Bogotá, 22 de agosto de 2022

Señor:

Jaime Garcia Di Motoli

Subdirector de Centro de Gestión de Mercados Logística y Tecnologías de la Información

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: *Prestar servicios personales de carácter temporal para impartir formación programada por el centro para el área de complementaria virtual.*

Valor y forma de pago: *El valor total del presente contrato asciende a la suma de QUINCE MILLONES TRESCIENTOS VEINTITRES MIL SETESCIENTOS CINCUENTA PESOS COP ($15.323.750) incluido IVA (de conformidad con el régimen tributario a que pertenezca el contratista) Esta suma será pagada por el SENA al contratista de la siguiente manera: a) Un primer pago pago por valor de UN MILLON SESENTA Y SEIS MIL PESOS COP ($1.066.000) incluido IVA, que se pagará en el mes de agosto de 2022. b) tres (3) pagos iguales por valor de TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS PESOS ($3.997.500) incluido IVA, que se pagaran en los meses de septiembre a noviembre de 2022. c) Un pago último pago por valor de DOS MILLONES DOCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS CINCUENTA PESOS COP ($2.265.250) incluido IVA, que se pagará en el mes de diciembre de 2022.*

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 vínculado (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.

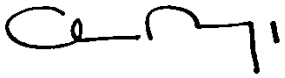
10. Que SI_X___ NO___ me encuentro afiliado(a) y al día en los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, de acuerdo con el Decreto 1273 de 2018.

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 guia 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

,



Firma**:** _____

Nombre completo: _Amanda Lucia Reyes Rodríguez
C. de C. No. _37893268 de _San Gil
Tel: _3002763386_____
Correo electrónico personal: amandaluciareyes@gmail.com

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
HACIENDA
Secretaría de Hacienda

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS DE BOGOTÁ
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha:17/08/2022

CONTRIBUYENTE	C.C. 37893268	AMANDA LUCIA REYES RODRIGUEZ

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: CL 143 9 42 AP 505 Teléfonos: 3002763386

Dirección electrónica: amandaluciareyes@gmail. Ciudad: BOGOTA D.C. Municipio: CUNDINAMARCA

Fecha de Inscripción: 25/03/2021 Soporte Inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: PREFERENCIAL ICA Fecha desde: 01/02/2017

Matrícula Mercantil: NO Fecha inicio de Actividades: 24/03/2021 Fecha de cese de Actividades: NO No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 70102 - Actividades de administración empresarial en el ejercicio de una profesión liberal

Actividad 2: 74902 - Otras actividades profesionales, científicas y técnicas n.c.p. en el ejercicio de una profesión liberal

Actividad 3: 8541 - Educación técnica profesional

Actividad 4: 8542 - Educación tecnológica

Actividad 5:

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y registrada en la Secretaria de Hacienda Distrital.

Kr 30 25 90 Dirección Distrital de Impuestos Bogota D.C. Colombia

Fuente: RIT-SHD

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264 -2

CERTIFICA QUE:

El 2022 -08 -17 14:28:22, el afiliado **AMANDA LUCIA REYES** identificado con **CC** número **37893268** realizó una solicitud de reingreso en nuestro Sistema de Afiliación Electrónica **VALE**.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
765794109212	2022 -08 -17 14:28:22	REINGRESO

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA REINGRESO
CC	37893268	AMANDA LUCIA REYES	1000000	INDEPENDIENTE	2022 -08 -01

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 17 días del mes de Agosto del año 2022.

- ORIGINAL: E.P.S. - - 1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL -

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

"Código Único para dependientes y afiliados al Régimen Subsidiado"

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

FORMULARIO VÍA WEB

I. DATOS DEL TRÁMITE — Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]
2. TIPO DE AFILIADO: A. Individual [ ] A) Cotizante y cabeza de familia [X] B) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectivo [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: C. Contributivo [X] S. Subsidiado [ ]
4. TIPO DE AFILIADO: CO Cotizante [X] CF Cabeza de Familia [ ] BE Beneficiario [ ]
5. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ] — CÓDIGO: C284 — FECHA DE LA SOLICITUD: DÍA MES AÑO
A. AFILIACIÓN
B. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)
6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO: Reyes. SEGUNDO APELLIDO: Rodriguez. PRIMER NOMBRE: Amanda SEGUNDO NOMBRE: Lucia
7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC [X] 8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 37893268 9. SEXO: X 10. FECHA NACIMIENTO: 08 08 1969
III. DATOS COMPLEMENTARIOS
11. GRUPO ÉTNICO: Código: Etnia: 12. DISCAPACIDAD: Tipo: Condición: 13. PORTAJE Y MOVILIDAD DEL SUDOR 14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL 15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES 17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN (IBC): 1'000.000 DIRECCIÓN (LUGAR DE RESIDENCIA): Calle 25a # 12-47 ZONA: U. [X] R. LOCALIDAD / COMUNA BARRIO
CIUDAD / MUNICIPIO: San Gil DEPARTAMENTO: Santander TELÉFONO FIJO 3002763386 TELÉFONO MÓVIL CORREO ELECTRÓNICO: amandalucia reyes@gmail.com CÓDIGO IPS: 5002
IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR
Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)
25. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE
26. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — 27. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — 28. SEXO — 29. FECHA NACIMIENTO — CÓDIGO IPS
Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales
30. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS — 31. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — 32. NÚMERO DE IDENTIDAD — 33. SEXO — 34. FECHA DE NACIMIENTO — 35. PARENTESCO — 36. ETNIA — 37. DISCAPACIDAD (Tipo / Condición)
1
2
3
4
38. DATOS DE RESIDENCIA — Dirección / Manz. — Departamento — Zona — Teléfono Fijo — Teléfono Móvil — 39. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (Los diligencia la EPS) — 40. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud (IPS) — RIESGO DE ACCIDENTE — ESPD PGE-ADRC
1
2
3
4
V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO
35. Nombre o Razón Social — 36. Tipo documento de identidad — 37. Número documento de identidad — 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN — CIUDAD / MUNICIPIO — DEPARTAMENTO — TELÉFONO FIJO — TELÉFONO MÓVIL — CORREO ELECTRÓNICO
FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: 01 08 2022 CARGO: independiente SALARIO: 1'000.000
VI. REPORTE DE NOVEDADES
40. TIPO DE NOVEDAD
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS — Código: [ ]
6. REINSCRIPCIÓN EN LA EPS [ ]
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
9. CAMBIO DE RELACIÓN LABORAL A ACUERDOS DE CORRESPONSABILIDAD PARA COTIZAR [ ]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
12. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. INCAPACIDAD: A) ACC. COMÚN / CONTINUIDAD [ ] B) ACC. COMÚN / PRORROGA [ ] C) ACC. COMÚN / SUBSIGUIENTE [ ] 14. TRASLADO: A) RÉGIMEN / PROVENIENTE [ ] B) RÉGIMEN / ADICIONADO [ ]
15. REINGRESO DE FALLECIMIENTO [ ]
16. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL DESEMPLEO [ ]
17. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE BENEFICIARIO [ ]
VII. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD
41. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO — SEGUNDO APELLIDO — PRIMER NOMBRE — SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — SEXO — FECHA NACIMIENTO (DÍA MES AÑO)
42. FECHA (a partir de) 01 08 2022 — 43. EPS ANTERIOR Código — 44. MOTIVO DE TRASLADO Código — 45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES
VIII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES
Declaración: Con relación al cotizante: Declaro que no me encuentro afiliado Sí [ ] No [ ]
desde el día ___ del mes ___ del año ___
VI. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que dependen económicamente de mí. [ ]
VII. Declaración de no ser cotizante en el Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
VIII. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios. Ahora aportaré en la entidad [ ]
IX. Declaración de no inhabilitación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios y afiliados adicionales en esta modalidad. Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
X. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la Historia Clínica del cotizante o cónyuge de familia y de sus beneficiarios y afiliados adicionales. [ ]
XI. Autorización para que la EPS reporte la terminación que no genere de la afiliación o sus novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que así sea facultativo la negativa. [ ]
XII. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante y cabeza de familia y de sus beneficiarios y afiliados adicionales, de acuerdo con la previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 [ ]
XIII. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular suministrado. [ ]
VIII. FIRMAS
37. Firma del solicitante, cabeza de familia o beneficiario — 38. Firma y sello del empleador, apoderado o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio
IX. ANEXOS
40. Anexa copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] PA [ ] CD [ ] SC [ ] — Folios: ___
Cantidad: ___
A) Copia del registro de discapacidad permanente emitido por la autoridad competente [ ]
B) Copia de la sentencia judicial o del acta administrativa de custodia. [ ]
C) Copia de la sentencia judicial o del acta administrativa de divorcio. [ ]
D) Copia del certificado de adopción o acta de entrega de menor. [ ]
E) Copia de la orden judicial o del acta administrativa de custodia. [ ]
F) Documento en que conste la calidad de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración juramentada por el cotizante sobre [ ]
G) Copia de la constancia de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. [ ]
H) Certificación de afiliación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ]
I) Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o la orden o afiliación de oficio [ ]

nueva eps
RECIBIDO PARA ESTUDIO
17 AGO. 2022
Nancy Galindo
Cod. C284

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL
46. Municipalidad de la Entidad Territorial — Código del Municipio — Código del Departamento — 47. Datos del SISBEN — Número de ficha — Puntaje — Nivel — 48. Fecha de validación (DÍA MES AÑO) — 49. Fecha de validación (DÍA MES AÑO)
50. Datos del funcionario que realiza la validación
Tipo documento de identidad — Número del documento de identidad — 51. Firma del funcionario
OBSERVACIONES

Recuerda que con la firma del formulario el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VIII del formulario.

- 2a. COPIA: AFILIADO -

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) **AMANDA LUCIA REYES RODRIGUEZ**; identificado(a) con **CC** número **37893268**; se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: **30/11/2020**

Estado de la Afiliación **Vigente**

Categoría: **A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los **19** días del mes **8** del año **2022**

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS. NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Gerencia de Afiliaciones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **AMANDA LUCIA REYES RODRIGUEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **37893268,** se encuentra afiliado/a desde **01/11/2013** 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 18 de agosto de 2022.



Rosa Mercedes Nino 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

CONSEJO PROFESIONAL
de Administración de Empresas

Integridad, Servicio y Excelencia

REPÚBLICA DE COLOMBIA
Ministerio de Comercio, Industria y Turismo

T.P. 96632



AMANDA LUCIA
REYES RODRIGUEZ

CC 37893268 SAN GIL

Universidad FUNDACION UNIVERSITARIA DE SAN GIL

Título ADMINISTRADOR DE EMPRESAS

Fecha de Título 12/08/2005

07-18

La presente tarjeta se expide en virtud de la Resolución No. 05 del 13/02/17

Presidenta

Esta tarjeta profesional acredita al titular para el ejercicio de la profesión de conformidad con lo dispuesto por la Ley 60 de 1981, el Decreto 2718 de 1984 y la Ley 20 de 1988.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 23 de agosto de 2022, a las 09:03:28, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	37893268
Código de Verificación	37893268220823090328

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.

EDUARDO JOSE PINEDA ARRIETA
Contralor Delegado

Digitó y Revisó: WEB

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 203482621

WEB
09:52:16

Bogotá DC, 23 de agosto del 2022

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) AMANDA LUCIA REYES RODRIGUEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 37893268:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener 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. (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 ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento con el Ciudadano

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.

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 09:18:05 AM horas del 23/08/2022, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **37893268**
Apellidos y Nombres: **REYES RODRIGUEZ AMANDA LUCIA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

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

Dirección: Avenida El Dorado
75 – 25 barrio Modelia,
Bogotá D.C.
Atención administrativa:

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, 23/08/2022 10:23:23 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **37893268** y Nombre: **AMANDA LUCIA REYES RODRIGUEZ.**

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. **39891721** . 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

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 AMANDA LUCIA REYES RODRIGUEZ identificada con Cédula de Ciudadanía 37893268, se inscribió en nuestro servicio el día 29/06/2016.

El presente certificado se genera el día 18/08/2022, por solicitud del interesado.

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

Bogotá, agosto 18 de 2022

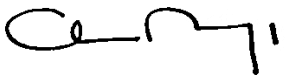
Doctora
Nuvia Cristina Quiroga González
Coordinadora grupo de apoyo administrativo intercentros
Centro de Gestión de Mercados, Logística y Tecnologías de la Información
Ciudad:

Asunto: Autorización consulta inhabilidades por delitos sexuales contra menores de edad

Estimada señora:

La suscrita **Amanda Lucia Reyes Rodríguez**, identificado con C.C. No. **37893268** expedida el **11 de abril de 1989**, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 1918 de 2018, reglamentada por el Decreto 753 de 2019, al Servicio Nacional de Aprendizaje SENA con NIT. 899.999.034-1, a consultar mis datos personales en el registro de inhabilidades por delitos sexuales cometidos contra personas menores de edad que administra el Ministerio de Defensa-Policía Nacional de Colombia, de manera previa a mi eventual vinculación laboral, contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar, cada cuatro (4) meses a partir del inicio de la misma y mientras se encuentre vigente.

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



Firma : _____
Nombres y Apellidos: Amanda Lucia Reyes Rodríguez
C.C: 37893268

SALUD OCUPACIONAL PINZON CARGAS

NIT. 13835844-0
CALLE 11 # 10-26 - SAN GIL SANTANDER
CEL. 3138208063 - TEL. 7243269 - E-MAIL. lablivacha@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 3.847

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
26 DÍA	09 MES	2020 AÑO	SAN GIL (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR

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

	SENA
	Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
REYES RODRIGUEZ AMANDA LUCIA	FEMENINO	51 AÑOS 1 MESES 20 DÍAS	CC (Tipo)	37893268 (Número)

Cargo
EVALUADOR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *ENFASIS CARDIOVASCULAR*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO	✓	PERFIL LIPIDICO	✓
AUDIOMETRÍA	✓	CUADRO HEMATICO	✓
OPTOMETRÍA	✓	PARCIAL DE ORINA	✓
GLICEMIA	✓	PSICOLOGIA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
	NO ALZAR PESO MAYOR DE : 12.5KG	HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

EN SUS RIESGOS LABORALES ENFATIZAR EN LA ADOPCIÓN DE LA HIGIENE DE LEVANTAMIENTOS DE CARGA.

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

Médico

EDGAR ORLANDO PINZÓN
Medico Cirujano R.M 1444
Especialista Salud Ocupacional
Licencia 6723/SSS

Firma:

Nombre: PINZON ROJAS EDGAR ORLANDO

R. M.: LICENCIA 6723 SSS **L.S.O.:** LICENCIA 6723 SSS

Código de Seguridad V664B1H3847

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: REYES RODRIGUEZ AMANDA LUCIA

CC: 37893268

OPTICA IMPERIALL

Por que sus ojos merecen lo mejor.

Calle 11 No10-34
San Gil Santander
Teléfono: 3102466680

FECHA: 28/09/2020

NOMBRE COMPLETO: Amanda Lucia Reyes Rodriguez

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 37893268 EDAD: 51 años

NÚMERO DE CELULAR: 3002763386.

ULTIMO CONTROL 1 año.

MC: Pct Usuario de Rx Optica., No refiere sintomatologia.

1 AGUDEZA VISUAL: SC X CC ___ RX EN USO: ESTADO:

VL OD 20/20- VP OD -50c OD No las trae.

OI 20/30. OI 1.0c. OI a consulta.

2 OFTALMOSCOPIA:

OD —

OI —

3 MOTOR:

CVT: VL: ϕ VP: ϕ PPC: —

DUCCIONES: Ux sacades y conjetos VERSIONES: Nmd HIRSCHBERG: Centrado

4 ESTADO REFRACTIVO (RX FINAL)

OD N -0.75 x0° AV 20/20 ADD +2.00 AV .50c.

OI N -0.75 x0° AV

5.ÉXAMEN EXTERNO:

OD Pinqueula Nasal OI Pinqueula Nasal.

6 DIAGNÓSTICO: ① Astigmatismo Ao.

② Presbicia

7. CONDUCTA: ① se da Rx Óptica

② cita 1 año.

Ángie Julieth Acuña Cortés
Optómetra - USTA
C.C. 1101695603

ANGIE JULIETH ACUÑA CORTES

OPTÒMETRA -U. SANTO TOMAS

Pinzón Vargas - Salud Ocupacional

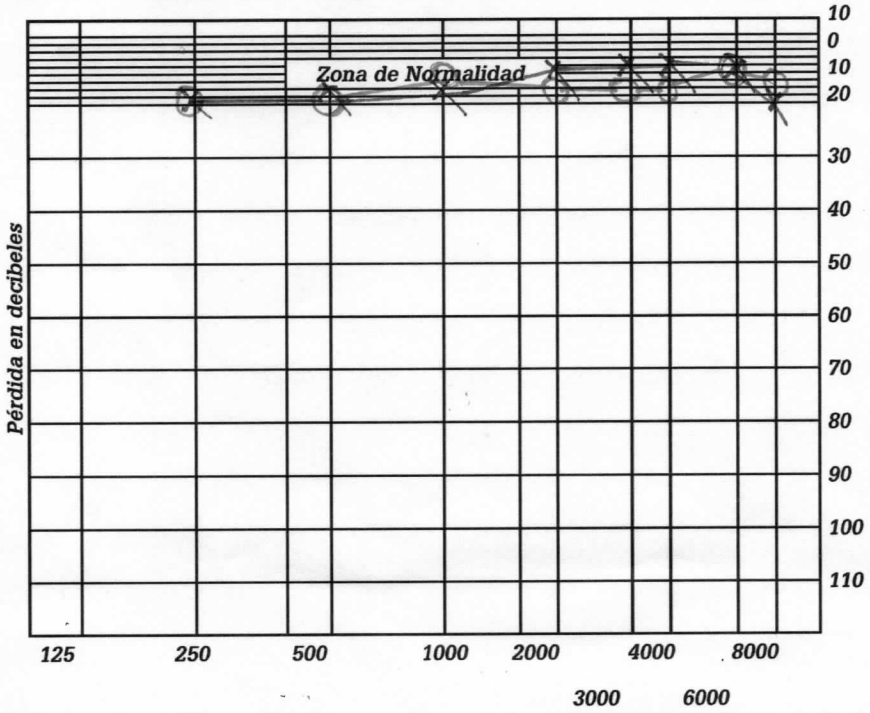
Fonoaudiología
CALLE 11 No. 10-26
CONSULTORIO 206 SAN GIL

SERVICIO DE FONOAUDIOLOGIA
ESTUDIO AUDIOLOGICO

Nombre Amando Lucia Reyes **Edad** 51 **Fecha** Sept 23 de 2020

Remitido por _____ **Equipo** BELTONE 112

Historia No. 37893263 **ESCALA: Americana ( ) Internacional ( )**



Escala Internacional Propuesta

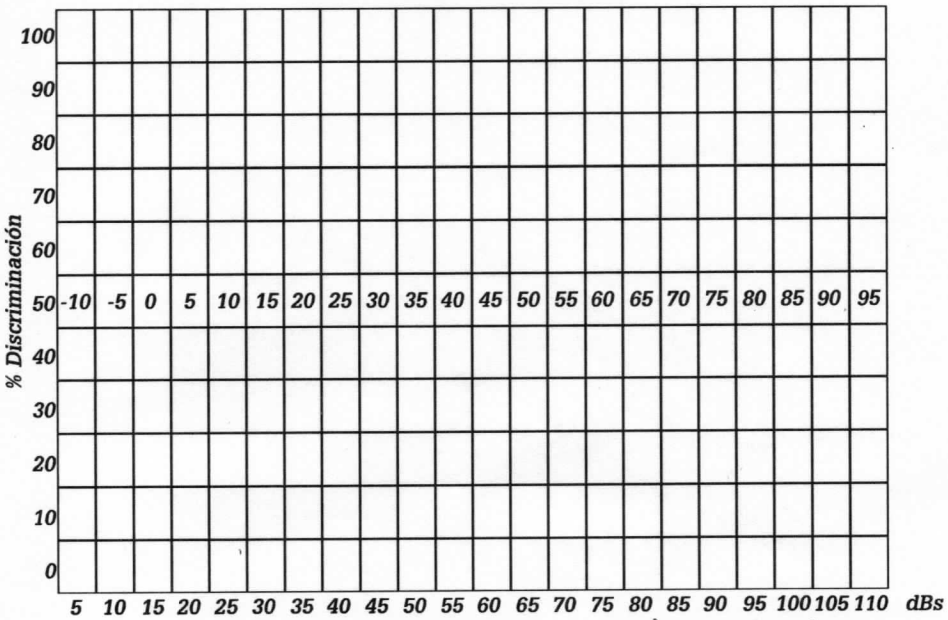
O.D.	Aérea	Osea
Sin Lateral y sin ensordecim.	○	<
Con Lateral y sin ensordecim.		
Con ensordecim. sin Lateraliza	△	⊏
Con ensordecim. y con Lateraliza		

O.I.	Aérea	Osea
Sin Lateral y sin ensordecim.	X	>
Con Lateral y sin ensordecim.		
Con ensordecim. sin Lateraliza	□	⊐
Con ensordecim. y con Lateraliza		

Promedio Pérdida O. D. _____

Promedio Pérdida O. I. _____

LOGOAUDIOMETRÍA



	O.D.	O.I.
Umbral Voz		
Umbral Palabra		
50% Discriminación		
100% Discriminación		

Maura D. Jiménez Rueda
FONOAUDIOLOGA UDES
Reg. 6918/06

Fonoaudiólogo (a)

Observaciones: Sensibilidad auditiva Normal OD y OI

LABORATORIO CLÍNICO LIGIA VARGAS CH. Bacterióloga UIS

Calle 11 N° 10-26 Consultorio 209 Tel. 7243269 Celular 3153128749 SAN GIL

INFORME DE QUÍMICA SANGUÍNEA

Datos Paciente

Nombre

AMANDA LUCÍA REYES RODRÍGUEZ, C.37893268

Sexo

Mujer

Fecha Nacimiento

08/08/1969

Análisis realizado por

DRA.LIGIA VARGAS CH. REGISTRO PROFESIONAL 0147

Otros datos

ASPECTO DEL SUERO: TRANSPARENTE

Tipo de Muestra **SER**

Fecha 26/09/2020

Técnica	Valor	Unidades	Rango Referencia	Observaciones
GLUCOSA	93	mg/dL	70-100	
COLESTEROL HDL	39,9	mg/dL	40-50	Bajo
TRIGLICERIDOS	92	mg/dL	0-150	
COLESTEROL TOTAL	266	mg/dL	100-200	Alto

Dra. LIGIA VARGAS CH.
Bacterióloga UIS
Registro Profesional 0147
Resolución 0938/82

Laboratorio Clinico L I G I A V A R G A S C H.

Calle 11 No.10- 26 Consultorio 209 - San Gil
Telefono 7243269
EXAMEN DE ORINA

Datos Paciente: Fecha: 26/09/2020
Nombre:AMANDA LUCIA REYES RODRIGUEZ Identificacion:
Analisis realizado por: Dra. LIGIA VARGAS CH. - REGISTRO PROFESIONAL 0147

R E S U L T A D O S

Densidad:	1.020	PH:	7.0
Color:	Amarillo	Aspecto:	Lgte turbio
Glucosa:	No hay	Albumina:	No hay
Urobilina:	No hay	Cetonas:	No hay
Sangre oculta:	No hay	Bilirrubina:	No hay
Estearasa de leucocitos	Si hay	Nitritos:	No hay

EXAMEN MICROSCOPICO DEL SEDIMENTO

Hematies:	No hay	Leucocitos:	0 - 1 p.c
Celulas:	0 -2 p.c	Levaduras:	No hay
Moco:	No hay	Bacterias:	Escasas
Cristales:	Uratos Amorfos +		
Cilindros:	No hay		

Dra. LIGIA VARGAS CH.
Bacterióloga UIS
Registro Profesional 0147
Resolución 0[illegible]38/82

LABORATORIO CLINICO LIGIA VARGAS CH.

Calle 11 # 10 26 Cons.209 Tel.7243269

SAN GIL

HEMOGRAMA CUARTA GENERACION

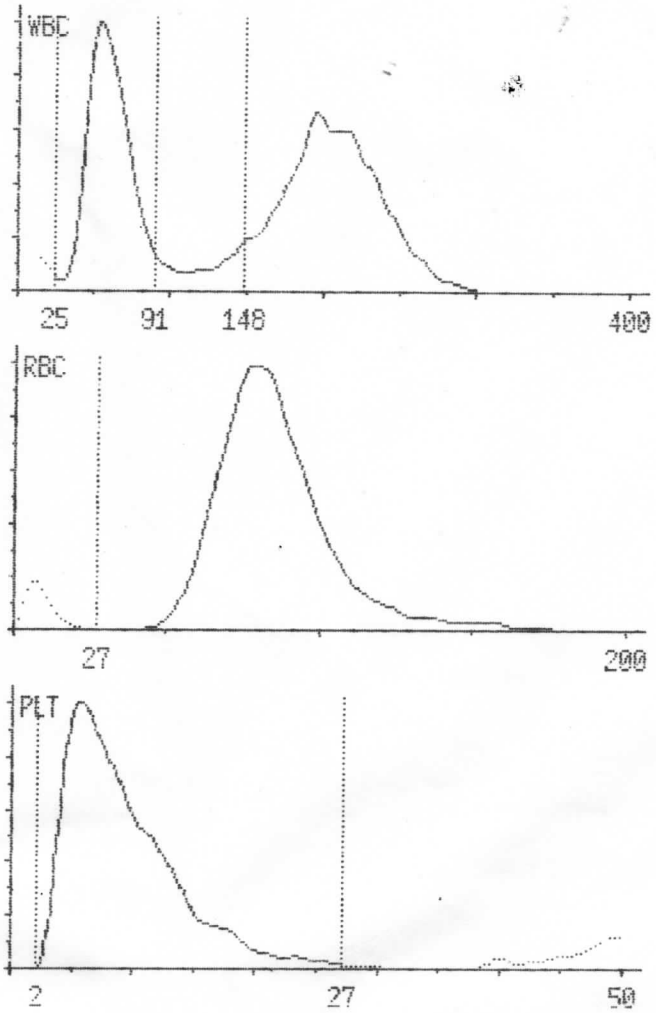
ID paciente:	37893268
Nombre:	AMANDA LUCIA REYES
Modo:	Femenino
Años/Sexo:	51 aòos / Femenino
Fecha de reporte:	26.09.2020 ID muestra: 8818
Hora prueba:	26.09.2020 08:23

Prueba Resultado Doctor: sena

Prueba	Resultado		
WBC	6.09	10^3/µl	[5.00 - 10.00]
LYM	2.28	10^3/µl	[1.30 - 4.00]
MID	0.19	10^3/µl	[0.15 - 0.70]
GRA	3.62	10^3/µl	[2.50 - 7.50]
LY%	37.4	%	[25.0 - 40.0]
MI%	3.1	%	[3.0 - 7.0]
GR%	59.5	%	[50.0 - 75.0]
RBC	4.95	10^6/µl	[4.00 - 5.00]
HGB	13.4	g/dl	[12.0 - 16.0]
HCT	43.00	%	[36.00 - 48.00]
MCV	87	fl	[76 - 96]
MCH	27.0	pg	[27.0 - 32.0]
MCHC	31.1	g/dl	[30.0 - 35.0]
RDWc	14.2	%	
PLT	218	10^3/µl	[150 - 400]
PCT	0.20	%	
MPV	9.1	fl	[8.0 - 15.0]
PDWc	37.2	%	

Diagnostic messages

WBC RBC PLT



Dra. LIGIA VARGAS CH.
Bacterióloga UIS
Registro Profesional 0147
Resolución 0932 /82

medimás EPS

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo del formulario antes de diligenciarlo)

No. de Radicación	Fecha de Radicación
	28/09/2020

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☒	A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia ☒ - Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐	

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
Primer apellido: Reyes	Segundo apellido: Rodriguez	Primer nombre: Amanda	Segundo nombre: Lucia
7. Tipo documento de identidad: CC	8. Número del documento de identidad: 37893268	9. Sexo: Femenino ☒ Masculino ☐	10. Fecha de nacimiento: 08/08/1969

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
6	Tipo ☐☐☐ Condición ☐☐		5

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC

18. Residencia			
Dirección: Cll 2 Sur # 12-17	Teléfono fijo:	Teléfono celular: 3002763386	Correo electrónico:
Municipio/Distrito: Sunbid	Zona: Urbana ☒ Rural ☐	Localidad/Comuna:	Departamento: Santander

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐	23. Fecha de nacimiento

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

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

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

Datos complementarios

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

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

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Codigo de la IPS (a registrar por la EPS)
C	Clinica Santa Cruz de la Loma.	9686
B		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número de documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registar por la EPS)
Amandalucia Reyes Rodriguez	CC	37893268	

39. Ubicación				
Dirección: Cll 2 Sur # 12-17	Teléfono: 3002763386	Correo electrónico:	Municipio/Distrito: Sunbid	Departamento: Santander

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
		Femenino [ ] Masculino [ ]		

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo Especial o de Excepción.
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [ ] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
- [ ] 51. 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.
- [ ] 52. 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.
- [ ] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad:

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	Total
Cantidad:									

- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. 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.

28 SET. 2020 SALA CIVIL ATENCIÓN AL NOTARIO

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial	67. Datos del SISBÉN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del Municipio [ ] Código del departamento [ ]	Número de ficha [ ]	Puntaje [ ]	Nivel [ ]		

70. Datos del funcionario que realiza la validación			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo documento de identidad [ ]	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario	

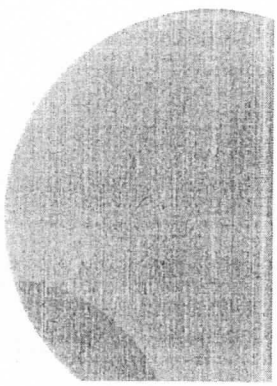
OBSERVACIONES:

VIGILADO Supersalud

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.

Ten encuenta los siguientes TIPS:

- Diligéncialo con de tinta negra.
- Todos los campos del Formulario son obligatorios.
- Diligencia los espacios sin tachones ni enmendaduras.
- Marca las casillas únicamente con una X.
- Incluye a todo tu grupo familiar.
- Utiliza la tabla de apoyo para consultar los códigos.
- Asesorate con uno de los consultores de esta oficina.
- Consulta el instructivo en **www.medimas.com.co**



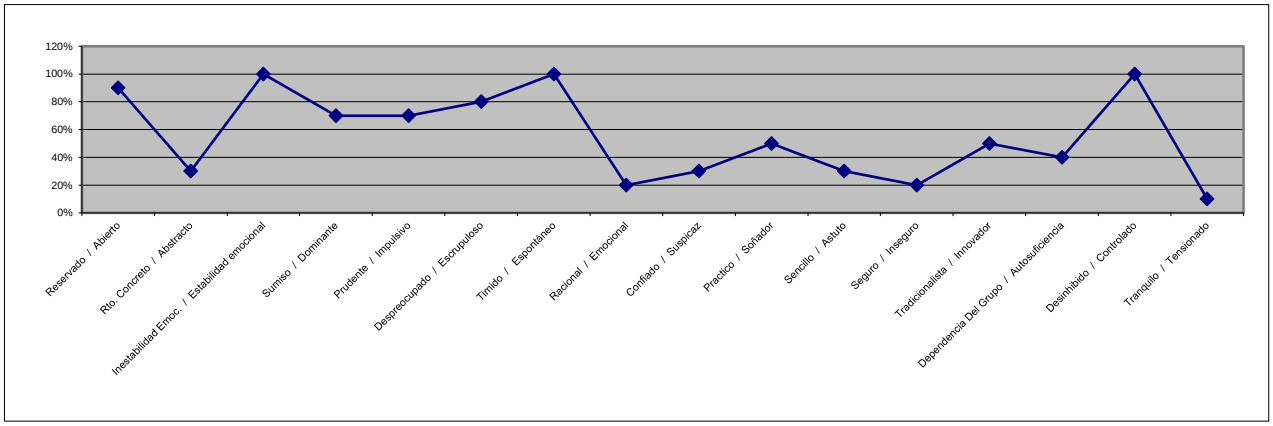
INFORME PRUEBA DE PERSONALIDAD
16 PF - CATTEL -

Nombre : ***AMANDA LUCIA REYES RODRIGUEZ***

Edad : *51 AÑOS*

Genero *F*

Distorsión : 0 ***28 SEPTIEMBRE DE 2020***

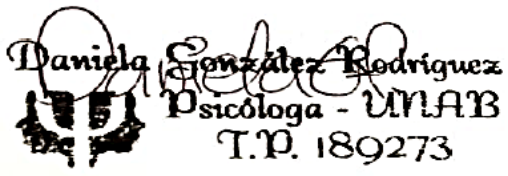


FACTOR PSICOLOGICO		(%)	INTERPRETACION DEL FACTOR
A	Reservado / Abierto	90%	Persona afectuosa, participativa y colaboradora. Prefiere trabajar en grupos.
B	Rto. Concreto / Abstracto	30%	Dificultad en el manejo de problemas a nivel abstracto, se inclina en hacerlo a nivel concreto. De juicio intelectual pobre.
C	Inestabilidad Emoc. / Estabilidad emocional	100%	Es una persona emocionalmente estable, madura y realista. No deja que sus necesidades emocionales afecten la realidad de las situaciones
E	Sumiso / Dominante	70%	Es una persona dominante, le gusta controlar las situaciones y las personas
F	Prudente / Impulsivo	70%	Es una persona impulsiva. Demasiado franca. Responde con rapidez a los eventos que sean de su interés.
G	Despreocupado / Escrupuloso	80%	Está dominada por el sentido del deber, perseverante, responsable y organizada. Es escrupulosa y moralista.
H	Timido / Espontáneo	100%	Es una persona sociable y espontánea. Dispuesta a intentar nuevas cosas, de numerosas respuestas emocionales.
I	Racional / Emocional	20%	Es dura sentimentalmente. Actúa más basada en evidencias prácticas y lógicas. Es confiada de sí misma, acepta responsabilidades. Espera poco de las personas

L	Confiado / Suspicaz	30%	Es una persona confiada, comprensiva, permisiva y tolerante. Cede ante los cambios, no parece preocupada por corregir a los demás. Se sobrepone con facilidad a las dificultades
M	Practico / Soñador	50%	Persona que esta guiada por realidades objetivas o en ocasiones puede ser imaginativa y abstraerse en sus pensamientos
N	Sencillo / Astuto	30%	Es sencilla, natural y poco sofisticada. Se le satisface y se muestra contenta con lo que acontece, es sincera e ingenua.
O	Seguro / Inseguro	20%	Persona segura, tranquila, flexible y serena. No le preocupa la aprobación de los demás. No se culpa por acciones erradas, actúa libremente sin temores
Q1	Tradicionalista / Innovador	50%	Tiende a presentar interés por las nuevas ideas. Por lo general tiene actitudes de innovación y reacción ante lo establecido. Es poco convencionalista.
Q2	Dependencia Del Grupo / Autosuficiencia	40%	Tiende a ser autosuficiente e ingeniosa, llena de recursos, prefiere sus propias decisiones. Usualmente busca resolver los problemas por sí misma.
Q3	Desinhibido / Controlado	100%	Tiene signos de perfeccionista, con alta congruencia en el autoconcepto percibido y el deseado. Alto nivel de autocontrol.
Q4	Tranquilo / Tensionado	10%	Es una persona callada, relajada, tranquila. Es algunas situaciones su estado de mucha satisfacción le puede llevar a la pereza y al bajo rendimiento.

Los resultados que se describen son tendencias hacia posibles maneras de ser o tipos de personalidad, más no es una verdad absoluta, ya que son contextualizadas de acuerdo al medio en el cual se aplicó. Además, los resultados tienen vigencia de un año ya que las personas están en constante cambio, razón por la cual es pertinente realizar la prueba anualmente.

Se concluye que la señora AMANDA LUCIA REYES RODRIGUEZ en su valoración mental y social puntúa dentro del promedio, lo que le permite desarrollar sus actividades a nivel familiar, social, académico y laboral.



DANIELA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ
PSICOLOGA
PS189273