SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL CUNDINAMARCA
CENTRO INDUSTRIAL Y DESARROLLO DE SOACHA-CUNDINAMARCA

Código Regional	**25**
Código Centro	**923210**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2024**
Versión	**ENERO 2024 - 1,24**
ID de Proceso	**34540-928577**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: LEIDY MAGALLY CRUZ ROMERO
Correo electrónico contratista: lmcruz@sena.edu.co
C.C. 35.254.472 **IP/Nº de contacto** 10100

Régimen del IVA: NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** SI **Es Pensionado?** NO

Banco al cual consignar: BANCO CAJA SOCIAL **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** SI

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: SI **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 24016880485

Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2023 supera los $ 169'648.000 (debe cambiarse a responsable IVA) NO

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato: 5865519/2024 **Nº Compromiso SIIF** 26424

Valor Total del Contrato	$ 46.739.371	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 46.739.371	**1**	**Del**	**01/02/2024**	**Al**	**29/02/2024**	**$ 4.465.545,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 42.273.826		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR:Prestación de servicios profesionales con plena autonomía como instructor con el propósito de atender las necesidades de formación regular en las áreas asociadas a la red de conocimiento GESTIÓN ADMINISTRATIVA del Centro Industrial y de Desarrollo Empresarial de Soacha.

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.465.545		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
			Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.465.545**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.625.368**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

	Febrero	Enero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**AFILIACIÓN**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.786.218	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 223.300	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 285.800	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 9.400	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 9.805.208 $ 1.116.386	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 14.903.916	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 14.903.916	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 4.706.500	$ -	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Dependientes hasta $ 1.506.080	$ 446.555	
Salud hasta $ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25% $ 3.098.445	$ 875.123	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.625.368,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.956.445,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	23.739,00	0,600%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$4.441.806,00**	

SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS SEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

FICHA: 2758397. ASESORÍA COMERCIAL. 4 HORAS
FICHA: 2834354. ASESORÍA COMERCIAL. 48 HORAS
FICHA: 2879749. CONTABILIZACIÓN DE OPERACIONES COMERCIALES Y FINANCIERAS. 28 HORAS
FICHA: 2834344. SERVICIOS COMERCIALES Y FINANCIEROS. 55 HORAS
FICHA: 2834345. SERVICIOS COMERCIALES Y FINANCIEROS. 28 HORAS
TOTAL: 163 HORAS

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:
1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas; 2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC y FVP, por los ingresos recibidos en el mes anterior del contrato objeto de cobro en esta planilla y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato; 3. El número de trabajadores contratados para cumplir con el desarrollo del objeto contractual corresponden a lo indicado en esta planilla; 4. Toda la información aquí suministra es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados.

LEIDY MAGALLY CRUZ ROMERO
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:

1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;

2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;

3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

ALBA CONSUELO CASAS FONSECA
INSTRUCTOR G08

Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:

EL ORDENADOR DEL PAGO

ARGEMIRO CELIS CASTRO

SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14706683657

(415)7707212489984(8020) 000001470668365 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
3 5 2 5 4 4 7 2	0	Impuestos y Aduanas de Girardot 8	

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 5 2 5 4 4 7 2	2 0 0 1 0 6 0 6

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Fusagasugá 2 9 0

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CRUZ	ROMERO	LEIDY	MAGALLY

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Fusagasugá 2 9 0

41. Dirección principal
CON LA PALMA MZ E CA 15

42. Correo electrónico magallyta2@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 1 3 5 1 1 5 1 9	3 0 4 3 6 3 5 2 3 1

CLASIFICACIÓN

Actividad económica					Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1 2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 3 0	2 0 1 3 1 2 1 9	8 5 2 3	2 0 1 3 1 2 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 2 0																									

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros																									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20						
54. Código																									

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 2020 - 08 - 28 / 09 : 32: 46

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre CRUZ ROMERO LEIDY MAGALLY

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

LABORATORIO CLINICO

SALUD MEDICOS ESPECIALISTAS

Carrera 5 # 8-24 Teléfono: 8726033 - Fusagasugá (Cund)

NOMBRE: CRUZ ROMERO , LEIDY MAGALLY **NUMERO: 120703**

HISTORIA: 35254472
EDAD: 38 Años
PROCEDENCIA: PARTICULAR
CONTRATO: PARTICULAR
ESPECIALIDAD: MEDICINA GENERAL
MEDICO:

FECHA ING: 20/01/2022
FECHA IMP: 20/01/2022
VINCULACION: PARTICULAR
DIRECCION: LA PALMA
TELEFONO: 3013511519

Comentario: DRA JULIA HERNANDEZ

Digitado Por: admin

PARAMETRO	RESULTADO	UNIDAD	VAL.REF.
	QUIMICA CLINICA		
GLUCOSA tecnica: enzimático - colorimétrico	94.0	mg/dL	70.00-110.00
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD HOMBRES : 45-65 mg/dL tecnica: precipitación, colorimétrico	42 MUJERES : 35-55 mg/dL	mg/dL	MAYOR DE 35
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD	87	mg/dL	0.00-135.00
COLESTEROL tecnica: enzimático - colorimétrico	144	mg/dL	0.00-200.00
TRIGLICERIDOS tecnica: enzimático - colorimétrico	74	mg/dL	0.00-150.00
VLDL COLESTEROL	14.8	mg/dL	0.00-0.00
		Validado Por:	*admin*
	HEMOGRAMA		
OBSERVACIONES HEMATOLOGIA	VER ANEXO (RESULTADO)	SQL	0.00-0.00
		Validado Por:	*admin*

Claudia Patricia Nieto P.
BACTERIOLOGA
R - 3121B

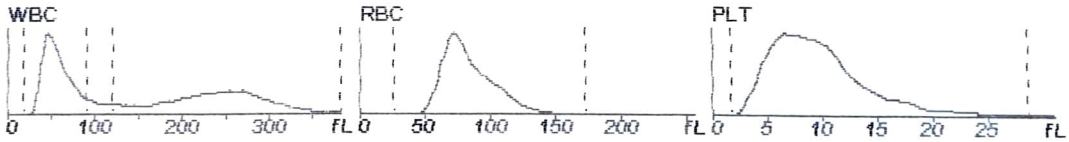
Laboratorio Clinico SALUD MEDICOS ESPECIALISTAS

ID: 0120703 Modo: Completa Hora: 20-01-2022 14:54

Nombre: Leidy Magally Cruz Romero Sexo: Mujer Edad:

N.º hist clín: N.º cama: Dept.:

Parámetro		Result.		Rango ref.
WBC		7.1	x 10^9/L	4.8 - 10.8
Lymph#		3.0	x 10^9/L	0.9 - 5.2
Mid#		0.4	x 10^9/L	0.1 - 6.1
Gran#		3.7	x 10^9/L	1.9 - 8.0
Lymph%	H	41.9	%	24.0 - 34.0
Mid%		5.6	%	3.0 - 12.0
Gran%		52.5	%	45.0 - 65.0
HGB	L	13.3	g/dL	14.0 - 18.0
RBC		4.26	x 10^12/L	4.00 - 5.40
HCT	L	37.5	%	42.0 - 52.0
MCV		88.2	fL	81.0 - 99.0
MCH	H	31.2	pg	27.0 - 31.0
MCHC		35.4	g/dL	31.0 - 37.0
RDW-CV		14.4	%	11.5 - 14.5
RDW-SD		45.0	fL	35.0 - 56.0
PLT		311	x 10^9/L	150 - 450
MPV		7.8	fL	7.4 - 10.4
PDW		15.2		15.0 - 17.0
PCT		0.242	%	0.108 - 0.282



Rmte.: Analiz.: Compr.:

Claudia Patricia Nieto P.
BACTERIOLOGA
R - 3121B

TAMIZAJE VISUAL

FECHA	20-01-2022	EMPRESA	SENA

DATOS PERSONALES

NOMBRE	Leidy Cruz Romero	GENERO	F	EDAD	38 A.
IDENTIFICACION	cc 35254472	TELEFONO	3013515119		
CARGO	Instructor	TIPO DE EXAMEN	Ocupacional		

AGUDEZA VISUAL

	V.L.S.C	V.L.C.C	V.P.S.C	V.P.C.C	VISION CROMATICA	ESTEREOPSIS
O.D	20/20	✓	20/20	✓	Normal	
O.I	20/20	✓	20/20	✓	Normal	

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

	EMETROPIA	MIOPIA	HIPERMETROPIA	ASTIGMATISMO	PRESBICIA	AMBLIOPIA
O.D	✓					
O.I	✓					

CONDUCTA Y RECOMENDACIONES

Su capacidad visual actual es adecuada para el desarrollo de las funciones propias de su trabajo.	✓
Su capacidad visual actual es adecuada para el desarrollo de las funciones propias de su trabajo gracias a la corrección que tiene.	
Debe actualizar su corrección para el desarrollo de las funciones propias de su trabajo	
Consulta por Optometría. / DEBE UTILIZAR LA CORRECCION PERMANENTE	
Control Un Año/Pausas Activas Visuales/ Uso E.P. V	✓

NOTA: Por medio del presente documento Autorizo a dar continuidad a la política de tratamiento de datos personales de la cual tengo total conocimiento.

Evaluado por:	Aspirante o Trabajador:
Firma y No. Registro Medico Dra. Julia Hernandez Vergara ESP. SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO UNIVERSIDAD MANUELA BELTRAN RES. 25-0779 / C.C. 32624303	Firma y No. Documento x 35.254.472 FGGA
Nombre:	Nombre: x Leidy Tragally Cruz Romero

VALORACION AUDIOLOGICA OCUPACIONAL

NOMBRE COMPLETO Leidy Magally Cruz Romero

No. IDENTIFICACION CC 35254472 FECHA DE NACIMIENTO 22-05-1983 EDAD 38 año

CARGO Instructor TELEFONO 3013511519 EMPRESA SENA

Conduce automóvil/ moto	Dispositivos electrónicos	Instrumentos musicales	discoteca	Uso de armas	Viajes en avión	explosiones	Ruido de maquinaria
Si ✓ No	Si ✓ No	Si No ✓	Si No ✓	Si No ✓	Si ✓ No	Si No ✓	Si No ✓

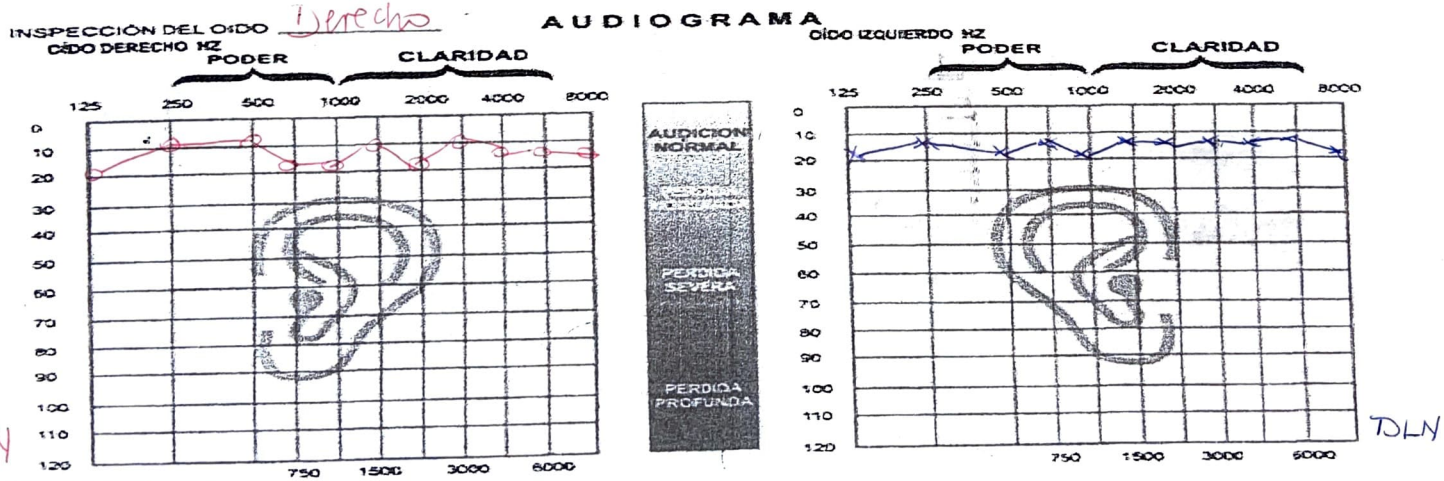
	SI	NO
ANTECEDENTES FAMILIARES DE PERDIDA AUDITIVA		✓
ANTECEDENTES DE INFECCION EN OIDO		✓
DOLOR DE OIDO		✓
VERTIGO / MAREO		✓
TRAUMA ACUSTICO		✓
PERFORACION MEMBRANA TIMPANICA		✓
RASQUIÑA EN OIDO		✓
ACUFENO		✓
CIRUGIAS DE OIDO		✓
EXPOSICION A RUIDO LABORAL		✓

OTOSCOPIA Caida libre de Cerumen

IDx Conducción y sensibilidad sonora normal.
Otoscopia: normal.

INSPECCIÓN DEL OIDO Derecho

AUDIOGRAMA



DLN

DLN

EXÁMEN PSICOSOCIAL

FECHA DE EVALUACIÒN:	AÑO 2022	MES 01	DIA 20	CIUDAD FUSAGASUGA

1. INFORMACIÒN PERSONAL

NOMBRE: LEIDY MAGALLY CRUZ ROMERO EDAD: 38 AÑOS HIJOS: 2 HIJAS
IDENTIFICACIÒN: 35.254.472 ESTADO CIVIL: SOLTERA
ESCOLARIDAD: MAESTRIA AUDITORIA INTERNACIONAL Y GESTIÓN EMPRESARIAL
CARGO: INSTRUCTORA VIRTUAL
LUGAR DE RESIDENCIA: CONJUNTO RESIDENCIAL LA PALMA 1 ETAPA MZ E CASA 15
TELÈFONO: 3144316489

OCUPACIONES ANTERIORES

OCUPACIÒN U OFICIO	EMPRESA	TIEMPO EN AÑOS
INSTRUCTORA PRESENCIAL Y VIRTUAL	SENA SOACHA	8AÑOS

2. MOTIVO DE LA CONSULTA

EXAMEN DE INGRESO __X__ EVALUACIÒN PERIODICA _____ EXAMEN DE EGRESO_____

PERSONA O INSTITUCIÒN QUE REMITE: SENA SOACHA

3. ANTECEDENTES MEDICOS

Lesiones o enfermedades: Ninguno
Tiempo de evolución: Ninguno

4. PRESENTACIÒN PERSONAL Y ADECUACIÒN A LA ENTREVISTA

La entrevista se hace vía llamada telefónica, INSTRUCTORA con buena actitud, con sus funciones cognitivas básicas y superiores estables, responde de forma rápida coherente y adecuada.

5. HISTORIA PERSONAL

Paciente con peso de 74 kilos, mide 1.70
Diabetes tipo 2. Toma medicamento metformina 850 mg
Persona que está cambiando los hábitos de alimentación.
Hace ejercicio eventualmente.
Toma de 2 a 3 litros de agua.
Tiene buen estado del sueño.
No tiene antecedentes de enfermedad mental.
Glaucoma en los dos ojos. Se aplica gotas para el glaucoma Latanopros de 0.05 mg
Utiliza gafas formuladas de forma permanente.

No bebe no fuma, consume café.

EXAMEN PSICOSOCIAL

6. EVALUACIÒN PSICOAFECTIVA EMOCIONAL Y COMPORTAMENTAL.

Actitudes de su vida diaria y percepción de sí mismo: Sociable, muy humana, tiene empatía por los demás.
Rasgos de personalidad, aspectos positivos y negativos: empatía por los demás, rasgo negativo es muy perfeccionista.

7. EVALUACIÒN DE RELACIONES FAMILIARES Y SOCIALES

Calidad de las relaciones y ejercicios de sus roles familiares: vive con las dos hijas, madre soltera, la relación familiar, con la mayor es un poco difícil por la adolescencia y su proceso de separación con el padre.
Relaciones sociales: Buenas relaciones sociales, es de pocos amigos

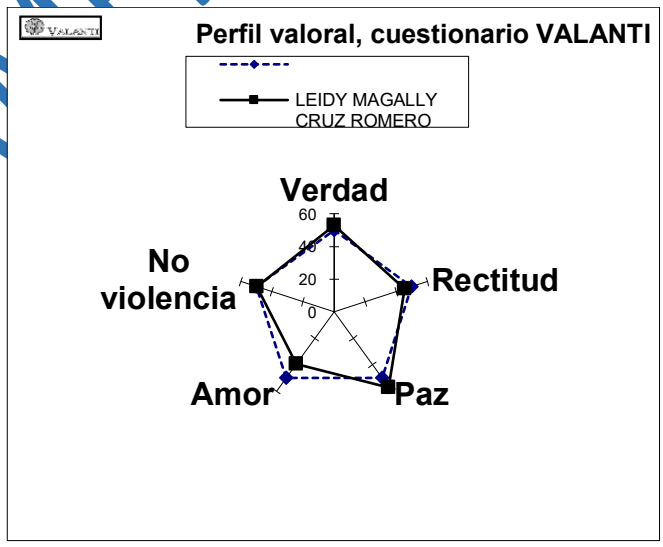
8. EVALUACIÒN PSICOLABORAL

Características y grado de ajuste al medio laboral: fácil ajuste a los cambios laborales.
Dificultades: cuando el trabajo depende de otra persona.
Potencialidades:

CONCEPTO Y RECOMENDACIONES

Persona capacitada para cumplir con su cargo como INSTRUCTORA VIRTUAL.
Es cognitivamente equilibrada.
Con deseos de superación y estabilidad laboral.
En su función lógica matemática es adecuada.
Se recomienda realizar pausas activas de forma permanente.
Hacer una rutina de ejercicios diaria.
Mantener su control sobre la diabetes.

RESULTADO APLICACIÓN TEST VALANTI.



EXAMEN PSICOSOCIAL

El área emocional (Valor PAZ) es la más importante para LEIDY MAGALLY CRUZ ROMERO. El área menos importante es la intuitiva (Valor AMOR).

El valor verdad está dentro de la norma de la población. La parte intelectual de sus valores está equilibrada, dándole adecuada importancia a cualidades como veracidad, raciocinio, curiosidad y honestidad intelectual.
El valor rectitud recibe una calificación dentro de lo esperado. La parte física de sus valores se muestra equilibrada, dándole adecuada importancia a cualidades como compromiso, confiabilidad, deber, cumplir metas, respeto, responsabilidad y sacrificio.

La valoración de la paz es más alta que lo normal. Resalta la parte emocional de sus valores, dándole buena prioridad a cualidades como calma, concentración, paciencia, reflexión, satisfacción, y silencio interior.
El impacto del valor amor no es fundamental. La parte intuitiva de sus valores es puesta en segundo plano, dándole un poco menos importancia a cualidades como amabilidad, amistad, ayuda, apoyo, compartir, compasión, cuidado, perdón, simpatía y tolerancia.

El valor no violencia está dentro de lo normal. La parte espiritual de sus valores está equilibrada, dándole adecuada importancia a cualidades como amor universal, aprecio por las demás culturas y creencias, hermandad, justicia social y unidad humana.

PAULA ANDREA USECHE DÌAZ
Psicóloga
T.P. No. 188046
Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo. Resolución No. 248 del 14/01/2020.
Correo Electrónico paulitauseche@yahoo.com

EXAMEN PSICOSOCIAL

Dra. Julia Hernández Vergara
ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
UNIVERSIDAD MANUELA BELTRAN
CALLE 7 No. 7-58 TEL: 3157622402

CERTIFICACION MEDICA OCUPACIONAL



20/01/2022 **CIUDAD:** FUSAGASUGÁ

DATOS DEL TRABAJADOR, CONTRATISTA O ASPIRANTE

Nombre: Leidy Magally Cruz Romero. **Edad:** **38** AÑOS
Identificación: CC. 35254472. **Género: F**

Cargo: Instructor. **Área:** Docencia.

NOMRE DE LA EMPRESA: SENA.

TIPO DE EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL REALIZADO:

Pre ocupacional:	Curso de alturas:	Periódico:	Pos incapacidad:
Ingreso: X	Cambio de Ocupación:	Egreso o Retiro:	

EXMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS: Ingreso con énfasis: Osteomuscular y musculoesquelético normales. Equilibrio y coordinación motriz. Cardiovascular normal. Laboratorios: glicemia y perfil lipídico, cuadro hemático dentro de parámetros normales. Psicosensométrico: Capacitada para el cargo. Visiometría y audiometría: competentes para el cargo.

CONCEPTO PARA EXAMENES DE INGRESO O PERIODICOS

Descripción	SI	NO	NO APLICA	APLAZADO
Limitaciones o restricciones		X		
cumple con los requisitos de salud para Alturas			x	

Descripción de la restricción: NINGUNA.

DESCRIPCION PARA TODOS LOS EXAMENES INCLUYENDO LOS DE EGRESO

Sospecha o detección de:	SI	NO	EN ESTUDIO
Accidente de trabajo no reportado		X	
Enfermedad Laboral		X	
Enfermedad Común	x		
Enfermedad agravada por el trabajo		X	
Secuelas de accidente laboral		X	

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual	x	Auditivo		Concerv. Voz		cardiovascular		Psicosocial		Ergonómica	**X**	Mecánico		Biológico	

REMISIONES: NINGUNA

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES: 1. Utilizar EEPP 2. Pausas activas 3. Ingesta regular de agua 4. Higiene postural 5. Atender normas de bioseguridad 6. Por su EPS: Visual periódico, tamizaje de rutina anual, citología anual, control por: Endocrinología y Oftalmología. 7. ESTILOS DE VIDA SALUDABLES.

CONCEPTO: APTA PARA EL CARGO SIN RESTRICCIONES.

JHernández

Dra. Julia Hernandez Vergara
ESP. SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
UNIVERSIDAD MANUELA BELTRAN
RES. 25-0779 / C.C. 32624309

Dra. Julia Hernandez Vergara
RES. 25-0779 / CC 32624309

Consentimiento informado del asistente o Trabajador.

Yo Leidy Magally Cruz Romero. **Identificado con CC.** 35254472.
Autorizo al profesional en mención a que me realice de manera voluntaria el examen Médico ocupacional, exámenes complementarios y dejo constancia de que tuve oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización de este examen y /o complementarios necesarios y referenciados en este documento; Comprendo el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones y riesgo. Certifico que la información que he suministrado es verdadera y completa. Acepto el manejo de confidencialidad que esta entidad dé a la misma. Autorizo que la información recopilada pueda ser utilizada para la implementación de los sistemas de Vigilancia Epidemiológica de las empresas y la realización de los estudios de investigación con fines científicos. Se suministra la información necesaria a las personas o entidades competentes en la legislación para el desarrollo del sistema de gestión de la seguridad y la salud en el trabajo (SG-SST) Decreto 1443 de 2014.

En Constancia Firmo _____

A los 20 **días del mes de** ENERO **del año** **2022**

Hace constar:

Que el Sr(a) LEIDY MAGALLY CRUZ ROMERO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 35254472 realizó el día 25/02/2024 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Articulo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo LEIDY MAGALLY CRUZ ROMERO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 35254472 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.
2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.
3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.
5. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.
6. Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivada de mi contrato.

_____
Firma

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General -

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) LEIDY MAGALLY CRUZ ROMERO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 35254472 el día 25/02/2024 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

La presente constancia tiene validez al interior de la entidad, en la generación de una cultura institucional incluyente, como acción afirmativa para promover acciones integrales y accesibles para las Personas con Discapacidad, de acuerdo con lo contenido en la Resolución 1726 de 2014, mediante la cual el SENA adopta su Política Institucional para la atención de personas con discapacidad.

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **LEIDY MAGALY CRUZ ROMERO** identificado con **CC** No. **35254472**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de afiliación:** 21/01/2015 **Fecha de inicio de cobertura:** 07/02/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 01/02/2024 **Fecha fin de Contrato:** 14/12/2024 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 1 **Cargo :** INSTRUCTOR

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 o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401012743193.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 26 días del mes de febrero de 2024.

Cordialmente,

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Positiva Compañía de Seguros S.A.
Nit: 860.011.153-6 · **Línea gratuita nacional:** 01-8000-111-170 **Teléfono:** (601) 330-7000
Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo Rincón · defensordelcliente@positiva.gov.co
Carrera 11A No 96 - 51 Oficina 206 Bogotá. Teléfono: (601) 610 8164

HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

LEIDY MAGALLY CRUZ ROMERO Identificado con CC 35254472

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina AV LAS PALMAS FUSAGASUGA, con las siguientes características:

Cuentamiga

Número:	24016880485
Fecha de apertura:	26 de Junio de 2007
Condiciones de uso:	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
Estado:	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a quien pueda interesar, realizada en el Canal Digital de la ciudad de Bogotá, el día Lunes, 26 de Febrero de 2024.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA | Banco Caja Social

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL
DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN:	SUCURSAL:	COD. SUC:	NO. PÓLIZA:	ANEXO:
BOGOTA, D.C.	ANTIGUO COUNTRY	21	21-46-101083953	0

FECHA EXPEDICIÓN:			VIGENCIA DESDE:			A LAS:	VIGENCIA HASTA:			A LAS:	
DÍA:	MES:	AÑO:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	TIPO MOVIMIENTO:
01	02	2024	01	02	2024	00:00	14	04	2025	23:59	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	CRUZ ROMERO LEIDY MAGALLY	IDENTIFICACIÓN:	C.C. :35,254,472
DIRECCIÓN:	CONJUNTO RESIDENCIAL LA PALMA 1 ETAPA MANZANA E CASA 15	CIUDAD: FUSAGASUGA - CUNDINAMARCA	TELÉFONO: 3013511519

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO/BENEFICIARIO:	SENA REGIONAL CUNDINAMARCA CENTRO INDUSTRIAL Y DE DESARROLLO EMPRESARIAL DE SOACHA	IDENTIFICACIÓN:	NIT. :899,999,034-1
DIRECCIÓN:	CALLE 13 N 10 63	CIUDAD: SOACHA - CUNDINAMARCA	TELÉFONO: 0
ADICIONAL:			

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. CO1.PCCNTR.5865519 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES CON PLENA AUTONOMÍA COMO INSTRUCTOR CON EL PROPÓSITO DE ATENDER LAS NECESIDADES DE FORMACIÓN REGULAR EN LAS ÁREAS ASOCIADAS A LA RED DE CONOCIMIENTO GESTIÓN ADMINISTRATIVA DEL CENTRO INDUSTRIAL Y DE DESARROLLO EMPRESARIAL DE SOACHA

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	VIGENCIA DESDE:	VIGENCIA HASTA:	SUMA ASEG/ACTUAL:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	01/02/2024	14/04/2025	$ 4,673,937.10

ACLARACIONES:

VALOR PRIMA NETA:	GASTOS EXPEDICIÓN:	IVA:	TOTAL A PAGAR:	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO:
$ 22,434.90	$ 8,000.00	$ 5,782.63	$ 36,217.53	$ 4,673,937.10	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
NOMBRE:	CLAVE:	% PART:	NOMBRE COMPAÑÍA:	% PART:	VALOR ASEGURADO:
DELIMA GRUPO EMPRESARIAL	93093	100,00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTÍA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO

PARA EFECTO DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 83 NO 19-10 - TELÉFONO: 4590601 - BOGOTA, D.C.

21-46-101083953
FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

USTED PUEDE CONSULTAR ESTAR PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

Oficina Principal: Calle 83 No 19-10 Bogotá D.C. Teléfono: 601-2186977, 601-6019330

DLF093093A

NO EFECTUAR RETENCIÓN EN LA FUENTE POR NINGUN CONCEPTO * RESPONSABLE IVA

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

CONSTANCIA DE NO REVOCATORIA NI CANCELACIÓN POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA

Hacemos constar, que la póliza No. 21-46-101083953, anexo 0, no expirará por falta de pago de la prima, ni por revocatoria unilateral del tomador de la póliza o de la aseguradora.

Lo anterior de conformidad con lo establecido en el decreto 1082 de 2015, el cual regula las garantías ante entidades estatales.

Dado en BOGOTA, D.C., a los 1 días del mes de Febrero de 2024



FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que: **RECIBO DE PAGO N°:** 21461010839530

FECHA	
CONTADO	

RECIBIMOS DE: CRUZ ROMERO LEIDY MAGALLY C.C. C.C. :35,254,472

LA SUMA DE: TREINTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS DIECISIETE CON CINCUENTA Y TRES CENTAVOS PESOS M/CTE

POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 21-46-101083953

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
ANTIGUO COUNTRY - CU. ESTATAL - 101083953 - 0 - 0	$ 22,434.90	$ 8,000.00	$ 5,782.63	$ 36,217.53

FORMA DE PAGO

EFECTIVO:	$ 36,217.53
CHEQUE:	$ 0.00
TARJETA:	$ 0.00
BD:	$ 0.00
OTROS:	$ 0.00
TOTAL:	$ 36,217.53

INTERMEDIARIO: DELIMA GRUPO EMPRESARIAL - 93093

CAJERO: RAPIESTADO

ORIGINAL

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Hace constar que: RECIBO DE PAGO N°: 21461010839530

FECHA
CONTADO

RECIBIMOS DE: CRUZ ROMERO LEIDY MAGALLY C.C. C.C. :35,254,472

LA SUMA DE: TREINTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS DIECISIETE CON CINCUENTA Y TRES CENTAVOS PESOS M/CTE

POR CONCEPTO DE: PAGO DE PÓLIZA NRO.: 21-46-101083953

SUC - RAMO - PÓLIZA - ENDOSO - CUOTA	PRIMA	GASTOS EXPEDICION	IVA	VALOR
ANTIGUO COUNTRY - CU. ESTATAL - 101083953 - 0 - 0	$ 22,434.90	$ 8,000.00	$ 5,782.63	$ 36,217.53

FORMA DE PAGO

EFECTIVO:	$ 36,217.53
CHEQUE:	$ 0.00
TARJETA:	$ 0.00
BD:	$ 0.00
OTROS:	$ 0.00
TOTAL:	$ 36,217.53

INTERMEDIARIO: DELIMA GRUPO EMPRESARIAL - 93093

CAJERO: RAPIESTADO

COPIA

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA ÚNICA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
SOMETIDA AL DECRETO 1082 DE 2015 No.21-46-101083953

1. AMPAROS.

SEGUROS DEL ESTADO S.A., QUE EN ADELANTE SE DENOMINARÁ SEGURESTADO OTORGA A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, HASTA EL MONTO DEL VALOR ASEGURADO PACTADO, LOS AMPAROS MENCIONADOS EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA, CUBRIENDO CON ELLOS, SIEMPRE LOS PERJUICIOS DIRECTOS QUE CON SUJECIÓN A LA DEFINICIÓN DE LAS CONDICIONES ADELANTE INDICADAS, LLEGARE A CAUSAR EL GARANTIZADO POR EL INCUMPLIMIENTO QUE, ATRIBUIBLE A SU ACCIÓN U OMISIÓN, PRODUJERE.

LOS AMPAROS QUE SE OTORGAN EN ESTA PÓLIZA SERÁN INDEPENDIENTES UNOS DE OTROS RESPECTO DE SUS RIESGOS Y DE SUS VALORES ASEGURADOS. SEGÚN LAS DEFINICIONES QUE A CONTINUACIÓN SE INDICAN:

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA.

EL AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, LA SANCIÓN DERIVADA DEL INCUMPLIMIENTO DE LA OFERTA, EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

1.1.1 LA NO AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA OFERTA CUANDO EL PLAZO PARA LA ADJUDICACIÓN O PARA SUSCRIBIR EL CONTRATO ES PRORROGADO, SIEMPRE QUE TAL PRÓRROGA SEA INFERIOR A TRES (3) MESES.

1.1.2 EL RETIRO DE LA OFERTA DESPUÉS DE VENCIDO EL PLAZO FIJADO PARA LA PRESENTACIÓN DE LAS OFERTAS.

1.1.3 LA NO SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO SIN JUSTA CAUSA POR PARTE DEL ADJUDICATARIO.

1.1.4 LA FALTA DE OTORGAMIENTO POR PARTE DEL PROPONENTE SELECCIONADO DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.

EL AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE LLEGUEN A CAUSAR, CON OCASIÓN DE (I) LA NO INVERSIÓN DEL ANTICIPO, (II) EL USO INDEBIDO DEL ANTICIPO Y (III) LA APROPIACIÓN INDEBIDA DE LOS RECURSOS RECIBIDOS POR EL CONTRATISTA GARANTIZADO EN CALIDAD DE ANTICIPO.

1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO.

EL AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE CAUSEN POR LA NO DEVOLUCIÓN TOTAL O PARCIAL, DEL DINERO ENTREGADO AL CONTRATISTA GARANTIZADO A TITULO DE PAGO ANTICIPADO, CUANDO A ELLO HUBIERE LUGAR.

1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

EL AMPARO DE CUMPLIMIENTO, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, POR LOS PERJUICIOS DIRECTOS DERIVADOS DE: (A) EL INCUMPLIMIENTO TOTAL O PARCIAL DEL CONTRATO, CUANDO EL INCUMPLIMIENTO ES IMPUTABLE AL CONTRATISTA; (B) EL CUMPLIMIENTO TARDÍO O DEFECTUOSO DEL CONTRATO, CUANDO EL INCUMPLIMIENTO ES IMPUTABLE AL CONTRATISTA; (C) LOS DAÑOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA POR ENTREGAS PARCIALES DE LA OBRA, CUANDO EL CONTRATO NO PREVÉ ENTREGAS PARCIALES; Y (D) EL PAGO DEL VALOR DE LAS MULTAS Y DE LA CLÁUSULA PENAL PECUNIARIA SIEMPRE QUE SE HUBIEREN PACTADO PREVIAMENTE EN EL CONTRATO GARANTIZADO.

EN VIRTUD DE LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 44 DE LA LEY 610 DE 2000, LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO CUBRIRÁ LOS PERJUICIOS CAUSADOS A LA ENTIDAD ESTATAL COMO CONSECUENCIA DE LA CONDUCTA DOLOSA O CULPOSA, IMPUTABLE AL CONTRATISTA GARANTIZADO, DERIVADOS DE UN PROCESO DE RESPONSABILIDAD FISCAL,SIEMPRE Y CUANDO ESOS PERJUICIOS DERIVEN DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES SURGIDAS DEL CONTRATO AMPARADO POR LA GARANTÍA.

1.5 AMPARO DE PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES.

EL AMPARO DE PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES DE NATURALEZA LABORAL, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, POR LOS PERJUICIOS QUE SE LE OCASIONEN, A RAÍZ DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES LABORALES A QUE ESTÉ OBLIGADO EL CONTRATISTA GARANTIZADO, DERIVADAS DE LA CONTRATACIÓN DEL PERSONAL UTILIZADO PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO AMPARADO EN EL TERRITORIO NACIONAL.

ESTA GARANTÍA NO SE APLICARÁ PARA LOS CONTRATOS QUE SE EJECUTEN EN SU TOTALIDAD FUERA DEL TERRITORIO NACIONAL POR PERSONAL CONTRATADO BAJO UN RÉGIMEN JURÍDICO DISTINTO AL NACIONAL.

1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA.

EL AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE GENEREN COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER TIPO DE DAÑO O DETERIORO, PRESENTADOS EN LA OBRA ENTREGADA Y RECIBIDA A SATISFACCIÓN DE DICHA ENTIDAD ESTATAL O SUS REPRESENTANTES, CUYA CAUSA SEA IMPUTABLE AL CONTRATISTA GARANTIZADO.

1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO

EL AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA GARANTIZADO, QUE SE OCASIONEN CON POSTERIORIDAD A LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, Y QUE SE DERIVEN DE LA DEFICIENTE CALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO.

EN LOS CONTRATOS DE INTERVENTORIA, LA VIGENCIA DE ÉSTE AMPARO DEBE SER IGUAL AL PLAZO DE LA GARANTÍA DE ESTABILIDAD DEL CONTRATO PRINCIPAL EN CUMPLIMIENTO DEL PARAGRAFO DEL ARTÍCULO 85 DE LA LEY 1474 DE 2011.

1.8 CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES Y EQUIPOS SUMINISTRADOS.

ESTE AMPARO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA DE LOS PERJUICIOS OCASIONADOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA, SUFRIDOS POR LA DEFICIENTE CALIDAD E INCORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES QUE RECIBE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA EN CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO GARANTIZADO.

2. EXCLUSIONES.

LOS AMPAROS OTORGADOS EN LA PRESENTE PÓLIZA NO OPERARÁN CUANDO LOS DAÑOS A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA SE GENEREN POR:

2.1 CAUSA EXTRAÑA, ESTO ES, LA FUERZA MAYOR O CASO FORTUITO, EL HECHO DE UN TERCERO O LA CULPA EXCLUSIVA DE LA VÍCTIMA.

2.2. DAÑOS CAUSADOS POR EL CONTRATISTA GARANTIZADO, A LOS BIENES DE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, NO DESTINADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL.

2.3. EL USO INDEBIDO O INADECUADO O LA FALTA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO A QUE SE ENCUENTRE OBLIGADA LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA.

2.4. EL DETERIORO NORMAL QUE SUFRAN LOS BIENES ENTREGADOS CON OCASIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, COMO CONSECUENCIA DEL TRANSCURSO DEL TIEMPO.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

3. SUMA ASEGURADA.

DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1079 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, SEGURESTADO NO ESTARÁ OBLIGADO A RESPONDER SI NO HASTA CONCURRENCIA DE LA SUMA ASEGURADA EN CASO DE SINIESTRO, DETERMINADA EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA PARA CADA AMPARO.

4. VIGENCIA.

LA VIGENCIA DE LOS AMPAROS OTORGADOS EN LA PRESENTE PÓLIZA, SE HARÁ BAJO LOS LINEAMIENTOS DEL DECRETO 1082 DE 2015 Y CONSTARAN EN LA CARÁTULA DE LA MISMA O EN SUS ANEXOS.

5. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA.

PARA HACER EFECTIVOS CUALQUIERA DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR SEGURESTADO, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA DEBERÁ GARANTIZAR EL DEBIDO PROCESO DE SEGURESTADO Y EL CONTRATISTA, MEDIANTE EL AGOTAMIENTO DEL PROCEDIMIENTO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 86 DE LA LEY 1474 DE 2011 O LAS NORMAS QUE LO SUSTITUYAN O MODIFIQUEN.

LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, LE CORRESPONDERÁ DEMOSTRAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y ACREDITAR LA CUANTÍA DE LA PÉRDIDA SI FUERE EL CASO.

EL PROCEDIMIENTO QUE DEBERÁ SEGUIR LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PARA LA EFECTIVIDAD DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR ESTA PÓLIZA, SERÁ:

5.1 RESPECTO DEL AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO QUE IMPONGA LA SANCIÓN PREVIAMENTE ESTABLECIDA POR LA OCURRENCIA DE UNO CUALQUIERA DE LOS EVENTOS PREVISTOS EN LA CONDICIÓN 1.1 DE ÉSTA PÓLIZA, Y DISPONGA LA EFECTIVIDAD DE ÉSTE AMPARO A SEGURESTADO.

5.2 EN CASO DE DECRETARSE LA CADUCIDAD, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE EN EL CUAL, ADEMÁS DE LA DECLARATORIA DE LA MISMA, HARÁ EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL O CUANTIFICARÁ EL MONTO DEL PERJUICIO, ORDENANDO SU PAGO TANTO AL CONTRATISTA COMO A SEGURESTADO. DICHO ACTO ADMINISTRATIVO SERÁ CONSTITUTIVO DEL SINIESTRO.

5.3 EN EL EVENTO DE IMPOSICIÓN DE MULTAS, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE ORDENANDO SU PAGO AL CONTRATISTA Y SEGURESTADO. DICHO ACTO ADMINISTRATIVO SERÁ CONSTITUTIVO DEL SINIESTRO.

5.4 EN LOS DEMÁS EVENTOS DE INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE, EN EL CUAL, ADEMÁS DE DECLARAR EL INCUMPLIMIENTO PROCEDERÁ A CUANTIFICAR EL MONTO DE LA PÉRDIDA O A HACER EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL, ORDENANDO SU PAGO AL CONTRATISTA Y SEGURESTADO. EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE ES LA RECLAMACIÓN PARA LA COMPAÑÍA DE SEGURO.

LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS EMITIDOS POR LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE QUE SEAN CONSTITUTIVOS O DECLARATIVOS DEL SINIESTRO, DEBERAN ESTAR EJECUTORIADOS Y DEBIDAMENTE NOTIFICADOS, DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 87 DE LA LEY 1437 DE 2011.

6. COMPENSACIÓN.

EN VIRTUD DE LA COMPENSACIÓN COMO MEDIO DE EXTINCIÓN DE LAS OBLIGACIONES RECONOCIDA EL ARTÍCULO 17 DE LA LEY 1150 DE 2007, SEGURESTADO TENDRÁ EN CUENTA TODAS LAS SUMAS DE DINERO QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA LE ADEUDE AL CONTRATISTA GARANTIZADO, POR CUALQUIER CONCEPTO. PARA TALES EFECTOS, SE DEBERÁ TENER EN CUENTA LA LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, EFECTUADA EN LOS TÉRMINOS LEGALES O CONVENCIONALES.

7. FORMAS DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

LA INDEMNIZACIÓN SERÁ PAGADERA EN DINERO, O MEDIANTE LA REPOSICIÓN, REPARACIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE LA COSA ASEGURADA, A OPCIÓN DE SEGURESTADO, SIN PERJUICIO QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA EN EL EVENTO DE DECLARATORIA DE CADUCIDAD DECIDA CONTINUAR LA EJECUCIÓN DEL OBJETO CONTRATADO A TRAVÉS DE SEGURESTADO O DE OTRO CONTRATISTA, A QUIEN A SU VEZ SE LE PODRÁ DECLARAR LA CADUCIDAD, SI A ELLO HUBIERE LUGAR.

EN EL EVENTO EN QUE POR INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO, SEGURESTADO RESOLVIERA CONTINUAR, COMO CESIONARIO, CON LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA ESTUVIESE DE ACUERDO CON ELLO, EL CONTRATISTA GARANTIZADO ACEPTA DESDE EL MOMENTO DE LA CONTRATACIÓN DE ESTA PÓLIZA, LA CESIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO A FAVOR DE SEGURESTADO.

8. PLAZO PARA EL PAGO.

DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1080 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, SEGURESTADO DEBERÁ EFECTUAR EL PAGO DEL SINIESTRO DENTRO DEL MES SIGUIENTE AL CUAL LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA HAYA ACREDITADO LOS REQUISITOS DEL ARTÍCULO 1077 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, A TRAVÉS DEL ACTO ADMINISTRATIVO A QUE HACE REFERENCIA EL NUMERAL 5. DE ESTAS CONDICIONES.

9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIÓN.

PARA LOS CASOS EN QUE LA SUMA ASEGURADA DE ESTA PÓLIZA DEBA SER AUMENTADA O DISMINUIDA Y PARA AQUELLOS EN LOS CUALES LAS ESTIPULACIONES DEL CONTRATO GARANTIZADO SEAN MODIFICADAS, SEGURESTADO A SOLICITUD PREVIA DEL CONTRATISTA GARANTIZADO Y DE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA (O EL INTERVENTOR, SUPERVISOR, ETC., EN SU CASO), EXPEDIRÁ UN CERTIFICADO O ANEXO DE MODIFICACIÓN DE LA PÓLIZA, EN EL CUAL CONSTEN LAS MODIFICACIONES CORRESPONDIENTES. PARA TAL EFECTO SE HACE INDISPENSABLE ACOMPAÑAR A LA SOLICITUD DE MODIFICACIÓN A SEGURESTADO EL DOCUMENTO (OTROSÍ, CLÁUSULA ADICIONAL, ETC.) QUE CONTENGA LAS MODIFICACIONES AL CONTRATO GARANTIZADO.

EL ULTIMO ANEXO O CERTIFICADO DE MODIFICACIÓN, SERÁ EL QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA HARÁ EFECTIVO, DE CONFORMIDAD CON EL NUMERAL 5. DE ESTAS CONDICIONES.

10. VIGILANCIA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO.

SEGURESTADO TENDRÁ LA FACULTAD DE EJERCER LA VIGILANCIA DEL CONTRATO, PARA LO CUAL LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA LE PRESTARÁ LA COLABORACIÓN NECESARIA PARA ELLO. EN LOS CASOS EN LOS CUALES EL CONTRATO GARANTIZADO TENGA POR OBJETO ASUNTOS RELACIONADOS CON EL ORDEN PÚBLICO Y LA SEGURIDAD NACIONAL, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PODRÁ PROHIBIR O LIMITAR ÉSTA FACULTAD.

11. NO CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA E IRREVOCABILIDAD DE ESTE SEGURO.

LA PRESENTE PÓLIZA NO EXPIRARÁ POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA NI PODRÁ SER REVOCADA UNILATERALMENTE.

12. CLÁUSULAS INCOMPATIBLES

EN CASO DE INCONGRUENCIA PRESENTADA ENTRE LAS CONDICIONES PARTICULARES Y LAS CONDICIONES GENERALES DE ESTA PÓLIZA, PREVALECERÁN LAS PRIMERAS.

13. COASEGURO

EN CASO DE EXISTIR COASEGURO, ESTO ES LA DISTRIBUCIÓN ENTRE VARIAS ASEGURADORAS DE DETERMINADO RIESGO, AL NO EXISTIR SOLIDARIDAD ENTRE LAS MISMAS, EL IMPORTE DE LA INDEMNIZACIÓN SE DISTRIBUIRÁ Y HARÁ EXIGIBLE ENTRE LOS COASEGURADORES, EN PROPORCIÓN A LAS CUANTÍAS DE SU RESPECTIVA PARTICIPACIÓN.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

PROCESO GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Generalidades:

1. El objetivo del presente formato es de bridar Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.
2. En el Instructivo Documentos para Registro de Obligaciones y Trámites de Pagos GRF-I-002, indica los requisitos indispensables para el registro de obligaciones para pago de honorarios de prestación de servicios personales.
3. El trámite que surte después de diligenciado es el de garantizar que la deducción para aplicación del beneficio tributario en la cuenta de cobro de los honorarios de los contratistas.
4. La periodicidad con que se debe diligenciar es con el primer pago de la cuenta de cobro de los contratistas.
5. El documento no requiere de impresión y se conserva en el archivo electrónico del aplicativo SECOP II.

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 25 de febrero de 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Ciudad

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de contratista de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

T.I.	**1.071.788.391**	**LAURA SOFÍA DE LUQUE CRUZ**	**HIJO**
T.I	**1.171.213.058**	**JANNA DANIELA DE LUQUE CRUZ**	**HIJO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.

Igualmente, con mi firma declaro: que NINGUNA PERSONA ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.
Cordialmente,



_____

FIRMA
Nombre: Leidy Magally Cruz Romero_____
C.C. _____35.254.472_____

NO IMPRIMA ESTA HOJA ES SOLAMENTE DE CARÁCTER INFORMATIVO

REQUISITOS PARA DEDUCCIONES POR DEPENDIENTES

En el siguiente cuadro se relacionan los requisitos y documentos que se deben adjuntar para poder acceder al beneficio de disminución de retención en la fuente, por dependientes:

DEDUCCION	CONCEPTO	REQUISITOS
DEPENDIENTES	Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.	Registro civil de nacimiento
	Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES ' o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.	Recibo de pago de matrícula de instituciones debidamente acreditadas
	Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Medicina Legal
	El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal
	Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, ya sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal

REPUBLICA DE COLOMBIA

Nº 2572

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1.171.213.058

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 42373075

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código E D E

País - Departamento - Municipio - corregimiento o/o Inspección de Policía

REGISTRAIDURIA DE FUSAGASUGA. HOSP SAN RAFAEL - COLOMBIA - CUNDINAMA

Datos del inscrito

Primer Apellido: DE LUQUE

Segundo Apellido: CRUZ

Nombre(s): YANNA DANIELA

Fecha de nacimiento: Año 2009 Mes MAR Día 30

Sexo (en letras): FEMENINO

Grupo sanguíneo:

Factor RH:

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o inspección)

COLOMBIA CUNDINAMARCA FUSAGASUGA

Tipo de documento antecedente o Declaración Artículo 44

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo: 51690253-0

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: CRUZ ROMERO LEIDY MAGALLY

Documento de identificación (Clase y número): CC 35.254.472

Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: DE LUQUE CEPEDA JAIME DE JESUS

Documento de identificación (Clase y número): CC 85.468.302

Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: DE LUQUE CEPEDA JAIME DE JESUS

Documento de identificación (Clase y número): CC 85.468.302

Firma: Jaime de Luque C.

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número):

Firma:

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número):

Firma:

Fecha de inscripción

Año 2009 Mes MAR Día 31

Nombre y firma del funcionario que autoriza

CARLOS EDUARDO BUITRAGO CASAS - R

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Jaime de Luque C.

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

31.MAR.2009 - LIBRO DE VARIOS - TOMO 001 FOLIO 054

ORIGINAL FAR

ICINA DE REGISTRO

ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL. SE EXPIDE PARA
ACREDITAR PARENTESCO DE CONFORMIDAD CO
ARTICULO 115 DEL DECRETO LEY 1260 DE 1

DIANA MARIA DONATO SEPULVEDA
Registradora del Estado Civil (E)
Fusagasugá (Cundinamarca)

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1071788391

Indicativo Serial 33525750

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código J 6 L

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

NOTARIA 2 FUSAGASUGA COLOMBIA CUNDINAMARCA FUSAGASUGA

Datos del inscrito

Primer Apellido: DE LUQUE | Segundo Apellido: CRUZ

Nombre(s): LAURA SOFIA

Fecha de nacimiento: Año 2006 Mes DIC Día 01 | Sexo (en letras): FEMENINO | Grupo sanguíneo: O | Factor RH: +

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA CUNDINAMARCA FUSAGASUGA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO | Número certificado de nacido vivo: A 7689198

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: CRUZ ROMERO LEIDY MAGALLY

Documento de identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 0035254472 | Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: DE LUQUE CEPEDA JAIME DE JESUS

Documento de identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 0085468302 | Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: DE LUQUE CEPEDA JAIME DE JESUS

Documento de identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 0085468302 | Firma: Jaime Deluque C.

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos: **********

Documento de identificación (Clase y número): ********** | Firma: **********

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos: **********

Documento de identificación (Clase y número): ********** | Firma: **********

Fecha de inscripción: Año 2006 Mes DIC Día 11

Nombre y firma del funcionario que autoriza: MARIA DEISI DE ALARCON — Nombre y firma

Reconocimiento paterno: Jaime Deluque C. — Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento: MARIA DEISI DE ALARCON — Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS TOMO 4 FOLIO NO. 293

REPUBLICA DE COLOMBIA MARIA DEISI DE ALARCON NOTARIA Segunda de Fusagasugá (Cund.)

IMPRESO POR PAPAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.457-6

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

* 33525750 *

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) LEIDY MAGALLY CRUZ ROMERO identificado(a) con CC. 35254472 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**2018/03/01**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO FUSAGASUGA**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 26 días del mes de 02 del año 2024.

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

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **LEIDY MAGALLY CRUZ ROMERO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **35254472,** se encuentra afiliado/a desde **01/08/2022** 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 26 de febrero de 2024.



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