

Florida Valle, enero 26 del 2026.

Doctor

Carlos Andrés Shaik Ospina

Presidente del Concejo Municipal de Florida Valle

Ref: entrega de propuesta para la contratación del proyecto cuyo objeto es **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES LOGÍSTICAS Y ASISTENCIALES EN LA OFICINA DEL CONCEJO MUNICIPAL DE FLORIDA VALLE**

Atendiendo la invitación efectuada por el concejo municipal de Florida Valle del Cauca, para presentar propuestas para la contratación del proyecto de la referencia, me permito presentar mis servicios.

Para ello pongo a disposición mi hoja de vida como profesional. Para que se determine la contratación de mis servicios, con el fin de cumplir a cabalidad con el objeto del contrato.

Propuesta Económica: El valor de mí propuesta es por la suma de **VEINTICINCO MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS (\$25.300.000).**

Término de Ejecución: El término de ejecución del contrato será a partir de la suscripción del acta de inicio una vez sede el cumplimiento de los requerimientos y legalización del contrato y hasta el 30 de diciembre de 2026, término que será contado contados a partir de cumplidos los requisitos de legalización del contrato.

Forma de Pago Sugerida: me acojo a lo expuesto en su invitación. Se cancelará mediante actas parciales según ejecución del contrato, Siempre y cuando se cuente con la correspondiente certificación de cumplimiento las actividades, expedido por el supervisor del contrato, y previos los trámites administrativos reglamentarios, aprobado por la supervisión y constancia de pago de aportes obligatorios a la seguridad social integral.

Las actividades a desarrollar durante la ejecución del contrato, serán:

1. Apoyar a la Secretaría General del Concejo en el proceso de transcripción de las grabaciones de las sesiones plenarias que se realicen en el periodo de sesiones ordinarias y extraordinarias del año 2026.
2. Apoyar a la secretaria general del concejo municipal de Florida Valle en moderar y grabar las sesiones de comisiones permanentes que se realicen en el periodo de sesiones ordinarias y extraordinarias del año 2026.
3. Apoyar a la Secretaría General del Concejo en el proceso de transcripción de las grabaciones de las sesiones de las comisiones permanentes que se realicen en el periodo de sesiones ordinarias y extraordinarias del año 2026.
4. Apoyar a la Secretaría General del Concejo en el proceso de digitalización mediante escaneo electrónico del archivo general del concejo pendiente de digitalizar.

5. Apoyar a la Secretaría General del Concejo en el proceso de foliación de los documentos que hacen parte del archivo del Concejo con el fin de facilitar el control en caso de préstamo o transferencia y a la vez asegurar su adecuada conservación.
6. Apoyar a la Secretaría General del Concejo en la elaboración del inventario de documentos, carpetas y cajas que correspondan al archivo general del Concejo Municipal haciendo uso de los formatos y equipos asignados por la Corporación.
7. Brindar apoyo a la gestión y servir de suplente ante ausencia justificable del secretario general, dentro de los parámetros establecidos por el reglamento interno o marco normativo.
8. Las demás inherentes al objeto del contrato

Documentos que se anexan:

- Carta de presentación de la propuesta.
- Fotocopia de la cedula de ciudadanía
- Certificado de aportes obligatorios al sistema de seguridad social.
- Registro único Tributario.
- Verificación de antecedentes fiscales en el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales “SIBOR” de la Contraloría General de la Nación.
- Verificación de Antecedentes disciplinarios en el Sistema de Información para el Riesgo de Sanciones y Causas de Inhabilidad de la Procuraduría General de la Nación.
- Antecedentes judiciales
- Certificado del sistema de registro nacional de medidas correctivas RNMC
- Certificado de inhabilidades delitos sexuales
- Certificado registro de deudores alimentarios morosos REDAM
- Declaración de bienes y rentas
- Certificado de examen médico ocupacional
- Certificación bancaria
- Certificación de afiliación salud y pensión
- Acreditación académica.
- Formato único hoja de vida
- Acreditación de experiencia

Agradezco su amable atención a la presente propuesta.



Atentamente;

SINDY BANESA DELGADO MONROY

C.C. 1.130.629.090

CARTA DE PRESENTACION DE LA PROPUESTA

Florida, enero 26 de 2026

Doctor:
CARLOS ANDRES SHAIK OSPINA
Presidente Concejo Municipal de Florida Valle.
Calle 10 Carrera 20. Esquina. Segundo piso.
Florida Valle.

ASUNTO: carta de presentación de la propuesta a la contratación del proyecto cuyo objeto es PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES LOGÍSTICAS Y ASISTENCIALES EN LA OFICINA DEL CONCEJO MUNICIPAL DE FLORIDA VALLE

El suscrito **SINDY BANESA DELGADO MONROY** obrando en nombre propio, ofrezco contratar con el Concejo Municipal de Florida Valle del Cauca, para el proyecto de la referencia y de acuerdo con los requisitos exigidos en las condiciones mínimas y de conformidad con lo establecido en este documento y los formularios de la propuesta adjuntados aquí: El valor de la propuesta incluidos los impuestos y descuentos legales asciende a la suma de VEINTICINCO MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS (\$25.300.000). En el plazo de ejecución será hasta el 30 de diciembre de 2026, contados a partir de la suscripción del acta de inicio.

Dejo constancia de lo siguiente:

- 1- Declaro la veracidad de toda la información proporcionada y autorizo mediante la presente, para que, en caso de ser adjudicado, cualquier persona natural o jurídica, suministre a los representantes autorizados de la Entidad, toda la información que consideren necesaria para verificar la documentación que presento. En caso de comprobarse falsedad en la misma, me doy por notificado que su entidad tiene el derecho a descalificar mi propuesta.
- 2- Que manifiesto no encontrarme incurso en causal alguna de inhabilidad o incompatibilidad según lo señalado en los artículos 127 de la Constitución Política y 8 de la Ley 80 de 1993, así como tampoco encontrarme incurso en causal de disolución o liquidación; en concordato; en quiebra; en cesación de pagos o en concurso de acreedores o embargo. Las personas jurídicas deberán hacer la manifestación expresa de que las cuotas sociales o acciones de sus socios o accionistas no se encuentran embargadas.

- 3- Que manifiesto no aparecer en el Boletín de Responsables Fiscal.
- 4- Que manifiesto expresamente haber leído y conocer las condiciones mínimas expedidas por el Concejo Municipal de Florida Valle y en consecuencia me someto a lo establecido en las mismas.
- 5- Que convenimos en mantener vigente esta propuesta por un periodo de treinta (30) días calendario, contados a partir de la fecha de radicada la misma; que esta propuesta nos obliga y podrá ser aceptada en cualquier momento antes de que expire el periodo indicado.
- 6- Que en caso que me fuere adjudicada la contratación, me comprometo a suscribir el contrato correspondiente, dentro del término establecido para ello.
- 7- Que esta oferta, una vez aceptada y notificada su adjudicación me obliga a su cumplimiento hasta la ejecución del contrato.

Atentamente,



SINDY BANESA DELGADO MONROY
C.C 1.130.629.090



FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. De Radicado		Fecha de Radicado	
		01022020	
I. Datos del trámite			
1. Tipo de Trámite A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedad ☒		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. Contribución Solidaria Si ☐ No ☒	
5. Tipo de Afiliado A. Cotizante ☒ C. Beneficiario ☐		6. Tipo de Cotizante A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐	
7. Código (a registrar por la EPS)			
II. DATOS BASICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)			
8. Apellidos y Nombres Primer Apellido: Baneza, Segundo Apellido: Sindy, Primer Nombre: Baneza			
9. Tipo de Documento de Identidad		10. N° de Documento de Identidad: 1130	
11. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☐		12. Sexo identificación F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐	
13. Nacionalidad Columbiana		14. Lugar de nacimiento País: Colombia, Departamento: Valle, Municipio: Florida	
15. Fecha de nacimiento 28/09/1986			
III. DATOS COMPLEMENTARIOS			
16. Etnia		17. Comunidad	
18. Discapacidad Si ☐ No ☒		19. Tiene encuesta SISBEN Si ☐ No ☒	
20. Clasificación SISBEN Nivel: , Grupo:		21. Grupo de Población Especial	
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL		23. Administradora de Pensión	
24. Ingreso Base de Cotización-IBC \$170000		25. Tarifa contribución solidaria	
26. Residencia Dirección: Calle 10 # 29-23, Teléfono fijo: 317 874 1151, Correo electrónico: Sindybaneza925@gmail.com			
27. Datos de identificación de los miembros del núcleo familiar			
28. Tipo de Documento de Identidad			
29. N° de Documento de Identidad			
30. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☒			
31. Sexo identificación F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐			
32. Nacionalidad			
33. Lugar de nacimiento País: , Departamento: , Municipio:			
34. Fecha de nacimiento DD/MM/AAAA			
IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR			
35. Apellidos y Nombres			
36. Tipo Documento			
37. N° documento de Identidad			
38. Nacionalidad			
39. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☐			
40. Sexo identificación F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐			
41. Lugar de nacimiento País: , Departamento: , Municipio:			
42. Fecha de nacimiento DD/MM/AAAA			
V. DATOS COMPLEMENTARIOS DEL BENEFICIARIO			
43. Parentesco			
44. Etnia			
45. Comunidad			
46. Grupo de población especial			
47. Tiene encuesta SISBEN Si ☐ No ☐			
48. Clasificación SISBEN Nivel: , Grupo:			
49. Discapacidad Si ☐ No ☐			
50. Incapacidad permanente Si ☐ No ☐			
51. Datos de Residencia			
Departamento: , Municipio / Distrito: , Zona: , Teléfono fijo y/o celular: , 52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS):			
Dirección: , Localidad / Comuna: , Correo electrónico:			
53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS			
54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)			
55. Nombre o Razón Social			
56. Tipo de Documento de Identidad			
57. Número de Identificación			
58. Tipo de Aportante o Pagador de pensiones (A Registrar por la EPS)			
59. Ubicación Dirección: , Teléfono: , Correo Electrónico: , Departamento: , Municipio/Distrito:			

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad	
☐ 1. Modificación de datos básicos de Identificación.	☐ 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
☐ 2. Corrección de datos básicos de Identificación.	☐ 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
☐ 3. Actualización del documento de identidad.	☐ 14. Movilidad: A. Régimen Contributivo ☐
☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios.	B. Régimen Subsidiado ☐
☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código ☐	☐ 15. Traslado: A. Mismo Régimen ☐
☐ 6. Reporte de pago a través de un tercero Código ☐	B. Diferente Régimen ☐
☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.	☐ 16. Reporte de Fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia
☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.	☐ 17. Reporte del tramite de protección al cesante.
☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.	☐ 18. Reporte de la calidad de pre-pensionado.
☐ 10. Terminación de relación laboral o pérdida de condiciones para seguir cotizando.	☐ 19. Reporte de la calidad de pensionado.
☐ 11. Inscripción EPS retorno al país	☐ 20. Ingreso a Contribución Solidaria.
	☐ 21. Retiro de Contribución Solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD			
61. Datos Básicos de Identificación			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de Documento de Identidad ☐	Número de documento de Identidad	62. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☐	63. Sexo identificación F ☐ M ☐
		T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál	64. Fecha de Nacimiento DD / MM / AAAA
65. EPS anterior	66. Fecha de novedad DD / MM / AAAA	67. Motivo de traslado Código: ☐	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES	
☐ 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales	
☐ 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción	
☐ 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios	
☐ 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud	
☐ 73. 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	
☐ 74. 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 vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.	
☐ 75. 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.	
☐ 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.	
☐ 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.	
☐ 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente	

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA	
79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria	
Apellidos y nombres	
Primer Apellido	Segundo Apellido
Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de Documento de Identidad:	Número del documento de Identidad:

IX. FIRMAS	
80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	
81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio	

X. ANEXOS	
☐ 82. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC PT	
cantidad de documento de identidad anexos ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	
☐ 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.	
☐ 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital	
☐ 85. 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.	
☐ 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.	
☐ 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.	
☐ 88. 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	
☐ 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016.	
☐ 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.	
☐ 91. 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.	
Total Anexos ☐	

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL y/o INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL	
92. Identificación de la Entidad Territorial	93. Nombre de la Institución
Código del Municipio Código del Departamento	
☐	☐
XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL	
94. Apellidos y nombres	
Primer Apellido	Segundo Apellido
Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de Documento de Identidad	Numero de Documento de Identidad
95. Firma del funcionario	
96. Fecha de radicación DD / MM / AAAA	97. Fecha de validación DD / MM / AAAA

OBSERVACIONES:
242 S Utheth Sondwall

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.130.629.090**

DELGADO MONROY
APELLIDOS

SINDY BANESA
NOMBRES

Sindy B Delgado
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **25-SEP-1986**

FLORIDA
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 **O+** **F**
ESTATURA G.S. RH SEXO

06-OCT-2004 CALI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Almendra Lopez
REGISTRADORA NACIONAL
ALMENDRA LOPEZ

INDICE DERECHO



P-3100100-66135243-F-1130629090-20050322 0500205077R 02 176754292

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 289824114



PIB
10:34:10
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 25 de enero del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) SINDY BANESA DELGADO MONROY identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1130629090:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Política y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: <https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx>

Carlos William Rodríguez Millán
Jefe División de Relacionamento Con El Ciudadano (C)

ATENCIÓN :

ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

SINDY BANESA DELGADO MONROY, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.130.629.090**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 29 de Enero del 2026.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

DECLARACION JURAMENTADA

Yo, **SINDY BANESA DELGADO MONROY** identificada tal como aparece al pie de mi firma, bajo la gravedad del juramento, manifiesto que:

- 1) Toda la información contenida en mi hoja de vida es veraz.
- 2) Todos los documentos presentados como prueba de lo contenido en mi hoja de vida para el trámite de mi contratación por prestación de servicios, son originales o fiel copia de los mismos.
- 3) Declaro que no me encuentro incurso en ninguna situación que genere conflicto de interés, conforme los postulados normativos vigentes.

Adicionalmente declaro que tengo pleno conocimiento de que cualquier alteración de los documentos por mí aportados, o información no veraz contenida en mi hoja de vida, puede eventualmente constituir un delito de falsedad material o ideológica en documento privado, siendo consciente de las consecuencias legales que esto implica para mí.

Entrego mi hoja de vida debidamente diligenciada y firmada con ____ folios correspondientes a los anexos de la misma y/o documentos pedidos por su entidad.

Atentamente,

Atentamente,

SINDY BANESA DELGADO MONROY

C.C. No. **1.130.629.09**

Tipo de declaración **INGRESO** Fecha de publicación **2026-01-25 10:38**

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
SINDY	BANESA	DELGADO	MONROY

Documento de identificación	
Tipo CEDULA DE CIUDADANIA	Número 1130629090

Lugar de nacimiento			
País COLOMBIA	Departamento VALLE DEL CAUCA	Municipio CALI	

Lugar de domicilio			
País COLOMBIA	Departamento VALLE DEL CAUCA	Municipio FLORIDA	

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	CONCEJO DE FLORIDA	
Lugar de sede		
País COLOMBIA	Departamento VALLE DEL CAUCA	Municipio FLORIDA
Dirección	["Calle 10 Carrera 20. Esquina. Parque Principal"]	
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA	

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019: Persona natural y jurídica, pública o privada, que presten función pública, que presten servicios públicos respecto de la información directamente relacionada con la prestación del servicio público.

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente mi declaración de bienes y rentas y manifiesto que los únicos bienes y rentas que poseo a la fecha, en forma personal o por interpuesta persona, son los que relaciono a continuación.

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2025 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	\$18.500.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	\$18.500.000,00

Las cuentas bancarias de las que soy titular en Colombia y en el exterior son:

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	\$100.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

1.2. PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y/O ASOCIACIONES

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí ☐ No ☒

En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas o Consejos Directivos:

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí ☐ No ☒

A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí ☐ No ☒

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma ocasional o permanente son las siguientes:

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente el registro de la información que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con los intereses de mi cónyuge o compañero(a) permanente, parientes y socios de hecho o de derecho.

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí ☐ No ☒

Los intereses personales de mi cónyuge o compañero o compañera permanente son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí ☐ No ☐

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento Número

Descripción del potencial conflicto de interés con su cónyuge o compañero(a) permanente:

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí ☐ No ☒

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño.

De acuerdo con la Ley 2003 de 2019, los congresistas deben registrar sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeñan.

Parentesco	Pariente	Tipo de documento de identidad	Documento de identidad	Descripción del potencial conflicto de interés

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual: Sí ☐ No ☒

Dentro del año anterior tuve interés directo o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera), y a continuación describo cómo puede influir en las decisiones y acciones de mi cargo actual:

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí ☐ No ☒

Los fideicomisos y encargos fiduciarios de los cuales soy constituyente o beneficiario en Colombia y en el exterior son:

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí ☐ No ☒

Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario y otras que tengo en Colombia y en el exterior son:

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí ☐ No ☒

Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta del último año gravable son:

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí ☐ No ☒

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:

- > Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
- > Establecimientos que posee.
- > Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
- > Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

--



SINDY BANESA DELGADO MONRROY
F.Nacimiento : 1986-09-25
CC -1130629090
Dirección : CL 10 29 23 - FLORIDA
Móvil : No Tiene
E-mail : SINDYBANESA0925@GMAIL.COM
Fecha Evolución : 26-01-2026 09:31:51
Ocupación : AUXILIAR ADMINISTRATIVO
Estado civil : UNION LIBRE

Edad : 39 Año(s) - 4 Mes(es)
Género : femenino
Teléfono : 3178741181
Entidad : PARTICULARES
Tipo Vinculación : Particular

IPS CLINICA SALUD FLORIDA S.A.
815000253
carrera 19 # 10-32
2642462-66 -

Fecha Impresión: 2026-01-26- 09:04:55
Usuario: MARIAS

Evolucion Código: 40709

Punto Atención : CONSULTA EXTERNA
Línea Producto : Salud Ocupacional de Ingreso
Fecha Atención : 26-01-2026 09:25 57

No Documento : SL-11847
Estado : ABIERTO

Código Prestador : 7627502395
Sede : FLORIDA-OCUPACIONAL

REPORTE A EMPRESA EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

CONCEPTO DE APTITUD MÉDICO OCUPACIONAL

- ☒ Cumple con los requisitos para el cargo para el cual es candidato o aspirante
☐ No cumple con los requisitos para el cargo para el cual es candidato o aspirante
☐ Se requiere nueva valoración
☐ Aplazado

RESTRICCIONES

☐ Si ☒ No

RECOMENDACIONES LABORALES

- ☒ Conservación Visual
☐ Auditiva
☐ Respiratoria
☐ Cuidados Ergonómicos
☒ Pausas activas
☐ Manejo de estrés
☒ Hábitos de vida saludable
☒ Higiene postural
☒ Ejercicio habitual
☒ Nutricional
☒ Dieta
☐ Ejercicios circulatorios
☒ Uso corrección óptica

OBSERVACIONES

AL EXAMEN FISICO SE APRECIA QUE NO HAY DEFORMIDADES CORPORALES O ALTERACIONES OSTEOMUSCULARES EVIDENTES. SE CONSIDERA SE TRATA DE UNA MUJER SANA Y APTA PARA SU LABOR, DEBE TENER HABITOS DE VIDA SALUDABLE. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SI SU LABOR LO LLEGA A REQUERIR. #USO DE GAFAS Y CONTROL PERIODICO POR OPTOMETRIA.
SE LE SUGIERE DISMINUIR DE PESO.

Emerson Erazo Peña
M.d Especialista en Salud Ocupacional
R.M 193368 - 04
LSO 0184 - 03 - 11SSPM CALI

EMERSON ERAZO PEÑA - R.M. 193368-04
SALUD OCUPACIONAL
Se Firma Electrónicamente

DELGADO MONRROY SINDY
BANESA
1130629090
Se Firma Electrónicamente



Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

 Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 25/01/2026 10:35:07 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **1130629090** y Nombre: **SINDY BANESA DELGADO MONROY.**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **133411138** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando <https://www.policia.gov.co>, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

 Nueva Busqueda

 Imprimir

Información

515 9000



**Dios y
Patria**

Policía Nacional de Colombia
Dirección General - Cra. 59 N° 26 - 21
Centro Administrativo Nacional CAN, Bogotá D.C.
Línea de atención: 018000-910112



 GOV.CO



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 1130629090 **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 25/01/2026 10:40 AM



Código Verificación: **QCU9AW3E2B**

Válida hasta: **25/04/2026**

Dirección de Gobierno Digital

**MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS
COMUNICACIONES - MINTIC**



FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO DELGADO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) MONRROY	NOMBRES SINDY BANESA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1130629090	GENERO F ☒ M ☐ NB ☐	NACIONALIDAD COL. ☐ EXTRANJERO ☐ PAÍS
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐	NÚMERO	D.M.
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 25 MES 09 AÑO 1986 PAÍS DEPTO MUNICIPIO	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CARRERA 18A 13 30 PAÍS COLOMBIA DEPTO VALLE DEL CAUCA MUNICIPIO FLORIDA TELÉFONO 3178741181 EMAIL sindybanesa0925@gmail.com	

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA														
MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)														
EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO		BASICA SECUNDARIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	FECHA DE GRADO				
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	1X°	MES	07	AÑO	2004

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)			
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:			
TC (TÉCNICA)	TL (TECNOLÓGICA)	TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA)	UN (UNIVERSITARIA)
ES (ESPECIALIZACIÓN)	MG (MAESTRÍA O MAGISTER)	DOC (DOCTORADO O PHD)	
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).			

3

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:

INF (EDUCACIÓN INFORMAL)

TR_DES (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4

IDIOMAS

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

5

EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR																	
EMPRESA O ENTIDAD CONCEJO DE FLORIDA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍ COLOMBIA									
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA		MUNICIPIO CALI						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD									
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO									
		Día	01	Mes	02	Año	2025	Día	30	Mes	12	Año	2025				
CARGO O CONTRATO ACTUAL 049/2013 CONTRATISTA		DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA						DIRECCIÓN CALLE 10 21 22									
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR																	
EMPRESA O ENTIDAD CONCEJO DE FLORIDA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍ COLOMBIA									
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA		MUNICIPIO FLORIDA						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD									
TELÉFONOS 3206917931		FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO									
		Día	02	Mes	01	Año	2024	Día	31	Mes	12	Año	2024				
CARGO O CONTRATO ACTUAL ADMINISTRATIVO-ASISTENCIAL		DEPENDENCIA ADMINISTRACION - ASISTENCIAL						DIRECCIÓN CALLE 10 1210A null PALACIO MUNICIPAL									

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD MARIA MONTESORY				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA			
DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA			MUNICIPIO FLORIDA					CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO			
			Día	01	Mes	08	Año	2020	Día	29	Mes
CARGO O CONTRATO ACTUAL ADMINISTRADOR			DEPENDENCIA ADMINISTRATIVO					DIRECCIÓN CARRERA 21 8 16			

6

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA				PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS			
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO					CORREO ELECTRÓNICO			
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO			
			Día:		Mes:		Año:		Día:		Mes:
AREA DE CONOCIMIENTO			NIVEL EDUCATIVO					DIRECCIÓN			

7

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	1	10
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

8

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ____ NO ____ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento _____

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

