SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL CESAR
DESPACHO REGIONAL-APORTES

Código Regional	**20**
Código Centro	**101020**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**46620-779766**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	ANA ROSA MARTINEZ POLO	**C.C.**	49.609.007	**IP/Nº de contacto**	52977
Correo electrónico contratista:	armartinez@sena.edu.co				

Régimen del IVA: NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** NO **Es Pensionado?** NO

Banco al cual consignar: BANCOLOMBIA **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** SI

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 19721654900

Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2023 supera los $ 169'648.000 (debe cambiarse a responsable IVA) NO

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato:	4612967/2023			**Nº Compromiso SIIF**	**6923**
Valor Total del Contrato	$ 24.942.089	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**		**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 24.942.089	**1**	**Del** 14/02/2023	**Al** 28/02/2023	**$ 1.187.719,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 23.754.370		Legalización comisiones del periodo	$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)

PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO PARA DAR SOPORTE A LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA DE SERVICIO AL CIUDADANO EN LA REGIONAL.

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 1.187.719		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	**$ 1.187.719**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 638.264**		**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	----------	**7867906268**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.160.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 145.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 185.600	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 6.100	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 / $ 296.929	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 13.430.466	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 13.430.466	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 4.241.200	$ -	
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 $ 1.357.184	$ -	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 212.755	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	638.264,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	857.119,00	
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	0,000%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Pro Universidad Popular del Cesar	5.939,00	0,500%
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	**$1.181.780,00**	

SON: UN MILLÓN CIENTO OCHENTA Y UN MIL SETECIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

1.Se recibió Sensibilización por parte de Dirección General sobre lineamientos del proceso de PQRS.
2.Creación de Alerta temprana y Reporte PQRS en la regional para realizar seguimiento Y Control a la atención oportuna Para que todos los servidores, conozcan los deberes y derechos en la atención de las PQRS, así como los tiempos de respuesta.
3.Se crea Cronograma de sobre el procedimiento de PQRSD,normativa y documentos actualizados.
4.Se contribuye con el trabajo oportuno para cumplir las metas apoyando al equipo.
5.Se Colocan los casos en la Herramienta CRM donde se crean y se actualizan los usuarios.
6.Se ha trabajado de manera activa y proactiva con todo el equipo de relaciones corporativas, reconocimiento medición metas regionales en cuanto al manejo de la Herramienta CRM.

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.

ANA ROSA MARTINEZ POLO
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,

JOSE ALFREDO SIERRA PINERES
TECNICO 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

JESUS ALBERTO NAMEN CHAVARRO
DIRECTOR REGIONAL

CERTIFICA

Que la persona relacionada a continuación, en cumplimiento a lo establecido en las normas legales vigentes, ha cotizado al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de esta Entidad Promotora de Salud las siguientes semanas de cotización:

Datos del COTIZANTE	
CC 49609007 ANA ROSA MARTINEZ POLO	
Estado Cotizante:	**Vigente**
Causal:	
Semanas Cotizadas Nueva EPS S.A.:	**0**
Fecha Afiliación:	**01/10/2021**
Fecha Último Periodo Cotizado:	
Fecha Cancelación:	

La presente certificación se expide el día 11 de Enero de 2023 a solicitud del (de la) interesado(a).

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones

Nueva EPS S.A.

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **MARTINEZ POLO ANA ROSA** identificado(a) con **CC** número **49.609.007** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 29 de abril de 2003 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 11 de enero de 2023.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2023011117175

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

ach SOI Pagos de Seguridad Social

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	49609007
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ANA ROSA MARTINEZ POLO
CIUDAD/MUNICIPIO:	VALLEDUPAR	DEPARTAMENTO:	CESAR
DIRECCIÓN:	CARRERA 40 Nº 1 - 17	TELÉFONO:	5815563
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			**7867906268**	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	enero AÑO	2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	enero AÑO	2023
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2023/01/26	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			1882652867

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 185.600	$ 0	$ 185.600
SUBTOTALES:										**$ 185.600**	**$ 0**	**$ 185.600**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 145.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 145.000	$ 0	$ 0	$ 145.000
SUBTOTALES:													**$ 145.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 145.000**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 6.100	$ 6.100	$ 0	$ 0	$ 6.100
SUBTOTALES:									**$ 6.100**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 6.100**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 49609007	MARTINEZ POLO ANA ROSA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.160.000				NO																	

SEGURIDAD SOCIAL – PENSIÓN

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
1	230201-PROTECCION	30	$ 1.160.000	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 185.600

SEGURIDAD SOCIAL – SALUD / ARP

Nº	SALUD ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
1	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.160.000	$ 145.000	$ 0	$ 145.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.160.000	49609007	$ 6.100

PARAFISCALES

Nº	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 336.700**

Planilla Pagada
ach SOI
Planilla Pagada

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14887555461

(415)7707212489984(8020) 000001488755546 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
4 9 6 0 9 0 0 7	5	Impuestos y Aduanas de Valledupar 2 4	

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 9 6 0 9 0 0 7	2 0 0 0 0 6 2 7

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cesar 2 0	Valledupar 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MARTINEZ	POLO	ANA	ROSA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cesar 2 0	Valledupar 0 0 1

41. Dirección principal
CR 40 1 17 BRR NUEVO AMANECER

42. Correo electrónico anarosamp1307@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 0 7 7 6 9 0 2 9	3 0 1 3 8 4 4 7 8 7

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 2 1 1	2 0 1 6 0 3 2 9						3 4 3 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
4	9																								

53. Código 49

49 - No responsable de IVA

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 ☐ 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

DIPRESALUD IPS S.A.S
NIT. 900484031-1

CERTIFICADO APTITUD LABORAL

Cadso

Paciente: ANA ROSA MARTINEZ POLO

Identificación: CC 49609007

Cargo: INSTRUCTOR

Empresa en labor: PARTICULAR

Empresa: PARTICULAR

No. Orden	00035232	**Fecha atención:**	2021-01-28 07:15:16
Realizado en:	Valledupar - Cesar	**Fecha salida:**	2021-01-28 12:38:28
Tipo evaluación:	Examen medico ocupacional de Ingreso		

Exámenes realizados

HEMOGRAMA TIPO I,ORINA PARCIAL (UROANÁLISIS),GLICEMIA,MED. CON ENFASIS EN OSTEOM.,PERFIL LIPIDICO COMPLETO,OPTOMETRIA TAMIZ

Recomendaciones laborales:	Manejo por EPS/ARP:	Habitos y estilos de vida:	Incluir en SVE:
1. INFORMAR A LOS TRABAJADORES (PROMOCION Y PREVENCION DE RIESGO DE COVID-19) 2. LAVADO DE MANOS CADA 03 HORAS (debe durar 20 segundos), AL INICIAR Y TERMINAR EL TRABAJO O CADA LABOR, SECADO CON TOALLA DE USO PERSONAL. 3. DISTANCIA DE 1.5 METROS CON COMPAÑEROS DE LABORALES Y DEMAS COLABORADORES. 4. EVITAR CONTACTO FISICO; NO DAR BESOS NI ABRAZOS. 5. UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCCION PERSONAL. 6. DESINFECTAR PUESTOS DE TRABAJOS. 7. SI EL TRABAJADOR TIENES SINTOMAS RESPIRATORIOS; TOS, FIEBRE, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DEBE RECIBIR ATENCION MEDICA. 8. POSTURA HIGIENICA. 9. PAUSAS ACTIVAS EN JORNADAS LABORALES. 10. CAPACITAR EN RIESGOS PROPIOS DEL OFICIO.	CONTROL NUTRICIONAL	ALIMENTACIÓN BALANCEADA ACTIVIDAD FÍSICA.	PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE ENFERMEDADES LABORALES Y COMUNES.

Restricciones laborales:

No aplica

Certificado aptitud laboral:

Sin restricciones

Aptitud para tareas especificas:

No aplica

Observación:

No aplica

Firma del especialista en salud ocupacional
KORQUI ISABEL ROJAS CRIALES
Especialidad: SALUD OCUPACIONAL
Licencia S.O: 0293 -Registro S.O: No aplica

Firma del paciente
ANA ROSA MARTINEZ POLO
Identificación:CC 49609007

CARRERA 19 N° 16B-16 VALLEDUPAR - CESAR

E-MAIL: dipresalud@hotmail.com

TELEFAX:5705919 CELULAR: 3103671869

Fecha y hora de impresión: 2021-01-28 12:31:01 - Usuario: KAREN GUTIERREZ

DIPRESALUD IPS S.A.S
NIT. 900484031-1

• • • LABORATORIOS CLINICOS • • •

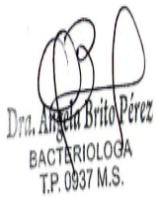
Cadso

Paciente: ANA ROSA MARTINEZ POLO
Identificación: CC 49609007
Cargo: INSTRUCTOR
Empresa en labor: PARTICULAR
Empresa: PARTICULAR

No. Orden	00035232	**Fecha atención:**	2021-01-28 07:15:16
Realizado en:	Valledupar - Cesar	**Fecha salida:**	2021-01-28 07:20:51
Tipo evaluación:	Examen medico ocupacional de Ingreso		

RESULTADOS :

Exámen	Analisis	Resultado
GLICEMIA	Glicemia	79 mg/dl
	Tipo de muestra	SUERO
HEMOGRAMA TIPO I	Recuento de Plaquetas	378.000mm3
	Linfocitos	52%
	Neutrofilos	48%
	Recuento de Leucocitos	8.000mm3
	Hematocrito	42
	Hemoglobina	14
ORINA PARCIAL (UROANÁLISIS)	Cristales	OXALATO DE CALCIO +
	Leucocitos por campo (Palidos)	>100 XC
	Celulas Epiteliales	2-4 XC
	Leucocitos Enzimaticos	+
	Nitritos	NEGATIVOS
	PH Reacción	6.0
	Color	AMARILLO
	Densidad	1.030
	Comentario:	MOCO +
	Aspecto	TURBIO
	Bacterias	+++
PERFIL LIPIDICO COMPLETO	Trigliceridos	95 mg/dl
	Colesterol de muy baja densidad (VLDL)	19 mg/dl
	Colesterol de baja densidad (LDL)	168 mg/dl
	Colesterol de alta densidad (HDL)	41 mg/dl
	Colesterol Total (CT)	228 mg/dl



Firma del profesional de la salud
ANGELA BRITO
Especialidad: Bacteriologia
REG. 0937MS

Firma del paciente
ANA ROSA MARTINEZ POLO
Identificación:CC 49609007

DIPRESALUD IPS S.A.S
NIT. 900484031-1

• • • OPTOMETRÍA • • •

Cadso

Paciente: ANA ROSA MARTINEZ POLO

Identificación: CC 49609007

Cargo:

Empresa en labor: PARTICULAR

Empresa: PARTICULAR

No. Orden	00035232	**Fecha atención:**	2021-01-28 07:15:16
Realizado en:	Valledupar - Cesar	**Fecha salida:**	2021-01-28 07:20:51
Tipo evaluación:	Examen medico ocupacional de Ingreso		

Pruebas Optometría:

ORGANO / SISTEMA

Antecedentes	Normalidad	Hallazgos / Observaciones		
Personal		NIEGA		
Familiar		NIEGA		
Motivo de consulta		ASINTOMÁTICA		
Visión lejos sin corrección	20/20		20/20	
Visión proxima sin corrección	0.50 M		0.50 M	
Visión lejana A.O. sin corrección	20/20			
Visión próxima A.O. sin corrección	0.50 M			
Usa Lentes	NO			
Hischberg	CENTRADOS			
Covertest	ORTOFORIA			
Retinoscopía estatica	NEUTRO		NEUTRO	
Dentro de parámetros normales	NORMAL		NORMAL	
Oftalmoscopía	Derecho	Hallazgos / Observaciones	Izquierdo	Hallazgos / Observaciones
Fondo sano	X		X	
Sin gafas	NORMAL			
Test del Color	Derecho	Hallazgos / Observaciones	Izquierdo	Hallazgos / Observaciones
Sin Corrección	NORMAL		NORMAL	
No requiere gafas	X			

Resultado:

Emetropia AO -

Recomendaciones:

Control anual - No requiere gafas -

Observaciones:

BUENA CONDICIÓNVISUAL

Firma del profesional de la salud
XIOMARA ELIZABETH CARDENAS
Especialidad: Optometra
Licencia S.O: No aplica -Registro S.O: No aplica

Firma del paciente
ANA ROSA MARTINEZ POLO
Identificación:CC 49609007

Hace constar:

Que el Sr(a) ANA ROSA MARTINEZ POLO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 49609007 realizó el día 16/02/2023 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 ANA ROSA MARTINEZ POLO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 49609007 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 -

Hace constar:

Que el Sr(a) ANA ROSA MARTINEZ POLO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 49609007 el día 16/02/2023 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

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A**, se identificó que **ANA ROSA MARTINEZ POLO** con **CC** No. **49609007**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
Contratante: NI 899999034 - SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	**Fecha de última cobertura:** 14/02/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Fecha de inicio de Contrato:** 14/02/2023 **Fecha fin de Contrato:** 31/12/2023 **Clase de Riesgo:** 1 **Cargo :** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Fecha fin de Retiro:** SIN FECHA DE RETIRO

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 o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202301012479908.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 16 días del mes de febrero de 2023.

Cordialmente

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

MIS_4_1_3_FR15 v_06

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Diríjase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 941 541**, en Bogotá (**601**) **6000 811.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

ANA ROSA
MARTINEZ POLO
49609007

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
899999034

Este carné es personal e intransferible.

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

Certificado
Bancario

Miércoles, 11 de enero de 2023

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que ANA ROSA MARTINEZ POLO identificado(a) con CC 49609007, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	19721654900	2021/05/19	ACTIVA

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

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

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.

seguros mundial®
tu compañía siempre

NIT 860.037.013-6
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
IVA REGIMEN COMUN - AUTORETENEDORES

Digitally signed by COMPANIA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.
Date: 2023.02.13 16:16:19 -05:00

Código de Seguridad: L/WSB2n+mJqX1y/HrsFUSQ==

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.
DIRECCIÓN GENERAL CALLE 33 N. 6B - 24 PISOS 1,2 y 3 - BOGOTA
TELÉFONO 2855600 FAX 2851220 - WWW.SEGUROSMUNDIAL.COM.CO

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO

ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082

VERSIÓN CLAUSULADO 06-04-2021-1317-P-05-PPSUS28000000059-D001

No. PÓLIZA	BQ-100065152	No. ANEXO	0	No. CERTIFICADO	28328026	No. RIESGO	
TIPO DE DOCUMENTO				FECHA DE EXPEDICIÓN	13/02/2023	SUC. EXPEDIDORA	BARRANQUILLA

VIGENCIA DESDE		VIGENCIA HASTA		DÍAS	VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE		VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA	
00:00 Horas Del	14/02/2023	24:00 Horas Del	30/04/2023		N/A	N/A	N/A	N/A

TOMADOR	MARTINEZ POLO, ANA ROSA	No. DOC. IDENTIDAD	49.609.007
DIRECCIÓN	CARRERA 40 N 1 - 17	TELÉFONO	3007769029
ASEGURADO	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA	No. DOC. IDENTIDAD	899.999.034-1
DIRECCIÓN	CARRERA 48 # 6 - 40 URBANIZACIÓN GUAYURIBA	TELÉFONO	788552
BENEFICIARIO	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA	No. DOC. IDENTIDAD	899.999.034-1
DIRECCIÓN	CARRERA 48 # 6 - 40 URBANIZACIÓN GUAYURIBA	TELÉFONO	788552

OBJETO DE CONTRATO

GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No.CO1.PCCNTR.4612967 , CUYO OBJETO ES

PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO PARA DAR SOPORTE A LA IMPLEMENTACION DE LA POLITICA DE SERVICIO AL CIUDADANO EN LA REGIONAL

SE ACLARA QUE EL ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO ES EL SENA REGIONAL CESAR NIT NO 8999990341

NOMBRE DEL AMPARO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA$	VALOR PRIMA$
CUMPLIMIENTO	00:00 Horas Del 14/02/2023	24:00 Horas Del 30/04/2023	2.494.288,98	20.000,00
		TOTAL ASEGURADO	$ 2.494.288,98	

INTERMEDIARIOS	TIPO	% PARTICIPACIÓN
MARIA MARGARITA ARAUJO NUÑEZ	AGENTES	100,00

PRIMA BRUTA	$	20.000,00
DESCUENTOS	$	
EXTRA PRIMA		
PRIMA NETA	$	20.000,00
GASTOS EXP.	$	5.000,00
IVA	$	4.750,00
TOTAL A PAGAR	$	29.750,00

DISTRIBUCIÓN COASEGURO

COMPAÑÍA	TIPO COASEGURO	PÓLIZA LÍDER	CERTIF. LÍDER	% PARTICIPACIÓN

CONVENIO DE PAGO	DIRECTO EFECTIVO, Fecha de Pago: 14/02/2023

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

ES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO DILIGENCIAR EL FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE, SUMINISTRAR INFORMACIÓN VERAZ Y VERIFICABLE Y REALIZAR ACTUALIZACIÓN DE DATOS POR LO MENOS ANUALMENTE (CIRCULAR EXTERNA 026 DE 2008 SUPERFINANCIERA).

CONSULTA LA AUTENTICIDAD DE ESTA PÓLIZA INGRESANDO A PRODUCTOS.MUNDIALSEGUROS.COM EN EL FORMATO DE SEGURIDAD QUE ENCUENTRAS EN LA PARTE POSTERIOR DE ESTE DOCUMENTO Y VIVE LA EXPERIENCIA DE ESTAR ASEGURADO CON EL RESPALDO DE SEGUROS MUNDIAL. TAMBIÉN PUEDES LLAMAR A LA LÍNEA NACIONAL 01 8000 111 935 - 327 47 12/13

EL TOMADOR Y/O ASEGURADO SEGÚN CORRESPONDA, SE COMPROMETE A PAGAR LA PRIMA DENTRO DE LOS 30 DÍAS CONTADOS A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA. DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1068 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, MODIFICADO POR EL ARTÍCULO 82 DE LA LEY 45 DE 1990, **LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PRESENTE PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA.**
EN MI CALIDAD COMO TOMADOR DE LA PÓLIZA INDICADA EN ESTA CARÁTULA, MANIFIESTO EXPRESAMENTE QUE HE TENIDO A MI DISPOSICIÓN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA MANIFIESTO ADEMÁS, QUE DURANTE EL PROCESO DE NEGOCIACIÓN, ANTICIPADAMENTE ME HAN SIDO EXPLICADAS POR LA COMPAÑÍA Y/O POR EL INTERMEDIARIOS DE SEGUROS AQUÍ INDICADO, SOBRE LAS EXCLUSIONES Y ALCANCES Y CONTENIDOS DE LA COBERTURA, ASÍ COMO LAS GARANTÍAS, EN VIRTUD DE TAL ENTENDIMIENTO, LAS ACEPTO Y DECIDO TOMARLA PÓLIZA DE SEGUROS CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO.

Firma Autorizada - Compañía Mundial Seguro S.A.

Ana Rosa Martinez Polo
TOMADOR

Líneas de Atención al Cliente:
- Nacional: 01 8000 111 935
- Bogotá: 327 4712 - 327 4713

Cumplimos los sueños de nuestro planeta reciclando responsablemente.
Protege el medio ambiente evitando la impresión de este documento.

IMPRESIÓN A CARRERA COLOMBIANA DE LA IMPRENTA PICTURA Y PAPA SAS