

REPÚBLICA DE COLOMBIA



Libertad y Orden



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

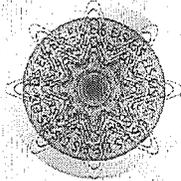
CONTRASEÑA



REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

DUPLICADO CC

1.099.372.159



APELLIDOS / NOMBRES

**HERRERA HERRERA
MARIA MONICA**

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

**10-OCT-1994
BUCARAMANGA - SANTANDER**

FECHA DE EXPEDICIÓN

26-JUL-2013

SEXO

FEMENINO

LUGAR DE PREPARACIÓN

LEBRIJA - LEBRIJA

OFICINA DE ENTREGA

LEBRIJA - LEBRIJA

- Escanee el código para verificar su autenticidad.
- El titular tendrá un plazo máximo de un (1) año para reclamar el documento a partir de la fecha de producción.



**ESTE COMPROBANTE ES
VÁLIDO HASTA EL 05-JUN-2023**

**8506533698
05-DIC-2022**



CENTRO MÉDICO Y DROGUERÍA RENACER
DR. MARCO ANTONIO SÁNCHEZ MARTÍNEZ

NIT 79295545-5
La Salud con Calidad Humana
Calle 13 No. 11-48, Lebrija, Santander
3188798450
marco-1705@hotmail.com

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

CIUDAD: LEBRIJA, SANTANDER FECHA: 3 / 1 / 2.023
EXAMEN: PREINGRESO PERIÓDICO EGRESO
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. NÚMERO 1.099.372.159 DE LEBRIJA, SANTANDER
NOMBRES Y APELLIDOS: MARIA MONICA HERRERA HERRERA
SEXO: F M EDAD: 28 AÑOS ESTADO CIVIL: SOLTERO (A)
DIRECCIÓN: CL 8 10-24/26 APTO 202, BR CENTRO - LEBRIJA TELÉFONO: 3174675627
EPS: NUEVA EPS F. PENSION: PROTECCION ARL: COLMENA
GRADO DE ESCOLARIDAD
BÁSICA MEDIA TÉCNICA/TECNOLÓGICA UNIVERSITARIA POSTGRADO
TÍTULO: PROFESIONAL SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
EMPRESA: INDEPENDIENTE NIT: _____
CARGO: PROFESIONAL SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO FECHA DE INGRESO: 3/01/2023

FUNCIONES PRINCIPALES:

ADMINISTRATIVO OPERATIVO COMERCIAL

BRIGADISTA DE EMERGENCIA (FUNCIÓN) _____

EXÁMENES PARACLÍNICOS

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL AUDIOMETRÍA VISIOMETRÍA
ELECTROCARDIOGRAMA VALORACIÓN FISIOTERAPEUTA OPTOMETRÍA
E.M.O ENFASIS OSTEOMUSCULAR OTROS: _____

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO SIN RESTRICCIONES LABORALES APTO CON RESTRICCIONES LABORALES
APTO CON PATOLOGÍA QUE NO LIMITA LA LABOR ENFERMEDAD PROFESIONAL
APTO CON RECOMENDACIONES LABORALES ENFERMEDAD RELACIONADA CON EL TRABAJO
APLAZADO EGRESO SIN EVIDENCIA DE ENFERMEDAD LABORAL

RECOMENDACIONES

CONTROL VISUAL ANUAL HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES
CONTROL AUDITIVO ANUAL REDUCIR Y CONTROLAR EL PESO CORPORAL
REALIZAR EJERCICIO AL MENOS TRES VECES POR SEMANA PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL
UTILIZAR DE FORMA ADECUADA LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL NO EXCEDER LOS LÍMITES PERMITIDOS PARA EL TRANSPORTE Y LEVANTAMIENTO DE CARGAS
PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SEGÚN EL CRONOGRAMA DE LA EMPRESA CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRASMISIÓN DE COVID-19 ADOPTADOS Y ADAPTADOS POR LA EMPRESA
REPORTAR DE FORMA INMEDIATA ACCIDENTE E INCIDENTES LABORALES

OTRO: Examen médico ocupacional de ingreso con énfasis en Osteomuscular sin alteraciones, sin restricciones laborales.

REMISIONES

EPS _____ ARL _____

INGRESO A PVE

CARDIOVASCULAR PSICOSOCIAL
OSTEOMUSCULAR VISUAL

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor (a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, limitación y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntario y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor (a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Aspirante o Trabajador

Firma: Marco Antonio Sánchez Martínez

Firma: Maria Monica Herrera Herrera

Nombre: MARCO ANTONIO SÁNCHEZ MARTÍNEZ

Nombre: MARIA MONICA HERRERA HERRERA

R.M: 00274 L.R.L SST: 21982

CC: 1099372159



RESOLUCION

| | |
|---------------------|-------------|
| CÓDIGO | AP-JC-RD-89 |
| VERSIÓN | 5 |
| FECHA DE APROBACIÓN | 22/05/2017 |
| PÁGINA | 1 de 33 |

RESOLUCION NÚMERO 00 - 10494 DE 2017

POR LA CUAL SE OTORGA UNA LICENCIA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

EL SUSCRITO SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL

En uso de sus facultades legales, y en especial las conferidas en la Ley 1562 de 2012 y la Resolución 04502 de 2012 y,

CONSIDERANDO:

Que **MARIA MONICA HERRERA HERRERA** identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 1099372159 ha solicitado licencia para la prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el trabajo ante la Secretaría de Salud Departamental de Santander.

Que de conformidad con el artículo segundo de la Resolución 04502 del 28 de Diciembre de 2012, el peticionario ha presentado la documentación requerida para la expedición de la Licencia en Salud Ocupacional para la prestación de servicios en Seguridad y Salud en el trabajo

Que por lo antes expuesto, el Secretario de Salud Departamental.

RESUELVE:

ARTÍCULO 1: Otórguese LICENCIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO A: **MARIA MONICA HERRERA HERRERA, ADMINISTRADORA EN SALUD OCUPACIONAL** identificado(a) con Cedula de Ciudadanía No. 1099372159, en las áreas de Administración en Salud Ocupacional en Seguridad y Salud en el trabajo, Investigación en área técnica, Investigación del accidente de trabajo, Educación, Capacitación, Diseño, Administración y Ejecución del Sistema de gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo

ARTÍCULO 2: La Licencia de que trata el artículo anterior se concede por el término de Diez (10) años contados a partir de la fecha de expedición de la presente Resolución.

ARTÍCULO 3: Cuando se modifique las condiciones por la cual se otorgó esta Licencia, en el término máximo de un mes se debe informar a la Secretaria de Salud de Santander para la modificación de la misma.

ARTÍCULO 4: Esta Licencia es válida en todo el Territorio Nacional y tendrá carácter personal e intransferible.

ARTÍCULO 5: Contra la presente Resolución procede los recursos legales

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bucaramanga a los **21 JUL. 2017**

LUIS ALEJANDRO RIVERO OSORIO
Secretario de Salud Departamental

| | |
|-----------|---|
| VoBo: | Salvador Rincón Santos – Director de Desarrollo Vigilancia y Control |
| Revisó: | Yelitza Hernández G. – Profesional Especializada Grupo de Acreditación en salud S.O.G.C |
| Proyectó: | Elizabeth Caballero Zabala – Grupo de Acreditación en salud S.O.G.C |

DECLARACION JURAMENTADA DE NO ENCONTRARSE INCURSO EN INHABILIDADES E
IMCOMPACTIBILIDADES PARA CONTRATAR

Lebrija 3 del mes de Mayo del 2023

Doctor

JUAN RIVERA LOPEZ

Gerente general

EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS DE LEBRIJA ESP.

REFERENCIA: Declaración de no incurso en inhabilidades e incompatibilidades.

El suscrito Maria Mercedes Henard H. identificado con la cedula de ciudadanía NO 1099392159 de Lebrija - y tarjeta profesional NO 10494 de Bja - declaro bajo la gravedad del juramento, que soy legalmente capaz y que no me hallo incurso en causal alguna de inhabilidad e incompatibilidad de las señaladas en la constitución y en la ley para contratar y, que en caso de sobrevenir alguna inhabilidad e incompatibilidad, seré responsable frente a la EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS DE LEBRIJA, y frente a terceros que SE ocasionen durante la ejecución del contrato.



Nombre y firma del contratista

CC 1.099.392.159 -

TARJETA PROFESIONAL N. 10494 -



FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

| | | | | | |
|---|--|---|--|--|------------------|
| PRIMER APELLIDO Herrera | | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Herrera | | NOMBRES Maria Monica | |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> No. 1099372159 | | | SEXO F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> | NACIONALIDAD COL. <input checked="" type="checkbox"/> EXTRANJERO <input type="checkbox"/> | PAÍS COLOMBIA |
| LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="checkbox"/> SEGUNDA CLASE <input type="checkbox"/> | | NÚMERO | | D.M. | |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO | | | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA | | |
| FECHA DIA 10 MES 10 AÑO 1994 | | | CALLE 8N - 26 24 APTO 202 BARRIO CENTRO | | |
| PAÍS COLOMBIA | | | PAÍS COLOMBIA | | |
| DEPTO SANTANDER | | | DEPTO SANTANDER | | |
| MUNICIPIO BUCARAMANGA | | | MUNICIPIO LEBRIJA | | |
| | | | TELÉFONO | | |
| | | | EMAIL monicajohana94@hotmail.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 | | BÁSICA SECUNDARIA | |
|------------------|----|----|----|----|------------|----|----|----|-------|-----|-----------------|----|-------------------|------|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO | | | |
| 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | 7° | 8° | 9° | 10° | 11° | MES | 12 | AÑO | 2011 |
| | | | | | | | | | | | | | | |

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).

| MODALIDAD ACADÉMICA | No. SEMESTRES APROBADOS | GRADUADO | | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO | TERMINACIÓN | | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---------------------|-------------------------|----------|----|--|-------------|------|----------------------------|
| | | SI | NO | | MES | AÑO | |
| PREGRADO | 10 | X | | ADMINISTRACION EN SALUD OCUPACIONAL | 12 | 2016 | |

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

| MEDIO DE CAPACITACIÓN | INSTITUCIÓN | MODALIDAD | CURSO | TERMINACION | |
|-----------------------|-------------|-----------|-------|-------------|-----|
| | | | | MES | AÑO |
| | | | | | |

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ESPECIFIQUE 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 |
| | | | | | | | | | |

3

EXPERIENCIA LABORAL

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

| EMPLEO O CONTRATO VIGENTE | | | | | | | | | | |
|---|--|---|--|--------------|--|---|-----------------|------------------|--|--|
| EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DE LEBRIJA | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | |
| DEPARTAMENTO SANTANDER | | MUNICIPIO LEBRIJA | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | |
| TELÉFONOS 3508122323 | | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA | | DEPENDENCIA ADMINISTRACION - HSEQ | | | | DIRECCIÓN CALLE 10 - 9 73 EDIFICIO PARIS | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DE LEBRIJA | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | |
| DEPARTAMENTO SANTANDER | | MUNICIPIO LEBRIJA | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | |
| TELÉFONOS 3174675627 | | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA | | DEPENDENCIA ADMINISTRACION EN SALUD OCUPAC | | | | DIRECCIÓN CALLE 10 - 9 73 Edificio Paris | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD CONSORCIO INGENIERIA FUTURISTA SAS | | | | PÚBLICA | | PRIVADA X | | PAÍS COLOMBIA | | |
| DEPARTAMENTO SANTANDER | | MUNICIPIO LEBRIJA | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | |
| TELÉFONOS 3174675627 | | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA | | DEPENDENCIA HSE , SEGURIDAD Y SALUD EN EL | | | | DIRECCIÓN CARRERA 35 - 27 56 CENTRO | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS DE LEBRIJA | | | | PÚBLICA X | | PRIVADA | | PAÍS COLOMBIA | | |
| DEPARTAMENTO SANTANDER | | MUNICIPIO LEBRIJA | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | |
| TELÉFONOS 3508122323 | | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA | | DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA | | | | DIRECCIÓN CALLE 10 9 73 B. CENTRO-LEBRIJA- SANTANDER | | | | |

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|---------|-----|--------------|-----|---|-----|----|-----|----|-----|------|
| EMPRESA O ENTIDAD INJAVA | | | PÚBLICA | | PRIVADA X | | PAÍS COLOMBIA | | | | | | |
| DEPARTAMENTO SANTANDER | | MUNICIPIO LEBRIJA | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | |
| TELÉFONOS 3174675627 | | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | | |
| | | Día | 29 | Mes | 08 | Año | 2019 | Día | 28 | Mes | 12 | Año | 2019 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA | | DEPENDENCIA ADMINISTRACION Y OPERATIVA | | | | | DIRECCIÓN CALLE 10D - 8A 24 SAN FRANCISCO | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD FABRICA DE MANGUERAS JYC | | | PÚBLICA | | PRIVADA X | | PAÍS COLOMBIA | | | | | | |
| DEPARTAMENTO SANTANDER | | MUNICIPIO LEBRIJA | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | |
| TELÉFONOS 3177358837 | | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | | |
| | | Día | 08 | Mes | 06 | Año | 2017 | Día | 26 | Mes | 12 | Año | 2019 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA | | DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA | | | | | DIRECCIÓN CALLE 20 N ° 14 -67 barrio gaitan | | | | | | |
| EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | | |
| EMPRESA O ENTIDAD FRUTERIA IMS | | | PÚBLICA | | PRIVADA X | | PAÍS COLOMBIA | | | | | | |
| DEPARTAMENTO SANTANDER | | MUNICIPIO GIRÓN | | | | | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | | | | | |
| TELÉFONOS 3158563123 | | FECHA DE INGRESO | | | | | FECHA DE RETIRO | | | | | | |
| | | Día | 07 | Mes | 07 | Año | 2019 | Día | 25 | Mes | 10 | Año | 2019 |
| CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA | | DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA | | | | | DIRECCIÓN KILOMETRO 2 VIA PALENQUE, BODEGA 10 LOCAL 28 | | | | | | |

4

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: | | Año: | |
| AREA DE CONOCIMIENTO | | NIVEL EDUCATIVO | | | | | DIRECCIÓN | | | | | | |

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

5

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 | 0 | 0 |
| EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO | 3 | 5 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 2 | 10 |
| TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA | 6 | 3 |

6

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 50. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento Lebrija - 03-05-2023


FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7

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.

Lebrija - 03-05-2023

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

ESTUDIOS

Estudios Secundarios:Institucion educativa Sede A

Direccion: Vereda la Victoria-Lebrija

Año de 2006 hasta Año 2011

PREGRADO: Administracion en Salud Ocupacional

Universidad:Corporación universitaria el Minuto

Direccion: Barrio Alarcon Cra 22#28(colegio la santisima trinidad)

Año de Inicio:2012 hasta Año Final:2016

Diplomado:HSEQ Sistema de gestion de la seguridad y salud en el trabajo

Universidad: Cooperacion universiaria el minuto de Dios

Direccion: Barrio Alarcon Cra 22#28(Colegio santisima trinidad)

Duraciòn: 384 horas

***CURSO:** Seguridad Industrial y Salud Ocupacional en la Industria.

INSTITUCIÓN: Sena

DURACIÓN: 60 horas

MODALIDAD: virtual

CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS: Adquirí conocimientos acerca del proceso de identificación y aplicación de programas preventivos de Salud y seguridad en el sector de la construcción.

***CURSO:** SISTEMA DE GESTIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD Y SALUD EN EL TRABAJO

INSTITUCIÓN: SENA

DURACIÓN: 50 horas

MODALIDAD: virtual

CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS: Adquirí conocimientos diseño e implementación del sistema de gestión bajo el ciclo PVH



INSTITUCIÓN EDUCATIVA LA VICTORIA
LEBRÍJA - SANTANDER

268406000250

DIURNA

Acta de Grado

En el municipio de Lebríja, a los 6 días del mes de diciembre de 2011, la suscrita Directora formalizó la graduación de los estudiantes de último grado en la Dirección de la INSTITUCIÓN EDUCATIVA LA VICTORIA, Institución aprobada hasta undécimo grado en el nivel de Educación Media ACADÉMICA y reconocida oficialmente por la Secretaría de Educación Departamental para otorgar el título de Bachiller en la Modalidad ACADÉMICA, según Resolución No. 18936 del 16 de diciembre de 2010.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de Educación Media ACADÉMICA, llenando los requisitos del respectivo Proyecto Educativo Institucional, se procedió a otorgar el TÍTULO DE:

BACHILLER ACADÉMICO

al graduando cuyos apellidos, nombres y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

HERRERA HERRERA MARÍA MÓNICA
T.I. 941010-13272 DE LEBRÍJA

Es fiel copia tomada del Acta General de Graduación No. 02 de fecha 6 de diciembre de 2011, que consta de 13 estudiantes graduandos, que inicia con el nombre de AGUILAR ARDILA ANGEÉ TATIANA y cierra con el nombre de VÉLEZ ROMÁN MARÍA CAMILA.

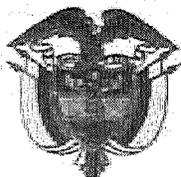
Firmada y sellada por CLAUDIA XIMENA CASADIEGO TORRES (Directora).

Dada en Lebríja, el 6 de diciembre de 2011.

Claudia Ximena Casadiego Torres

Directora,

C.C. No. 63.363.025 de Bucaramanga



La República de Colombia
y en su nombre la

Institución Educativa La Victoria

Lebrija - Santander

Reconocida oficialmente por la Secretaría de Educación Departamental según
Resolución No. 18026 del 16 de Diciembre de 2010.

Lebrija

Maria Mónica Herrera Herrera

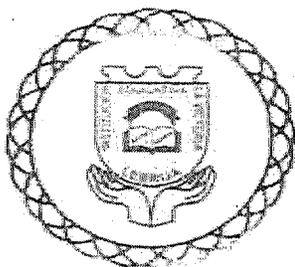
Identificada(s) con: CI No. 94101013272 Expedida en Lebrija

El Título de

Bachiller Académico

Por haber culminado el nivel de Educación Media Académica y haber cumplido con todos
los requisitos de promoción adoptados por el establecimiento educativo en su Proyecto
Educativo Institucional de acuerdo con la ley y las normas vigentes.

Directora

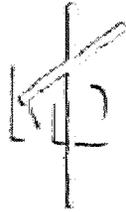


Este Diploma no requiere de registro en Secretaría de Educación
(Decreto Ley No. 021 de 1989)

Examinada en el control interno del plantel en el

Libro No. 1 Folio No. 2 Diploma No.

Dada en Lebrija, a 06 de Diciembre del año 2011.



UNIMINUTO

Corporación Universitaria Minuto de Dios

Maria Monica Herrera Herrera

C.C. No. 1.009.372.159

Ha cumplido con los requisitos académicos exigidos por la Institución,
la cual, con las debidas autorizaciones le otorga el título de

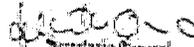
Administradora en Salud Ocupacional

en testimonio se firma y sella este diploma


Consejo de Fundadores


Rector RMB

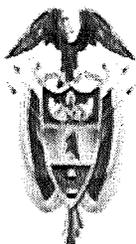

Rector General


Secretario General

Presentado a la Oficina otorgada por
resolución 20743 del 1 de Agosto de 1992
del Ministerio de Educación Nacional

República de Colombia

Folio 187 del Libro de Registro No. 007
Barranquilla, 27 de Abril de 2017
No. 54776



REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace Constar que
MARIA MONICA HERRERA HERRERA
Con TARJETA DE IDENTIDAD No. 94101013272

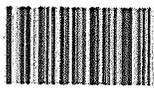
Cursó y aprobó la acción de Formación

SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL EN LA INDUSTRIA DE LA
CONSTRUCCIÓN

Con una duración de 60 Horas

En testimonio de lo anterior se firma en Ibagué a los Once (11) días del mes de Noviembre de Dos Mil Doce (2012)

BRIAN BAZIN GUILLA TOVAR
SUBDIRECTOR CENTRO DE INDUSTRIA Y CONSTRUCCION
REGIONAL TOLIMA

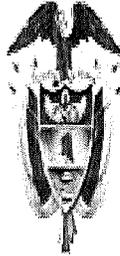


43070124814361

SGCV20124814361 11-11-2012
No. Y FECHA DE REGISTRO

Para verificar la validez de este Certificado consulte la página <http://sis.senavirtual.edu.co>

Resolución 000484 del 06 de Marzo de 2006



Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

MARIA MONICA HERRERA HERRERA

Con Cedula de Ciudadanía No. 1.099.372.159

Cursó y aprobó la acción de Formación

SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST

con una duración de 50 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Pasto, a los diez (10) días del mes de mayo de dos mil dieciséis (2016)

Firmado Digitalmente por
PEDRO PABLO BASTIDAS MOLINA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

PEDRO PABLO BASTIDAS MOLINA

Subdirector (E)

CENTRO INTERNACIONAL DE PRODUCCIÓN LIMPIA - LOPE

34964647 - 10/05/2016

FECHA REGISTRO



UNIMINUTO
Corporación Universitaria Minuto de Dios
Educación de Calidad al alcance de todos

Hace Constatar que

MARIA MONICA HERRERA

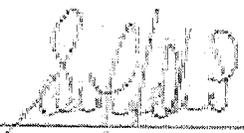
C.C. 1.099.372.159

Asistió y Aprobó el curso de 5 Horas el día 26 de octubre de 2013 cumpliendo con las exigencias académicas del Programa, por lo tanto se le confiere el correspondiente Certificado de Asistencia:

SEMINARIO DE SEGURIDAD INDUSTRIAL

En testimonio de lo cual se expide el presente en la ciudad de Bucaramanga, a los 31 días del mes de octubre del año 2013.


NESTOR CIFUENTES HERRERA
Director Académico


SAMIR MILENA DELGADO PÉREZ
Coordinadora Programa de Salud Ocupacional



Corporación Universitaria Minuto de Dios

Resolución No. 10345 del 1 de agosto de 1990 Del Ministerio de Educación Nacional

Certifica que

MARIA MONICA HERRERA HERRERA

C.C. 1099372159 de Lebrija

Cursó y aprobó de forma satisfactoria con todos los requisitos del

**DIPLOMADO EN HSEQ SISTEMA DE GESTIÓN DE
LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO**

Con duración de 394 horas. En testimonio de lo cual se expide el presente diploma en
la ciudad de Bucaramanga a los 18 días del mes de Enero de 2017

Mg. Nestor Omar Herrera Herrera

Director Académico

Mg. Gisela Viviana Beltrán Pérez

Coord. Admisiones y Registro

AC 62 - 01 - 16 - 2017

SGS

Certificado
41751012 / 130693196

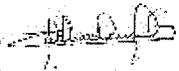
**MARIA MONICA HERRERA
HERRERA**

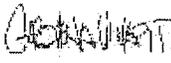


Ha asistido al curso
**Auditor Interno - Sistemas de Gestión
Integrada - ISO 9001:2015, ISO
14001:2015 y OHSAS 18001:2007 (In
Company)**

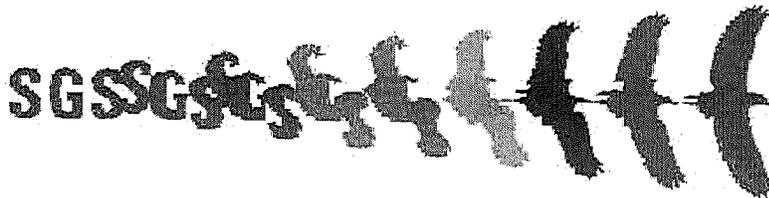
Con una intensidad horaria de 32 Horas

Organizado en
Corporación Universitaria Minuta de Dios - Bucaramanga
entre las fechas
15 Octubre 2016 - 5 Noviembre 2016


CATALINA DONCEL GONZALEZ
Product Manager CI


DIANA CAROLINA VIVAS
Training Manager

SGS Colombia S.A. - Centro de Formación
Calle 101 N° 17-59, Bogotá D.C., Colombia
Teléfono: +57 1 4801211
www.sgs.co, www.sgs.com





Colmena Formación Virtual

La República de Colombia y en su nombre

Colmena Seguros
NIT. 800226175-3

Debidamente autorizada y habilitada por el Ministerio de Trabajo bajo el número de registro RCD 0001, otorga la certificación correspondiente a la actualización de la capacitación virtual en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) a:

MARIA MONICA HERRERA HERRERA
Identificado con CC 1099372159

Número de horas cursadas: 20 Horas

De acuerdo a lo establecido en la Circular 063 de 2020
El presente certificado se expide el 25 de mayo de 2021, en la ciudad de Bogotá, D. C.

Vicepresidente de Prevención y Servicio de Riesgos Laborales
Colmena Seguros

**FORMULARIO ÚNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES
Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 de 1995)**

| |
|---|
| ENTIDAD RECEPTORA |
| EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DE LEBRIJA |

Período Declarado: 01/01/2022 - 31/12/2022

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, **Maria Monica Herrera Herrera**
 IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. No. 1099372159 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:
 PAIS: COLOMBIA DEPARTAMENTO: SANTANDER MUNICIPIO: LEBRIJA
 DIRECCIÓN: CALLE 8N - 26 24 APTO 202 BARRIO CENTRO TELÉFONO: 3174675627 / 4675627

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|---------------------|------------------------|------------|
|---------------------|------------------------|------------|

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, PARA TOMAR POSESIÓN PARA RETIRARME PARA ACTUALIZACIÓN X PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE, QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

| CONCEPTO | VALOR |
|-------------------------|-------|
| OTROS INGRESOS Y RENTAS | \$0 |
| TOTAL | \$0 |

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

| ENTIDAD FINANCIERA | TIPO DE CUENTA | NÚMERO DE CUENTA | SEDE DE LA CUENTA | SALDO DE LA CUENTA |
|--------------------|----------------|------------------|-------------------|--------------------|
|--------------------|----------------|------------------|-------------------|--------------------|

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| TIPO DE BIEN | IDENTIFICACIÓN DEL BIEN | VALOR |
|--------------|-------------------------|-------|
|--------------|-------------------------|-------|

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

| ENTIDAD O PERSONA | CONCEPTO | VALOR |
|-------------------|----------|-------|
|-------------------|----------|-------|

1.2. DE PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

| ENTIDAD O INSTITUCIÓN | CALIDAD DE MIEMBRO |
|-----------------------|--------------------|
|-----------------------|--------------------|

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

| CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN | CALIDAD DE SOCIO |
|------------------------------------|------------------|
|------------------------------------|------------------|

c) En la actualidad SI NO tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

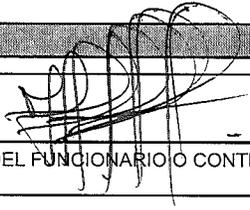
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN N°
 C.C. C.E. T.I.

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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 DE PARTICIPACIÓN |
|----------------------------|------------------------|
|----------------------------|------------------------|

3. FIRMA



FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Lebrija 03-05-2023.

CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

**DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA
LINEA GRATUITA DE ATENCION AL CLIENTE No. 018000-917770**



**Empresa de Servicios Públicos
Domiciliarios de Lebrija E.S.P.**
NIT. 800.137.201-5

**LA SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y COMERCIAL DE LA EMPRESA DE
SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS DE LEBRIJA E.S.P.**

C E R T I F I C A

Que la contratista **MARIA MONICA HERRERA HERRERA** identificado con cedula de ciudadanía número **1.099.372.159** de Lebrija, ha estado vinculada a la empresa a través de los siguientes contratos de prestación de servicios:

- *Contrato de Prestación de Servicios No. 023-2020, entre el periodo del 16 de enero de 2020 hasta el día 24 de diciembre de 2020, por valor de **DIECINUEVE MILLONES SESENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS M/CTE. (\$19.066.666)**, y cuyo objeto es: " **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES TENDIENTES A LA CORRECTA IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST POR PARTE DEL PERSONAL DE LA ESPL, Y DESARROLLAR TODOS LOS TEMAS DERIVADOS AL CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 1072 DEL 2015 Y RESOLUCIÓN 1111 DEL 2017.**"*
- *Contrato de Prestación de Servicios No. 013-2021, entre el periodo del 06 de enero de 2021 hasta el día 24 de diciembre de 2021, por valor de **VEINTICINCO MILLONES QUINIENTOS VEINTE MIL PESOS M/CTE (\$25.520.000)**, y cuyo objeto es: " **PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST, ASESORIA TECNICA EN GENERAL EN LA EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS E.S.P.L.**"*
- *Contrato de Prestación de Servicios No. 013-2022, entre el periodo del 04 de enero de 2022 hasta el día 31 de diciembre de 2022, por valor de **VEINTISIETE MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE (\$27.293.350)**, y cuyo objeto es: " **PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA GESTIÓN DE ACTIVIDADES TENDIENTES A LA CORRECTA IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST, Y DESARROLLAR TODOS LOS TEMAS DERIVADOS AL CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 1072 DEL 2015 Y RESOLUCIÓN 0312 DEL AÑO 2019.**"*
- *Actualmente contrato de Prestación de Servicios No. 012-2022, entre el periodo del 04 de enero de 2023 hasta el día 30 de abril de 2023, por valor de **DIEZ MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS M/CTE (\$10.400.000)**, y cuyo objeto es: " **PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA***



**Empresa de Servicios Públicos
Domiciliarios de Lebrija E.S.P.**
NIT. 800.137.201-5

GESTIÓN DE ACTIVIDADES TENDIENTES A LA CORRECTA EJECUCIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST, Y DESARROLLAR TODOS LOS TEMAS DERIVADOS AL CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 1072 DEL 2015 Y RESOLUCIÓN 0312 DEL AÑO 2019”.

Se expide a solicitud del interesado, en Lebrija a los veinte (20) días del mes de abril de dos mil veintitrés (2023).

Cordialmente,

YAMILE FLOREZ VILLANOVA
Subgerente Administrativa y Comercial

| | | | Autorizado por la Superintendencia Bancaria para operar el ramo de seguros de riesgos laborales. |
|--------------------|-----------------|---------------------------|--|
| I. TRÁMITE | | | |
| TIPO DE AFILIACIÓN | ARL ANTERIOR | FECHA DE DILIGENCIAMIENTO | Mediante resolución No. 2250 de octubre 14 de 1994 |
| AFILIACION | ARL NO DEFINIDA | 02/05/2023 18:06:32 | |

| II. DATOS GENERALES DEL CONTRATANTE | | | | |
|-------------------------------------|-----------|--|--------------------------|-------------------------------|
| TIPO DE DOCUMENTO | No | RAZÓN SOCIAL O NOMBRE | DIRECCIÓN SEDE PRINCIPAL | NÚMERO DE CONTRATO CON LA ARL |
| NI | 800137201 | ESA DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS DE LEBRIJA ESP | CL 10 9 73 | 101178 |

| III. INFORMACIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO DONDE EJERCERÁ SUS FUNCIONES DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE | | | |
|--|---|----------------------------|--------------|
| CÓDIGO CENTRO DE TRABAJO | DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA | CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA | CLASE RIESGO |
| 3 | Preparación del terreno, incluye la preparación del terreno para posteriores actividades, explotación de minas y canteras, drenaje de terrenos de construcción y de tierras agrícolas o forestales. | 5431202 | 5 |
| DIRECCIÓN | | MUNICIPIO | DEPARTAMENTO |
| PLANTA TRATAMIENTO DE AGUA POTABLE -LEBRIJA | | LEBRIJA | Santander |

| IV. DATOS DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE Y DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR | | | | | |
|--|--------------------------|----------------------------|----------------------------|--------------------|--|
| TIPO DE IDENTIDAD | NÚMERO | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | | |
| CC | 1099372159 | HERRERA | HERRERA | | |
| NOMBRE(S) | | FECHA DE NACIMIENTO | DIRECCIÓN RESIDENCIA | | |
| MARIA MONICA | | 10/10/1994 | CRA 19 # 8-18 | | |
| CIUDAD DE RESIDENCIA | TELÉFONO RESIDENCIA | CELULAR | CORREO ELECTRÓNICO | SEXO | |
| LEBRIJA | 6567828 | 3174675627 | monicajohana94@hotmail.com | F | |
| LOCALIDAD/COMUNA | | ZONA | | | |
| barrio centro | | Urbana | | | |
| EPS | CÓDIGO | AFP | CÓDIGO | | |
| Nueva EPS | 37 | Proteccion | 14 | | |
| FORMA DE PAGO DE LA COTIZACIÓN | | | FECHA INICIO COBERTURA | VALOR DEL CONTRATO | |
| Mes Anticipado | | | 3/5/2023 | 20800000 | |
| TIPO DE CONTRATO | FECHA INICIO DE CONTRATO | FECHA TERMINACIÓN CONTRATO | SUMINISTRA TRANSPORTE | | |
| ADMINISTRATIVO | 3/5/2023 | 30/12/2023 | SI | | |
| DEDUCCIONES | INGRESO MENSUAL | IBC | | | |

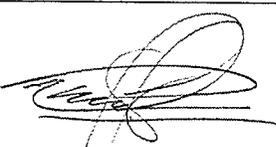
El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de Colmena Seguros, el día 02/05/2023 18:06:32. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de Colmena Seguros, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

| HORARIO EN QUE EJECUTARAN LAS ACTIVIDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Día | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |
| Lunes | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Martes | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Miércoles | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Jueves | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Viernes | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Sábado | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Domingo | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |

DATOS DE AFILIACIÓN SIMULTANEA AL SGRP ARL POR DIFERENTES CONTRATANTES O EMPLEADORES

| NOMBRE DE LA ARL | CÓDIGO | NO IDENT CONTRATANTE O EMPLEADOR | NOMBRE CONTRATANTE O EMPLEADOR | TIPO DE CONTRATO |
|------------------|--------|----------------------------------|--------------------------------|------------------|
| ARL NO DEFINIDA | | 0 | | |
| ARL NO DEFINIDA | | 0 | | |
| ARL NO DEFINIDA | | 0 | | |
| ARL NO DEFINIDA | | 0 | | |
| ARL NO DEFINIDA | | 0 | | |
| ARL NO DEFINIDA | | 0 | | |
| ARL NO DEFINIDA | | 0 | | |

CON ESTE FORMULARIO SE PERFECCIONA LA AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES Y CONSTITUYE EL RESPECTIVO CONTRATO DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS LABORALES, REGIDO EN TODOS SUS ASPECTOS POR LO DISPUESTO EN LA LEY 400 DE 1993, EL DECRETO 1295 DE 1994, LA LEY 776 DE 2002 Y EL DECRETO 2800 DE 2003 Y DEMAS NORMAS QUE LO MODIFICAN, ADICIONAN O COMPLEMENTEN.

| | | |
|---|--|--|
| <p>DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA CORRESPONDE EXACTAMENTE A LAS ACTIVIDADES A DESEMPEÑAR POR EL CONTRATISTA EN LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO BASE DE ESTA AFILIACIÓN Y CONOZCO LAS OBLIGACIONES DENTRO DEL SGRP EN MI CALIDAD DE CONTRATANTE</p> | <p>DECLARACION PARA LA DETERMINACIÓN DEL RIESGO Y DEFINICIÓN DEL ORIGEN EN MI CONDICION DE TRABAJADOR INDEPENDIENTE MANIFIESTO MI VOLUNTAD DE AFILIARME AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES Y DECLARO QUE LAS ACTIVIDADES ANTERIORMENTE RELACIONADAS, EL HORARIO Y EL LUGAR DONDE DESARROLLARE LAS MISMA, DETERMINAN EL RIESGO Y DEFINEN EL ORIGEN DE LAS CONTINGENCIAS QUE SE LLEGASEN A PRESENTAR.</p> | |
| <p>FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL</p> |  <p>FIRMA DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE</p> | <p>SELO DE FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN EN LA ARL</p> |
| <p>NOMBRE: _____</p> | <p>FIRMA REPRESENTANTE DE LA ARL</p>  | <p>NOMBRE: _____</p> |

Se certifica que la empresa , identificada con CC-1099372159 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social y parafiscales de la siguiente manera:

| REFERENCIA POR TIPO DE PLANILLA | CÓDIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE ADMINISTRADORA | Nro. AFILIADOS | DÍAS MORA | COTIZACIÓN | INTERES | VALOR TOTAL |
|---------------------------------|----------------|-----------|-----------------------|----------------|-----------|------------|-------------------|-------------|
| Período pensión: 2023-04 | 230201 | 800229739 | PROTECCION | 1 | 0 | 185.600 | 0 | 185.600 |
| Período salud: 2023-04 | EPS037 | 900156264 | NUEVA E.P.S. S.A. | 1 | 0 | 145.000 | 0 | 145.000 |
| Planilla Nro.: 25992011 Tipo I | SINARP | 0 | SINARP | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Clase de aportante: I | SINCCF | 0 | SIN CCF | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Fecha transacción: 2023-04-25 | PASENA | 899999034 | SENA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Banco: BANCOLOMBIA | PAICBF | 899999239 | ICBF | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Transacción: 2043227640 | PAESAP | 899999054 | ESAP | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | PAMIED | 899999001 | MINEDU | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| GRAN TOTAL | | | | | | | \$ 330.600 | |

Certificado Bancario

Jueves, 4 de mayo de 2023

Señor(a)
Empulebrija

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que MARIA MONICA HERRERA HERRERA identificado(a) con CC 1099372159, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

| Producto | No. Producto | Fecha Apertura | Estado |
|-------------------|--------------|----------------|--------|
| CUENTA DE AHORROS | 77607427511 | 2020/02/07 | ACTIVA |

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

 **Bancolombia**



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) MARIA MONICA HERRERA HERRERA identificado(a) con CC 1099372159 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

| | |
|--------------------------|---------------------------------|
| Fecha de Activación de | 01/05/2021 |
| Estado de la Afiliación: | ACTIVO |
| IPS: | FORPRESALUD I.P.S S.A.S-LEBRIJA |
| Categoría: | A |

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 3 días del mes de mayo del año 2023.

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

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **HERRERA HERRERA MARIA MONICA** identificado(a) con **CC** número **1.099.372.159** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a **PROTECCIÓN**, desde el día 01 de diciembre de 2021 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 03 de mayo de 2023.

Cordialmente,


Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:

Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**

Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**

www.proteccion.com

202305041658