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 ANTIOQUIA
CENTRO DE LA INNOVACIÓN, LA AGROINDUSTRIA Y EL TURISMO - ANTIOQUIA
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	**950310**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2022**
Versión	**ENERO 2022 - 1,22**
ID de Proceso	**13472-912413**
No. de documento	**355299**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	NATALIA HURTADO CAÑOLA	**C.C.**	43.619.700	**IP/Nº de contacto**	3004412463
Correo electrónico contratista:	nhurtado@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 ?**		NO	
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		10172608500	
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:	3341770/2022			**Nº Compromiso SIIF**		**5322**	
Valor Total del Contrato	$ 41.973.750	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 41.973.750	**1**	**Del**	**01/02/2022**	**Al**	**28/02/2022**	**$ 3.997.500,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 37.976.250		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: CTO.3341770 5_9503_266 PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL, PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL TITULADA PRESENCIAL Y/O NO PRESENCIAL, POR COMPETENCIAS LABORALES A TRAVÉS DE LA METODOLOGÍA POR PROYECTOS, EN EL PROGRAMA ARTICULACIÓN CON LA EDUCACIÓN MEDIA, EN EL

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.997.500		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	4,83%
			Retencion en la Fuente del Periodo	$ 233.823
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 3.997.500			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 7.995.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 4.841.025**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 233.823**

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

	Febrero	Enero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**56464703**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.599.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 199.900	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 255.900	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 8.400	$ 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	$ 160.000	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 125.000	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 5.300	
Dependientes hasta $ 1.216.128	$ 799.500	
Salud hasta $ 608.064	$ -	
Renta Exenta 25% $ 9.120.960	$ 1.613.675	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	4.841.025,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.541.700,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	233.823,00	4,83%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8560	31.980,00	0,800%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Jaime Isaza Cadavid	15.990,00	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	**$ 3.715.707,00**	

SON: TRES MILLONES SETECIENTOS QUINCE MIL SETECIENTOS SIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL, PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL TITULADA PRESENCIAL Y/O NO PRESENCIAL, POR COMPETENCIAS LABORALES A TRAVÉS DE LA METODOLOGÍA POR PROYECTOS, EN EL PROGRAMA ARTICULACIÓN CON LA EDUCACIÓN MEDIA, EN EL CENTRO DE LA INNOVACIÓN, LA AGROINDUSTRIA Y LA AVIACIÓN.

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.

NATALIA HURTADO CAÑOLA
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,

ELKIN MAURICIO PELAEZ BLANDON
INSTRUCTOR G11

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

ANTONIO LONDONO JORGE
SUBDIRECTOR 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 **NATALIA HURTADO CAÑOLA** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **43619700** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 43619700
NOMBRES Y APELLIDOS	NATALIA HURTADO CAÑOLA
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	01/03/2014
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	397
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	52

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **29/12/2021**

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	43619700	NATALIA HURTADO CAÑOLA	CARRERA 25 NO 19A - 09	5410195	natyhurtado331@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		ANTIOQUIA	RIONEGRO		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-01	2022-01	I	15/02/2022	56464703	$296.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	125.000	0		0		0	0	0	0	125.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	160.000	0	0	0	0	0	0		160.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	5.300				5.300	0	0	5.300			53	5.300	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF04	Comfama	890900841-9	6.000	0	0	6.000	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	125.000	125.000
Pensión	1	160.000	160.000
Riesgos Laborales	1	5.300	5.300
CCF	1	6.000	6.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	296.300	296.300

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	43619700	NATALIA HURTADO CAÑOLA		CARRERA 25 NO 19A - 09	5410195	natyhurtado331@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			ANTIOQUIA	RIONEGRO		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-01	2022-01	I	15/02/2022	56464703	$296.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	43619700	HURTADO CAÑOLA NATALIA	59	0			N																	25-14	1.000.000	160.000	0	0	0	0	EPS010	1.000.000	125.000	14-23	1.000.000	1	5.300	CCF04	1.000.000	6.000	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14735736306

(415)7707212489984(8020) 000001473573630 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
4 3 6 1 9 7 0 0	2	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	4 3 6 1 9 7 0 0	1 9 9 6 0 6 1 3

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Antioquia 0 5	Medellín 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
HURTADO	CAÑOLA	NATALIA	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Antioquia 0 5	Retiro 6 0 7

41. Dirección principal
CR 20 18 IN 69

42. Correo electrónico natyhurtado331@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
0 5 5 3 4	5 7 4 3 7 9 9	3 0 0 4 4 1 2 4 6 3

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
0 0 1 0	2 0 1 4 0 1 0 1	8 5 6 0	2 0 1 8 0 1 0 4					

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																									

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

Obligados aduaneros																				Exportadores						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código																						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 2021 - 01 - 27 / 10 : 18: 15

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 HURTADO CAÑOLA NATALIA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

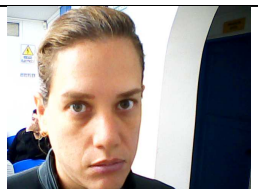
COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Colmédicos de Oriente S.A.
Seguridad y Salud en el trabajo

FORMATO DE AUDIOMETRÍA

TIPO
CLÍNICA ☐ **TAMIZ** ☒
FECHA 03/23/19 **HORA** 09:16 A.M.

CÓDIGO: FGS05
VERSIÓN:01
PÁGINA: 1/2



TIPO DE EXAMEN: **INGRESO** ☒ **EGRESO** ☐ **CONTROL PERIÓDICO** ☐ **REUBICACIÓN** ☐ **CAMBIO DE OFICIO** ☐

1. DATOS PERSONALES

DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	NOMBRE:	FECHA NACIMIENTO:	EDAD:
43619700	HURTADO CAÑOLA NATALIA	01/06/78	41

GENERO:	DIRECCION RESIDENCIA:	TELÉFONO:	CELULAR:	e-mail:
FEMENINO	CR 25 19 09	5410195	3004412463	natyhurtado331@hotmail.com

ESTADO CIVIL: CASADO(A) **ESCOLARIDAD:** **HIJOS:** 2

EPS: SALUD SURA **AFP:** COLPENSIONES **ARP:** POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

ACOMPAÑANTE:

2. DATOS DELA EMPRESA

EMPRESA : PARTICULAR **TEMPORAL:** **CARGO:** DISEÑADOR

3. ANTECEDENTES PERSONALES Y OTOLÓGICOS

	SI	NO		SI	NO		SI	NO		SI	NO
TRAUMA ENCÉFALOCRANEANO		X	SARAMPIÓN		X	SORDERA EN LA FAMILIA		X	VÉRTIGOS		X
HIPERTENSIÒN ARTERIAL		X	PAROTIDITIS		X	OTITIS		X	ACÚFENOS		X
SÍFILIS		X	PARÁLISIS FACIAL		X	OTALGIA SEVERA		X	TINNITUS		X
MENINGITIS		X	TBC		X	OTORREA		X	DROGAS OTOTÓXICAS		X
RUBÈOLA		X	EXPLOSIONES		X	CIRUGÍA EN LOS OÌDOS		X	OTROS		X

OBSERVACIONES

4. EXPOSICIÓN A RUIDO NO INDUSTRIAL

	SI	NO	TIEMPO EXPOSICIÓN años	TIEMPO EXPOSICIÓN meses	FRECUENCIA horas/día
TIRO		X			
DEPORTES MOTORIZADOS O RUIDOSOS		X			
DISCOTECAS - AUDÌFONO		X			
HERRAMIENTAS RUIDOSAS EN CASA		X			
OTROS HÁBITOS RUIDOSOS		X			
SERVICIO MILITAR - USO DE ARMAS		X			

5. HISTORIA OCUPACIONAL - RUIDO INDUSTRIAL

			TIEMPO EXPOSICIÓN			USO PROTECCIÓN			TIPO PROTECCIÓN		
EMPRESA CONTRATANTE	EMPRESA USUARIA	CARGO	AA	MM	H/D	SI	OCA.	NO	INSE	COPA	MIXTA
NOVAVENTAS S.A.S - TRABAJO EN ALTURAS		AUXILIAR DE BODEGA	1	11	0						

6. CUESTIONARIO BÁSICO

LE HAN REALIZADO AUDIOMETRÌAS **SI** **NO** X **ÚLTIMO EXAMEN HACE** **Años** **Meses**

7. REPOSO AUDITIVO

REPOSO SI NO X **TIEMPO DE REPOSO** 0 **Días** 0 **Horas**

8. OTOSCOPIA

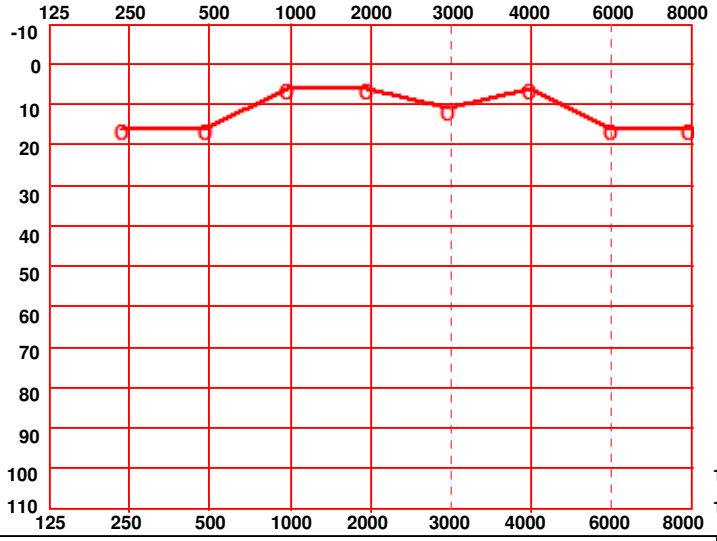
	OD		OI		OBSERVACIONES
	N	A	N	A	
PABELLON AURICULAR	X		X		
CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO	X		X		
MEMBRANAS TIMPÁNICAS	X		X		

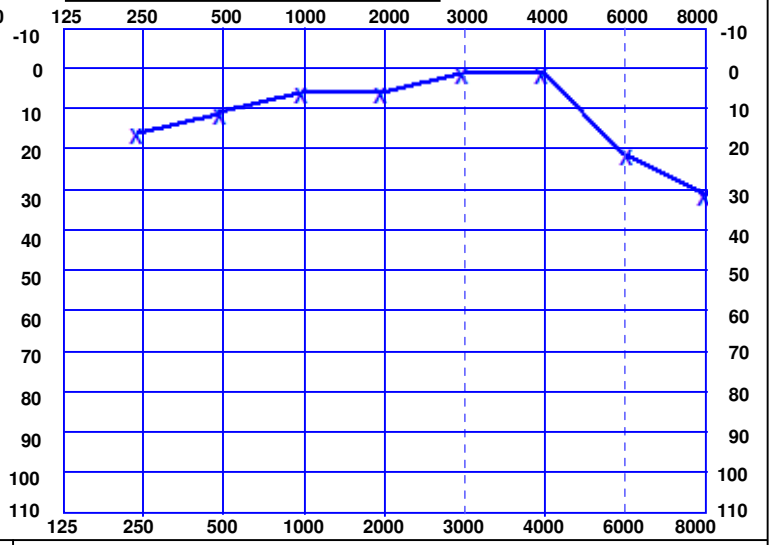
9. AUDIOGRAMA

CONDICIONES		
	TIEMPO REPOSO	0 días 0 horas
	AUDIÓMETRO	MAICO MA 41
	LUGAR EVALUACIÓN	

CONVENCIONES	VÍAS	O.D.	O.I.
	AÉREA	O	X
	ÓSEA	<	>

AUDIOMETRIA DE BASE ☐





GATISO

OD	OI	INTERPRETACIÒN (PROMEDIO: 500-1000-2000-3000)	
X	X	HASTA 25	NORMAL
		26 A 40	LEVE
		41 A 55	MODERADA
		56 A 70	MODERADA A SEVERA
		71 A 90	SEVERA
		MÁS DE 90	PROFUNDA

ELI

RESULTADO OD		RESULTADO OI		INTERPRETACIÒN dB EN 400Hz	INTERPRETACIÒN SIGNIFICADO
	A	X	A	MENOR DE 8	EXCELENTE
	B		B	8 A 14	BUENO
	C		C	15 A 22	NORMAL (LIMITE)
	D		D	23 A 29	SOSPECHOSO DAIR*
	E		E	MÁS DE 30	MUY SOSPECHOSO DAIR*

SAL

GRADO		INTERPRETACIÒN *DAIR : DETERIORO AUDITIVO INDUCIDO POR RUIDO	
X	A	<16 PEOR OÌDO	NORMAL
	B	16-30 CUALQUIER OÌDO	CASI NORMAL
	C	31-45 MEJOR OÌDO	SORDERA MODERADA
	D	40-60 MEJOR OÌDO	SORDERA NOTABLE
	E	60-90 MEJOR OÌDO	SORDERA SEVERA
	F	>90 MEJOR OÌDO	SORDERA PROFUNDA
	G	NINGUNA PERCEPCIÒN	SORDERA TOTAL AMBOS OÌDOS

LARSEN

OIDO DERECHO
NORMAL

OIDO IZQUIERDO
NORMAL

DIAGNÓSTICO

Z011 VÍA AÉREA NORMAL SEGUN GATISO.
SENSIBILIDAD AUDITIVA PERIFERICA NORMAL. SEGUN SAL
ELI A, EXCELENTE (4000 HZ) OIDO IZQUIERDO.
DESCENSO LEVE EN OÍDO IZQUIERDO PARA 8000 HZ

10. RECOMENDACIONES

Utilizar protección auditiva en ambientes con niveles de ruido igual o superior a 80 dB.
Ingresar a programa de vigilancia epidemiológica para ruido.
Mantener limpios y en buen estado los protectores auditivos para evitar infecciones o filtraciones de ruido.
Lavar las manos antes de colocarse y/o retirarse los protectores auditivos.

Sandra Botero

SANDRA MILENA BOTERO
FONOAUDIÓLOGO

43619700
FIRMA DEL TRABAJADOR

e-mail : colmedicosdeoriente@yahoo.com Página web: www.colmedicosdeorientesa.com
Rionegro, parque principal. Cra 51 No 49 - 07. Edificio Los heroes, local 302.
Telèfonos : 561 19 16 - 561 34 23 Fax: 561 48 02

Impreso: 03/23/19

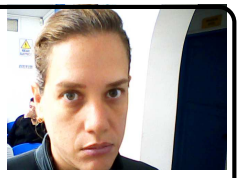
Colmédicos de Oriente S.A.
Seguridad y Salud en el trabajo

CERTIFICADO DE APTITUD

CON ÈNFASIS OSTEOMUSCULAR

Fecha 23/03/19 **Hora** 08:50

PÁGINA: 1/1



NOMBRE:	C.C	EDAD:	EMPRESA	PARTICULAR
HURTADO CAÑOLA NATALIA	43619700	41		
SECTOR:	ARL: POSITIVA COMPAÑIA DE		EXAMEN	INGRESO

INFORMACION GENERAL

FECHA DE NACIMIENTO: 06/01/78 HIJOS: 2 ESCOLARIDAD: UNIVERSITARIA COMPLETA ESTADO CIVIL:CASADO(A)

DIRECCION CR 25 19 09 MUNICIPIO RETIRO (ANTIOQUIA) TEL 5410195 CEL 3004412463

CARGO:DISEÑADOR EPSSALUD SURA PENSION: COLPENSIONES

PERSONA RESPONSABLE PABLO SALAZAR CC: NO REFIERE TEL:3002368743 DIRECC.: RETIRO (ANTIOQUIA)

CONCEPTO MÉDICO

APTO SIN RESTRICCIONES

SIN RESTRICCIONES FÍSICAS PARA SU CARGO: DISEÑADORA

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

SE REALIZA PRUEBA PSICOLÓGICA SIN ALTERACIONES

EDUCACIÓN EN NORMAS DE HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL, CONTROL DE RIESGOS Y PREVENCION DE ACCIDENTES RELACIONADOS CON SU CARGO.

INGRESO A LOS SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA (SVE) DE LA EMPRESA SEGÚN LOS FACTORES DE RIESGO DE EXPOSICIÓN POR CARGO O TAREA.

RESTRICCIONES

NINGUNA

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

OPTOMETRÍA
AUDIOMETRÍA TAMIZ
control audiometrico segun criterios del sve de la empresa
PRUEBA PSICOLOGICA
PRUEBAS DE LABORATORIO
glicemia en ayunas, perfil lipidico

OTROS EXÁMENES

NINGUNO

Liliana Pérez Aguirre
Médica U.de.A.
Especialista S.O.
RM: 54389 Lic: 53383

LILIANA MARIA PEREZ AGUIRRE
Lic.Salud Ocupacional 53383 Reg.Médico 5-4389-10
REALIZADO POR

43619700
FIRMA Y CEDULA DEL EXAMINADO

e-mail : colmedicosdeoriente@yahoo.com Página web: www.colmedicosdeorientesa.com
Rionegro, parque principal. Cra 51 No 49 - 07. Edificio Los heroes, local 302.
Telèfonos : 561 19 16 - 561 34 23 Fax: 561 48 02

Impreso: 23/03/19

Colmédicos de Oriente S.A.
Seguridad y Salud en el trabajo

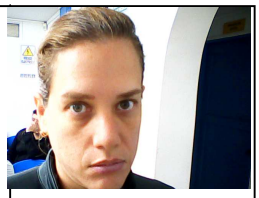
HISTORIA OPTOMÉTRICA

FECHA 23/03/19 **HORA** 08:35 A.M.

CÓDIGO:

VERSIÓN:

PÁGINA: 1/2



TIPO DE EXAMEN: INGRESO [X] EGRESO [ ] CONTROL PERIÓDICO [ ] REUBICACIÓN [ ] CAMBIO DE OFICIO [ ]

1. DATOS PERSONALES

DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	NOMBRE:	FECHA NACIMIENTO:	EDAD:
43619700	HURTADO CAÑOLA NATALIA	06/01/78	41

GENERO:	DIRECCION RESIDENCIA:	TELÉFONO:	CELULAR:	e-mail:
FEMENINO	CR 25 19 09	5410195	3004412463	natyhurtado331@hotmail.co

ESTADO CIVIL: CASADO(A) **ESCOLARIDAD:** **HIJOS:** 2

EPS: SALUD SURA **AFP:** COLPENSIONES **ARP:** POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS

ACOMPAÑANTE:

2. DATOS DELA EMPRESA

EMPRESA : PARTICULAR **TEMPORAL:** **CARGO:** DISEÑADOR

3. ANTECEDENTES

USA LENTES SI [ ] NO [X] **SIEMPRE** [ ] **ALGUNAS VECES** [ ] **PARA LEJOS** [ ] **PARA LEER** [ ] **BIFOCALES** [ ] **CONTACTO** [ ] **CAMBIO LENTES** SI [ ] NO [X] **TIEMPO DE USO** 0 años 0 meses

RX EN USO	ESF.	CIL.	EJE	ADD
O.D.				
O.I.				

ÙLTIMA EVALUACIÒN 1 años 0 meses

ÚLTIMA PRESCRIPCIÓN 0 años 0 meses

PROBLEMAS VISUALES SI [ ] NO [X]

CIRUGÍAS SI [ ] NO [X]

ANTECEDENTES PERSONALES

	NO	SI		NO	SI
REUMATOLÓGICAS	X		DISLIPIDEMIA	X	
DIABETES	X		ALERGIAS	X	
HIPERTENSIÓN	X				

NO RIEFERE

ANTECEDENTES OFTALMOLÓGICOS

NO REFIERE

ANTECEDENTES FAMILIARES

	NO	SI		NO	SI
DIABETES	X		GLAUCOMA	X	
HIPERTENSIÓN	X		CEGUERA	X	
CATARATAS	X				

NO REFIERE

4. EXPOSICIÒN A FACTORES DE RIESGO OCUPACIONALES

FACTOR	RIESGO	T. EXPOS AÑOS	T. EXPOS MESES	USO EPP S	USO EPP N	USO EPP O	ACCIDEN S	ACCIDEN N
MECÁNICOS	PROYECCIONES				X			X
QUÍMICOS	POLVOS				X			X
	GASES, VAPORES				X			X
	HUMOS, AEROSOLES				X			X
	LíQUIDOS				X			X
BIOLÓGICOS	VIRUS, BACT, HONGOS				X			X

FACTOR	RIESGO	T. EXPOS MESES	T. EXPOS H.DIA	USO EPP S	USO EPP N	USO EPP O	ACCIDEN S	ACCIDEN N
FÍSICOS	TEMPERATURAS				X			X
	RAD. IONIZANTE				X			X
	RAD. NO IONIZANTE				X			X
	ILUMINACIÓN				X			X
CARGA FÍSICA	FIJACIÓN PERMANEN				X			X
	PANTALLAS				X			X

OBSERVACIONES

5. EVALUACIÓN

AGUDEZA VISUAL

	VISIÓN LEJANA			VISIÓN CERCANA		
	AMB. OJOS	OJO DER.	OJO IZQ.	AMB. OJOS	OJO DER.	OJO IZQ.
SIN CORRECCIÓN	**20**/ 20	**20**/ 20	**20**/ 20	**20**/ 20	**20**/ 20	**20**/ 20
CON CORRECCIÓN	**20**/	**20**/	**20**/	**20**/	**20**/	**20**/
PH (Pinhole)	**20**/ 20	**20**/ 20	**20**/ 20	**20**/ 20	**20**/ 20	**20**/ 20

-

MOTILIDAD

PUNTO PRÓXIMO DE CONVERGENCIA 5CM

ESTEREOPSIS NORMAL [X] ANORMAL [ ]

HIRSCHBERG CENTRADO

COVER TEXT

	LEJANA	VP 33	VP 20
SIN CORRECCIÓN	ORTO	ORTO	ORTO
CON CORRECCIÓN	-	-	-

	O.D.	O.I.
DUCCIONES	NORMAL	NORMAL
VERSIONES	NORMAL	

BIOMICROSCOPÍA

	N	A	OD	OI		N	A	OD	OI		N	A	OD	OI
PÀRPADOS	X				CÁMARA ANTERIOR	X				VITREO ANTERIOR	X			
CONJUNTIVA	X				IRIS	X				SEGMENTO ANTERIOR	X			
ESCLERAS	X				PUPILAS	X				REFLEJO FOTOMOTOR	X			
CORNEA	X				CRISTALINO	X				MENISCO LAGRIMAL	X			
										FONDO DE OJO	X			

PRESIÓN INTRAOCULAR TONOMETRÍA

O.D.	O.I.
NO SE TOMO	NO SE TOMO

QUERATOMETRÍA

O.D.	O.I.
-	-

REFRACCIÓN

	O.D	AV O.D.	O.I.	AV O.I.
DINÁMICA	-	-	-	-
ESTÁTICA	N	20/20	N	20/20
CICLOPLÉJICA	-	-	-	-

SUBJETIVO

	ESF.	CIL.	EJE	ADD	AV	VP
O.D.	N	-	-	-	20 / 20	30 / 30
O.I.	N	-	-	-	20 / 20	30 / 30

OFTALMOSCOPÍA

	O.D	AV O.D.
EXCAVACIÓN	NORMAL	NORMAL
MÁCULA	NORMAL	NORMAL
POLO POSTERIOR	NORMAL	NORMAL

VISIÓN CROMÁTICA

NORMAL [X] ANORMAL [ ]

6. CONCLUSIONES

NORMAL SI [X] NO [ ]

OPTOMETRÍA NORMAL

OBSERVACIONES

7. PRESCRIPCIÓN

CORREGIR **SI** ☐ **NO** ☒ TIPO DE LENTE : LENTE OFTÁLMICO (ANTEOJOS) ☐ DE CONTACTO ☐

RX FINAL

	ESF.	CIL.	EJE	ADD	AV	AVL	DP
O.D.					/		/
O.I.					/		

CURVA BASE 0.00

DIÁMETRO 0.00

TIPO LENTE FILTRO

MATERIAL USO

CONTROL NOTAS

8. CONDUCTA

CONTROL EN 1 AÑO.

PRESCRIPCIÓN MEDICAMENTOS

REMITIR **SI** ☐ **NO** ☒ REMITIR A

9. OBSERVACIONES

APLAZADO SI ☐ **NO** ☒

RECOMENDACIONES GENERALES DE SEGURIDAD PARA EL CUIDADO DE LOS OJOS

De acuerdo a la normatividad laboral vigente, es SU OBLIGACIÓN usar de manera adecuada y mantener en buen estado los elementos de protección visual que le suministra su empleador.

El uso de elementos de protección visual es obligatorio cuando este desarrollando actividades que puedan generar proyección de particulas, salpicaduras de sustancias químicas o exposición a gases, vapores, radiaciones, humos o riesgos biológicos (virus, bacterias, hongos).

Si usted hace uso frecuente de cualquier tipo de monitor, realice pausas activas, al menos cada treinta o cuarenta minutos. Solicite una guía sobre cómo realizarlas al departamento de salud ocupacional de su empresa.

Se recomienda realizar una evaluación visual, por lo menos, cada dos años.

Si utiliza lentes para corregir algún trastorno visual, haga uso adecuado de ellos de acuerdo con las indicaciones del especialista.

En caso de emergencia por salpicadura de sustancias químicas, proceda a lavar sus ojos con agua limpia por lo menos durante veinte (20) minutos continuos. Informe a su jefe, brigadista o al departamento de salud ocupacional de su empresa y procure recibir atención inmediata.

43619700
FIRMA Y CEDULA DEL EXAMINADO

GILBERTO ALEXIS CASTELLANOS VILLAMIL
REALIZADO POR

e-mail : colmedicosdeoriente@yahoo.com Página web: www.colmedicosdeorientesa.com
Rionegro, parque principal. Cra 51 No 49 - 07. Edificio Los heroes, local 302.
Telèfonos : 561 19 16 - 561 34 23 Fax: 561 48 02

INFORME DE VALORACIÓN PSICOLÓGICA

DATOS GENERALES

CIUDAD:	Rionegro, Antioquia
FECHA:	23 de marzo de 2019
NOMBRE DEL CANDIDATO	Natalia Hurtado Cañola
DOCUMENTO	43619700
CARGO AL QUE ASPIRA:	Instructora en Mercados
EMPRESA:	SENA

FECHA DE NACIMIENTO: 6 de enero de 1978 **EDAD:** 40 años

DIRECCIÓN: Retiro (Antioquia)

INFORMACIÓN GENERAL DEL EVALUADO

DATOS FAMILIARES:

ESTADO CIVIL:

Soltero: **Casado:** X **Viudo:** **Separado:** **Unión libre:**

PERSONAS CON QUIEN VIVE :
Vive con el esposo de 42 años, trabajador independiente. Tienen 2 hijos de 13 y 8 años, estudiantes.

RELACIONES FAMILIARES

Adecuada X **Deficiente** **Comunicación** X **Cooperación** X **Trabajo en equipo** X

E-mail: Info@colmedicosdeorientesa.com Página Web: www.colmedicosdeorientesa.com
Rionegro, Parque Principal Cra 51 Nº 49 - 09, Edificio Los Héroes Local 302.
Teléfonos: 561 1916 - 561 3423 Celular: 312 843 2332 Fax: 561 4802

OBSERVACIONES:
No manifiesta problemas de convivencia al interior de la familia. Adecuada relación de pareja.

FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN:

Primaria	Bachillerato	Técnica	Tecnología	Profesional	X

Otros:

Diseñadora. Especialista en diseño estratégico. Capacitaciones en fotografía, software de diseño.

ÁREA PERSONAL:

PROYECTO DE VIDA
Se ve terminando el ciclo laboral actual para trabajar de manera independiente en el futuro cercano y así poder dedicar más tiempo a sus hijos.

FORTALEZAS A NIVEL PERSONAL
Considera que posee creatividad e innovación para generar interés por el conocimiento en sus aprendices.

MEJORAMIENTO PERSONAL
En ocasiones le puede faltar un poco de paciencia en la interacción pedagógica, ya que su perfil está más orientado al asesoramiento que a la instrucción de aprendices, pero disfruta de ambos perfiles.

TRAYECTORIA LABORAL:

Empresa: SENA

Cargo: Instructora de Mercado

Fecha de ingreso: 2016 **Fecha de retiro:** Actualidad

Responsabilidades:
Impartir instrucción a los aprendices en los municipios del oriente. Acompañamiento en el proceso pedagógico.

SALUD

ENFERMEDADES	**SI**	**NO**	X
CUAL:			
INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS:	**SI**	**NO**	X
CUAL:			
ACCIDENTES:	**SI**	**NO**	X
CONSECUENCIAS:	**SI**	**NO**	X
CUAL:			
CONSUMO DE MEDICAMENTOS/ESTUPEFACIENTES:	**SI**	**NO**	X
CUAL:			

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD FÍSICA O MENTAL: **SI** X **NO**

CUAL: Adolescencia. Crisis de pánico.

OBSERVACIONES: Manifiesta que cuando era adolescente presenció varias muertes violentas que le generaron crisis de pánico, por lo cual estuvo en tratamiento psicológico. Dichas crisis remitieron y no se presentan en la actualidad.

De acuerdo a la valoración psicológica realizada se observan adecuadas competencias en los campos personal, interrelacional y cognitivo que favorecen su desempeño laboral. No se encuentran signos que sugieran alteración psicológica.



Alejandro Montoya Betancur
Psicólogo UdeA.
Reg. 05-0725-16

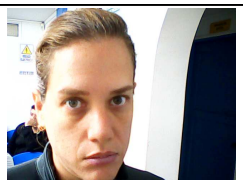
E-mail: Info@colmedicosdeorientesa.com Página Web: www.colmedicosdeorientesa.com
Rionegro, Parque Principal Cra 51 Nº 49 - 09, Edificio Los Héroes Local 302.
Teléfonos: 561 1916 - 561 3423 Celular: 312 843 2332 Fax: 561 4802

Colmédicos de Oriente S.A.
Seguridad y Salud en el trabajo

PRUEBAS DE LABORATORIO

FECHA 23/03/19 **HORA** 10:53 A.M.

CÓDIGO: FGS23
VERSIÓN:01
PÁGINA: 1



1. DATOS PERSONALES

DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	NOMBRE:	FECHA NACIMIENTO:	EDAD:
43619700	HURTADO CAÑOLA NATALIA	06/01/78	41

GENERO:	DIRECCION RESIDENCIA:	TELÉFONO:	CELULAR:	e-mail:
FEMENINO	CR 25 19 09	5410195	3004412463	natyhurtado331@hotmail.com

	RESULTADO	UNIDAD	REFERENCIA	
GLICEMIA EN AYUNAS				
GLICEMIA EN AYUNAS	83.39	mg/dl	70.00	100.00
Valores en ayuna entre 100 - 125 son indicadores de pre-Diabetes.				
Valores iguales o mayores a 126, se debe confirmar Diabetes Mellitus.				
Tecnica: Colorimetrico.				
PERFIL LIPIDICO				
COLESTEROL TOTAL	161.2	mg/dl	120.00	200.00
NIVEL DESEABLE -MENOR DE 200				
NIVEL EN LIMITE ALTO 200-239				
NIVEL ELEVADO - MAYOR DE 240				
TRIGLICERIDOS	96.70	mg/dl	0.50	150.00
LIMITE NORMAL 150 199				
LIMITE ALTO 200 - 499				
LIMITE MUY ALTO MAYOR DE 500				
COLESTEROL DE ALTA DENSIIDAD HDL	57.15	mg/dl	40.00	70.00
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD LDL	84.71	mg/dl	100.00	159.00
RANGO OPTIMO 100 -129				
LIMITE NORMAL ALTO -130 - 159				
VALOR ELEVADO 160-189				
LIMITE MUY ALTO > 190				
COLESTEROL VLDL	19.34	mg/dl	14.80	42.50
INDICE ARTERIAL	2.82		0.00	0.00
HASTA 4.5				
Tecnica: Colorimetrico				

Maria Antonia M

MARIA ANTONIA MAYA GUERRERO
ELABORÓ

43619700
FIRMA DEL TRABAJADOR

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) NATALIA HURTADO CAÑOLA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 43619700 el día 15/10/2021 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

De: Bancolombia
Asunto: Referencia Bancaria
Fecha: Martes, 22 de Febrero de 2022 11:16
Id mensaje: MSG-14195928

Señores

Gracias Por utilizar nuestro servicio Bancolombia a un clic. En esta ocasión le estamos adjuntando el solicitado por .

Recuerde que a través de este servicio puede solicitar:

- Paz y Salvo de productos
- Referencias Bancarias
- Extractos de productos
- Movimientos de productos
- Soportes de pagos efectuados y recibidos por la Sucursal Virtual Empresas
- Copias de consignaciones y cheques

Todo esto de manera fácil y oportuna con solo ingresar a nuestro sitio web. Si tiene alguna inquietud adicional, podrá comunicarse con nuestra sucursal telefónica Medellín: (57-4) 510 90 00, Bogotá: (57-1) 343 00 00, Barranquilla: (57-5) 361 88 88, Cali: (57-2) 554 05 05, Bucaramanga: (57-7) 697 25 25, Cartagena : (57-5) 693 44 00, Pereira : (57 -6) 340 12 13, Resto país: 01800 09 12345 opción 4 - 2 , Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717, Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14, o con su Banca Especializada.

Atentamente,

Bancolombia S.A

Es importante tener en cuenta que si el archivo que le enviamos se encuentra comprimido en extensión .zip o .rar, usted debe verificar si cuenta con los programas Winrar y Adobe Reader, de lo contrario debe descargarlos para visualizar el contenido de estos archivos.

BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
IIV 12

Le informamos que a través de este medio solo se atenderán solicitudes referentes al comunicado anterior; si usted tiene dudas o inquietudes sobre otro tema en particular, lo invitamos a comunicarse con nuestra línea de atención al cliente Bancolombia para brindarle una mejor asesoría. En Bogotá 343 00