CERTIFICACION PERSONAL DISCAPACIDAD

Cra 40 B 1 H 44 Bogotá DC
Tel 601 675 3876. Celular 310 288 5128
Email: consorciousaquen005@gmail.com

Bogotá, 08 de julio de 2025.

Señores:

FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE USAQUEN

Ciudad

ASUNTO: Cumplimiento decreto 332 de 2020 contrato 740 de 2024 - discapacidad

Respetados Señores:

Cordial saludo, yo, WILLIAMS HENRY GUEVARA TORRES, identificado con cedula de ciudadanía No. 79.316.195 de Bogotá D.C, en mi condición de Representante Legal de CONSORCIO USAQUEN 005 2024 identificada con Nit 901.901.285-7, y así mismo, ELADIO IVAN VELANDIA LINARES, identificado con cedula de ciudadanía No. 19.459.409, y con Tarjeta Profesional No. 14998-T de la Junta Central de Contadores de Colombia, en mi condición de contador de CONSORCIO USAQUEN 005 2024 identificado con Nit 901.901.285-7, bajo la gravedad de juramento, certificamos que la señorita abajo relacionada, es la persona en condición de Discapacidad y, que actualmente, tiene como lugar de residencia la localidad de Bosa, para ello adjuntamos certificado de afiliación a la Eps, donde se puede constatar la dirección de residencia.

NOMBRE	CEDULA	
LYNCY DANIELA RAFIA NUÑEZ	1.012.426.121	MUJER EN CONDICION DE DISCAPACIDAD

Adicional a esto, dicha persona se encuentra vinculada al contrato de Obra 740 de 2024 que tiene por objeto “contratar a precios unitarios fijos, a monto agotable, el diagnóstico, mejoramiento, mantenimiento y/o dotación de los parques de proximidad de la localidad de Usaquén en Bogotá D.C.

En constancia de lo anterior, se da cumplimiento a las condiciones establecidas en el contrato para el periodo comprendido entre el 01 de junio al 30 de junio de 2025.

Sin otro en particular

FIRMA CONTADOR
Nombre: ELADIO IVAN VELANDIA LINARES

CC 19.459.409 de Bogotá
T.P 14998-T

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL
Nombre: WILLIAMS HENRY GUEVARA TORRES
CC. 79.316.195 de Bogotá

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.012.426.121**

RAFIA NUÑEZ

APELLIDOS

LYNCY DANIELA

NOMBRES



Lyncy Daniela Rafia Nuñez

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **05-OCT-1995**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.45 ESTATURA

A+ G.S. RH

F SEXO

18-OCT-2013 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500150-01048498-F-1012426121-20181204 0063349783A 1 9906233010

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

compensar | eps salud

No. de Radicación:

Fecha de Radicación: 08 / 04 / 2021

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 [X]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual • Cotizante o cabeza de Familia [X] • Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
Código (a registrar por la EPS): 01

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

6. Apellidos y nombres: Primer Apellido: RAFIA | Segundo Apellido: NUÑEZ | Primer Nombre: LYNCY | Segundo Nombre: DANIELA
7. Tipo de documento de identidad: CC
8. Número de documento de identidad: 1.032.426.121
9. Sexo: Femenino [X] Masculino [ ]
10. Fecha de nacimiento: 05 / 10 / 1995

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia:
12. Discapacidad: Tipo [X] Condición T [X]
13. Puntaje SISBÉN:
14. Grupo de población especial:
15. Administradora de riesgos laborales - ARL: COLMENA
16. Administradora de pensiones: PORVENIR
17. Ingreso base de cotización - IBC: 908.526
18. Residencia: Dirección: CLL 76 SUR BONZ5 | Teléfono fijo: 3102885128 | Correo electrónico: sstvalher@gmail.com | Municipio: BOGOTA | Zona Urbana [X] Rural [ ] | Departamento: BOSA | Teléfono celular: CUNDINAMARCA

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 de 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 de documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	28. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad: Tipo F	Tipo N	Condición M	Condición T	Condición P	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC 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:
Código de la IPS (a registrar por la EPS): 1067

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

35. Nombre o razón social: CONSTRUCTORA VALHER SAS
35. Tipo de documento de identificación: NIT
37. Número del documento de identificación: 900.053.011
38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS):
39. Ubicación: CRA 40 B SUR # 44 | Teléfono fijo y/o celular: 2361723 | Correo electrónico: magyhen@hotmail.com | Municipio: BOGOTA | Departamento: CUNDINAMARCA

B. REPORTE DE NOVEDADES

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación: Primer Apellido: RAFIA | Segundo Apellido: NUÑEZ | Primer Nombre: LYNCY | Segundo Nombre: DANIELA
Tipo de documento de identidad: CC
Número de documento de identidad: 1032426121
Sexo: Femenino [X] Masculino [ ]
Fecha de nacimiento: 05 / 10 / 1995
42. Fecha: 08 / 04 / 2021
43. EPS anterior:
44. Motivo de traslado: Código [ ]
45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones:

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

lyncy Daniela Rafia
El cotizante / Cabeza de familia / Representante

VI. El empleador / Representante de la Afiliación colectiva Institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] Cant. [ ] RC [ ] Cant. [ ] TI [ ] Cant. [ ] CC [ ] Cant. [ ] PA [ ] Cant. [ ] CE [ ] Cant. [ ] CD [ ] Cant. [ ] PE [ ] Cant. [ ] Total [ ]
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. [ ]
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
61. Copia de la orden judicial o del acta administrativa de custodia [illegible] los dos padres. [ ]
62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, [illegible] los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la [illegible] [ ]
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Super[illegible] [ ]
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para r[illegible] colectivas. [ ]
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autorida[illegible] la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. [ ]

B
08 ABR 2021
Cod 623 Katerin Rocio Parra C
SUJETO A VERIFICACIÓN

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. Firma del funcionario
Tipo de documento de identidad
Número de documento de identidad
OBSERVACIONES:

APORTE MAYO

VIGILADO Supersalud

CUESTIONARIO 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

compensar | eps salud

	SI	NO
¿Previo diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	X	
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo la entrega de la carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	X	
¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	X	
¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	X	
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	X	

Firma del afiliado (cotizante): Iyncy Daniela Rafia

No. Identificación: 1012426121

FIRMA A RUEGO (Diligenciar exclusivamente cuando el cotizante no pueda firmar)

A ruego de (la) señor (a) _____ con C.C. No. _____

lo hace en su nombre, el (la) señor(a) _____

con C.C. No. _____ mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que se está entregando, quien además actúa como testigo, certificando que la huella dactilar del dedo índ[illegible] al (la) señor(a) _____

B
08 ABR 2021
Cód 623 Katerin Rocio Parra C
SUJETO A VERIFICACIÓN

Firma a Ruego: _____

Nombres y apellidos: _____

Identificación: _____

Edad: _____

Dirección de domicilio: _____

Nombres y apellidos de quien no sabe firmar: _____

Identificación: _____

Huella

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo de manera voluntaria, explicita, previamente informada e inequívoca a todos los servicios de salud Compensar EPS, de acuerdo a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, Decreto 1377 de 2013 y el Decreto 886 de 2012, para tratar mi información personal, según lo establecido en su Manual de Protección de Datos Personales, disponible en:www.compensar.com / vínculo protección Datos Personales; información que será utilizada en el desarrollo de las funciones propias para:

- Dar cumplimiento a obligaciones contraídas conmigo y/o mis beneficiarios.
- Dar cumplimiento a requerimientos legales y de organismos de control.
- Proveer y/o evaluar la calidad de los productos y/o servicios requeridos por mí.
- La realización de estudios internos sobre fines estadísticos y analíticos de los datos, para mejoras de nuestros servicios o programas especializados de atención en salud; información sobre la cual podré, en cualquier momento, ejercer mis derechos de Habeas Data, para solicitar que no se me envíe información de los servicios en los casos que sea pertinente, y que no afecte el servicio de salud prestado por Compensar EPS.
- Transmitir mis datos personales a las administradoras encargadas de la seguridad social, con el fin de actualizar el estado de mi afiliación y/o traslado en el sistema.
- Compartir mis datos personales con la Caja de Compensación Familiar Compensar para efectos de la prestación de servicios de salud.

Cabe anotar, que la protección de los datos personales se efectúa a través de proveedores tecnológicos, con los cuales se tienen firmados contratos de transmisión de información, en aras de cumplir a cabalidad con los principios de acceso de la ley, así como de tomar las medidas técnicas y tecnológicas necesarias para el aseguramiento de los datos.

Como titular de la información personal sobre la que Compensar EPS ejerce el tratamiento, se me informa sobre los canales a través de los cuales puedo ejercer mis derechos a conocer, actualizar, rectificar, suprimir mis datos personales, entre ellos el correo electrónico proteccióndedatos@compensar.com, y la central telefónica de la EPS.

La protección de datos personales efectuada por Compensar EPS, cumple con los principios de finalidad, necesidad, circulación restringida, confidencialidad y seguridad señalados en la Ley 1581 de 2012 y manifiesto expresamente que conozco dónde consultar la información sobre protección de datos personales, así como los efectos y alcance de la presente autorización y que estoy libre de todo vicio del consentimiento en el momento de otorgarla.

Firma del afiliado (cotizante): Iyncy Daniela Rafia

No. Identificación: 1012426121

Trabajo	PROCESO INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL FORMATO CONSTATACIÓN DE VINCULACIÓN DE TRABAJADORES EN SITUACION DE DISCAPACIDAD	Código: IVC-PD-05-AN-01 F-02 Versión: 4.0 Fecha: Enero 31 de 2021 Página 1 de 1

EL SUSCRITO COORDINADOR DEL GRUPO DE ATENCIÓN AL CIUDADANO Y TRÁMITES DE LA DIRECCIÓN TERRITORIAL DE BOGOTÁ

A QUIEN INTERESE
HACE CONSTAR:

Que, realizado el examen de la documentación acreditada por el peticionario, en relación con la solicitud de expedición del **Certificado de Vinculación de Trabajadores con Discapacidad**, se evidencia lo siguiente:

RADICADO:	13EE2025721100000009985
FECHA RADICADO:	28/02/2025
NOMBRE – RAZON SOCIAL:	CONSTRUCTORA VALHER S.A.S.
IDENTIFICACIÓN:	900.053.011-3

A. NUMERO TOTAL DE TRABAJADORES:	4
B. NUMERO DE TRABAJADORES CON DISCAPACIDAD: *Numeral 2 del Artículo 2.2.1.2.4.2.6 del Decreto 1082 de 2015 (Puntaje adicional)*	1
C. NUMERO DE TRABAJADORES CON DISCAPACIDAD CON POR LO MENOS UN (1) AÑO DE VINCULACIÓN O DESDE EL MOMENTO DE LA CONSTITUCIÓN DE LA PERSONA JURÍDICA CUANDO ESTA ES INFERIOR A UN (1) AÑO ACREDITADOS CON CERTIFICADO DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL: *Literal a Articulo 24 Ley 361 de 1997* *Artículos 2.2.1.2.4.2.8 y 2.2.1.2.4.2.17 del Decreto 1082 de 2015 (Factores de desempate)*	1
D. PORCENTAJE DE TRABAJADORES CON DISCAPACIDAD CON POR LO MENOS UN (1) AÑO DE VINCULACIÓN O DESDE EL MOMENTO DE LA CONSTITUCIÓN DE LA PERSONA JURÍDICA CUANDO ESTA ES INFERIOR A UN (1) AÑO: *(C / A) x 100 - Escribir el porcentaje con dos decimales.*	25,00%

ADVERTENCIA: Recuerde que, en caso de ser beneficiado con puntajes adicionales y/o del sistema de preferencias en algún proceso de licitación pública, concurso de méritos, adjudicación y celebración de contratos, el número de trabajadores con discapacidad que dio lugar a la obtención al beneficio verificado por esta Dirección Territorial, deberá mantenerse como mínimo por un lapso igual al termino de ejecución del contrato. **CD00703**

Corresponderá a la Entidad o Empresa contratante verificar lo antes señalado, por lo cual, el contratista deberá aportar la documentación que le sea solicitada y que acredite el cumplimiento de lo establecido, conforme con lo establecido en los artículos 2.2.1.2.4.2.7 y 2.2.1.2.4.2.17 (numeral 3) del Decreto 1082 de 2015.

El Ministerio del Trabajo ejercerá la Inspección, Vigilancia y Control en los asuntos de su competencia.

NOTA: "A partir del lunes 3 de marzo de 2025, el presente certificado será comunicado por el inspector de conocimiento al correo electrónico aportado por el solicitante"

La vigencia de la presente constancia es de Seis (6) Meses contados a partir de la fecha de expedición y para su validez se debe dar estricto cumplimiento al artículo 2.2.1.2.4.2.7 del Decreto 1082 de 2015

Dado en, Bogotá D.C. el jueves, 27 de marzo de 2025



CARLOS ARTURO RIVEROS MARTINEZ

Verificó y Elaboró: R.Aldana

La salud es de todos | Minsalud

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
LYNCY	DANIELA	RAFIA	NUÑEZ

1.5 Documento de identidad

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

Número de documento de identidad:	1012426121

b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

	2.2 Fecha		
2.1 IPS donde se realiza la certificación	Año	Mes	Día
Subred Integrada de Salud Suroccidente E.S.E	2021	5	19

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

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

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

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Porcentaje
Cognición	4.17
Movilidad	0.00
Cuidado Personal	0.00
Relaciones	25.00
Actividades de la Vida Diaria	13.89
Participación	6.25
GLOBAL	8.22

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b230.3 b2301.2 b2304.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s260.373

3. Codigos Actividades y Participación

d310.1 d730.2 d7500.2

La salud es de todos | Minsalud

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

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

g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, *LYNCY DANIELA RAFIA NUÑEZ* manifiesto que: *SI*

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

Nombre y Firma

Documento: CC-1012426121

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

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