SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL CÓRDOBA
CENTRO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO DE CORDOBA-CORDOBA - SERVICIOS PRESTADOS A

Código Regional	**23**
Código Centro	**952310**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**20686-099928**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	DIANNY STELLA ORTEGA TAFUR	**C.C.**	50.909.714	**IP/Nº de contacto**	13104
Correo electrónico contratista:	dsortega417@misena.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** 09105283374

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: 4559003/2023 **Nº Compromiso SIIF** **38323**

Valor Total del Contrato	$ 18.500.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 18.500.000	**1**	**Del**	**14/02/2023**	**Al**	**28/02/2023**	**$ 3.700.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 14.800.000		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)

CONTRATAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR CONTRATISTA PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN EL MARCO DEL PROGRAMA OFERTA REGULAR, TITULADA Y COMPLEMENTARIA PRESENCIAL Y VIRTUAL EN EL CENTRO DE COMERCIO INDUSTRI

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.700.000		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	**$ 3.700.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.447.025**		**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	----------	**0**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.480.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 185.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 236.800	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 15.500	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 / $ 925.000	$ -	
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	$ 815.675	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.447.025,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.278.200,00	
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	6.556,00	0,200%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$3.693.444,00**	

SON: TRES MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y CUATRO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

OFERTA REGULAR
Ejecución del proceso de formación titulada del Técnico de Cocina con ficha No. 2561394 (Montería) en la competencia “Control del Manejo de Materias Primas”; Técnico Pastelería No. 2617640 (Montería) y No. Ficha 2602527 (Montelíbano) en la competencia “Higienizar planta de alimentos según procedimiento técnico y normativa sanitaria”. Se organiza y se diseña el material de estudio en formato Powe Point y Guías de Aprendizaje en formato pdf para las competencias:1) “Higienizar planta de alimentos según procedimiento técnico y normativa sanitaria” para el programa de Tec. Pasteleria, 2) “Control del Manejo de Materias Primas” para el programa Tec. Cocina. Se realiza plan de trabajo para programa Tec. Pastelería. Se realizo el cargue de los documentos en el aplicativo SECOP2 las carpetas GF_50909714 y GC_50909714 y el informe de ejecución mensual. Se realiza curso de SST introductorio y discapacidad.Se atiende llamado del Supervisor de Contrato de enviar Reporte de Eventos; entregar y cargar presente informe al SECOP II; Asistir reunión de comienzo

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.

Dianny Ortega
50.909.714

DIANNY STELLA ORTEGA TAFUR
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,

LUDYS DEL CARMEN PASTRANA MARTINEZ
INSTRUCTOR

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

ALFONSO MARIO CORREA NAVARRO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario 14307657144

(415)7707212489984(8020) 000001430765714 4

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

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	5 0 9 0 9 7 1 4	1 9 9 4 0 2 0 7

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Córdoba 2 3	Montería 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ORTEGA	TAFUR	DIANNY	STELLA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Córdoba 2 3	Montería 0 0 1

41. Dirección principal: CL 31 12 15 BRR CENTRO

42. Correo electrónico: diannyortega@hotmail.es

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

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 0 8 0 8 0 1						2 1 4 6	

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										
	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 [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 1 61. Fecha 2014 - 08 - 14

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 PUERTA GUTIERREZ JULIO ESTEBAN
985. Cargo Gestor I

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

SERVILAB DEL SINU I.P.S S.A.S

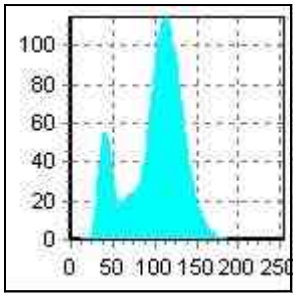
NIT: 900.929.007-4
Calle 28 N° 6 - 76 B / Centro Tel: 781 98 78 Cel: 320 597 64 25
servilabdelsinu@hotmail.com
Montería - Córdoba

Impreso	21 ene. 2023 12:33:22 pm	RESULTADOS			Software Baxlab v20210714	
Sede	**PRINCIPAL**			Fecha Nacimiento 03/08/1975		Página 1 de 3
Paciente	**ORTEGA TAFUR DIANNY STELLA**		Sexo F	Edad 47A 5M 18D	**Nro. De Recepción**	**64784**
Identif.	CC 50909714 Teléfono			Fecha De Recepción	21 ene. 2023 10:36:13 am	
Entidad	FUNDACION CERTIFICAR		SubEntidad	SIN SUBENTIDAD		
Sala	**CONSULTA EXTERNA**	Cama	Médico	ASIGNADO NO .		

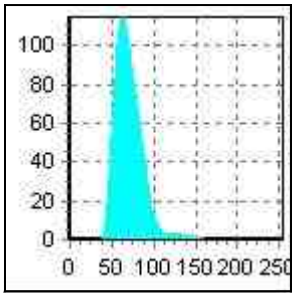
	Resultados	Unidades	Valores Referencia
HEMATOLOGIA			
1 . HEMOGRAMA TIPO IV			
Recuento de Leucocitos(WBC)	8,19	x10^3/uL	4,50 a 10,50
Linfocitos(#)	1,36		
MXD(#)	0,65		
Neutrofilos (#)	6,18		
Linfocitos(%)	16,6	%	25 a 45
MXD(%)	7,9	%	3 a 12
Neutrófilos(%)	75,5	%	45 a 70
Recuento de Eritrocitos(RBC)	4,45	x10^6/uL	3,50 a 5
Hemoglobina	13,4	gr/dl	12 a 17
Hematocrito	39	%	36 a 52
Volumen Medio Corpuscular (MCV)	87,64	fL	80 a 100
Hemoglobina Corpuscular Media(MCH)	34,36	pg	27 a 34
Conc Media de Hb Corpuscular (MCHC)	34,4	gr/dl	31 a 36
Indice de distribución eritrocitaria (RDW-CV)	15,3		
Indice de distribución eritrocitaria (RDW-SD)	43,6		
Recuento de Plaquetas(PLT)	305		150 a 400
Plaquetocrito (PCT)	0,34	%	0,11 a 0,50
Volumen plaquetario medio (MPV)	11,3	fL	6,50 a 12
Indice de distribuciónPlaquetario (PDW)	16,5	fL	6,50 a 12

Fecha Reporte 21 ene. 2023 11:39 am

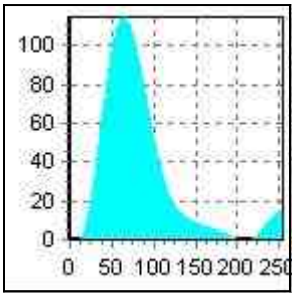
WBC Histogram.MA



RBC Histogram.MA



PLT Histogram.MA



QUIMICA			
2 . COLESTEROL TOTAL			
Colesterol total sérico	211,92	mg/dl	
Colorimetria			
Valores de Refencia:			

SERVILAB DEL SINU I.P.S S.A.S

NIT: 900.929.007-4

Calle 28 N° 6 - 76 B / Centro Tel: 781 98 78 Cel: 320 597 64 25

servilabdelsinu@hotmail.com

Montería - Córdoba

Impreso	21 ene. 2023 12:33:22 pm	RESULTADOS				Software Baxlab v20210714
Sede	**PRINCIPAL**			Fecha Nacimiento	03/08/1975	Página 2 de 3
Paciente	**ORTEGA TAFUR DIANNY STELLA**		Sexo F	Edad	47A 5M 18D	**Nro. De Recepción** **64784**
Identif.	CC 50909714 Teléfono			Fecha De Recepción	21 ene. 2023 10:36:13 am	
Entidad	FUNDACION CERTIFICAR		SubEntidad	SIN SUBENTIDAD		
Sala	**CONSULTA EXTERNA**	Cama	Médico	ASIGNADO NO .		

	Resultados	Unidades	Valores Referencia

QUIMICA

2 . COLESTEROL TOTAL

```
Optimo:          Menor de 200 mg/dl
Intermedio Alto: De 200 a 239 mg/dl
Alto:            Mayor de 240 mg/dl

NIÑOS Y ADOLESCENTES:

Optimo Menor de.....170 mg/dL
Limitrofe .............170 a 199 mg/dL
Alto mayor de.....200 mg/dL
```

Fecha Reporte 21 ene. 2023 12:21 pm

3 . Glicemia en Ayunas — 97,16 — mg/dl — 70 a 105

```
Colorimetria

INTERPRETACION:

Prematuro:        20 a 60
0 a 1 dia:        40 a 60 mg/dl
> 1 dia:          50 a 80 mg/dl
Niños Y Adultos:  70 a 105mg/dl
```

Fecha Reporte 21 ene. 2023 12:21 pm

4 . Colesterol HDL — 46,62 — mg/dL — 40 a 55

Fecha Reporte 21 ene. 2023 12:21 pm

5 . Colesterol LDL — 145.29 — mg/dl

```
Colorimetria

Valor de Referncia:
Optimo:          Menor de 100 mg/dl
Intermedio Alto: De 100 a 150 mg/dl
Alto:            Mayor de 150 mg/dl
```

Colesterol VLDL — 20.01 — mg/dl

```
Colorimetria

Valor de Referencia:
Menor de 50 mg/dl
```

Fecha Reporte 21 ene. 2023 12:21 pm

6 . Triglicéridos sérico — 100.20 — mg/dl

SERVILAB DEL SINU I.P.S S.A.S

NIT: 900.929.007-4
Calle 28 N° 6 - 76 B / Centro Tel: 781 98 78 Cel: 320 597 64 25
servilabdelsinu@hotmail.com
Montería - Córdoba

Impreso	21 ene. 2023 12:33:22 pm	RESULTADOS			Software Baxlab v20210714	
Sede	**PRINCIPAL**			Fecha Nacimiento 03/08/1975		Página 3 de 3
Paciente	**ORTEGA TAFUR DIANNY STELLA**		Sexo F	Edad 47A 5M 18D	**Nro. De Recepción**	**64784**
Identif.	CC 50909714 Teléfono			Fecha De Recepción	21 ene. 2023 10:36:13 am	
Entidad	FUNDACION CERTIFICAR		SubEntidad	SIN SUBENTIDAD		
Sala	**CONSULTA EXTERNA**	Cama	Médico	ASIGNADO NO .		

	Resultados	Unidades	Valores Referencia
QUIMICA			
Colorimetria			
Valor de Referencia:			
Optimo:	Menor de 150 mg/dl		
Intrmedio Alto:	De 150 a 199 mg/dl		
Alto:	Mayor de 200 mg/dl		
Aspecto del suero	Normal		

Fecha Reporte 21 ene. 2023 12:21 pm



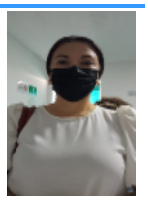
Dra. LAURA MACHADO DE AGUAS
Bacterióloga
TP. 1067948285

FUNDACION CERTIFICAR
Prestador: 230010172301
NIT 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en CARDIOVASCULAR,PSICOLOGICO,OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2023/01/21	Nro Ingreso:	20220108020114
Paciente:	DIANNY STELLA ORTEGA TAFUR	CC:	50909714
Edad:	47 años	Nombre Cliente:	FUNDACION CERTIFICAR
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	INSTRUCTOR		
Orígen:	PARTICULAR	Destino:	SENA
Fecha Salida:	2022-01-08 14:57:04	Fecha Atención:	2022-01-08 09:17:04
Sede:	PRINCIPAL		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
OPTOMETRIA	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA		
PSICOLOGIA	HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA] METODO AUTOMATICO		
	PERFIL LIPIDICO		

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	SIN PATOLOGIA APARENTE PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO SANO SIN PATOLOGIA APARENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES DE SALUD, SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR NI RESPIRATORIAS RELACIONADOS CON EL COVID -
ENFASIS - CARDIOVASCULAR:	SIGNOS VITALES NORMALES, FRECUENCIA CARDIACA NORMAL, RITMO SINUSUAL CON EKG. NORMAL. -
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	: SIGNOS VITALES NORMALES, FRECUENCIA CARDIACA NORMAL, RITMO SINUSUAL CON EKG. NORMAL. - ENFASIS RESPIRATORIO: FRECUENCIA RESPIRATORIA NORMAL, SIGNOS VITALES NORMALES. TOLERANDO OXIGENO. CON ESPIROMETRIA DENTRO DE LOS NIVELES DESEADOS.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NORMAL, NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES, CON RESTO DE COMPLEMENTARIOS NORMALES.

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [ ] Continuar Manejo Medico
- [x] Pausas Activas
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Higiene Postural
- [ ] Remitir a EPS

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Cuidado de la Voz:	Educaciòn en uso adecuado de la voz. Pautas de calentamiento y reposo vocal.

Limitaciones o Restricciones

S1. SEGUIR UN ESTI 3. AUTO CUIDADO PERSONLO DE VIDA SALUDABLE 2. REALIZAR EJERCICIO DIARIO AL 4. HIGIENE POSTURAL 5. PAUSAS ACTIVAS 6. UTILIZAR ADECUADAMENTE LOS EPP ASIGNADOS

Autorizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos diligenciadas en el autoreporte de condiciones de salud que previamente firme. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR.

Profesional Ocupacional: MIRTHA XIMENA CAUSIL BUELVAS 0
Registro M.D: 27523
Licencia S.O: 2251

Firma del Paciente: DIANNY STELLA ORTEGA TAFUR
Identificacion: CC. - 50909714

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

HISTORIA CLÍNICA

OPTICAS H&H SAS.
Nit: 901195934
Dirección: Cll 30 # 4-32 B /centro
Teléfono: 788 6013-3114193287

FECHA	DÍA	MES	AÑO
	21	ene	2023

FECHA NACIMIENTO	DÍA	MES	AÑO
	03	ago	1975

TIPO DOC	CÉDULA DE
DOC	50909714

NOMBRES	DIANNY STELLA	APELLIDOS	ORTEGA TAFUR	EDAD	47
GÉNERO	FEMENINO	ESTADO CIVIL	SOLTERO	OCUPACIÓN	INDEPENDIENTE
DIRECCIÓN	CL 31 #12-15	CIUDAD	MONTERÍA	TELÉFONO	3113442274
RESPONSABLE		PARENTESCO		TELÉFONO	
ACOMPAÑANTE		PARENTESCO		TELÉFONO	
TIPO USUARIO	PARTICULAR	TIPO AFILIACIÓN	PARTICULAR	ENTIDAD	FUNDACION CERTIFICAR

sábado 21 enero 2023

MOTIVO CONSULTA	CONTROL
ANTECEDENTES FAMILIARES	2023/01/21->NO REFIERE
ANTECEDENTES PERSONALES	2023/01/21->NO REFIERE
ANTECEDENTES OCULARES	2023/01/21->NO REFIERE

RX EN USO	VL	ESF	CIL	EJE	AV	ADD	AV	TIPO DE LENTE
	OD	0.0	0.0	0		0.0		
	VP							
	OI	0.0	0.0	0		0.0		

OBSERVACIONES

AV SIN RX		VL	VP	P.H
	OD	20/100	20/20	
	OI	20/150	20/20	

EXAMEN EXTERNO OD	SANO
EXAMEN EXTERNO OI	SANO

OBSERVACIÓN AV SIN RX

MOTILIDAD OCULAR	CT	VL	VP	PPC	O.R	F.R	LUZ	DUCCIONES		
		NA	NA						OD	
									OI	

VERSIONES	NA

QUERATOMETRIA		
	OD	
	OI	

OFTALMOSCOPIA OD	SANO
OFTALMOSCOPIA OI	SANO

REFRACCIÓN		ESF	CIL	EJE	AV	ESTATICA
	OD	0.0	0.0	0		DINÁMICA
	OI	0.0	0.0	0		CICLOPLEGIA

TEST COLOR	NA
ESTEREOPSIS	NA
OJO DOMINANTE	DERECHO

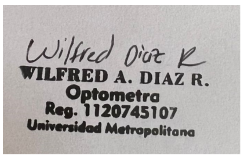
RX FINAL LENTES OFTALMICOS						
	ESF	CIL	EJE	AV	ADD	AV
OD	-1.5	-0.75	90	20/20	1.5	20/20
OI	-2.0	-0.75	90	20/20	1.5	20/20

DIAGNOSTICO
H521 MIOPIA
H522 ASTIGMATISMO

CONTROL

OBSERVACIONES - RECOMENDACIONES

REMISIONES



Optómetra: WILFRED ALBERTO DIAZ RODRIGUEZ

null

Registro

Fecha de Impresión sábado 21 enero 2023 12.24.29 PM

Reporte Stest

Nombres **DIANNY STELLA ORTEGA TAFUR**
Doc CC50909714
Orden Día 08/01/22
Fecha 08/01/2022
Ocupación INSTRUCTOR
Empresa SENA
Referencia SENA

FUNDACION CERTIFICAR
Fundacion Certificar Principal
900754805-2
CALLE 25 N 10-27 MONTERIA/ CORDOBA
Tel.7953219

PPAC SALUD OCUPACIONAL

2.- PPAC-SO - Escala: Personalidad

VARIABLE	PD	P (RANGO)	INTERPRETACIÓN
Afectivos	*3	*P67 (<67)	El estado de ánimo y el humor del usuario se encuentran dentro de un perfil normal.
Disociativos	1	P34 (<52)	La integracion de la conciencia la percepcion de la identidad corporal del usuario se encuentran dentro de un perfil normal.
Sueño	2	P50 (<65)	El usuario presenta estados de sueño y vigilia dentro de los parámetros normales.
Desórdenes Mentales	1	P24 (<62)	El usuario se relaciona con los demás y con su contexto dentro de parámetros normales.

3.- PPAC-SO Escala: Atención

VARIABLE	PD	P (RANGO)	INTERPRETACIÓN
Atención	6	P100 (>=56)	El usuario presenta adecuada capacidad de seleccionar información y concentrarse en estímulos relevantes.

1.- PPAC-SO Escala: Salud Ocupacional

VARIABLE	PD	P (RANGO)	INTERPRETACIÓN
Autocuidado	15	P100 (>=61)	El ususario posee habilidades y competencias para desarrollar procesos para su cuidado personal.
Actos inseguros	15	P100 (>=59)	El usuario se comporta con respecto a su seguridad de manera normal o común para la población de iguales características.
Condiciones Inseguras	14	P99 (>=64)	El usuario cuenta dentro de su ambiente de trabajo con las condiciones necesarias para su seguridad.
Identificación de Peligros	13	P92 (>=68)	El usuario presenta habilidades para identificar posibles situaciones de peligro.
Participación y Consulta	15	P100 (>=62)	El usuario comunica oportunamente situaciones de peligro que atentan contra sus seguridad laboral y de los demás.

TRAZABILIDAD	Num Doc	Nombre	Evaluador	Fecha (Dur.)	Vers./Baremos
	83	DIANNY STELLA ORTEGA TAFUR	664	2022-01-08 01:27 (6')	V.327.1160 | SPSO-2-Pers-2019 | SPSO-SO-3-Ate-2019 | SPSO-1-SO-2019

Nota: Este test corresponde a pruebas de tamizaje, las cuales permiten de forma estandarizada, conocer el estado de una persona frente a determinado grupo poblacional en torno a una variable, situación médica, trastorno o una enfermedad. Para interpretación detallada consule el manual del test: PPAC Version Salud Ocupacional - Version Beta (de Prueba).

Servicios Ordenados:	Status/Certificado
SPSO - PsicoTest PPAC Salud Ocupacional	Aprobado

Yessenia Del Carmen Diaz Lara
Psicologa , TP. 127466

DIANNY STELLA ORTEGA TAFUR
Evaluado

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 **DIANNY STELLA ORTEGA TAFUR** con **CC** No. **50909714**, 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:** 02/02/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Fecha de inicio de Contrato:** 01/02/2023 **Fecha fin de Contrato:** 30/06/2023 **Clase de Riesgo:** 2 **Cargo :** INSTRUCTOR **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): 202301012650275.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 23 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

Certificado Bancario

Viernes, 17 de febrero de 2023

Señor(a)
SENA

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que DIANNY STELLA ORTEGA TAFUR identificado(a) con CC 50909714, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	09105283374	2019/12/16	CXC PENDIENTES

***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

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

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 860.524.654-6

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

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
5401520605

PÓLIZA No: 540 - 47 - 994000023895 ANEXO: 0

AGENCIA EXPEDIDORA: **MONTERÍA** COD. AGENCIA: 540 RAMO: 47

TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION

FECHA DE EXPEDICIÓN	DIA	MES	AÑO
	06	02	2023

FECHA DE IMPRESIÓN	DIA	MES	AÑO
	06	02	2023

DATOS DEL AFIANZADO

NOMBRE:: **DIANNY ORTEGA TAFUR** IDENTIFICACIÓN: CC **50.909.714**

DIRECCIÓN: CL 31 12 15 BRR CENTRO CIUDAD: MONTERIA, CORDOBA TELÉFONO: 3114014948

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

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

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

AMPAROS

GIRO DE NEGOCIO: CONTRATO DE EJECUCION DE OBRA

DESCRIPCION CONTRATO	AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA
	CUMPLIMIENTO	01/02/2023	30/10/2023	1,850,000.00

BENEFICIARIOS
NIT 899999034 - SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO DE EJECUCION DE OBRA

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 DEL CONTRATO N° CO1.PCCNTR.4559003 CELEBRADO ENTRE LAS PARTES RELACIONADO CON CONTRATAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR CONTRATISTA PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN EL MARCO DEL PROGRAMA OFERTA REGULAR, TITULADA Y COMPLEMENTARIA PRESENCIAL Y VIRTUAL EN EL CENTRO DE COMERCIO INDUSTRIA Y TURISMO DEL SENA REGIONAL CÓRDOBA.

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
$ *****1,850,000.00	$ **********25,000	$****11,000.00	$ ********6,840	$ **********42,840

NOMBRE INTERMEDIARIO	CLAVE	%PART
ECLIS ALINA ACOSTA NAVARRO	2042	100.00

NOMBRE COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO	%PART	VALOR ASEGURADO

MEDIANTE LA SOLICITUD Y CONTRATACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO, USTED EN CALIDAD DE TITULAR(ES) DE LA INFORMACIÓN; DE MANERA LIBRE, EXPRESA, VOLUNTARIA E INFORMADA, AUTORIZA A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA O A LA PERSONA NATURAL O JURÍDICA A QUIÉN ESTE ENCARGUE, A RECOLECTAR, ALMACENAR, UTILIZAR, CIRCULAR, SUPRIMIR Y EN GENERAL, A REALIZAR CUALQUIER OTRO TRATAMIENTO A LOS DATOS PERSONALES POR USTED SUMINISTRADOS, PARA TODOS AQUELLOS ASPECTOS INHERENTES A LAS ACTIVIDADES COMERCIALES Y PROMOCIONALES, Y CUALQUIER OTRO RELACIONADO CON EL DESARROLLO DEL OBJETO SOCIAL PRINCIPAL DEL REFERIDA SOCIEDAD, LO QUE IMPLICA EL USO DE LOS DATOS EN ACTIVIDADES DE MERCADEO, PROMOCIÓN Y DE SER EL CASO, CUANDO LA ACTIVIDAD COMERCIAL LO REQUIERA, LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN DE LOS MISMOS A UN TERCERO (INCLUYENDO TERCEROS PAÍSES), BAJO LOS PARÁMETROS DE LA LEY 1581 DE 2.012, DECRETO 1074 DE 2015 Y DEMÁS NORMATIVIDAD VIGENTE QUE REGULE LA MATERIA. EN TODO CASO, ASEGURADORA SOLIDARIA GARANTIZA LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD, PRIVACIDAD Y DEMÁS PRINCIPIOS QUE IMPLIQUEN EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES ACORDE CON LA LEGISLACIÓN APLICABLE. ESTA AUTORIZACIÓN SE MANTENDRÁ POR EL TIEMPO DE DURACIÓN DEL VÍNCULO O LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y POR EL TIEMPO DE DURACIÓN DE LA SOCIEDAD RESPONSABLE, CONFORME LO ESTABLECIDO EN SUS MANUALES Y POLÍTICAS. IGUALMENTE DECLARO QUE HE CONOCIDO LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DISPONIBLE EN_HTTPS://ASEGURADORASOLIDARIA.COM.CO/ENLACES-DE-INTERES/POLITICA-DE-PRIVACIDAD.ASPX

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)000000000007000540152060

FIRMA TOMADOR

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

CLIENTE

CBDC20790A0DFC785F

Defensor del Consumidor Financiero: Manuel Guillermo Rueda Serrano *** Dirección:** Carrera 13 # 29-21 Oficina 221, Bogotá *** Teléfono:** (601) 458 7174
Fax: (601) 458 7174 *** Celular:** 312 342 6229 *** Correo electrónico:** defensoriasolidaria@gmail.com
Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web:
https://aseguradorasolidaria.com.co/servicios/defensoria-del-consumidor-financiero.aspx

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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) DIANNY STELLA ORTEGA TAFUR Identificado(a) con cédula de ciudadanía 50909714 realizó el día 17/02/2023 la Capacitación Módulo 1 - Generalidades en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la

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) DIANNY STELLA ORTEGA TAFUR Identificado(a) con cédula de ciudadanía 50909714 realizó el día 17/02/2023 la Capacitación Módulo 2 - Riesgos en el puesto de trabajo y medidas de prevención de la entidad y aprobó la

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) DIANNY STELLA ORTEGA TAFUR Identificado(a) con cédula de ciudadanía 50909714 realizó el día 17/02/2023 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 -

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) DIANNY STELLA ORTEGA TAFUR Identificado(a) con cédula de ciudadanía 50909714 el día 17/02/2023 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

Bogotá, Enero 21 de 2023

Señora:
ORTEGA TAFUR DIANNY STELLA
CC. 50909714
CL 31 N 12 15. - 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Octubre 25 de 2017. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
VEGA ORTEGA VALENTINA	1003400860	C	Oct-25-2017	52	26	HIJO DE 18 A 25 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
VEGA ORTEGA JUAN SEBASTIAN	1067847932	T	Oct-25-2017	52	26	HIJO DE 18 A 25 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
VEGA ORTEGA MARIANA LUCIA	1138032834	R	Sep-4-2018	52	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
ORTEGA TAFUR DIANNY STELLA	50909714	C	Oct-25-2017	52	26	SEGUNDO COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
VEGA DIAZ JUAN CARLOS	78750951	C	Ago-28-2016	52	0	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
DIANNY STELLA ORTEGA TAFUR	50909714	Trabajador Independiente	CERRADO
DIANNY STELLA ORTEGA TAFUR	50909714	Trabajador Independiente	VIGENTE
EMPLEADOR SAT TEMPORAL	50909714	Dependiente	VIGENTE
GRUPO EMPRESARIAL LUZ IPS SAS	50909714	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,



JAVIER CARREÑO
GERENTE DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4009493735	0|6|0|1|2|0|2|3

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)

1.tipo de tramite
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion
B. Colectiva ☐
A. Individual:
B. Institucional ☐
-Cotizante Cabeza de familia ☒
-Beneficiario afiliado adicional ☐
B. De oficio ☐

3.Regimen
A.Contributivo ☒
B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐

5. Tipo de cotizante
A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐

Codigo (a registrar por la EPS) 3

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6.Apellidos y nombres			
ORTEGA Primer apellido	TAFUR Segundo apellido	DIANNY Primer nombre	STELLA Segundo nombre
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	50909714	Femenino ☒ Masculino ☐	0|3|0|8|1|9|7|5

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Tipo F N M Condicion T P		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR FPC	1160000

18.Residencia

CL 31 N 12 15 **Dirección**	**Telefono fijo**	3113442274 **Telefono celular**	DIANNYESTELLAORTEGATAFUR@GMAIL.COM **Correo electronico**
MONTERIA **Municipio/Distrito**	**zona** Urbana ☒ Rural ☐	**Localidad / comuna**	CORDOBA **Departamento**

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo documento de identidad	**21. Número documento identidad**	**22. Sexo**	**23. Fecha de nacimiento**
		Femenino ☐ Masculino ☐	

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	24. Apellidos y nombres			
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo documento de identidad	26. Número de identidad	27.Sexo		28.Fecha de nacimiento
			Femenino	Masculino	
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

	29.Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad				
			Tipo			Condición	
			F	N	M	T	P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

32. Datos de residencia

	Municipio/Distrito	Zona		Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
		Urbana	Rural			
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Seleccion de la IPS Primaria

		34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C		VS UAB SINU CENTRO - VS UOD PERLA DEL SINU	VSSINUCENT - VSUODPERLA
B		-	-
B		-	-
B		-	-

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA,INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de docuemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
DIANNY STELLA ORTEGA TAFUR	CC	50909714	01

39.Ubicación

CL 31 N 12 15 Dirección	3113442274 Teleéfono	DIANNYESTELLAORTEGATAFUR@GMAIL.COM Correo electrónico	MONTERIA Municipio/distrito	CORDOBA Departamento

No de Radicacion
4009493735

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- ☐ **1.** Modificación datos básicos de identificación
- ☐ **2.** Corrección datos básicos de identificación
- ☐ **3.** Actualización documento de identidad
- ☐ **4.** Actualización y/o corrección datos complementarios
- ☐ **5.** Terminación de la inscripcion en la EPS.
  Código: ☐
- ☐ **6.** Reinscripción en la EPS
- ☐ **7.** Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☒ **9.** Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ **8.** Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ **10.** Terminación de la relacion laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando
- ☐ **11.** Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ **12.** Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ **13.** Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ **14.**Traslado: ☐ A. Mismo régimen ☐ B. Diferente régimen
- ☐ **15.** Reporte de fallecimiento
- ☐ **16.**Reporte del tramite de protección al cesante
- ☐ **17.** Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ **18.** Reporte de la calidad del pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42.Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		0|6|0|1|2|0|2|3

43.EPS anterior	44.Motivo de traslado Código:	45.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- **46.** ☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- **47.** ☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- **48.** ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- **49.** ☐ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- **50.** ☐ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- **51.** ☐ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir sus funciones la requieran
- **52.** ☐ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013
- **53.** ☐ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

	
54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	**55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio**

IX.ANEXOS

☐ **56.**Anexo Copia del documento de identidad: **CN.** ☐ **RC.** ☐ **TI.** ☐ **CC.** ☐ **PA.** ☐ **CE.** ☐ **CD.** ☐ **SC.** ☐

Cantidad: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Total: 0

- ☐ **57.** Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ **58.** Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ **59.** Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ **60.** Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ **61.**Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ **62.**Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ **63.**Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ **64.**Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ **65.**Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBEN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del municipio	Código del Departamento	Número ficha	Puntaje	Nivel		

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	71.Firma del funcionario

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.