SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÒN DE SERVICIOS PERSONALES)**
**REGIONAL ANTIOQUIA**
**COMPLEJO TECNOLOGICO AGROINDUSTRIAL, PECUARIO Y TURISTICO-ANTIOQUIA - BIENESTAR AP**
**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** | **5** |
| **Código Centro** | **950410** |
| **Fecha Elaboración** | **Febrero de 2022** |
| **Versión** | **ENERO 2022 - 1,22** |
| **ID de Proceso** | **23652-353646** |
| **No. de documento** | **341214** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | MANUELA LOPEZ HENAO | **C.C.** | 1.039.099.218 | **IP/Nº de contacto** | 44224 |
| **Correo electrónico contratista:** | lopezmanuela280@gmail.com | | | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Régimen del IVA:** | NO RESPONSABLE | **Pertenece al régimen simple de tributación?** | NO | **Es declarante de renta?** | NO | **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:** | BANCOLOMBIA | **Tipo de cta** | AHORROS | **Nº Cuenta** | | 73900019081 | |
| **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:** | 3455950/2022 | | **Nº Compromiso SIIF** | **26622** | |
| **Valor Total del Contrato** | $ 41.920.450 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 41.920.450 | **1** | **Del 01/02/2022** | **Al 28/02/2022** | **$ 3.810.950,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 38.109.500 | | Legalización comisiones del periodo | $ 0,00 | |

**OBJETO CONTRACTUAL:**
(Descripciòn del servicio prestado)

PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES PARA PROPONER Y DESARROLLAR ACTIVIDADES ORIENTADAS AL FORTALECIMIENTO Y HABILIDADES SOCIOEMOCIONALES DE LOS APRENDICES DEL CENTRO DE FORMACIÓN EN ELMARCO DEL PLAN NACIONAL DE BIENESTAR PARA EL APRENDIZ.

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 3.810.950 | | 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** | **$ 3.810.950** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.532.263** | | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | Febrero | Enero |
|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | ---------- | **N/A** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.524.380 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 190.600 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 244.000 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL I | $ 8.000 | $ 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 | $ 844.088 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Valor Base retención en la fuente | 2.532.263,00 | TARIFA |
| Valor Base retención en la fuente ICA | 3.376.350,00 | |
| 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 | 0,00 | 0,400% |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| Jaime Isaza Cadavid | 15.244,00 | 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** | **$ 3.795.706,00** | |

**SON: TRES MILLONES SETECIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS SEIS PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS SE ENCUENTRAN DETALLADAS EN EL INFORME DE EJECUCION CONTRACTUAL DEL MES CORRESPONDIENTE

**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.

Manuela López Henao

**MANUELA LOPEZ HENAO**
**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,

**HOOVER ALEXANDER QUINTERO AVALOS**
**PROFESIONAL G02**

**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**

**ELKIN HUMBERTO GRANADA JIMENEZ**
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02**

Codigo Verificación: 644863

# CERTIFICADO DE AFILIACIÓN
# PBS SAVIA SALUD EPS

MANUELA LOPEZ HENAO, identificado con Cedula Ciudadania
aparece registrado(a) en SAVIA SALUD EPS con la siguiente

| | |
|---|---|
| **Tipo y N° de identificación:** | Cedula Ciudadania 1039099218 |
| **Nombres y apellidos:** | MANUELA LOPEZ HENAO |
| **Nivel de Sisben:** | No Aplica |
| **Grupo Sisben:** | |
| **Fecha de afiliación:** | 2005-12-16 |
| **Ciudad:** | NECOCLI |
| **Régimen:** | CONTRIBUTIVO |
| **Estado de afiliacion:** | Activo |
| **Modelo de liquidación:** | CAPITA |
| **Fecha de retiro:** | |
| **Semanas de afiliación:** | 843 |

El presente documento fue generado el 2022-02-15 09:19:29, valido por 15 días a partir de la fecha de generación, sin embargo el estado de afiliación puede cambiar de acuerdo a la normatividad que rige el Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS

ANTONIO NICOLÁS CRUZ RIAÑO
DIRECTOR DE ASEGURAMIENTO

VIGILADO Supersalud

# Protección

**Fondo de Pensiones Obligatorias Protección**

**NIT 800.229.739**

**Hace constar que:**

El(la) Señor(a) **LOPEZ HENAO MANUELA** identificado(a) con **CC** número **1.039.099.218** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 22 de julio de 2014 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 16 de febrero de 2022.

Cordialmente,




***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

202202161658

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14789992619

(415)7707212489984(8020) 000001478999261 9

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 0 3 9 0 9 9 2 1 8 | 7 | Impuestos de Medellín 1 1 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 0 3 9 0 9 9 2 1 8 | 2 0 1 4 0 1 1 6 |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Antioquia 0 5 | Necoclí 4 9 0 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| LOPEZ | HENAO | MANUELA | |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Antioquia 0 5 | Necoclí 4 9 0 |

41. Dirección principal
BRR CRISTOBAL COLON MZ F LT 24

42. Correo electrónico lopezmanuela280@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 0 0 2 0 4 5 7 1 6 | |

## CLASIFICACIÓN

| Actividad económica | | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|
| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | |
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 7 4 9 0 | 2 0 1 8 0 9 2 7 | 8 5 6 0 | 2 0 1 9 0 2 0 7 | | | | | |

## 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 4 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

49 - No responsable de IVA

| Obligados aduaneros | | | | | | | | | | Exportadores | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 55. Forma | 56. Tipo | Servicio | 1 | 2 | 3 |
| 54. Código | | | | | | | | | | | | 57. Modo | | | |
| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | | | 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 ☐ 60. No. de Folios: 61. Fecha

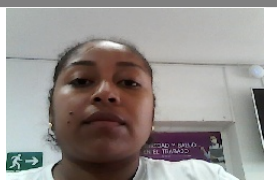
La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios 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
985. Cargo

EN TRAMITE COSTO
DOCUMENTO SIN

# CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



900467430-3
LSO. N° 94639 del 28/11/2016

## EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL

**Certificado de aptitud: 1039099218-54877**

## INFORMACIÓN GENERAL

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha y Lugar:** | 24/01/2022 APARTADO | | **Tipo de Examen:** | INGRESO | |
| **Paciente:** | MANUELA LOPEZ HENAO | | **Identificación:** | 1039099218 | |
| **Género** | FEMENINO | **Edad:** 26 | **Teléfono** | | **Móvil:** 3002045716 |
| **Estado Civil:** | SOLTERO(A) | | **Cargo:** | PSICOSOCIAL | |
| **Dirección** | BARRIO NUEVO APARTADO | | **EPS:** | SAVIASALUD | |
| **Empresa** | PARTICULAR - | | **Escolaridad:** | UNIVERSITARIO | |

## EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

| | |
|---|---|
| **OPTOMETRIA** | SIN ALTERACION VISUAL ACTUAL QUE INTERFIERA CON SU CAPACIDAD PARA DESEMPEÑAR EL CARGO. CONTROL ANUAL |
| **EXAMEN OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR** | UTILIZA SIEMPRE EL TAPABOCAS, EVITA MANIPULARLO, EVITAR CONSUMIR ALIMENTOS EN LA CALLE, NO TOCAR LA CARA NI NARIZ, RECUERDA LAVADO DE MANOS FRECUENTE CON AGUA Y JABON AL LLEGAR AL TRABAJO, A CASA, AL COMER Y DESPUES DE RETIRAR Y PONER EL TAPABOCAS, DESINFECTE FRECUENTEMENTE LAS MANOS CON ALCOHOL, MANTENER LA DISTANCIA DE SEGURIDAD CON PERSONAS QUE TOSEN O ESTORNUDAN, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, CONOCER Y CUMPLIR EL PROCEDIMIENTO DE TRABAJO SEGURO EN LOS ESPACIOS DEFINIDOS POR EL CONTRATANTE,INDUCCION Y CAPACITACION SOBRE LABORES PARA EL CARGO A REALIZAR, REPORTAR OPORTUNAMENTE ACCIDENTES O EVENTO LABORALES., DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA, VALORACIÓN POR NUTRICION EN EPS.. ACTUALMENTE NO PRESENTA ALTERACIONES OSTEOMUSCULARES SUCEPTIBLES DE COMPLICACION DURANTE EL DESEMPEÑO DEL CARGO, SEGUN LA EVALUACION REALIZADA EN LOS DIFERENTES SEGMENTOS CORPORALES (EXTREMIDADES SUPERIORES,INFERIORES,COLUMNA VERTEBRAL) |
| **ELECTROCARDIOGRAMA** | SE REALIZÓ, SIN ALTERACIÓN, NO SE EVIDENCIA ALTERACIÓN DEL RITMO O IAM ANTIGUOS |

## CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

**PUEDE LABORAR CON RECOMENDACIONES , SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO.**

Observaciones: RECOMENDACIONES NUTRICIONALES POR ALTERACION DEL PESO QUE EN EL MOMENTO NO LIMITAN SU CAPACIDAD PARA DESEMPEÑAR EL CARGO,NO SE EVIDENCIA SINTOMA RESPIRATORIOS, NO PRESENTA PATOLOGIA SUCEPTIBLES DE COMPLICACION POR UN POSIBLE CONTAGIO POR SAR-COV2/COVID 19 SIN RESTRICCIONES RESPIRATORIAS PARA DESEMPEÑO DEL CARGO SEGUIR RECOMENDACIONES EMITIDAS POR EL AREA DE SST, SIGUIENDO MANUAL DE TRABAJO EN CONDICIONES BIOSEGURAS

**NOTA ACLARATORIA**

**De acuerdo con la circular No. 000543 del 15 de Septiembre de 2014 de la Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, la historia clínica ocupacional del trabajador únicamente puede ser conocida por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley. En ningún caso, el empleador puede tener acceso a dicho documento.**

| Tipo de Restricción | Condiciones, Factores, Agentes Asociados | Permanente |
|---|---|---|
| NO | | |

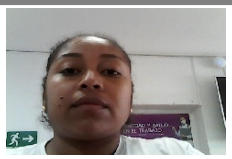
## Recomendamos Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPP)

| | | |
|---|---|---|
| RESPIRATORIO | , INDUCCION O REINDUCCION SOBRE EL USO DE PROTECCION RESPIRATORIA EN AMBIENTE LABORAL, CONTROL ESPIROMETRICO, | PPyP |
| CARDIOVASCULAR | CONTROL NUTRICIONAL Y METABOLICO | PPyP |
| NUTRICIÓNAL | CONTROL DE PESO , CONTROL HABITOS DE VIDA SALUDABLE. | PPyP |
| BIOLOGICO | SEGUIR PROTOCOLOS ANTE EVENTOS DE ACCIDENTES POR RIESGO BIOLOGICO ESTABLECIDOS POR LA EMPRESA,ESQUEMA VACUNACION COVID COMPLETO | PPyP |

## Información de Remisiones

| | |
|---|---|
| NUTRICION | REQUIERE VALORACION POR EPS, CONTROL NUTRICIONAL Y METABOLICO POR ALTERACION DEL PESO CORPORAL GRADO I |

# EXAMEN OPTOMETRÍA



## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha y Lugar:** | 24/01/2022 APARTADO | | **Tipo de Examen:** | INGRESO | |
| **Paciente:** | MANUELA LOPEZ HENAO | | **Identificación:** | 1039099218 | |
| **Género** | FEMENINO | **Edad:** 26 | **Teléfono** | | **Móvil:** 3002045716 |
| **Fecha Nacimiento:** | 9/01/1996 | | **Cargo:** | PSICOSOCIAL | |
| **Estado Civil:** | SOLTERO(A) | | **EPS:** | SAVIASALUD | |
| **Dirección** | BARRIO NUEVO APARTADO | | **Escolaridad:** | UNIVERSITARIO | |
| **Empresa** | PARTICULAR - | | | | |

## EVALUACIÓN

**Usa Computador : N** **Horas al día :** **Iluminación Artificial :** N **Iluminación Natural :** N Última Evaluación : 0

**Tiene algún tipo de exposición a compuestos químicos : N** **¿Cuales? :**

**Accidentes oculares:** NO REFIERE

**Antecedentes Personales:** NO REFIERE

**Sintomatología :** NO REFIERE

**Cirugía ocular :** N

**Usa Corrección** N

**¿Gafas? :** N **¿Lentes de Contacto?** N

### Agudeza Visual

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Visión Lejana** | **Sin Corrección** | **Derecho: 20/ 20** | **Ambos: 20/ 20** | **Izquierdo: 20/ 20** | |
| | **Con Corrección:** | **Derecho: 20/** | **Ambos: 20/** | **Izquierdo: 20/** | |
| **Visión Próxima** | **Sin Corrección** | **Derecho: 20/ 20** | **Ambos: 20/ 20** | **Izquierdo: 20/ 20** | |
| | **Con Corrección** | **Derecho: 20/** | **Ambos: 20/** | **Izquierdo: 20/** | |
| **Lensometría** | **Izquierdo :** | | **Derecho :** | | **ADD :** |

Examen Externo: AO NORMAL.

Examen Motor: COVER TEST VL Y VP ORTHO

Oftalmoscopia: AO: POLO POSTERIOR NORMAL.

VIsión cromática OD: NORMAL - OI: NORMAL

Campo Visual OD: NORMAL - OI: NORMAL

Estereopsis: 40 SEG DE ARCO

Queratometría OD: NO EXAMINADO - OI: NO EXAMINADO

Retinoscopia OD: +0.25 ESF - OI: +0.25 ESF

Subjetivo OD: NEUTRO - AV: 20 - Subjetivo OI NEUTRO - AV: 20

Cie10: EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION-Z010
Cie10: -
Cie10: -

Recomendaciones: SIN ALTERACION VISUAL ACTUAL QUE INTERFIERA CON SU CAPACIDAD PARA DESEMPEÑAR EL CARGO. CONTROL ANUAL

Diagnóstico: EMETROPIA AO

Concepto: CAPACIDAD VISUAL ADECUADA

**Formula Final:** OD: NEUTRO OI: NEUTRO

**ADD :**

**Distancia Pupilar :** 32/31

**Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica : N**

Remitido: -

ALVARO JOSE MARMOL BURGOS.
OPTOMETRA
REG 84459205-2026TNPO



ALVARO JOSE MARMOL BURGOS 84459205-2026TNP

Profesional

MANUELA LOPEZ HENAO 1039099218

Firma y cédula del Paciente

USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE

## Recomendaciones al Empleador

**- Realizar inducción de acuerdo al cargo a desempeñar.**
**- Capacitación y entrenamiento de prevención de los riesgo según su ocupación.**
**- Suministrar todos los elementos de protección personal requeridos para realizar su trabajo de manera segura.**
**- Incluir al trabajador en los sistemas de vigilancia epidemiológica que requiera (Conservación Auditiva, Riesgo cardiovascular, Riesgo Biomecanico, Biológico, muscular, Respiratorio y Visual).**
**- Evaluar los esquemas de vacunación para enfermedades inmunoprevenibles.**
**- Verificar en el desarrollo del trabajo que las actividades y tareas a realizar no excedan las capacidades físicas del trabajador.**

## Consentimiento Informado del Aspirante o Trabajador

**Autorizo al doctor(a) abajo mencionado(a) a realizar en mi examen médico y/o paraclínicos ocupacionales registrados en este documento. El (la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y el propósito del examen médico y/o paraclínicos. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínicos ocupacionales, a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de la prueba. Entiendo que la realización de estas pruebas es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el o los exámenes. Fui informado de las medidas que tomara la IPS para proteger la confidencialidad de mis resultados. Recibí copia de la valoración médica ocupacional. Las respuestas dadas por mí en este examen están completas y son verídicas. Autorizo a la IPS para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento para el bien cumplimiento del programa de salud ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remita la historia clínica a la EPS a la cual me encuentra actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados ante mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento:**

VICTOR HUGO BARAJAS DIAZ
MEDICO ESPECIALISTA SST
LIC 20140129003697



VICTOR HUGO BARAJAS DIAZ

MANUELA LOPEZ HENAO 1039099218

Firma y cédula del Paciente

003697 131624909

Médico Especialisa en Salud Laboral

# LABORATORIO CLÍNICO NECOCLÍ

NIT: 9529763-6
Calle 51 No. 49 - 49
Telefono: 8214605 - Jairoduvan@gmail.com
Necoclí Antioquia



| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Impreso | 24 ene. 2022 10:08:48 am | | | | | | |
| Sede | PRINCIPAL | | | | | | |
| Paciente | LOPEZ HENAO MANUELA | | | Sexo F | Edad 26A 0M 15D | Nro. De Recepción | 22873 |
| Identif. | CC 1039099218 | Teléfono | | | Fecha De Recepción | 24 ene. 2022 08:18:15 am | |
| Entidad | PARTICULAR | | | SubEntidad | SIN SUBENTIDAD | | |
| Sala | CONSULTA EXTERNA | | Cama | Médico | . NO ASIGNADO | | |

| | Resultados | Unidades | Valores Referencia |
|---|---|---|---|
| URIANALISIS | | | |
| 2 . URIANALISIS CON SEDIMENTO | | | |
| ESTUDIO FISICO-QUIMICO | | | |
| Color de orina | Ambar Claro | | |
| Aspecto | Ligeramente turbio | | Nor o Lig Turb |
| PH | 6 | | |
| Densidad | 1030 | | |
| Proteinas | Trazas | mg/dL | Negativo |
| Glucosa | Negativa | mg/dL | Negativo |
| Cetona | Negativa | mg/dL | Negativo |
| Bilirrubina | Negativo | mg/dL | Negativo |
| Urobilinogeno | Normal | mg/dL | Normal |
| Leucocitos(Est) | Trazas | | |
| Sangre | Trazas | | Negativa |
| Nitritos | Negativo | | Negativo |
| *ESTUDIO MICROSCOPICO* | | | |
| *Leucocitos* | 5 | /Camp 40x | |
| *Hematies* | 3 | /Camp 40x | 0 a 5 |
| *Células Epiteliales* | 4 | /Camp 40x | 0 a 5 |
| *Células Renales* | 2 | /Camp 40x | |
| Bacterias | ( + ) | | |
| Moco | ( + ) | | |
| Micción espontanea | Si | | |

Reportado Por: BACTERIÓLOGO DUVAN BETANCOURT REG.5-1324-98 Fecha Reporte 24 ene. 2022 10:06 am

| | | | |
|---|---|---|---|
| QUIMICA | | | |
| 3 . GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTROS FLUIDOS | | | |
| Glicemia en Ayunas | 101 | mg/dL | 65 a 115 |
| Colorimetria | | | |

Reportado Por: BACTERIÓLOGO DUVAN BETANCOURT REG.5-1324-98 Fecha Reporte 24 ene. 2022 10:06 am



Escaneado con CamScanner

# LABORATORIO CLÍNICO NECOCLÍ

NIT: 9529763-6
Calle 51 No. 49 - 49
Telefono: 8214605 - Jairoduvan@gmail.com
Necoclí Antioquia



RESULTADOS

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Impreso | 24 ene. 2022 10:08:48 am | | | | |
| Sede | PRINCIPAL | | Sexo F | Edad 26A 0M 15D | Nro. De Recepción 22873 |
| Paciente | LOPEZ HENAO MANUELA | Teléfono | | Fecha De Recepción | 24 ene. 2022 08:18:15 am |
| Identif. | CC 1039099218 | | SubEntidad | SIN SUBENTIDAD | |
| Entidad | PARTICULAR | | Médico | . NO ASIGNADO | |
| Sala | CONSULTA EXTERNA | Cama | | | |

HEMATOLOGIA

| | Resultados | Unidades | Valores Referencia |
|---|---|---|---|
| 1. HEMOGRAMA TIPO IV | | | |
| Hemoglobina | 12,5 | gr/dL | 11 a 15 |
| Hematocrito | 37,1 | % | 33,50 a 41,50 |
| Recuento de Eritrocitos(RBC) | 4,33 | x10^6/uL | 3,75 a 5,10 |
| Volumen Medio Corpuscular (MCV) | 86 | fL | 80 a 100 |
| Hemoglobina Corpuscular Media(MCH) | 28,8 | pg | 27 a 34 |
| Conc Media de Hb Corpuscular (MCHC) | 33,6 | gr/dL | 31 a 36 |
| Indice de distribución eritrocitaria (RDW-CV) | 13,7 | fL | 11 a 16 |
| Recuento de Leucocitos(WBC) | 10,6 | x10^6/L | 4 a 10 |
| Neutrófilos(%) | 74,6 | % | 45 a 65 |
| Neutrofilos(/mmc) | 8,1 | x10^3/mmc | 2 a 7 |
| Eosinófilos(%) | 3 | % | 0,50 a 5 |
| Eosinófilos(/mmc) | 0,3 | x10^3/mmc | 0,02 a 0,80 |
| Basófilos(%) | 1 | % | 0 a 2 |
| Basófilos(/mmc) | 0 | x10^3/mmc | 0 a 1 |
| Linfocitos(%) | 17,1 | % | 25 a 45 |
| Linfocitos(/mmc) | 1,8 | x10^3/mmc | 0,80 a 4 |
| Monocitos(%) | 4,3 | % | 3 a 10 |
| Monocitos(/mmc) | 0,4 | x10^3/mmc | 0,12 a 1,20 |
| Recuento de Plaquetas(PLT) | 332 | x10^3/uL | 150 a 450 |
| Volumen plaquetario medio (MPV) | 7,2 | fL | 6,50 a 12 |
| ERITROSEDIMENTACION | 33 | mm/hora | 0 a 20 |

Reportado Por: BACTERIÓLOGO DUVAN BETANCOURT REG.5-1324-98 Fecha Reporte 24 ene. 2022 10:08 am

URIANALISIS



Escaneado con CamScanner

# LABORATORIO CLÍNICO NECOCLÍ

NIT: 9529763-6
Calle 51 No. 49 - 49
Telefono: 8214605 - Jairoduvan@gmail.com
Necoclí Antioquia

RESULTADOS



| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Impreso | 24 ene. 2022 10:08:48 am | | | | | | |
| Sede | PRINCIPAL | | | | | | |
| Paciente | LOPEZ HENAO MANUELA | | | Sexo F | Edad 26A 0M 15D | Nro. De Recepción | 22873 |
| Identif. | CC 1039099218 | Teléfono | | | Fecha De Recepción | 24 ene. 2022 08:18:15 am | |
| Entidad | PARTICULAR | | | SubEntidad | SIN SUBENTIDAD | | |
| Sala | CONSULTA EXTERNA | | Cama | Médico | . NO ASIGNADO | | |

| | Resultados | Unidades | Valores Referencia |
|---|---|---|---|
| QUIMICA | | | |
| 4 . PERFIL DE LIPIDOS | | | |
| Colesterol Total | 137 | mg/dL | 100 a 200 |
| Nivel de H.D.L. | 40 | mg/dL | 45 a 100 |
| Colesterol L.D.L | 33,4 | mg/dL | 80 a 130 |
| Colesterol VLDL | 63,6 | mg/dL | 20 a 70 |
| Trigliceridos | 318 | mg/dL | 50 a 160 |
| Indice Arterial | 3,43 | | 2 a 5,20 |

Colorimetria

Reportado Por: BACTERIÓLOGO DUVAN BETANCOURT REG.5-1324-98 Fecha Reporte 24 ene. 2022 10:06 am

PRUEBAS ESPECIALES

| | | |
|---|---|---|
| 5 . Antigeno de Superficie Hepatitis B | No Reactivo | |

*TECNICA ELFA*

Reportado Por: BACTERIÓLOGO DUVAN BETANCOURT REG.5-1324-98 Fecha Reporte 24 ene. 2022 10:06 am

DUVAN BETANCOURT
BACTERIÓLOGO Reg. 5-1324-98



Escaneado con CamScanner

## Hace constar:

Que el Sr(a) MANUELA LOPEZ HENAO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1039099218 realizó el día 11/02/2022 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Articulo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

---

## Compromiso SST:

Yo MANUELA LOPEZ HENAO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1039099218 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.
2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.
3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.
5. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.
6. Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivada de mi contrato.

_____
Firma

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General -

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

# Hace constar:

Que el Sr(a) MANUELA LOPEZ HENAO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1039099218 realizó el día 10/02/2022 la Capacitación Módulo 1 - Generalidades en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General -

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

## Hace constar:

Que el Sr(a) MANUELA LOPEZ HENAO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1039099218 realizó el día 10/02/2022 la Capacitación Módulo 2 - Riesgos en el puesto de trabajo y medidas de prevención de la entidad y aprobó la respectiva

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General -

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

## Hace constar:

Que el Sr(a) MANUELA LOPEZ HENAO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1039099218 realizó el día 10/02/2022 la Capacitación de protocolos de bioseguridad.

De acuerdo a lo establecido en la Resolución 666 de 2020 del ministerio de salud y protección y social, la circular 01-03-2020-000098 del 29 de mayo de 2020 del SENA, mediante la cual se establece el protocolo de medidas generales y de bioseguridad para prevenir y mitigar la propagación del COVID-19, Circular 01-03-2020-000156 del 02 de septiembre del 2020 del Sena, mediante el cual se establece el alcance a la circular 01-03-2020-000098 del 29 de mayo de 2020 del

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General -

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

# Hace constar:

Que el Sr(a) MANUELA LOPEZ HENAO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1039099218 el día 10/02/2022 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

La presente constancia tiene validez al interior de la entidad, en la generación de una cultura institucional incluyente, como acción afirmativa para promover acciones integrales y accesibles para las Personas con Discapacidad, de acuerdo con lo contenido en la Resolución 1726 de 2014, mediante la cual el SENA adopta su Política Institucional para la atención de personas con discapacidad.

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas

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 MANUELA LOPEZ HENAO, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1039099218, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 01/02/2022 y fecha fin de contrato 30/12/2022 con riesgo 1.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior en caso de tener un nuevo contrato 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): 202201012347145.

Esta certificación se expide a los 10 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 10/02/2022 3:44:23 p. m.
ISCDC: 10/02/2022 3:44:23 p. m.

# Certificación Bancaria

Bancolombia

Miércoles, 16 de febrero de 2022

**Señores:**
A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que **MANUELA LOPEZ HENAO** identificado(a) con cc. **1039099218** a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

| Producto | No. Producto | Fecha Apertura | Estado |
|---|---|---|---|
| Cuenta de ahorro | 739-000190-81 | 2019/08/01 | Activa |

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto país 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario
VIGILADO

Dorian Gutiérrez Correa
Gerente Corresponsales Bancarios y Autoservicios

Escaneado con CamScanner

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 860.524.654-6

Somos la Primera Mejor Empresa para Trabajar en Colombia — Great Place To Work. Los Mejores Lugares para Trabajar COLOMBIA 2020
Somos la Novena Mejor Empresa para Trabajar en América Latina — Great Place To Work. Los Mejores Lugares para Trabajar AMÉRICA LATINA 2021

# PÓLIZA DE GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES - DECRETO 1082 DE 2015 - PATRICLSUSP09V4

**NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS**
**5500723035**

## PÓLIZA No: 550 - 47 - 994000015092 ANEXO: 0

AGENCIA EXPEDIDORA: **APARTADÓ** COD. AGENCIA: 550 RAMO: 47

TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION

| | DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|
| FECHA DE EXPEDICIÓN | 27 | 01 | 2022 |
| FECHA DE IMPRESIÓN | 27 | 01 | 2022 |

DATOS DEL AFIANZADO

NOMBRE:: **MANUELA LOPEZ HENAO** IDENTIFICACIÓN: CC **1039.099.218**

DIRECCIÓN: BL 4 MZ 34 CA 3 CIUDAD: NECOCLI, ANTIOQUIA TELÉFONO: 8289530

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA** IDENTIFICACIÓN: NIT **899.999.034-1**

BENEFICIARIO: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA** IDENTIFICACIÓN: NIT **899.999.034-1**

AMPAROS

GIRO DE NEGOCIO: CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

| DESCRIPCION AMPAROS | VIGENCIA DESDE | VIGENCIA HASTA | SUMA ASEGURADA |
|---|---|---|---|
| CONTRATO CUMPLIMIENTO | 01/02/2022 | 29/04/2023 | 4,192,045.00 |

BENEFICIARIOS
NIT 899999034 - SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS:

***OBJETO DE LA GARANTIA***

EL OBJETO DE LA PRESENTE POLIZA ES GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DEL CONTRATISTA DERIVADAS DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS NO. CO1.PCCNTR.3455950 , DE FECHA 26/01/2022 CELEBRADO ENTRE LAS PARTES, RELACIONADO CON PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES PARA PROPONER Y DESARROLLAR ACTIVIDADES ORIENTADAS AL FORTALECIMIENTO Y HABILIDADES SOCIOEMOCIONALES DE LOS APRENDICES DEL CENTRO DE FORMACIÓN EN EL MARCO DEL PLAN NACIONAL DE BIENESTAR PARA EL APRENDIZ.

CONDICIONADO GENERAL: 21/03/2018-1502-P-05-PATRI-CL-SUSP-09-DOOI
NOTA TÉCNICA: 15/08/2017-1502-NT-P-05-P020817005018000

| VALOR ASEGURADO TOTAL: | VALOR PRIMA: | GASTOS EXPEDICION: | IVA: | TOTAL A PAGAR: |
|---|---|---|---|---|
| $ *****4,192,045.00 | $ **********20,765 | $*****9,000.00 | $ ********5,655 | $ **********35,420 |

| NOMBRE INTERMEDIARIO | CLAVE | %PART | NOMBRE COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO | %PART | VALOR ASEGURADO |
|---|---|---|---|---|---|
| SEGUROS ALEIDA BOHORQUEZ VASQUEZ LTD | 7368 | 100.00 | | | |

Las condiciones generales de su póliza se pueden descargar de nuestra Página Web www.solidaria.com.co en la opción SEGUROS – TU RESPALDO – SEGUROS PATRIMONIALES. Aseguradora Solidaria pensando en su tranquilidad, lo invita a verificar la validez de esta póliza ingresando a nuestra Página Web www.solidaria.com.co en la opción SERVICIOS – CONSULTA POLIZA DE CUMPLIMIENTO.

**FIRMA ASEGURADOR**

(415)7701861000019(8020)000000000007000550072303

**FIRMA TOMADOR**

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 8 y 12 Bogotá

CLIENTE

CBDD2078080DFF7E5C

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

GRAN CONTRIBUYENTE RES.2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

# Comprobante

de pago en línea

## Aseguradora Solidaria de Colombia

**Pago realizado por:** MANUELA  LOPEZ HENAO

**Nro. de factura:** 55007230350

**Descripción del pago:** POLIZAS

**Nro. de referencia:** 181.139.27.42

**Nro. de referencia 2:** 5500723035

**Nro. de referencia 3:** CC - 1039099218

**Fecha y hora de la transacción:** Jueves 27 de Enero de 2022 03:13:58 PM

**Nro. de comprobante:** 0000031454

**Valor pagado:** $ 35,420.00

**Cuenta:** *******9081

**Bancolombia S.A.**

Comuníquese con nuestra Sucursal Telefónica Bancolombia: Bogotá 343 0000 - Medellín 510 9000 - Cali 554 0505 - Barranquilla 361 8888 - Cartagena 693 4400 - Bucaramanga 697 2525 - Pereira 340 1213 - El resto del país 01 800 09 12345 - Sucursales Telefónicas en el exterior: España 900 995 717 - Estados Unidos 1866 379 9714, en caso de recibir una alerta o notificación de una transacción que presenta alguna irregularidad.

Bancolombia nunca le solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com