

EN MI CALIDAD DE REPRESENTANTE LEGAL DE SEGURIDAD DIGITAL LTDA.

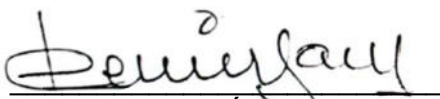
Yo, **DENICE GARZÓN MALPICA** identificada con cédula de ciudadanía No. **46.663.325** de **Duitama** en calidad de **Representante Legal** de **SEGURIDAD DIGITAL LTDA.**, manifiesto, acredito y certifico bajo la gravedad de juramento que:

- Que La Empresa **SEGURIDAD DIGITAL LTDA.**, a la fecha de presentación de la presente propuesta cuenta con **QUINIENTOS DIEZ Y NUEVE (519)** trabajadores vinculados a la planta de personal.
- Que de acuerdo con lo señalado por el Decreto 1279 del 13 de octubre de 2021, la empresa cuenta con ONCE (11) PERSONAS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD, vinculadas en el personal operativo, de ellos **TRES (05) CUMPLEN CON EL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD DEL MINISTERIO DE SALUD.**
- Que de acuerdo con lo anterior la proporción de vinculación de personas en condición de discapacidad establecido en la Ley es de 0,9%

El personal descrito se relaciona a continuación:

ÍTEM	NOMBRE	CÉDULA	FECHA NACIMIENTO	GÉNERO	CONDICIÓN
1	GUEVARA BALANTA LUIS ALFONSO	1.062.276.526	15 mayo 1986	MASCULINO	DISCAPACIDAD FÍSICA
2	GODOY SUÁREZ IVAN DE JESÚS	1.118.816.048	28 febrero 1988	MASCULINO	DISCAPACIDAD FÍSICA
3	VELASCO CASTILLO SONIA VIVIANA	52.733.401	09 marzo 1983	FEMENINO	DISCAPACIDAD FÍSICA
4	DIAZ TORRES ROBINSON	1.075.598.403	29 julio 1986	MASCULINO	DISCAPACIDAD FÍSICA
5	TORDECILLA ESPITIA ARGELIO ANTONIO	8.436.691	7 enero 1981	MASCULINO	DISCAPACIDAD FÍSICA

En constancia de lo anterior se suscribe el presente documento a los diez y seis (16) días del mes de diciembre del 2022


DENICE GARZÓN MALPICA
CC. 46.663.325 de Duitama
Representante Legal
SEGURIDAD DIGITAL LTDA



GC 487



GA 467



GS 1189



BUSINESS ALLIANCE FOR SECURE COMMERCE
CERTIFICADO BASC
COLBOG00724



COLPERÚ
CÁMARA DE COMERCIO E INDUSTRIAS
BOGOTÁ - BOGOTÁ



Principal Bogotá

Carrera 21 No. 83 A 27 Barrio El Polo
PBX: 6163833 FAX: 6213053
e-mail: info@seguridadigital.co

Agencia Tunja

Carrera 1 F No. 40 - 149 Torre 2 Oficina 520
Edificio Marca Business Cel: 3154279165
e-mail: agenciaduitama@seguridadigital.co

Agencia Duitama

Calle 16 No. 15-47 Oficina. 402
Cel: 3187074230
e-mail: agenciaduitama@seguridadigital.co

Agencia Medellín

Carrera 79 No. 36-26 Barrio Laureles
Edificio: Goyescas Cel: 3166921599
e-mail: agenciamedellin@seguridadigital.co

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.062.276.526

GUEVARA BALANTA

APELLIDOS

LUIS ALFONSO

NOMBRES

LUIS ALFONSO GUEVARA

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 15-MAY-1986
JAMUNDI
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60

A+

M

ESTATURA

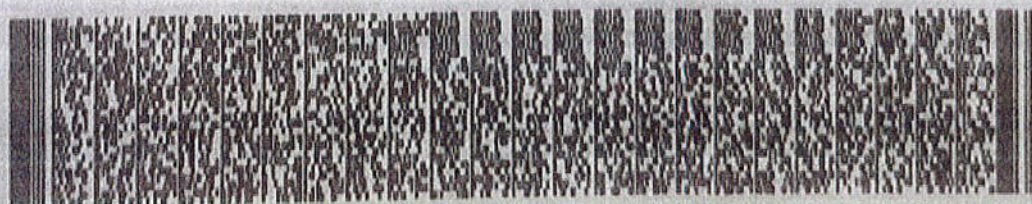
G.S. RH

SEXO

21-JUL-2004 SANTANDER DE QUILICHAO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-3106400-00733356-M-1062276526-20150813

0045810354A 2

3103520904



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
LUIS	ALFONSO	GUEVARA	BALANTA

1.5 Documento de Identidad

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de identidad	Cédula de ciudadanía	☒	Cédula de extranjería	Pasaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia
----------------------------	----------------	----------------------	----------------------	-------------------------------------	-----------------------	-----------	--------------------	---------------------------------

Número de documento de identidad: 1062276526

b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación centro de rehabilitacion hospitalaria	2.2 Fecha		
	Año	Mes	Día
	2021	12	2
2.3 Departamento BOGOTÁ, D.C.	2.4 Municipio BOGOTÁ, D.C.		

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

Física	SI	X	NO	
Visual	SI		NO	X
Auditiva	SI		NO	X
Intelectual	SI		NO	X
Psicosocial (Mental)	SI		NO	X
Sordoceguera	SI		NO	X
Múltiple	SI		NO	X

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Porcentaje
Cognición	20.83
Movilidad	100.00
Cuidado Personal	50.00
Relaciones	25.00
Actividades de la Vida Diaria	52.78
Participación	50.00
GLOBAL	49.77

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b710.4 b730.4 b770.4

2. Codigos Estructuras Corporales

s750.412 s770.412 s798.412

3. Codigos Actividades y Participación

d4154.4 d4501.4 d4602.4



La salud
es de todos

Minsalud

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Firma
BALBINA AZA ROJAS	Terapia ocupacional	CC-39618147
MARTHA MARIA AREVALO CALIXTO	Fisioterapia	CC-52032422
ALFONSO ROMERO LOPEZ	Medicina	CC-74085326

g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, LUIS ALFONSO GUEVARA BALANTA

manifiesto que: SI

estoy de acuerdo con el resultado de la certificación que abajo firmo.

LUIS ALFONSO GUEVARA
Nombre y Firma

1062276526
Documento: CC-1062276526

Autorizó el uso de la información consignada en el Registro de Discapacidad para los fines definidos en la normatividad que lo regula.

SI



*El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional.
Sin las firmas requeridas el certificado de discapacidad no tendrá validez*

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.118.816.048**

GODOY SUAREZ

APELLIDOS

IVAN DE JESUS

NOMBRES


FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

28-FEB-1988

RIOHACHA
(LA GUAJIRA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.63

ESTATURA

A+

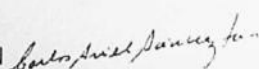
G.S. RH

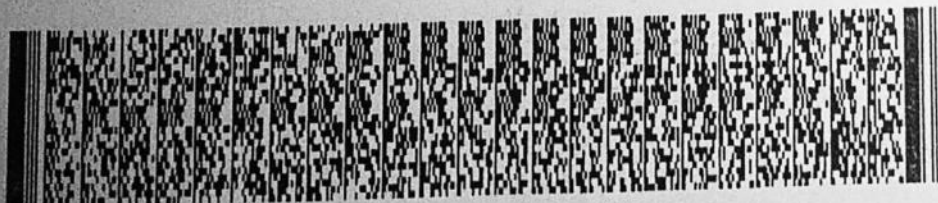
M

SEXO

02-MAR-2006 RIOHACHA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION


REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-4801000-00164864-M-1118816048-20090729

0014122304A 1

9925589336



La salud
es de todos

Ministerio de Salud

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre: IVAN
1.2 Segundo nombre: DE JESUS
1.3 Primer apellido: GODOY
1.4 Segundo apellido: SUAREZ
1.5 Documento de identidad:
Certificado de Nacido Vivo ☐ Registro civil ☐ Tarjeta de identidad ☐ Cédula de ciudadanía ☒ Cédula de extranjería ☐ Pasaporte ☐ Carnet diplomático ☐ Permiso especial de permanencia ☐
Número de documento de identidad: 1118816048

b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
2.2 Fecha: Año 2020, Mes 11, Día 27
2.3 Departamento: BOGOTÁ, D.C.
2.4 Municipio: BOGOTÁ, D.C.

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

	SI	X	NO
Física	SI	X	NO
Visual	SI		NO X
Auditiva	SI		NO X
Intelectual	SI		NO X
Psicosocial (Mental)	SI		NO X
Sordoceguera	SI		NO X
Múltiple	SI		NO X

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

	Porcentaje
Dominio	
Cognición	0.00
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	0.00
Relaciones	0.00
Actividades de la Vida Diaria	20.00
Participación	9.38
GLOBAL	4.90

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b729.4 b749.4 b798.4

2. Codigos Estructuras Corporales

s730.371 s770.371

3. Codigos Actividades y Participación

d640.1 d940.1



La salud
es de todos

Minisalud

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre

Profesión

Firma

STEPHANIE DURAN BARRAGAN

Psicología

CC-1032443896

MAGALY NUÑEZ MENDEZ

Fisioterapia

CC-52505917

Magaly Nuñez M.

HECTOR HERNAN GUTIERREZ
GUETE

Medicina

CC-85470206

g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, IVAN DE JESUS GODOY SUAREZ

manifiesto que: SI

estoy de acuerdo con el resultado de la certificación que abajo firmo.

IVAN DE JESUS GODOY SUAREZ

Nombre y Firma

7118816048

Documento: CC-1118816048

Autorizó el uso de la información consignada en el Registro de Discapacidad para los fines definidos en la normatividad que lo regula.

SI



*El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional.
Sin las firmas requeridas el certificado de discapacidad no tendrá validez.*

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 52.733.401

VELASCO CASTILLO

APELLIDOS

SONIA VIVIANA

NOMBRES

Viviana VelascoCastillo

FIRMA



MEDIO IZQUIERDO

FECHA DE NACIMIENTO
ALBANIA
(SANTANDER)

09-MAR-1983

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60

A+

F

ESTATURA

G.S. RH

SEXO

21-JUN-2001 BOGOTÁ D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A-1500150-00849349-F-0052733401-20160916

0051192744A 1

46443218



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
SONIA	VIVIANA	VELASCO	CASTILLO

1.5 Documento de identidad

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de identidad	Cédula de ciudadanía	X	Cédula de extranjería	Pasaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia
----------------------------	----------------	----------------------	----------------------	---	-----------------------	-----------	--------------------	---------------------------------

Número de documento de identidad: 52733401

b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha		
	Año	Mes	Día
Subred Integrada de Salud Suroccidente E.S.E	2021	9	30

2.3 Departamento	2.4 Municipio
BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Física	SI	X	NO	
Visual	SI		NO	X
Auditiva	SI		NO	X
Intelectual	SI		NO	X
Psicosocial (Mental)	SI		NO	X
Sordoceguera	SI		NO	X
Múltiple	SI		NO	X

Dominio	Porcentaje
Cognición	0.00
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	37.50
Relaciones	0.00
Actividades de la Vida Diaria	30.56
Participación	40.63
GLOBAL	18.11

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigós Funciones Corporales

b7101.2 b7300.2 b761.2

2. Codigos Estructuras Corporales

s730.323 s7301.323 s7302.323

3. Codigos Actividades y Participación

d540.2 d640.2 d879.3



La salud
es de todos

Minsa

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Firma
DIANA STELLA ROBAYO COCUI	Fisioterapia	CC-52076502
DERLY YANIRA CARRILLO GONZALEZ	Fonoaudiología	CC-52103607
LADY JOHANNA CARDENAS BERNAL	Medicina	CC-52871195

g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, SONIA VIVIANA VELASCO CASTILLO manifiesto que: SI
estoy de acuerdo con el resultado de la certificación que abajo firmo.

Viviana Velasco

Nombre y Firma

52733401

Documento: CC-52733401

Autorizó el uso de la información consignada en el Registro de Discapacidad para los fines definidos en la normatividad que lo regula.

SI



El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional.
Sin las firmas requeridas el certificado de discapacidad no tendrá validez

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.075.598.403

DIAZ TORRES

APELLIDOS

ROBINSON

NOMBRES

Robinson Diaz Torres

FIRMA



ÍNDICE IZQUIERDO

FECHA DE NACIMIENTO 29-JUL-1986
COLOMBIA
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65

B+

M

ESTATURA

G.S. RH

SEXO

26-FEB-2005 COLOMBIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P-1902800-01032230-M-1075598403-20180817

0062326853A 1

9905451801

Ministerio del Estado Civil



La salud
es de todos

Minsalud

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
ROBINSON		DIAZ	TORRES

1.5 Documento de identidad

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de identidad	Cédula de ciudadanía	X	Cédula de extranjería	Pasaporte	Carnet diplomático	Permiso especial de permanencia
----------------------------	----------------	----------------------	----------------------	---	-----------------------	-----------	--------------------	---------------------------------

Número de documento de identidad: 1075598403

b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E

2.2 Fecha

Año	Mes	Día
2021	6	1

2.3 Departamento

BOGOTÁ, D.C.

2.4 Municipio

BOGOTÁ, D.C.

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

	SI	X	NO	
Física	SI	X	NO	
Visual	SI		NO	X
Auditiva	SI		NO	X
Intelectual	SI		NO	X
Psicosocial (Mental)	SI		NO	X
Sordoceguera	SI		NO	X
Múltiple	SI		NO	X

	Porcentaje
Dominio	0.00
Cognición	20.00
Movilidad	37.50
Cuidado Personal	0.00
Relaciones	45.00
Actividades de la Vida Diaria	87.50
Participación	31.67
GLOBAL	

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b729.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s730.421

3. Codigos Actividades y Participación

d640.2 d879.4 d910.3

Identificador: 13000

Generado en: 2021-06-01 12:37:44 PM

Pág. 1 de 2

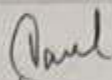
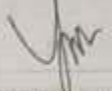


La salud
es de todos

Mineralud

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Firma
STEPHANIE DURAN BARRAGAN	Psicología	
MARIA CAROLINA PINILLA JIMENEZ	Trabajador Social	
HECTOR HERNAN GUTIERREZ GUETE	Medicina	

g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, ROBINSON DIAZ TORRES manifiesto que: SI

estoy de acuerdo con el resultado de la certificación que abajo firmo.

Robinson Diaz Torres
Nombre y Firma

1075598 403
Documento: CC-1075598403

Autorizó el uso de la información consignada en el Registro de Discapacidad para los fines definidos en la normatividad que lo regula.

SI



*El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional.
Sin las firmas requeridas el certificado de discapacidad no tendrá validez.*

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **8.436.691**
TORDECILLA ESPITIA

APELLIDOS
ARGELIO ANTONIO

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **07-ENE-1981**

CHIGORODO
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.63

ESTATURA

A+

G.S. RH

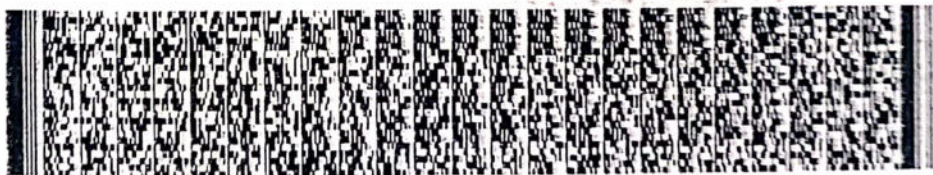
M

SEXO

09-AGO-1999 CHIGORODO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-0108000-00026562-M-0008436691-20080719

0001251233A 1

2700001472

INDICACIONES MEDICAS

Sede: C.A.S. Cafam Calle 48

Fecha de Atención-02/12/2022

Paciente: ARGELIO ANTONIO TORDECILLA ESPITIA
Contrato: CAFAM - CALLE 51
Tipo de Usuario: COTIZANTE
Solicitada por: CRISTIAN CAMILO SALAS BARBA

ID: 8436691
Plan: CONTRIBUTIVO
Sede Afiliado: CAFAM - CALLE 51
Dx: N318 - OTRAS DISFUNCIONES NEUROMUSCULARES DE LA VEJIGA

Semanas: 321
Rango: 1

Indicaciones

1. PACIENTE MASCULINO DE 41 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE LESION MEDULAR A NIVEL DE T4 A LOS 19 AÑOS CON SECUELAS EN SU MOVILIDAD (PARAPLEJIA) SE TRASLADA EN SILLA DE RUEDAS, VEJIGA NEUROGENICA, USUARIO DE SONDA VESICAL. SE SOLICITA EPEDICION DE CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD.

Profesional: CRISTIAN CAMILO SALAS BARBA - RM No. 1047364662 - Firmado Electrónicamente.

Datos de impresión - Fecha: 02/12/2022 - Hora: 13:49 PM -

