INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

NO APLICA PARA: CONTRATOS DE OBRA, CONSULTORÍA, NI GUARDIANES (QUIENES DEBEN PRESENTAR SU INFORME EN EL FORMATO QUE ACTUALMENTE REPORTAN)

INFORME No.	1		
FECHA DEL INFORME	**DD**	**MM**	**AAAA**
	30	05	2024

No. DEL CONTRATO Y FECHA
1077- 2024
No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL
20248007016013888E

1. INFORMACIÓN GENERAL

		Instrucciones
NOMBRE DEL CONTRATISTA	LILIA YOJANA GUACARI CASTRO	Registre nombre y apellidos completos
N° DE IDENTIFICACIÓN	52731916	Registre el número de identificación
OBJETO DEL CONTRATO	Prestar servicios de apoyo a la gestión como auxiliar de enfermería en el sistema distrital de parques.	Registre el objeto del contrato
PLAZO DE EJECUCIÓN	Ocho 8 meses	Registre el plazo total de ejecución en letras y números
VALOR	31.552.000	Registre el valor total del contrato
FECHA ACTA DE INICIO	14/05/2024	Registre la fecha de inicio del acta
ADICIÓN Y/O PRÓRROGA (solo cuando aplique)		Registre el tiempo, valor y plazo de la prorroga
SUSPENSIONES (solo cuando aplique)	N/A	Registre para cada suspensión efectuada, las fechas y plazo de la suspensión
FECHA DE TERMINACIÓN	13/01/2025	Registre fecha de terminación establecida luego de las suspensiones y/o prórrogas aprobadas si las hay.
PERIODO DE ACTIVIDADES DE ESTE INFORME	15/05/2024 HASTA 30/05/2024 COMPLEJO ACUATICO	Registre las fechas entre las cuales se reportan las actividades

2. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

Enunciar cada una de las obligaciones específicas establecidas en el contrato y describir las actividades realizadas en el período para el cumplimiento de la misma, así como enunciar las evidencias y su ubicación (actas, documentos, planillas, listados, etc.).

Obligaciones específicas	Actividades, evidencias y ubicación
Obligación No. 1: Realizar atención de primeros auxilios, dentro de los parques y escenarios del sistema distrital y de acuerdo con la necesidad, realizar activación de rutas de emergencia, garantizando la estabilidad de signos vitales del usuario dentro del parque o escenario	**Actividad** Durante el mes de mayo se presta atención en primeros auxilios a uno de los salvavidas el cual sufre laceración en su pierna izquierda fuera del escenario, en el momento de su desplazamiento a este se realiza lavado de herida con solución salina y jabón quirúrgico, se deja cubierta la herida. Atención realizada el 16/05/24 Durante el mes de mayo se presta atención en primeros auxilios a el señor Pedro Fermín Pérez quien sufre golpe en su parpado izquierdo durante entrenamiento de waterpolo en el foso, golpe el cual le ocasiona laceración se realiza lavado con solución salina y jabón quirúrgico, se detienen sangrado, se afronta herida y se indica a usuario que debe dirigirse a un punto de urgencias de su eps ya que requiere sutura. Atención realizada el día 19/05/24 **Evidencia** Bitácora de actividades Anexo N/A
Obligación No. 2: Realizar semanalmente campañas de prevención sobre el buen uso de los servicios de los parques y escenarios del sistema distrital, evitando posibles accidentes por mal uso.	**Actividad** Se realizan rondas diarias por el escenario complejo acuático velando que nuestros usuarios realicen un adecuado uso y aprovechamiento de los espacios. Se realiza acompañamiento en el ingreso de los usuarios y competidores en el área de la piscina prestando apoyo recordando las normas de ingreso e higiene en esta área. **Evidencia** Bitácora de actividades Anexo N/A
Obligación No. 3: Participar en los procedimientos para la prevención y	**Actividad** se lleva a cabo el estudio del plan de emergencia del escenario complejo acuático, para de esta manera ubicar

atención de emergencias de acuerdo con las normas técnicas legales y Plan de Emergencias y Contingencias del parque o escenario.	salidas de emergencia, muestro punto de encuentra en caso de una evacuación de emergencia. Se realiza recorrido con personal de vigilancia para conocer ubicación de los extintores del escenario. **Evidencia** Bitácora de actividades Anexo N/A
Obligación No. 4 Apoyar y hacer seguimiento, del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y Ejecutar prácticas de trabajo seguras conforme a las normas técnicas.	**Actividad** Se realiza acompañamiento a personal de vigilancia, mantenimiento y piscineros durante la realización de sus tareas diarias en el escenario verificando el uso de los elementos de protección personal. **Evidencia** Bitácora de actividades Anexo N/A
Obligación No. 5: Apoyar la coordinación de los eventos programados para el escenario, garantizando se cumplan los parámetros de salud requeridos para el mismo:(media, alta y baja complejidad).	**Actividad** Se realiza acompañamiento durante el torneo bogotano de natación llevado a cabo en el complejo acuático los días 23,24 y 25 de mayo, verificando su cumplimiento con los parámetros ya que es un evento que cuanta con una alta complejidad. Se revisan puntos de primeros auxilios verificando que el personal requerido para este evento este completo, cuenten con los equipos, elementos y insumos necesarios para la atención de una emergencia. **Evidencia** Bitácora de actividades Anexo N/A
Obligación No. 6: Informar al área de Administración de Escenarios y /o al supervisor del contrato la necesidad de intervenciones en temas relacionados con salud pública o individual, evitando posibles riesgos.	**Actividad** Se realizan rondas por todo el complejo acuático teniendo en cuenta los siguientes factores: La probabilidad de que se produzca el riesgo La gravedad de las consecuencias del riesgo El número de personas que podrían verse afectadas por el riesgo Se realiza acompañamiento durante la realización de tareas de mantenimiento buscando evitar que los trabajadores

	realicen actos inseguros durante la ejecución de sus actividades laborales y de esta manera evitar accidentes. **Evidencia** Bitácora de actividades Anexo N/A
Obligación No. 7 asistir a las capacitaciones y / o reuniones que le sean informadas y generar estrategias de comunicación con su grupo de trabajo, garantizando la información oportuna y clara al supervisor.	**Actividad** Se asiste a capacitación sobre el uso, mantenimiento de los desfibriladores con los que cuentan nuestros escenarios reunión llevada a cabo el día 22 de mayo de 2024 en la plaza de los artesanos del IDRD **Evidencia** Bitácora de actividades Anexo N/A
Obligación No. 8 proyectar de manera oportuna y en términos de calidad y veracidad las respuestas a las solicitudes de información, peticiones, quejas, reclamos y demás requerimientos allegados con ocasión de los proyectos y actividades a cargo de la Subdirección Técnica de Parques.	**Actividad** No se recibe notificación por parte de la administración sobre correos, peticiones, quejas o reclamos relacionados a el área de primeros auxilios en el mes de mayo. **Evidencia** N/A Anexo N/A
Obligación No. 9 elaborar y cargar mensualmente a la plataforma SECOP II, el informe de ejecución de la gestión adelantada debidamente firmado por el supervisor, que evidencie el cumplimiento de las obligaciones pactadas en el contrato, en las fechas establecidas en el mismo.	**Actividad** Al obtener la firma por parte de la supervisión en el informe se realizará cargue de este, se aclara que este es el primer mes de realización de informe **Evidencia** Anexo N/A
Obligación No. 10 las demás que le sean asignadas por el supervisor y tengan relación con el objeto del contrato.	**Actividad** No tareas asignadas **Evidencia** N/A Anexo N/A
Declaración: Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que las actividades mencionadas en el presente informe corresponden a las labores efectivamente	

INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

NO APLICA PARA: CONTRATOS DE OBRA, CONSULTORÍA, NI GUARDIANES (QUIENES DEBEN PRESENTAR SU INFORME EN EL FORMATO QUE ACTUALMENTE REPORTAN)

desarrolladas en el período indicado, declarando que seré responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato.

INFORMACIÓN APORTES PRESTACIONES SOCIALES

DESCRIPCIÓN DEL APORTE	NOMBRE EMPRESA	VALOR APORTE PAGADO
PAGO APORTES SALUD		$197.200
PAGO APORTES PENSIÓN		$252.416
PAGO RIESGOS LABORALES		$38.430
	TOTAL	$ 488.046

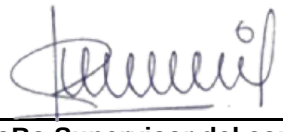
3. ANEXOS (Planilla de pago Seguridad Social, Certificación Cumplimiento Requisitos Tributarios, bitácora y anexos).

Nota: Para la entrega del informe correspondiente al último periodo de actividades; es indispensable anexar adicionalmente: el documento expedido por el Almacén General y el Área de Sistemas donde se evidencie que el contratista se encuentra a paz y salvo con la entidad y el medio magnético con las evidencias de las actividades realizadas durante la ejecución contractual.



Firma Contratista

CONCEPTO DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA:



VoBo Supervisor del contrato
Nombre: OLGALUCIA SILVA GUTIERREZ
N° de Identificación: 60.328.758
Cargo: Profesional Especializado Grado 11

BITACORA DE ACTIVIDADES PARQUE

INFORME No: 1

NOMBRE DEL PARQUE: COMPLEJO ACUATICO 12-1000

FECHA: 30/05/2024

NOMBRE DEL CONTRATISTA: LILIA YOJANA GUACARI CASTRO

No CONTRATO Y FECHA: 1077-2024

FECHA	FUNCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS
miércoles 15 de mayo de 2024	se realiza presentacion con personal administrativo del complejo cuatico para posesion de cargo como auxiliar de enfermeria. Se realiza recorrido por el escenario, presentacion como personal de primeros auxilios del escenario cefe san cristobal con todo el personal. se realiza verificacion de los elementos, insumos y equipos para desarrollar las actividades de primeros auxilios.	
jueves 16 de mayo de 2024	se presta atencion en primeros auxilios a salvavidas quien sufre laceracion en su rodilla derecha al tener accidente menor en el trayecto hacia el escenario.	
viernes 17 de mayo de 2024	escenario cerrado por racionamiento de agua	**N/A**
sábado 18 de mayo de 2024	Se realiza acompañamiento en el area de piscinas a los deportistas para-olimpicos de natacion	
domingo 19 de mayo de 2024	se presta atencion en primeros auxilios a el señor Pedro Fermin Perez quein sufre laceracion en parpado izquierdo al sufrir golpe durante su entrenamiento en el foso.	
lunes 20 de mayo de 2024	**DESCANSO**	**N/A**
martes 21 de mayo de 2024	se asiste a capacitacion sobre del desfibrilador llevada a cabo en la plaza de los artesanos del IDRD	
miércoles 22 de mayo de 2024	se realiza acompañamiento preventivo durante arreglos llevados acabo en el escenario verificando que los trabajadores utilicen sus elementos de proteccion personal al realizar sus actividades y prevenir la realizacion de actos inseguros.	
jueves 23 de mayo de 2024	se realiza presencia como personal de primeros auxilios del escenario complejo acuatico durante el desarrollo del torneo bogotano de natacion 2024	

viernes 24 de mayo de 2024	se realiza presencia como personal de primeros auxilios del escenario complejo acuatico durante el desarrollo del torneo bogotano de natacion 2024	**N/A**
sábado 25 de mayo de 2024	se realiza presencia como personal de primeros auxilios del escenario complejo acuatico durante el desarrollo del torneo bogotano de natacion 2024	**N/A**
domingo 26 de mayo de 2024	**escenario cerrado por racionamiento de agua**	**N/A**
lunes 27 de mayo de 2024	**DESCANSO**	**N/A**
martes 28 de mayo de 2024	se realiza acompñiamiento durante la clase de tecnificacion rendimiento de polo acuatico como personal de primeros auxlios del escenario	**N/A**
miércoles 29 de mayo de 2024	se realiza acompañamiento durantes las diferentes clases y actividades llevadas acabo en el area de piscinas siendo apoyo para los docentes.	**N/A**
jueves 30 de mayo de 2024	se realiza presencia durante las clases de las escuelas de IDRD deporte para la vida como personal de primeros auxilios como apoyo a la gestion de los salvavidas y los docentes.	**N/A**

OLGALUCIA SILVA GUTIERREZ
Profesional Especializado

LILIA YOJANA GUACARI CASTRO
Contratista

Señores:
INSTITUTO DISTRITAL PARA LA RECREACION Y EL DEPORTE
Ciudad.

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO

(Articulos 330 al 336 del Estatuto Tributario Nacional)

Conozco que de acuerdo con el Inciso 6 del parágrafo 4 del artículo 1 del Decreto 1070 de 2013, el incumplimiento en la obligación de entregar esta información, ante la Entidad contratante, deberá ser informada a la U.A.E. Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales - DIAN, con el fin de que la administración tributaria me imponga las sanciones pertinentes.

De conformidad con la referencia me permito manifestar bajo la gravedad de juramento lo siguiente:

1	Nombre del Contratista	**LILIA YOJANA GUACARI CASTRO**									
2	Identificacion	CC	**X**	CE		**Numero**	**52731916**	**N° contrato**		**1077 - 2024**	
3	Responsable del impuesto a las ventas							SI		NO	**X**
4	Pertenece al Regimen Simple							SI		NO	**X**
5	Residente en el país (Extranjeros)							SI		NO	**X**
6	Mis ingresos totales en el año gravable 2023, fueron iguales o superiores a 1.400 UVT (2023), equivalentes a $59,376,800							SI		NO	**X**
7	**Valor de los aportes obligatorios al Sistema de Seguridad Social correspondiente al 40% de los ingresos recibidos efectivamente en el <u>MES ANTERIOR</u> provenientes del contrato materia de pago sujeto a retención.**										
	Número de planilla				Fecha de pago			Valor pagado			
	Aporte Obligatorio de Salud mensualizado $						Aporte Obligatorio de Pensión mensualizado $				
	Afiliación Aportes Riesgos Laborales ARL $						Nota: el valor pagado por ARL no disminuye la base de la retencion en la fuente				
8	**Ingresos no constitutivos de renta, ni de ganancia ocasional mensual**										
	AFC $						Ahorro Voluntario Pensión $				
9	Intereses en créditos de vivienda de habitación. Certificado expedido por la entidad vigilada por la Superfinanciera que indique el valor de los intereses pagados en el año inmediatamente anterior (2023). Indique el o los titulares del crédito de vivienda. Anexo							SI		NO	**X**
10	Pago medicina prepagada o planes complementarios de salud (para el titular, cónyuge y hasta dos hijos) Certificado expedido por la entidad vigilada por la Supersalud que indique el valor pagado en el año inmediatamente anterior (2023). Anexo							SI		NO	**X**
11	**<u>DEPENDIENTES</u>: Certifico bajo gravedad de juramento que las personas claramente identificadas con numero de identificación y vínculo de parentesco, las cuales soporto, tienen dependencia económica de mi.**										
	De acuerdo al Art. 7 de la ley 2277 del 2022 solo se podra deducir hasta un valor mensual de $282.390 por cada dependiente económico, y hasta un máximo de cuatro (4) dependientes. Certifico bajo la gravedad de juramento el numero de dependientes (si no tiene dependientes colocar (0))									**#**	**1**
	a) Hijos menores de 18 años (entregar registro civil de cada uno). Anexo							SI	**X**	NO	
	b) Hijos entre 18 y 23 años estudiantes (entregar registro civil de cada uno y recibo de pago de matrícula o certificado de pagos expedidos por la entidad aprobada por el ICFES). Anexo							SI		NO	**X**
	c) Hijos en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos. (entregar registro civil de cada uno y certificado expedido por medicina legal ó EPS). Anexo							SI		NO	**X**
	d) Cónyuge o compañero permanente, en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos menores a 260 UVT (2023) $11.027.120 anuales (entregar certificado de Contador Público. Cuando sea dependencia factores físicos o psicológicos entregar Certificado de medicina legal ó EPS). Anexo							SI		NO	**X**
	e) Padres y los hermanos por situación de dependencia sea por ausencia de ingresos ó ingresos menores a 260 UVT (2023) $11.027.120 anuales (entregar certificado de Contador Público. Cuando sea dependencia factores físicos o psicológicos entregar certificado de medicina legal ó EPS). Anexo							SI		NO	**X**
12	Soy declarante del impuesto sobre la renta y complementarios.							SI		NO	**X**
13	**(OPCIONAL)** Como declarante del impuesto de renta, solicito se me practique una retención en la fuente superior a la establecida en el (parágrafo 3 del Artículo 383 ET), la cual será de:							$			

Certifico bajo la gravedad del juramento que los documentos soportes del pago de aportes obligatorios al Sistema de de Seguridad Social en Salud y Pensión corresponde a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención.

DECLARO QUE LOS SOPORTES ADJUNTOS NO SERAN PRESENTADOS ANTE OTRA ENTIDAD PARA DEPURACION POR LOS MISMOS CONCEPTOS, RESPETANDO LOS TOPES ESTABLECIDOS EN LA NORMA Y CUALQUIER CAMBIO EN LAS CONDICIONES QUE IMPIDAN SU APLICACION LO NOTIFICARE DE INMEDIATO.

Dada en Bogotá D.C. a los: DD **30** MM **5** AA **2024**

Lilia Yojana Guacari Castro

FIRMA

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) LILIA YOJANA GUACARI CASTRO identificado(a) con CC. 52731916 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**2018/06/01**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 23 días del mes de 05 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.

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1140922499

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 50228427

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 6 5 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código D T

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA – BOGOTA D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
DUARTE	GUACARI

Nombre(s)

LUISA FERNANDA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2010 Mes JUL Día 16	FEMENINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA – CUNDINAMARCA – BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	52437099-5

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

GUACARI CASTRO LILIA YOJANA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.52.731.916 DE BOGOTA D.C.	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

DUARTE ORTIZ ERNESTO BERCELIN

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.80.047.750 DE BOGOTA D.C.	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

DUARTE ORTIZ ERNESTO BERCELIN

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C.80.047.750 DE BOGOTA D.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	Nombre y firma del funcionario
Año 2010 Mes JUL Día 26	CARLA PATRICIA OSPINA RAMIREZ Nombre y firma

NOTARIA SESENTA Y SEIS (66) DEL CIRCULO DE BOGOTA D.C

Powered by CamScanner

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **LILIA YOJANA GUACARI CASTRO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **52731916,** se encuentra afiliado/a desde **24/10/2002** 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 23 de mayo 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

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, **LILIA YOHANA GUACARY CASTRO** identificado con **CC** No. **52731916**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
INSTITUTO DISTRITAL PARA LA RECREACION Y DEPORTE - N. 860061099	**Fecha de inicio de cobertura:** 30/04/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 29/04/2024 **Fecha fin de Contrato:** 31/12/2024 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 3

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato 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): 202401014505621.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 29 días del mes de abril 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

Banco Popular

Certifica

Que **Lilia Yojana Guacari Castro**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía Nro. **52731916** es titular de la **Cuenta de Ahorros** Nro. **500801416727** y a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido en el contrato.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese a los 23 días del mes de mayo del año 2024.

Atentamente,

Banco Popular S.A.

Documento sin firma

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA