVO	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
Tecnológica	DÍA 12 MES 07 AÑO 2011	DÍA 30 MES 12 AÑO 2011
ÁREA DE CONOCIMIENTO	MATERIA IMPARTIDA	
Genérica seguridad industrial y salud ocupacional	SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL	

EXPERIENCIA DOCENTE

INSTITUCIÓN	HORAS SEMANALES	PAÍS
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA- MEDELLIN	40	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	MODALIDAD
Antioquia	MEDELLÍN	Formal
NIVEL EDUCATIVO	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
Tecnológica	DÍA 25 MES 01 AÑO 2012	DÍA 29 MES 06 AÑO 2012
ÁREA DE CONOCIMIENTO	MATERIA IMPARTIDA	
Genérica	SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL	

EXPERIENCIA DOCENTE

INSTITUCIÓN	HORAS SEMANALES	PAÍS
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA- MEDELLIN	40	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	MODALIDAD
Antioquia	MEDELLÍN	Formal
NIVEL EDUCATIVO	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
Tecnológica	DÍA 09 MES 07 AÑO 2012	DÍA 14 MES 12 AÑO 2012
ÁREA DE CONOCIMIENTO	MATERIA IMPARTIDA	
Genérica seguridad industrial y salud ocupacional	SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL	

EXPERIENCIA DOCENTE

INSTITUCIÓN	HORAS SEMANALES	PAÍS
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA- MEDELLIN CTGI	40	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	MODALIDAD
Antioquia	MEDELLÍN	Formal
NIVEL EDUCATIVO	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
Tecnológica	DÍA 03 MES 02 AÑO 2015	DÍA 16 MES 12 AÑO 2015
ÁREA DE CONOCIMIENTO	MATERIA IMPARTIDA	
Genérica seguridad y salud ocupacional		

EXPERIENCIA DOCENTE

INSTITUCIÓN	HORAS SEMANALES	PAÍS
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA- MEDELLIN	40	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	MODALIDAD
Antioquia	MEDELLÍN	Formal
NIVEL EDUCATIVO	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
Profesional	DÍA 23 MES 01 AÑO 2013	DÍA 30 MES 06 AÑO 2013
ÁREA DE CONOCIMIENTO	MATERIA IMPARTIDA	
Genérica sistema integrado de gestion de calidad		

EXPERIENCIA DOCENTE

INSTITUCIÓN	HORAS SEMANALES	PAÍS
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA- MEDELLIN	40	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	MODALIDAD
Antioquia	MEDELLÍN	Formal
NIVEL EDUCATIVO	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
Profesional	DÍA 15 MES 07 AÑO 2013	DÍA 21 MES 09 AÑO 2013
ÁREA DE CONOCIMIENTO	MATERIA IMPARTIDA	
Genérica sistema integrado de gestion de calidad		

EXPERIENCIA DOCENTE

INSTITUCIÓN	HORAS SEMANALES	PAÍS
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA- MEDELLIN	40	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	MODALIDAD
Antioquia	MEDELLÍN	Formal
NIVEL EDUCATIVO	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
Profesional	DÍA 23 MES 09 AÑO 2013	DÍA 15 MES 12 AÑO 2013
ÁREA DE CONOCIMIENTO	MATERIA IMPARTIDA	
Genérica		

EXPERIENCIA DOCENTE

INSTITUCIÓN	HORAS SEMANALES	PAÍS
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA- MEDELLIN CTGI	40	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	MODALIDAD
Antioquia	MEDELLÍN	Formal
NIVEL EDUCATIVO	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
Profesional	DÍA 22 MES 01 AÑO 2014	DÍA 31 MES 08 AÑO 2014
ÁREA DE CONOCIMIENTO	MATERIA IMPARTIDA	
Genérica seguridad y salud ocupacional		

EXPERIENCIA DOCENTE

INSTITUCIÓN	HORAS SEMANALES	PAÍS
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA- MEDELLIN	40	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	MODALIDAD
Antioquia	MEDELLÍN	Formal
NIVEL EDUCATIVO	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
Profesional	DÍA 27 MES 01 AÑO 2016	DÍA 13 MES 12 AÑO 2016
ÁREA DE CONOCIMIENTO	MATERIA IMPARTIDA	
Genérica		

EXPERIENCIA DOCENTE

INSTITUCIÓN	HORAS SEMANALES	PAÍS
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA- MEDELLIN	40	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	MODALIDAD
Antioquia	MEDELLÍN	Formal
NIVEL EDUCATIVO	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
Profesional	DÍA 30 MES 01 AÑO 2017	DÍA 21 MES 12 AÑO 2017

ÁREA DE CONOCIMIENTO	MATERIA IMPARTIDA	
Genérica		

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.

4 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ○ NO ● ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.
PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).
Ciudad y fecha de diligenciamiento _____

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.

5 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Medellin, 02 de septiembre de 2021
Ciudad y fecha

Licelly Atehortua
NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Esta copia ha sido impresa por el servidor público y puede contener información no validada.

República de Colombia
Departamento Administrativo de la
Función Pública

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

SENA ANTIOQUIA

I. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, MONICA PATRICIA SALTARIN VERA

IDENTIFICADO CON : C.C. [X] C.E. [ ] OTRO [ ] No. 32750955 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN :

DIRECCIÓN	TELÉFONOS
CRA 65A No 92F 47 PISO 3 FRANCISCO ANTONIO ZEA	##

MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAÍS
MEDELLIN	ANTIOQUIA	COLOMBIA

Y TENIENDO COMO PARIENTES EN PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD (PADRES E HIJOS) A :

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
JUAN CAMILO CASTAÑEDA SALTARIN	1010139096	HIJO

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3o., DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTÍCULOS 13 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESIÓN** [X], **PARA RETIRARME** [ ], **PARA ACTUALIZACIÓN** [ ], **PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** [ ], QUE LOS ÚNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACIÓN :

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	0
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	0
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	0
ARRIENDOS	6,840,000
HONORARIOS	0
OTROS INGRESOS Y RENTAS	11,590,845
TOTAL	

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
DAVIVIENDA	AHORRO	488404590173	MEDELLIN	800000
NEQUI BANCOLOMBIA	AHORRO	3185578201	MEDELLIN	58213
CONFIAR	AHORRO	410066484	MEDELLIN	0

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes :

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACIÓN)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
RAQUELO TAMAYO	PAGO ARRIENDO	570,000
SOMOS EPM	COMPRA CELULAR	45,000
EPM	PAGO SERVICIOS	220,000
CLAUDIA MEDINA	COMPRA CARTERA	3,500,000

1.2 DE PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

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

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CÓNYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. [ ] C.E. [ ] OTRO [ ]	Nº

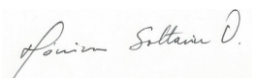
2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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 DE PARTICIPACIÓN

3. FIRMA



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO

MEDELLIN, 01 SEPTIEMBRE 2021

CIUDAD Y FECHA

NELSON MOLINA MARTÍNEZ

MD. Especialista. Salud Ocupacional. U de A. Lic. 113070.

Calle 47 N°.48-47. BELLO/ANTIOQUIA. Teléfono: 4570790

Celular 3146847053 - jonemo38@yahoo.com

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO	Fecha		
	Día	Mes	Año
	20	10	2020

1) INFORMACIÓN GENERAL

EMPRESA USUARIA: PARTICULAR

MÓNICA PATRICIA SALTARÍN VERA **NOMBRES Y APELLIDOS**	**CÉDULA** 32 750 955	**EDAD:** 49 años **Fecha de Nacimiento** 25/04/1971	**Género** F
Cargo: Asesora		**Teléfono:** 318 557 8201	

2) EXÁMENES

Tipo de examen	Normal		Tipo de examen	Límites normales		Otros exámenes	Límites normales	
	SI	NO		SI	NO		SI	NO
Osteomuscular	X		Visiometría (carta Snell)	X		Audiometría		
Cardiaco	X		Otorrinolaringológico	X		Espirometría		
Pulmonar	X		Abdominal	X		Optometría	X	
Neurológico	X		Metabólico			EKG		
Mental	X		Prueba psicosensométrica: Normal			Rx Tórax		

Observaciones: presenta escoliosis y trastorno de refracción corregido con lentes.

3) Antecedentes patológicos de importancia: No.

4) CONCEPTO LABORAL

Restricciones para el cargo: NO

5) AUTORIZACIÓN

Autorizo al aspirante para laborar en:
ALTURAS SI (X) NO ( ) NA( )

ESPACIOS CONFINADOS: SI ( ) NO ( ) NA (X)
MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS: SI ( ) NO ( ) NA (X)

RECOMENDACIONES:

Usar tapabocas en donde sea imposible mantener el distanciamiento social
Lavar nuestras manos regularmente con agua y jabón
Mantener distanciamiento social no inferior a 1.5 mts
Hábitos saludables: dieta y ejercicio. Bajar peso (sobrepeso).
Optometría EPS anual.
Realizar pausas activas durante la jornada laboral.
Uso diario de protector solar.

Dr. Nelson Molina M.
Médico Cirujano U.P.B
Médico E.S.O. U. de A.
C.C. 70.050.709
Reg. Nal. 11464 - Lic. 113070
Calle 47 N° 48-47 Tel. 457 07 90

FIRMA DIGITALIZADA DEL MÉDICO

Declaro que la información suministrada es verídica.

FIRMA ASPIRANTE O TRABAJADOR

32.750.955

Consentimiento informado.

Autorizo a Nelson Molina Martínez a realizar mi examen médico y/o paraclínicos ocupacionales registrados en este documento.

Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria. Certifico que no omito información relevante que pudiera influir sobre mi estado de salud y me comprometo a informar en forma veraz y oportuna a mi empleador cualquier cambio que pueda presentase en las mismas. Las respuestas dadas por mí en este examen están completas, verídicas y pueden ser confirmadas.

Autorizo 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 gestión de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones descritas en dicha legislación. Manifiesto que he leído y comprendido perfectamente toda la información y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Consideraciones normativas de los exámenes médicos

De acuerdo con las resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 del 5 de junio de 2009 del ministerio de la protección social (actualmente ministerio del trabajo y de salud y protección social), se reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales. El objeto es determinar la existencia de restricciones, de acuerdo con los oficios y actividades definidos por el empleador en el perfil del cargo. La norma establece que el empleador sólo deberá conocer el **Concepto Médico** del aspirante. Los documentos completos de la **historia clínica** están sometidos a reserva del profesional y están salvaguardados y custodiados según la normatividad vigente. El trabajador puede obtener copia de los resultados cuando lo requiera, considerando que éste hace parte integral de su historial médico.

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

MEDELLIN, **06/09/2021**
ANTIOQUIA,
COLOMBIA,
A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor MONICA PATRICIA SALTARIN VERA** con **Cédula de Ciudadanía** número **32750955**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550488404590173**
Fecha de apertura	**10/04/2019**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que la señora MONICA PATRICIA SALTARIN VERA, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 32750955, tiene un registro como INDEPENDIENTE 1563 desde el 03/11/2020 y fecha fin de contrato 31/12/2050 con riesgo 3.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior en caso de tener un nuevo contrato deberá realizar una nueva afiliación, para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 20210101917010.

Esta certificación se expide a los 01 días del mes de Septiembre de 2021.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordialmente

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

Impreso por Internet el 01/09/2021 4:57:40 p. m.
ISCDC: 01/09/2021 4:57:40 p. m.

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 13 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14545534788

(415)7707212489984(8020) 000001454553478 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
3 2 7 5 0 9 5 5	2	Impuestos de Medellín 1 1	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	3 2 7 5 0 9 5 5	1 9 9 0 1 0 0 9

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Atlántico 0 8	Barranquilla 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
SALTARIN	VERA	MONICA	PATRICIA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Antioquia 0 5	Medellín 0 0 1

41. Dirección principal
CR 65 A 92 F 47 P 3

42. Correo electrónico msaltarinvera@hotmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
7 0 2 0	2 0 0 6 0 7 2 1	8 5 5 9	2 0 0 9 0 1 1 9	8 2 9 9		2 4 1 9	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2019 - 05 - 28

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 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA
985. Cargo

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

EPS

sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **MONICA PATRICIA SALTARIN VERA** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **32750955** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 32750955
NOMBRES Y APELLIDOS	MONICA PATRICIA SALTARIN VERA
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/07/2019
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	88
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	45

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **01/09/2021**

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

Certificado de Registro en el Sistema

Con más de 30 años de experiencia, la Agencia Pública de Empleo del SENA brinda un servicio que facilita el contacto organizado entre quienes buscan empleo y las empresas que requieren talento humano. Siendo un operador autorizado de la red de prestadores de servicios que integran el Servicio de Empleo del Ministerio de Trabajo, para la intermediación laboral en Colombia y en otros países, la Agencia Pública de Empleo del SENA, hace constar que la señora MONICA PATRICIA SALTARIN VERA identificada con Cédula de Ciudadanía 32750955, se inscribió en nuestro servicio el día 14/10/2009.

El presente certificado se genera el día 01/09/2021, por solicitud del interesado.

Recuerde que todos nuestros servicios son públicos, gratuitos, indiscriminados y no requieren intermediarios.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MONICA PATRICIA SALTARIN VERA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **32750955,** se encuentra afiliado/a desde **19/05/1995** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 01 de septiembre de 2021.



Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA