SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)
REGIONAL RISARALDA
CENTRO DE ATENCION SECTOR AGROPECUARIO-RISARALDA
Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1
Resoluciòn DIAN Nº 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)

Código Regional	**66**
Código Centro	**912110**
Fecha Elaboración	**1 de Febrero de 2022**
Versión	**ENERO 2022 - 1,22**
ID de Proceso	**10799-515009**
No. de documento	**330196**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	SANDRA MILENA GIRALDO CAÑAS	**C.C.**	34.002.020	**IP/Nº de contacto**	0
Correo electrónico contratista:	smgiraldo@sena.edu.co				

Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Pertenece al régimen simple de tributación?**	NO	**Es declarante de renta?**	SI	**Es Pensionado?**	NO
Sus ingresos en el 2021 fueron iguales o superiores	NO	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**		SI	
Banco al cual consignar:	DAVIVIENDA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		0550488404017060	
Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?	NO	**Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2022 supera los $ 125'413.200**		NO			

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato:	3303542/2022			**Nº Compromiso SIIF**		**9922**	
Valor Total del Contrato	$ 41.630.370	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 41.630.370	**1**	**Del**	**24/01/2022**	**Al**	**31/01/2022**	**$ 1.018.480,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 40.611.890		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR:PRESTAR SERVICIOS PERSONALES CARÁCTER TEMPORAL INSTRUCTOR PRESENCIAL Y/O TUTOR VIRTUAL PROGRAMAS FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL NIVEL Y MODALIDAD ASIGNADA AREA GASTRONOMIA PROGRAMA DESPLAZADOS CENTRO AGROPECUARIO REG RDA 2022 9-2022-00099

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 1.018.480		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
			Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 1.018.480**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 550.110**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

	Enero	Diciembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**AFILIACION**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.000.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 125.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 160.000	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 10.500	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.522.064	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.800.400	$ -	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Dependientes hasta $ 1.216.128	$ -	
Salud hasta $ 608.064	$ -	
Renta Exenta 25% $ 9.120.960	$ 183.370	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	550.110,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	733.480,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	1.467,00	0,200%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$ 1.017.013,00**	

SON: UN MILLÓN DIECISIETE MIL TRECE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Reunion con el equipo del programa desplazados 2022
concertacion de reuniones con lideres .
convocatoria de oferta educativa.

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:
1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas; 2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC y FVP, por los ingresos recibidos en el mes anterior del contrato objeto de cobro en esta planilla y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato; 3. El número de trabajadores contratados para cumplir con el desarrollo del objeto contractual corresponden a lo indicado en esta planilla; 4. Toda la información aquí suministra es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados.

SANDRA MILENA GIRALDO CAÑAS
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:

1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;

2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;

3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

NATALIA MARULANDA MENDEZ
INSTRUCTOR G15

Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:
EL ORDENADOR DEL PAGO

NINA ELVIRA ROCHA NIETO
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

EPS

sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **SANDRA MILENA GIRALDO CAÑAS** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **34002020** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 34002020
NOMBRES Y APELLIDOS	SANDRA MILENA GIRALDO CAÑAS
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/05/2015
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	242
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	24

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **21/01/2022**

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14715554621

(415)7707212489984(8020) 000001471555462 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
3 4 0 0 2 0 2 0	0	Impuestos y Aduanas de Manizales 1 0	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	3 4 0 0 2 0 2 0	2 0 0 1 1 1 2 7

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Caldas 1 7	Villamaría 8 7 3

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GIRALDO	CAÑAS	SANDRA	MILENA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Caldas 1 7	Villamaría 8 7 3

41. Dirección principal: CL 5 A 9 20 CON BALCONES DE LA VILLA

42. Correo electrónico: sami8324@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 4 5 5 7 2 2 5 5	8 7 7 3 0 9 4

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2
5 6 2 9	2 0 1 4 0 5 2 9	4 6 4 5	2 0 1 9 1 0 1 5	8 5 6 0	5 6 2 1	

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos
2 3 1 1	1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	5	4	9	5	0																					

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

50 - No responsable de Consumo restauran

Obligados aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2020 - 10 - 06 / 16 : 00: 52

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre GIRALDO CAÑAS SANDRA MILENA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO SIN COSTO
DOCUMENTO

M. Marcela Alvarán Cardona

Fonoaudiologa - Especialista en Audiología

Especialista Gerencia en Seguridad y Salud en el Trabajo.

EVALUACION DE VOZ

IDENTIFICACION

NOMBRE Y APELLIDO SANDRA MILENA GIRALDO CAÑAS
EDAD 37 AÑOS
FECHA DE NACIMIENTO 24-10-1983
CC 34002020
FECHA EVALUACION JUNIO 15-2021

1. EVALUACION SUBJETIVA DE LA VOZ

1.1 Como calificaría usted su Voz: Excelente___Buena X___Regular_____Mala_____
1.2 Antes presento alguna dificultad a nivel de cuerda vocal: ¿SI_____ NO_X_Cual?
1.3 Fuma SI NO X
1.4 Ha Experimentado alguna disfonía durante o después de hablar? NO

SINTOMAS	SI	NO
Voz Cansada		X
Dolor o Malestar en el Cuello		X
Sensación de Hormigueo o ardor en la garganta		X
Carraspeo		X
Tos		X
Interrupción en la Voz		X
Se queda sin aire en la mitad de las palabras		X
Ronquera		X
Al hablar presenta cambios bruscos en el tono de la voz		X

EVALUACION VOZ

1. RESPIRACION

MODO

INSPIRACION: NASAL_X___BUCAL_____MIXTO_____
ESPIRACION: NASAL_____BUCAL X__MIXTO _

TIPO	FONACION	REPOSO
Clavicular de ascenso.....		
Costal Superior.....	X	X
Costal Diafragmático.....		
Costal abdominal.....		

2. RENDIMIENTO

2.1 Tiempo de Inspiración: 4"
2.2 Tiempo de Expiración 5"
2.3 Conteo 35
2.4 Vocales 15 Veces
2.5 Días Semana3 semanas

3 FUNCIONES LARINGEAS NO VOCALES

	NORMAL	INSONORA	DEBIL
TOS	x		
RISA	x		
CARRASPEO	x		

4. COORDINACION FONORESPIRATORIA

	NORMAL	ALTERADA
CONVERSACION	x	
LECTURA	x	

5. EFECTO GLAZTER

VOCAL	NASALIZA	NO NASALIZA
A	X	
E	X	
I		x
0		X
U		x

6. ESCALA GRABS

		O NORMAL	1 LEVE	2 MODERADO	3 SEVERO
G	Grado de afectación general y global voz	X			
R	Ronquera, indica ronquera o rasposidad de la voz	x			
A	Astenia indica el grado de fatiga o cansancio de la voz	x			
B	Aérea indica el escape de aire o voz soplada	x			
S	Tensión indica grado de tensión	x			

DIAGNOSTICO DE FONOAUDIOLOGIA

Voz Normal - No se observa Disfonía

RECOMENDACIONES PAUTAS DE HIGIENE VOCAL

-No carraspee
-No Grite
- Evite los cambios bruscos de temperatura
-Mantener líquido para consumir mientras este dictando clase
-No consumir los alimentos ni muy caliente ni muy frio
-No consumir alimentos muy condimentados
. No acostarse después de comer para evitar dificultades gástricas que producen disfoníA

M. MARCELA ALVARAN CARDONA
FONOAUDIOLOGA R.P. 1137
TP30312776
Universidad Católica

Fecha de impresión 15/06/2021 4.53 PM

FECHA DE EXAMEN 2021-06-15 16:39:45 **TIPO DE EXAMEN** INGRESO

DATOS DE INSTITUCION

NOMBRE:	M. MARCELA ALVARAN CARDONA - AUDIOLOGA Y ESP. GERENCIA SST			**NIT**	30312776-5
DIRECCION:	CRA 22 NO 26 - 03 PRIMER PISO	**E-MAIL**	CENTROINTERNACIONAL12@GMAIL.COM		
TELEFONOS:	8731343-8829986 CEL. 3108211950	**SEDE**	CENTRO		

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS	SANDRA MILENA GIRALDO CAÑAS						
IDENTIFICACION	CC	34002020	**EDAD**	37 Años	**SEXO**	F	
ESTADO CIVIL	SOLTERO (A)	**ESCOLARIDAD**	PROFESIONAL	**FECHA DE NACIMIETNO**	24/10/1983		
LUGAR DE NACIMIENTO	MANIZALES	**DIRECCION**		**ESTRATO**	0		
PROCEDENCIA	**DEPARTAMENTO**	CALDAS	**MUNICIPIO**	MANIZALES	**TELEFONOS**		
GRUPO FAMILIAR		**GRUPO SANGUINEO**	B -				
ARL	NO REFIERE						
EPS	SURA						

DATOS EMPRESA

RAZON SOCIAL	TIPO 1	**CARGO**	INSTRUCTORA
SEDE	MANIZALES	**FECHA DE INGRESO**	15-06-2021
ANTIGUEDAD EN EL OFICIO	null	**AREA**	EDUCACION
JORNADA DE TRABAJO	DIURNA		

ANTECEDENTES AUDITIVOS	
PROTECCION AUDITIVA	NO
CARGO	INSTRUCTOR
EXPOSICION A RUIDO	

ANAMNESIS

INTERPRETACION	Normal
CAUSA	Ingreso Laboral
ULTIMO EXAMEN DE AGUDEZA AUDITIVA	6 Meses y 1 Año

OTOLOGICOS

Nombre	Oido Izquierdo	Oido Derecho	Bilateral	Observaciones
HIPOACUSIA			NR	
OTITIS MEDIA SIN OTORREA			NR	
OTITIS MEDIA CON OTORREA			NR	
OTALGIA			NR	
OTORRAGIA			NR	
ACUFENOS PERMANENTES			NR	
ACUFENOS OCASIONALES			NR	
AUMENTAN CON SILENCIO			NR	
AUMENTAN CON RUIDO			NR	
CIRUGIA DE OIDO			NR	
PROBLEMAS DE EQUILIBRIO			NR	
OTROS			NR	

ACTIVIDAD EXTRALABORAL CON EXPOSICION A RUIDO

Nombre	Presenta
SERVICIO MILITAR	NO
POLIGONO	SI
WALKMAN	NO
DISCOTECA	NO

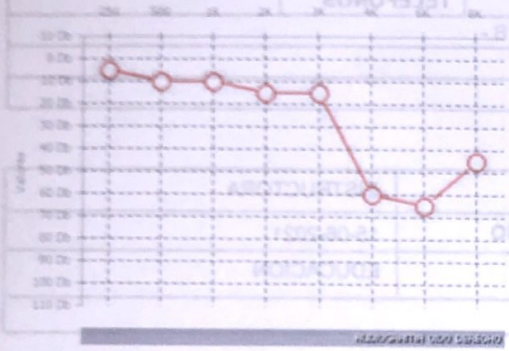
Fecha de impresión 15/06/2021 4.53 PM

Nombre	Presenta
TAREAS CON EQUIPOS RUIDOSOS	SI
OTROS	NO
MOTOCICLISMO	NO

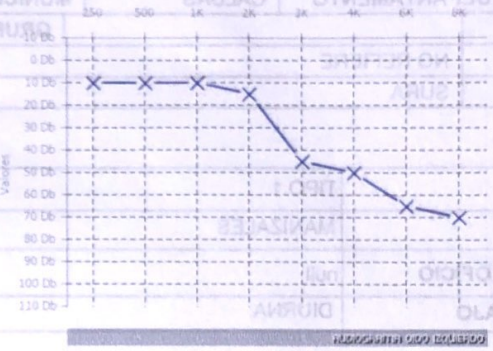
OTOSCOPIA

Nombre	Descripción
PABELLON AURICULAR	Normal
TIMPANO	Normal
TAPON DE CERA	No
OTROS HALLAZGOS	

Oido Derecho



Oido Izquierdo



DIAGNOSTICO

Nombre	Oido Derecho	Oido Izquierdo	Bilateral	Observaciones
AUDICION NORMAL				
HIPOACUSIA			X	FALLA
HIPOACUSIA MIXTA				
HIPOACUSIA CONDUCTIVA				
HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL				

SEVERIDAD - CAOHC

	Observaciones
NORMAL(0-25db)	
LEVE (26-40db)	
MODERADA (41-55db)	
MODERADA-SEVERA (56-	BILATERAL
SEVERA(71-90db)	
PROFUNDA(MAYOR 91db)	

RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA

CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO	NO	
CONTROL AUDITIVO EN SEIS MESES	SI	
USO DE PROTECCION AUDITIVA	SI	en sitio ruidoso
CONTROL DE OTORRINOLARINGOLOGIA		
LAVADO AUDITIVO OD		
LAVADO AUDITIVO OI		
LAVADO AUDITIVO BILATERAL		

Fecha de impresión 15/06/2021 4.53 PM

AUDIOMETRIA CONFIRMATORIA	SI	
EXAMENES AUDIOLOGICOS		
CONDUCTA DEL USARIO EN LA CONSULTA	ACEPTABLE	

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

OBSERVACIONES
RECOMENDACIONES

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O DEL TRABAJADOR:Autorizó al Doctor a realizarme el examen médico y /o praclinico ocupacionales registrados en este documento. Se me ha explicado la naturaleza y propósito de este exámen médico y sus paraclínicos, he comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del exámen médico y/o paraclínico a través de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de pruebas. Entiendo que la realización de estas pruebas es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que se realizaran estos exámenes. Fui informado acerca de la confidencialidad de los datos y resultados aquí registrados y la protección que se le dará a este documento. Las respuestas dadas por mi están completas y son verídicas. Autorizo a la empresa para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del programa de salud ocupacional y las situaciones contempladas en la misma legislación. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido contemplados antes de mi firma y me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

"El examinado certifica que no omitió dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la información expresada en este documento es cierta"

M. Marcela Alvaran C.
Especialista Audiología
RM 16132

MARIA MARCELA ALVARAN CARDONA
C.C 30312776 RM: 16132
Firma y sello del Médico Evaluador

SANDRA MILENA GIRALDO CAÑAS
C.C 34002020
Firma del trabajador Evaluado

Clínica Fame I.P.S.S.A.
¡Un concepto diferente en salud!

Juan de Jesus Ospina Aguirre
Carrera 21 # 23-26
jjoa81@hotmail.com
8903040

CERTIFICADO

Fecha y hora de elaboración: 15/06/2021 - 05:53:59 PM
Identificación: 34002020
Paciente: SANDRA MILENA GIRALDO CAÑAS
Entidad: Eps Y Medicina Prepagada Suramericana S.A.

Certificado:
CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

CONCEPTO DE APTITUD: Aplica para ingreso SENA

Sin limitaciones para el cargo: X
Con limitaciones para el cargo:
Aplazado:

CONCEPTO DE APTITUD APOYADO APOYADO EN EL PERFIL PARA EL CARGO:
SI__X_ NO___

OBSERVACIONES Y/O ACLARACIONES: (Restricciones Recomendaciones o motivo de aplazamiento)

Acatar normas de seguridad, usar elementos de protección personal, pausas activas e higiene postural. EXAMEN SICOLOGICO, SICOSOCIAL, OSTEOMUSCULAR, VISION ,AUDICION ,CARDIACO , PULMONAR, NEUROLOGICO SATISFACTORIO

EL CONCEPTO DE APTITUD SE EMITIO A PARTIR DE: (Marcar con un equis (x) los que aplique)

EXAMEN MEDICO:

Tamizaje de Audiometría:
Tamizaje de Espirometría:
Tamizaje de Visiometría:X
Examen Optométrico:
Electrocardiograma:
Electroencefalograma:
Evaluación Osteomuscular:X
Evaluación Dermatológica:X
Evaluación Trabajo en Alturas:
Evaluación Manipulación de alimentos:
Evaluación Cardiovascular: X

LABORATORIOS:

OTROS: AUDIOMETRIA+VOZ, OPTOMETRIA

EXAMEN DE RETIRO: Sospecha de: (Marque con una equis (x) según corresponda)

Clínica Fame I.P.S.S.A.
¡Un concepto diferente en salud!

Juan de Jesus Ospina Aguirre
Carrera 21 # 23-26
jjoa81@hotmail.com
8903040

CERTIFICADO

Secuela Accidente laboral no reportado: NO
Enfermedad Profesional: NO
Enfermedad común agravada por el trabajo: NO

SE ENTREGA REMISIÓN PARA LA EPS: NO

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGÍCA SUGERIDOS:NO SINTOMAS DE COVID19

EXAMEN LABORAL DE: SATISFACTORIO APTO PARA REALIZAR TRABAJO ASIGNADO

Profesional que realizó el certificado:

Dr. Juan de J. Ospina A.
Especialista en Gerencia de Salud Ocupacional
Reg Dptal 1179 Reg Nal 8740

CC= 34002020

Juan de Jesus Ospina Aguirre
CC: 10084706 RM: 8440
SALUD OCUPACIONAL

Copia impresa por: Juan de Jesus Ospina Aguirre - 10084706

OPTICA 2020 MANIZALES

ÓPTICA 2020
MANIZALES

Nit: 39773329 - 6
Teléfono: 8900773
Celular: 3013072710
CRA 22 # 24-45
optica2020manizales@gmail.com

Fecha 15/6/21 5:24 p m Historia N°687 N° de fórmula 682

Paciente SANDRA MILENA GIRALDO CAÑAS Doc 34002020
Dirección VILLAMARIA Celular 3045572255
Salud PARTICULAR Edad 37

Rx Final	Esfera	Cilindro	Eje	Adición	Alt Bif	Dist. P.	AV L.	AV C.
Ojo derecho	-0.25	-0.25	90				20/ 20	0.50M
Ojo izquierdo	-0.25	-0.25	100				20/ 20	0.50M

H521 MIOPIA
H522 ASTIGMATISMO

Causa Externa ENFERMEDAD GENERAL
Diagnóstico IMPRESIÓN DIAGNOSTICA
Finalidad DETECCION DE ALTERACIONES DE AGUDEZA VISUAL

Corrección TOTAL
Forma de uso PERMANENTE
Recomendación LENTES BLUE BLOCK FOTOSENSIBLES

N° Dispositivos: 3

Próximo control visual 12/06/2022 12:00:00a. m.

Observaciones
USAR CORRECCION PARA DESCANSO Y PROTECCION DE PANTALLAS

Soraya Pinzón Perez
Optometra

Firma SORAYA PINZON

LABIMED S.A.S LABORATORIO CLÍNICO

NOMBRE:	**SANDRA MILENA GIRALDO**	EDAD:	**37 AÑOS**
IDENTIFICACION:	**34002020**	SEXO:	**FEMENINO**
DIRECCION:		TELS:	**3206079680**
ENTIDAD:	**PARTICULAR**	FECHA:	**2021-06-15 289**
		C.A.S.:	**48312**

ITEMS	RESULTADOS	VALORES DE REFERENCIA	UNIDADES
**** COPROLOGICO**			
COPROLOGICO			
COLOR	CAFÉ		
CONSISTENCIA	BLANDA		
PARASITOLOGICO			
QUISTES DE E. NANA	1 - 3		xc
LEVADURAS	++		
La interpretacion de éste y todo examen de laboratorio corresponde exclusivamente al medico.			
**** FROTIS FARINGEO**			
REACCION LEUCOCITARIA	MODERADA		
SE OBSERVA FLORA NORMAL DE LA FARINGE			
La interpretacion de éste y todo examen de laboratorio corresponde exclusivamente al medico.			
**** KOH**			
KOH UÑA	NEGATIVO PARA HONGOS		
QUIMICA			
**** GLICEMIA EN AYUNAS**			
GLICEMIA	97		mg/dl
ADULTOS		70 - 110	mg/dl
MAYOR DE 90 AÑOS		75 - 121	mg/dl
NIÑOS		60 - 100	mg/dl
EQUIPO CM250			
La interpretacion de éste y todo examen de laboratorio corresponde exclusivamente al medico.			
**** PERFIL LIPIDICO**			
COLESTEROL TOTAL	242		mg/dl
PRONOSTICO FAVORABLE		HASTA 200	mg/dl
RIESGO MEDIO		200 - 239	mg/dl
RIESGO AUMENTADO		MAYOR DE 240	mg/dl
COLESTEROL HDL	57		mg/dl
OPTIMO		MAYOR DE 40	mg/dl
RIESGO MODERADO		30 - 40	mg/dl
RIESGO AUMENTADO		MENOR a 30	mg/dl
COLESTEROL LDL	113	MENOR DE 150	mg/dl
COLESTEROL VLDL	72.2	16 - 34	mg/dl
TRIGLICERIDOS	361		mg/dl
PRONOSTICO FAVORABLE		MENOR DE 150	mg/dl
RIESGO MEDIO		150 - 200	mg/dl
RIESGO AUMENTADO		MAYOR DE 200	mg/dl
INDICE ARTERIAL	4.24		%
PRONOSTICO FAVORABLE		2.7 - 4.0	%
RIESGO MEDIO		4.0 - 7.5	%
RIESGO AUMENTADO		MAYOR DE 7.5	%
EQUIPO CM 250. La interpretacion de este y todo examen de laboratorio corresponde exclusivamente al medico.			
UROANALISIS			

LABIMED S.A.S LABORATORIO CLÍNICO

NOMBRE:	**SANDRA MILENA GIRALDO**	EDAD:	**37 AÑOS**
IDENTIFICACION:	**34002020**	SEXO:	**FEMENINO**
DIRECCION:		TELS:	**3206079680**
ENTIDAD:	**PARTICULAR**	FECHA:	**2021-06-15 — 289**
		C.A.S.:	**48312**

ITEMS	RESULTADOS	VALORES DE REFERENCIA	UNIDADES
UROANALISIS			
**** PARCIAL DE ORINA**			
PARCIAL DE ORINA			
COLOR	AMARILLO	AMARILLO/AMBAR	
ASPECTO	TRANSPARENTE	TRANSPARENTE	
DENSIDAD	1010	1005 - 1025	
pH	5.5	4.8 - 7.4	
LEUCOCITOS	NEGATIVO	NEGATIVO	Leu/uL
PROTEINAS	30	NEGATIVO	mg/dl
GLUCOSA	NEGATIVO	NEGATIVO	mg/dl
HEMOGLOBINA	NEGATIVO	NEGATIVO	
CETONAS	NEGATIVO	NEGATIVO	mg/dl
NITRITOS	NEGATIVO	NEGATIVO	
BILIRRUBINA	NEGATIVO	NEGATIVO	
UROBILINOGENO	0.2	MENOR A 1.0	mg/dl
SEDIMENTO			
CÉLULAS EPIT	2 - 3		xc
LEUCOCITOS	1 - 2		xc
BACTERIAS	ESCASAS		

DIANA ISABEL CASTRILLON BEDOYA
BACTERIOLOGA – R.N.: 3466

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)
REGIONAL RISARALDA
CENTRO DE ATENCION SECTOR AGROPECUARIO-RISARALDA
Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1
Resoluciòn DIAN Nº 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)

Código Regional	**66**
Código Centro	**912110**
Fecha Elaboración	**1 de Febrero de 2022**
Versión	**ENERO 2022 - 1,22**
ID de Proceso	**10799-515009**
No. de documento	**330196**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	SANDRA MILENA GIRALDO CAÑAS	**C.C.**	34.002.020	**IP/Nº de contacto**	0
Correo electrónico contratista:	smgiraldo@sena.edu.co				

Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Pertenece al régimen simple de tributación?**	NO	**Es declarante de renta?**	SI	**Es Pensionado?**	NO
Sus ingresos en el 2021 fueron iguales o superiores	NO	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**		SI	
Banco al cual consignar:	DAVIVIENDA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		0550488404017060	
Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?	NO	**Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2022 supera los $ 125'413.200**		NO			

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato:	3303542/2022			**Nº Compromiso SIIF**		**9922**	
Valor Total del Contrato	$ 41.630.370	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 41.630.370	**1**	**Del**	**24/01/2022**	**Al**	**31/01/2022**	**$ 1.018.480,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 40.611.890		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR:PRESTAR SERVICIOS PERSONALES CARÁCTER TEMPORAL INSTRUCTOR PRESENCIAL Y/O TUTOR VIRTUAL PROGRAMAS FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL NIVEL Y MODALIDAD ASIGNADA AREA GASTRONOMIA PROGRAMA DESPLAZADOS CENTRO AGROPECUARIO REG RDA 2022 9-2022-00099

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 1.018.480		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
			Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 1.018.480**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 550.110**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

	Enero	Diciembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**AFILIACION**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.000.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 125.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 160.000	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 10.500	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.522.064	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.800.400	$ -	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Dependientes hasta $ 1.216.128	$ -	
Salud hasta $ 608.064	$ -	
Renta Exenta 25% $ 9.120.960	$ 183.370	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	550.110,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	733.480,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	1.467,00	0,200%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$ 1.017.013,00**	

SON: UN MILLÓN DIECISIETE MIL TRECE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Reunion con el equipo del programa desplazados 2022
concertacion de reuniones con lideres .
convocatoria de oferta educativa.

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:
1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas; 2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC y FVP, por los ingresos recibidos en el mes anterior del contrato objeto de cobro en esta planilla y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato; 3. El número de trabajadores contratados para cumplir con el desarrollo del objeto contractual corresponden a lo indicado en esta planilla; 4. Toda la información aquí suministra es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados.

SANDRA MILENA GIRALDO CAÑAS
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:

1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;

2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;

3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

NATALIA MARULANDA MENDEZ
INSTRUCTOR G15

Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:
EL ORDENADOR DEL PAGO

NINA ELVIRA ROCHA NIETO
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que la señora SANDRA MILENA GIRALDO CAÑAS, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 34002020, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 27/01/2022 y fecha fin de contrato 17/12/2022 con riesgo 2.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior en caso de tener un nuevo contrato deberá realizar una nueva afiliación, para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202201012125560.

Esta certificación se expide a los 03 días del mes de Febrero de 2022.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordialmente

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

Impreso por Internet el 03/02/2022 1:23:12 p. m.
ISCDC: 03/02/2022 1:23:12 p. m.

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

MANIZALES, **14/06/2021**
CALDAS,
COLOMBIA,
SENA RISARALDA

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora SANDRA MILENA GIRALDO CANAS** con **Cédula de Ciudadanía** número **34002020**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550488404017060**
Fecha de apertura	**13/03/2019**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA