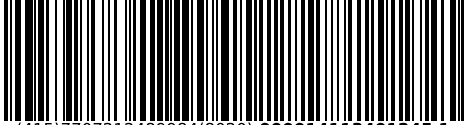


 <div>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</div>	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)		Código Regional	15
	REGIONAL BOYACÁ		Código Centro	955110
	CENTRO DE LA INNOVACION AGROINDUSTRIAL Y DE SERVICIOS -BOYACA -ACCIONES REGULARES		Fecha Elaboración	Octubre de 2024
	Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Versión	MARZO 2024 - 2,24
			ID de Proceso	51124-701082
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos: BRIGIDE MONROY OLMOS		Banco a consignar: DAVIVIENDA		
Cédula de Ciudadanía: 1.049.619.096		Tipo de cuenta: AHORROS		
Correo electrónico: bmonroy@sena.edu.co		Número de Cuenta: 455000128583		
IP/Nº de contacto: 0		Presta Servicios Excluidos de IVA:		NO
Inducción SST: SI		Pertenece al régimen simple de tributación:		NO
Régimen del IVA: NO RESPONSABLE		Es declarante de renta por el año gravable 2023		SI
¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?				
Sus ingresos en el 2023 fueron iguales o superiores a \$59.377.000				
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2024 es igual o superior a \$188.260.000 (debe registrarse como responsable del IVA)				
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?				
Concepto del pago corresponde a: Ninguno				
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T. 0,00%				
DATOS DEL CONTRATO				
Nº del contrato:	6861010/2024	Nº Compromiso SIIF	16024	Número de pagos durante la vigencia del contrato
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR:CPE NO. 15-9-2024-020149 PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL, PARA APOYAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, SEGÚN PROGRAMACIÓN ESTABLECIDA EN LOS DIFERENTES NIVELES DE FORMACIÓN DE ACUERDO A LAS COMPETENCIAS REQUERIDAS		
DATOS PERIODO DEL PAGO				
Del	07/10/2024	Al	31/10/2024	Saldo Anterior del Contrato:
Número de pago	1			Valor Total del Contrato:
Valor Bruto Pago:	\$ 4.018.990,00		Nuevo Saldo del Contrato:	
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios		\$ 4.018.990	Ninguno	
Ingresos por comisiones		\$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	
Ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 0	\$ 0	
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO		\$ 4.018.990	Menos, Retefuente Otros Ingresos	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 2.664.290	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
	Octubre	Setiembre	Base retención en la fuente a título de RENTA	
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	-----	decreto 1273 de	Base retención en la fuente a título de ICA	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.607.596	\$ 0	Valor base IVA	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 201.000	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 257.300	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retencion IVA	
ARL	\$ 8.400	\$ 0	Reteica - 8299	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		0,00 0,000%	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		0,00 0,000%	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		0,00 0,000%	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -		0,00 0,000%	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC	\$ -		Otras Retenciones	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias	\$ -		Otras Retenciones	
Intereses Prestamo de Vivienda	\$ -		Otras Retenciones	
Dependientes hasta	\$ -		Otras Retenciones	
Salud hasta	\$ 753.040	\$ -	Otras Retenciones	
Renta Exenta 25%	\$ 9.295.337	\$ 888.000	0,00 0,000%	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 0		0,00	
Retención en la Fuente Contingente	\$		Descuentos de embargo (Si tiene)	
			VALOR A PAGAR	
			\$4.018.990,00	
SON: CUATRO MILLONES DIECIOCHO MIL NOVECIENTOS NOVENTA PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
se realizaron sesiones de los módulos 1,2,3 correspondientes al curso de Marketing Digital fichas 3103957, 3103958, 3103965, 3103969				
se brindo asesoría sincrónica para los grupos 3103957, 3103958, 3103965, 3103969 del curso de Marketing Digital				
Se respondió a las dudas y comentarios en el foro social				
Se revisaron las actividades enviadas por los aprendices				
se realizó cronograma para el plan de trabajo.				
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			BRIGIDE MONROY OLMOS EL CONTRATISTA	
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO				
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:			Autorizo el presente pago.	
1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;			El Supervisor,	
2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del periodo 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.			KEYLA KARINA GONZALEZ MARTINEZ INSTRUCTOR G16	
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				
KEYLA KARINA GONZALEZ MARTINEZ				
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)				

		Formulario del Registro Único Tributario				001	
2. Concepto 02 Actualización				4. Número de formulario 141134012451			
				 (415)7707212489984(8020) 000014113401245 1			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT)		6. DV		12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico	
1 0 4 9 6 1 9 0 9 6		4		Impuestos de Bogotá		3 2	
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	
1 0 4 9 6 1 9 0 9 6							
Lugar de expedición		28. País		29. Departamento		30. Ciudad/Municipio	
COLOMBIA		1 6 9		Boyacá		1 5	
31. Primer apellido		32. Segundo apellido		33. Primer nombre		34. Otros nombres	
MONROY		OLMOS		BRIGIDE			
35. Razón social							
36. Nombre comercial							
37. Sigla							
UBICACIÓN							
38. País		39. Departamento		40. Ciudad/Municipio			
COLOMBIA		1 6 9		Bogotá D.C.		1 1	
41. Dirección principal				40. Ciudad/Municipio		0 0 1	
AV CL 26 40 31 AP 1904				Bogotá, D.C.			
42. Correo electrónico briolmon@gmail.com							
43. Código postal				44. Teléfono 1			
				3 1 2 3 2 0 0 1 7 4			
45. Teléfono 2							
CLASIFICACIÓN							
Actividad económica						Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		52. Número establecimientos	
46. Código		47. Fecha inicio actividad		48. Código		49. Fecha inicio actividad	
7 2 2 0		2 0 1 4 0 9 0 1		8 5 5 1		2 0 2 4 1 0 0 1	
50. Código		1		2		51. Código	
						2 4 4 1	
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 5 4 9							
05- Impto. renta y compl. régimen ordinario							
49 - No responsable de IVA							
Usuarios aduaneros							
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10							
54. Código							
11 12 13 14 15 16 17 18 19 20							
Exportadores							
55. Forma		56. Tipo		Servicio		1 2 3	
				57. Modo			
				58. CPC			
IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación							
Para uso exclusivo de la DIAN							
59. Anexos		SI NO X		60. No. de Folios:		0	
				61. Fecha		2024 - 10 - 02 / 06 : 43: 44	
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.				Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.			
Firma del solicitante:				Firma autorizada:			
				984. Nombre MONROY OLMOS BRIGIDE			
				985. Cargo CONTRIBUYENTE			

9011438338
9011438338

No. de Radicación
28366512

Fecha de Radicación

03 10 A 2024

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de trámite A. Afiliación ☒ B. Reporte de Novedades ☐	2. Tipo de Afiliación A. Individual: ☒ Cotizante o cabeza de Familia ☐ Beneficiario o afiliado adicional B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	3. Régimen A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐	4. Tipo de afiliado A. Cotizante ☒ B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐	5. Tipo de cotizante A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐	Código (a registrar por la EPS) 3
---	--	---	--	---	---

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

6. Apellidos y nombres Primer Apellido MONROY Segundo Apellido OLMOS Primer Nombre BRIGIDE Segundo Nombre	7. Tipo de documento de identidad CC	8. Número del documento de identidad 1049619096	9. Sexo Femenino ☒ Masculino ☐	10. Fecha de nacimiento D 08 M 12 A 1989
--	---	--	--	---

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia 6	12. Discapacidad Tipo F N M Condición T P	13. Puntaje SISBÉN 0	14. Grupo de población especial 20	15. Administradora de riesgos laborales - ARL NINGUNA	16. Administradora de pensiones ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPEN
17. Ingreso base de cotización - IBC \$1.300.000	18. Residencia CARRERA 21 33A 58 APTO 1101	19. Teléfono fijo NT	20. Teléfono celular 3123200174	21. Correo electrónico BOGOTA	22. Localidad / Comuna DISTRITO CAPITAL

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre	20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	23. Fecha de nacimiento D D M M A A A A
---	------------------------------------	---------------------------------------	--	--

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

24. Apellidos y nombres Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	28. Fecha de nacimiento D D M M A A A A	29. Parentesco	30. Etnia
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						
31. Discapacidad Tipo F N M Condición T P	32. Datos de residencia Municipio / Distrito Zona Urbana Rural Departamento Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)				
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS CAFAM CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR	35. Código de la IPS (a registrar por la EPS) 1
B	
B	
B	
B	
B	

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

36. Tipo de documento de identificación CC	37. Número del documento de identificación 1049619096	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación CARRERA 21 33A 58 APTO 1101	40. Teléfono NT	41. Correo electrónico BOGOTA
42. Localidad / Comuna DISTRITO CAPITAL		

B. REPORTE DE NOVEDADES

43. Tipo de Novedad	44. Tipo de Novedad	45. Tipo de Novedad	46. Tipo de Novedad	47. Tipo de Novedad	48. Tipo de Novedad	49. Tipo de Novedad	50. Tipo de Novedad	51. Tipo de Novedad	52. Tipo de Novedad	53. Tipo de Novedad	54. Tipo de Novedad	55. Tipo de Novedad	56. Tipo de Novedad	57. Tipo de Novedad	58. Tipo de Novedad	59. Tipo de Novedad	60. Tipo de Novedad	61. Tipo de Novedad	62. Tipo de Novedad	63. Tipo de Novedad	64. Tipo de Novedad	65. Tipo de Novedad	66. Tipo de Novedad	67. Tipo de Novedad	68. Tipo de Novedad	69. Tipo de Novedad	70. Tipo de Novedad	71. Tipo de Novedad	72. Tipo de Novedad	73. Tipo de Novedad	74. Tipo de Novedad	75. Tipo de Novedad	76. Tipo de Novedad	77. Tipo de Novedad	78. Tipo de Novedad	79. Tipo de Novedad	80. Tipo de Novedad	81. Tipo de Novedad	82. Tipo de Novedad	83. Tipo de Novedad	84. Tipo de Novedad	85. Tipo de Novedad	86. Tipo de Novedad	87. Tipo de Novedad	88. Tipo de Novedad	89. Tipo de Novedad	90. Tipo de Novedad	91. Tipo de Novedad	92. Tipo de Novedad	93. Tipo de Novedad	94. Tipo de Novedad	95. Tipo de Novedad	96. Tipo de Novedad	97. Tipo de Novedad	98. Tipo de Novedad	99. Tipo de Novedad	100. Tipo de Novedad
---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	----------------------

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre	42. Tipo de documento de identidad Número del documento de identidad	43. Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	44. Fecha de nacimiento D D M M A A A A	45. Fecha de novedad 03 10 2024
46. EPS anterior NINGUNA	47. Motivo de traslado Código	48. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

49. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.	☐
50. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.	☐
51. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.	☐
52. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.	☐
53. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.	☒
54. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.	☒
55. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.	☒
56. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.	☒

VIII. FIRMAS

57. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario BRIGIDE MONROY	58. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio
--	---

IX. ANEXOS

59. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC	60. Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total ☐
61. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.	☐
62. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.	☐
63. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.	☐
64. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.	☐
65. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.	☐
66. Copia del documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.	☐
67. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.	☐
68. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.	☐
69. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.	☐

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio Código del departamento	67. Datos del SISBÉN Número de la ficha Puntaje Nivel	68. Fecha de radicación D D M M A A A A	69. Fecha de validación D D M M A A A A
70. Datos del funcionario que realiza la validación Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre	71. Tipo de documento de identidad Número del documento de identidad	72. OBSERVACIONES:	73. CARGO: INDEPENDIENTE
74. Firma del funcionario			

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

CUESTIONARIO ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO

AUTORIZACIÓN PREVIA PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y DATOS PERSONALES SENSIBLES

- | | SI | NO |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|
| ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y deberes del Afiliado y del Paciente? | ☒ | ☐ |
| ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking? | ☒ | ☐ |
| ¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente? | ☒ | ☐ |
| ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS? | ☒ | ☐ |
| ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS? | ☒ | ☐ |
| ¿Autoriza a EPS Famisanar S.A.S el envío de la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño al correo electrónico? | ☐ | ☒ |

En mi calidad de cotizante, manifiesto de manera clara, expresa, libre, inequívoca y espontánea que le otorgo a la EPS FAMISANAR S.A.S en su calidad de RESPONSABLE del tratamiento de mis datos personales, mi consentimiento previo para recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, reportar y en general para tratar los DATOS PERSONALES, DATOS PERSONALES SENSIBLES y demás información susceptible de tratamiento, registrada a mi nombre y/o de los beneficiarios de mi grupo familiar en sus Bases de Datos, con la finalidad de realizar las actividades propias del aseguramiento en salud y en los términos previstos en su POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN y AVISO DE PRIVACIDAD, disponibles en www.famisanar.com.co, todo lo cual conforme lo establecido en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y demás normas que la sustituyan, adicionen, reglamenten, complementen o modifiquen.

Así mismo manifiesto que mis derechos como titular de los datos son los consagrados en la Constitución Nacional y la Ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar; y, a suprimir mi información personal y revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales cuando ello fuera procedente (artículo 9° Decreto 1377 de 2013).

"Datos sensibles: Se entiende por datos sensibles aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo uso indebido puede generar su discriminación, tales como aquellos que revelen el origen racial o étnico, la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, la pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales, de derechos humanos o que promueva intereses de cualquier partido político o que garanticen los derechos y garantías de partidos políticos de oposición, así como los datos relativos a la salud, a la vida sexual, y los datos biométricos." (Numeral 3° artículo 3° Decreto 1377 de 2013).

Firma del afiliado:



Nombres y Apellidos BRIGIDE MONROY OLMOS
Identificación: CC 1049619096

AUTORIZACIÓN DONACIÓN DE ORGANOS Y TEJIDOS - LEY 1805 DE 2016

De acuerdo a lo definido en el artículo 4° de la Ley 1805, manifiesto a continuación que mi voluntad de ser donante de órganos y tejidos es:

SI ☐ NO ☒

Firma del afiliado:



Nombres y Apellidos BRIGIDE MONROY OLMOS
Identificación: CC 1049619096

"ARTÍCULO 15. Los menores de edad podrán ser donantes de órganos y tejidos, siempre y cuando sus representantes legales expresen su consentimiento informado para la donación de órganos y/o tejidos dentro de las (8) horas siguientes a la concurrencia de la muerte cerebral. El médico responsable deberá informarles sus derechos y los beneficios de la donación.

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor (a) _____ identificado (a) con el documento _____ No. _____ quien manifiesta no poder o no saber firmar, lo hace en su nombre el (la) señor(a) _____ quien es mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que está recibiendo.
Como testigo, da fe de todo lo anterior y certifica que la huella aquí impresa pertenece al señor (a) _____

Firmante a Ruego:

Nombres y Apellidos: _____
Identificación: _____
Edad: _____
Dirección de Domicilio: _____

Nombres y Apellidos
de quien no sabe o
no puede firmar: _____

Huella



LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **BRIGIDE MONROY OLMOS** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1049619096**, se encuentra afiliado/a desde **01/05/2023** 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 septiembre 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.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA
VIGILADO



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, **BRIGIDE MONROY OLMOS** identificado con **CC No. 1049619096**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 8999999034	Fecha de inicio de cobertura: 05/10/2024 Estado Afiliación: ACTIVO Fecha de inicio de Contrato: 04/10/2024 Fecha fin de Contrato: 13/12/2024 Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE Clase de Riesgo: 1

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): 202401020146994.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 4 días del mes de octubre de 2024.

Cordialmente,

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



DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

**BOGOTA D.C.,
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
A quién interese**

28/10/2024

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora BRIGIDE MONROY OLMOS**
con **Cédula de Ciudadanía** número **1049619096**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	008870548578
Fecha de apertura	24/01/2017

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA



MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS
COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos REDAM, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1049619096 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

Esta certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

Se expide en Bogotá el 20/09/2024 04:44 PM

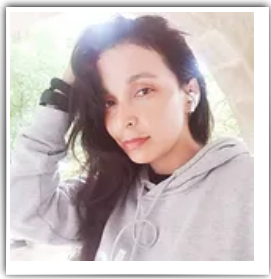


Código Verificación: **KJDNVCFT3S**

Válida hasta: **19/12/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS
COMUNICACIONES - MINTIC



DATOS PERSONALES

Fecha de Atención: 24 sept 2024 Tipo de Consulta: Examen Médico Ocupacional de Ingreso

Paciente: BRIGIDE MONROY OLMOS Documento: 1049619096

Edad: 34 Género: FEMENINO Ciudad: Bogotá

Empresa: PARTICULAR Cargo:

EXÁMENES REALIZADOS

Examen Médico Osteomuscular, Audiometría, Visiometría, Optometría

CONCEPTO EVALUACIÓN MÉDICA

ELEGIBLE PARA EL CARGO SIN RECOMENDACIONES LABORALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a BRIGIDE MONROY OLMOS con documento de identificación No 1049619096 se considera que es ELEGIBLE PARA EL CARGO SIN RECOMENDACIONES LABORALES para desempeñar la ocupación del cargo descrito

CONCLUSIONES OCUPACIONALES

Basándonos en los resultados obtenidos de la evaluación osteomuscular, certificamos que el paciente presenta un sistema osteomuscular en condiciones óptimas de salud. Esta condición le permite llevar a cabo una variedad de actividades físicas y cotidianas sin restricciones notables y con un riesgo mínimo de lesiones osteomusculares.

RECOMENDACIONES GENERALES

- 1. PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.
- 2. CAPACITACIÓN DE HIGIENE POSTURAL
- 3. ADECUACIÓN ERGONÓMICA DE PUESTO DE TRABAJO
- 4. EJERCICIO FISICO FRECUENTE.
- 5. DIETA BALANCEADA.

SALUD FÍSICA Y MENTAL

A no ser que presentes una restricción médica realizar al menos 150 minutos semanales de actividad física de intensidad moderada, o al menos 75 minutos semanales de ejercicio de alta intensidad.
Consume alimentos variados, incluyendo frutas y verduras
Reduce el consumo de sal, grasas saturadas y el azúcar
Mantén una buena hidratación bebiendo suficiente agua
Sigue una rutina y organiza tu tiempo en el trabajo, familia, estudio, cuidado personal y hobbies.
Reduce la exposición a noticias negativas
Mantén el contacto social vía telefónica - virtual o de forma presencial teniendo en cuenta las medidas de bioseguridad
Mantén hábitos de sueño

JUAN JOSE REATIGA
REGISTRO MEDICO NO 14791
LICENCIA SALUD OCUPACIONAL 460
6 DE JULIO DE 2020



Verifica la validez
de este certificado

BRIGIDE MONROY OLMOS

FIRMA

1049619096



SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública
DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) BRIGIDE MONROY OLMOS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1049619096 el día 22/10/2024 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



Hace constar:

Que el Sr(a) BRIGIDE MONROY OLMOS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1049619096 realizó el día 22/10/2024 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, Artículo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo BRIGIDE MONROY OLMOS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1049619096 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.

Firma

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General

AVANCE CURSO MIPG

RED DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS

Brigide MONROY OLMOS

Estudiante

Menú Principal

Inicio

Ir a la Red

Mi Perfil

Mis Publicaciones

Mis Cursos Virtuales

Eventos

Aula Virtual del Estado

Integrantes

SopORTE

Salir

Mis Cursos



Otros curs



Porcentaje de Avance del 8%

8%

Para mayor información, por favor comuníquese al correo curso mipg@funcion publica.gov.co

Evaluaciones realizadas

EVALUACION DIMENSION TALENTO HUMANO (22/10/24)

100%

EVALUACION DIMENSIÓN DE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO (22/10/24)

100%

EVALUACION DIMENSION GESTION CON VALORES PARA EL RESULTADO (22/10/24)

90%

EVALUACION MODULO INSTRUCTIVO MIPG (22/10/24)

100%

EVALUACION DIMENSION POLÍTICA DE GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y LA INNOVACIÓN

0%

EVALUACION DIMENSION DE INFORMACION Y COMUNICACION

0%

EVALUACION DIMENSION CONTROL INTERNO

0%

cuestionario-mipgauditoria

0%

EVALUACION DIMENSION EVALUACION DE RESULTADOS

0%

Porcentaje de Avance del 43%

43%

Brigide MONROY OLMOS

A+ A-

Listado de Cursos

Ayuda

... todos los servidores públicos y a la ciudadanía en general, facilitar su comprensión e implementación en las entidades pública que permite a las entidades y organismos públicos, temas de los ciudadanos.

... ón colombiana

... mbia está destinado a recuperar la confianza. Es por blicos de la administración colombiana, con el fin de ciones del estado; gestión del empleo público y el talento uenas prácticas en la administración pública que sparente; precedida por una actitud comprometida y es, soportada en Tecnologías de la Información y las

AVANCE TRANSPARENCIA



RED DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS



Brigide MONROY OLMOS

Estudiante

Menú Principal

Inicio

Ir a la Red

Mi Perfil

Mis Publicaciones

Mis Cursos Virtuales

Eventos

Aula Virtual del Estado

Integrantes

Soporte

Salir

Mis Cursos



Otros cursos

Progreso del Curso

Porcentaje de Avance del 73%

73%

Evaluaciones realizadas

integridad-actividades-diagnosticas (23/10/24)100%

integridad-autoevaluacion (23/10/24)60%

Porcentaje de Avance del 80%

80%

Tabla de Contenido del Curso: Integridad, Transparencia y Lucha contra la Corrupción

Módulo de Integridad, Transparencia y lucha contra la Corrupción

Contenido

Presentación del Curso

Gula Didáctica - Introducción

Competencias

Estructura Temática

Metodología

Actividad de Pre-saberes

Unidad Temática

PDF de la unidad temática

Evaluación Final

Brigide MONROY OLMOS

A+

A-

Listado de Cursos

Ayuda

todos los servidores públicos y a la ciudadanía en el fin de facilitar su comprensión e implementación en las que tiene el país para prevenir la corrupción, interioricen como para que identifiquen y declaren sus conflictos de ente, para que la transparencia en gestión se convierta en

cción

ública y la Escuela Superior de Administración Pública opción. Su objetivo es que las personas vinculadas a las que tiene el país para prevenir la corrupción, interioricen como para que identifiquen y declaren sus conflictos de ente, para que la transparencia en gestión se convierta en

Buscar



02:24

29/10/2024