SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL CAQUETÁ
CENTRO TECNOLOGICO DE LA AMAZONIA-CAQUETA - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION

Código Regional	**18**
Código Centro	**951610**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**15173-397369**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	YISNESA HERRERA ECHEVERRY	**C.C.**	1.117.521.420	**IP/Nº de contacto**	3102829630
Correo electrónico contratista:	yherrerae@sena.edu.co				

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

Banco al cual consignar: BANCO DE BOGOTA **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** 312179518

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: 4564995/2023 **Nº Compromiso SIIF** **14723**

Valor Total del Contrato	$ 36.808.166	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 36.808.166	**1**	**Del**	**06/02/2023**	**Al**	**28/02/2023**	**$ 4.105.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 32.703.166		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

Prestar los servicios profesionales de carácter temporal, en actividades de Instructor del área: SISTEMAS AGROPECUARIOS ECOLÓGICOS, impartiendo Formación Profesional Integral, la administración educativa y el seguimiento en la etapa productiva; en las diferentes áreas del conocimiento de la formación Titulada Presencial, y Complementaria ya Distancia en los programas regulares que

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.105.000		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	**$ 4.105.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.406.900**		**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	----------	**4488717971**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.642.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 205.300	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 262.800	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 17.200	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 / $ 1.026.250	$ -	
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	$ 410.500	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 802.300	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.406.900,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.636.900,00	
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	21.821,00	0,600%
-	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	**$4.083.179,00**	

SON: CUATRO MILLONES OCHENTA Y TRES MIL CIENTO SETENTA Y NUEVE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

1. Impartí formación Profesional Integral a las siguientes fichas: 2700341, 2696475 y 2708027
2. Registré e hice seguimiento a las siguientes fichas: 2700341, 2696475 y 2708027
3. Entregué los soportes de ingreso aprendices de la ficha 2708027
4. Participé de la reunión de instructores el día 17 de febrero de 2023 de 2023 programada por dirección regional y coordinación
5. Realicé el pago de estampilla el 06 de febrero de 2023 por un valor de 552.000.

Recurso: Nación
Municipio donde presto los servicios: El Doncello y San Vicente del Caguán
Anexo informe mensual de actividades del mes de Febrero de 2023

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.

YISNESA HERRERA ECHEVERRY
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,

CESAR FERNAND MARLES RODRIGUEZ
INSTRUCTOR G20

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

DANNY LÓPEZ SEGURA
DIRECTOR REGIONAL CON FUNCIONES DE SUBDIRECTOR DE CENTRO

CE-006 - 0000000100 – 2023

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1117521420
NOMBRES Y APELLIDOS	Herrera Echeverry,Yisnesa
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/02/2022
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Herrera Echeverry,Yisnesa , a los 01 días del mes de marzo del año 2023.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14892154399

(415)7707212489984(8020) 000001489215439 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 1 7 5 2 1 4 2 0	1	Impuestos y Aduanas de Florencia 2 8	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 1 1 7 5 2 1 4 2 0	2 0 0 9 1 1 1 0

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Caquetá 1 8	Florencia 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
HERRERA	ECHEVERRY	YISNESA	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Caquetá 1 8	Florencia 0 0 1

41. Dirección principal: CL 16 20 45 BRR ABBAS TURBAY

42. Correo electrónico: yisne_068@hotmail.com

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

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 5 5 1	2 0 2 3 0 1 3 0							

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 2 2	4 9																								

22- Obligado a cumplir deberes formales a

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 [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2023 - 01 - 30 / 11 : 12: 28

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 HERRERA ECHEVERRY YISNESA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1117521420
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			YISNESA HERRERA ECHEVERYY
CIUDAD/MUNICIPIO:	FLORENCIA	DEPARTAMENTO:	CAQUETA
DIRECCIÓN:	CLL 16 20 45 ABBAS TURBAY	TELÉFONO:	4444444
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	02 - CONTRATO
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**4488717971**		TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES enero	AÑO 2023		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES enero AÑO 2023
DÍAS DE MORA:		28			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2023/03/06		NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9993498958

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
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 6.200	$ 0	$ 185.600	$ 6.200	$ 191.800
SUBTOTALES:										**$ 185.600**	**$ 6.200**	**$ 191.800**

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
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 145.000	$ 0	$ 4.900	$ 0	$ 145.000	$ 4.900	$ 0	$ 149.900
SUBTOTALES:													**$ 145.000**	**$ 4.900**	**$ 0**	**$ 149.900**

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	$ 300	$ 0	$ 6.400
SUBTOTALES:									**$ 6.100**	**$ 300**	**$ 0**	**$ 6.400**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | |

VALORACIÓN PSICOLÓGICA

Nombre: YISNESA HERRERA ECHEVERRY

Edad: 29 AÑOS

16 DE JUNIO 2021

El área espiritual (Valor NO VIOLENCIA) es la más importante para YISNESA HERRERA ECHEVERRY. El área menos importante es la intelectual (Valor VERDAD).
El predominio del valor verdad no es fundamental. La parte intelectual de sus valores es puesta en segundo plano, dándole un poco menos importancia a cualidades como veracidad, raciocinio, curiosidad y honestidad intelectual.

El valor rectitud recibe una calificación dentro de lo esperado. La parte física de sus valores se muestra equilibrada, dándole adecuada importancia a cualidades como compromiso, confiabilidad, deber, cumplir metas, respeto, responsabilidad y sacrificio.

La valoración de la paz está dentro de la norma de la población. La parte emocional de sus valores está equilibrada, dándole adecuada importancia a cualidades como calma, concentración, paciencia, reflexión, satisfacción, y silencio interior.

El valor amor le impacta dentro de la norma del grupo. La parte intuitiva de sus valores está equilibrada, dándole adecuada importancia a cualidades como amabilidad, amistad, ayuda, apoyo, compartir, compasión, cuidado, perdón, simpatía y tolerancia.

El valor no violencia está dentro de lo normal. La parte espiritual de sus valores está equilibrada, dándole adecuada importancia a cualidades como amor universal, aprecio por las demás culturas y creencias, hermandad, justicia social y unidad humana.



NATALY SIMANCA MARTINEZ
Psicóloga- Especialista en Gestión del Desarrollo Humano y Bienestar Social Empresarial
T.P 133938

ClIPSalud
Nos movemos para que su empresa no se detenga



Í+1T.4RÎ

Nombre: YISNESA HERRERA ECHEVERRY **SID : 14251**
No. Identificacion: 1117521420
Edad: 29 Años **Sexo:** Femenino
Nro. Ordenamiento: 35957 Página 1 de 1

Fecha de Recepcion: 18/06/2021 07:16:26
Fecha de Impresion: 18/06/2021 07:15:21 pm
Entidad: PARTICULAR/SENA
Solicitante: A QUIEN CORRESPONDA

Examen	Resultado	Unidad Medida	Valor Biologico de Referencia
1. CUADRO HEMATICO			
Recuento de Leucocitos	8.6	x10^3/uL	3.70-10.1 x10^3/uL
% Granulocitos	65.3	%	39.0 - 65.0%
% Linfocitos	29.1	%	18.0 - 48.3 %
% Monocitos	5.6	%	4.40-12.7 %
# Granulocitos	5.6	x10^3/uL	1.63-6.96 x 10e3/uL
# Linfocitos	2.5	x10^3/uL	1.09-2.99 x10^3/uL
# Monocitos	0.5	x10^3/uL	0.240-0.790 x 10e3/uL
Recuento de Eritrocitos	4.95	x10^3/uL	4.06-4.69 x10^3/uL
Hemoglobina	14.7	g/dL	12.9-14.2 g/dL
Hematocrito	46.4	%	37.7-53.7 %
Volumen Corpuscular Medio	93.7	fL	81.1-96.0 f/L
HB corpuscular media	29.7	pg	27.0-31.2 pg
Concentración HB corpuescular media	31.7	g/dL	31.8-35.4 g/dL
Ancho Distribución Eritrocitaria	12.6	%	11.5-14.5 %
Recuento de Plaquetas	246	x10^3/uL	150-450 x10^3/uL
Volumen Plaquetario Medio	10.0	fL	6.90-10.6 fL
Ancho de Distribuciòn Plaquetas	16.4	10(GSD)	0.00-99.9 10(GSD)
Plaquetocrito	0.245	%	0.00-9.99 %
DIFERENCIAL MANUAL			
2. GLICEMIA **Metodo: Espectrofotometria**	86	mg/dl	Niños: 60 - 100 mg/dl - Adultos: 70- 110 mg/dl
3. PERFIL LIPIDICO			
COLESTEROL TOTAL	**273**	mg/dl	0-199 mg/dl
COLESTEROL HDL	**68**	mg/dl	Alto riesgo de enfermedad coronaria: Menor de 40 mg/dl - Negativo para riesgo de enfermedad coronaria: Mayor de 60 mg/dl
TRIGLICERIDOS	72	mg/dl	0 - 150 mg/dl
COLESTEROL VLDL	14.4	mg/dl	0 - 40 mg/dl
COLESTEROL LDL	**190.6**	mg/dl	0 - 129 mg/dl
FACTOR DE RIESGO CORONARIO	4		0 - 5.7

ClIPSalud
Nos movemos para que su empresa no se detenga



Í+1T.4RÎ

Nombre: YISNESA HERRERA ECHEVERRY **SID : 14251**
No. Identificacion: 1117521420
Edad: 29 Años **Sexo:** Femenino
Nro. Ordenamiento: 35957 Página 1 de 1

Fecha de Recepcion: 18/06/2021 07:16:26
Fecha de Impresion: 18/06/2021 07:15:21 pm
Entidad: PARTICULAR/SENA
Solicitante: A QUIEN CORRESPONDA

Examen	Resultado	Unidad Medida	Valor Biologico de Referencia

4. PARCIAL DE ORINA

EXAMEN FISICOQUIMICO			
Aspecto	**TURBIO**		
Color	AMARILLO		
Densidad	1020		
pH	6,5		
Proteinas	NEGATIVO	mg/dl	
Glucosa	NEGATIVO	mg/dl	
Cetonas	**+**		
Hemoglobina	NEGATIVO		
Bilirrubinas	**+**		
Urobilinogeno	1	mg/dl	
Leucocitos	NEGATIVO		
Nitritos	NEGATIVO		
SEDIMENTO			
Celulas del tracto bajo	**6-8**	xc	
Celulas del tracto alto	2-4	xc	
Leucocitos	4-6	xc	
Bacterias	ESCASAS	xc	

Julieth Murillo A
Validado:Yuilieth Murillo Aguirre
Fi Jun 2021 06:54:21 -05:00 -2
BACTERIOLOGA - BACTERIOLOGA

CLIPSalud
Nos movemos para que su empresa no se detenga
FLORENCIA - CAQUETÁ

PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL
VISIOMETRÍA

F-03-003 | V01 | Octubre/2009

INFORMACION PERSONAL

NOMBRE	Jisnesa Herrera Echeverry				DOC. IDENTIFICACION	1117521420			
EDAD	30 AÑOS	FECHA	DD 08	MM 1991	AAAA	SEXO	F X	M	
ENTIDAD	Particular / Sena	DIRECCIÓN	B/ Yapura sur						
FECHA DE EXAMEN	18	08	2021	TELÉFONO	3102929636				
TIPO DE VALORACIÓN:	INGRESO	X	EGRESO		PERIÓDICO		SEGUIMIENTO		

INFORMACIÓN OCUPACIONAL CARGO ACTUAL / RETIRADO O A INGRESAR

FECHA	DD	MM	AAAA	CARGO	Instructora
SECCIÓN				ANTIGUEDAD EN EL CARGO	Ingreso

ANTECEDENTES PERSONALES

Qx Oculares C-)
Último examen Usual: Enero 20/2021.
Rx: Refiere no saber. Usuario Rx - Visión prolongada.
No antecedentes.

ANTECEDENTES FAMILIARES

No refiere.

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

Trabajo de campo.

AGUADEZA VISUAL

	SC	VL	VP	CC	VL	VP
OD:	20/20		OD: Ojo		No trae las	Gafas
OI:	20/20		OD: Ojo			

EXAMEN EXTERNO: Normal AO
MOTILIDAD OCULAR: Normal AO
OFTALMOSCOPIA: No se realiza por protocolo COVID-19 min Salud.
VISIÓN CROMÁTICA: Normal AO

IMPRESOS CAMACHO F. ROBINSON CAMACHO F. NIT. 17.649.485-7 Cel. 3143589392 - 314 2279000

RECOMENDACIONES
(marque con una x según corresponda)

CONTROL EN UN AÑO	X	VALORIZACION POR OFTALMOLOGÍA	
CONTROL EN SEIS MESES			
VALORACIÓN POR ORTÓPTICA			

OBSERVACIONES

Dx: Ametropía AO.

Cx: · Continuar uso de gafas descanso
- Protección AR
· Uso E.P.P
· Pausas Activas.

EVALUADO POR:

Dra. Gloria Espinosa G.
OPTOMETRA
Universidad Santo Tomás
Especialista en SST
Especialista SST Lic. 0052

FIRMA

NOMBRE:

REGISTRO:

ASPIRANTE O TRABAJADOR

FIRMA

NOMBRE: Yisneda Herrera Echeverry

DOCUMENTO IDENTIFICACOIN:: C.C. 1.117.521.420

IMPRESOS CAMACHO F. ROBINSON CAMACHO F. NIT. 17.649.485-7 Cel. 3143589292 - 314 2279060

CLIPSalud

HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL

Codigo: GP-F-095
Version: 4
Fecha: 19/07/2016

FECHA DEL EXAMEN	DD	MM	AA
	16.	06.	2021.

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

INGRESO	PERIODICO	RETIRO	POST INCAPACIDAD	REUBICACION	REINTEGRO
X					

I. IFORMACION DE LA EMPRESA:

NOMBRE: Particular Sena — CIUDAD: Florencia

II. IFORMACION DEL TRABAJADOR:

NOMBRE Y APELLIDOS: Yisnesca. Herrera. Echeverry. — C.C. No. 1.777.527.920.

FECHA DE NACIMIENTO: 06. 08. 1997. — EDAD: 30. — SEXO: F.

ESCOLARIDAD: PRIMARIA ☐ SECUNDARIA ☐ UNIV. X ESPEC ☐

PROFESION: Ingeniera Agroecologa.

ESTADO CIVIL: SOLTERO: ☐ CASADO: ☐ UNON LIBRE: ☑ VIUDO: ☐ SEPARADO: ☐

DIRECCION: B/ Yapura Sur. — TELEFONO: 3102829630. — EPS: Coomeva. — ARL: Positiva.

III. IFORMACION OCUPACIONAL ACTUAL:

CARGO ACTUAL O A DESEMPEÑAR: Instructor. — ANTIGÜEDAD:

TURNO: DIURNO: X NOCTURNO: ☐ ROTATORIO: ☐ — **ACTIVIDAD REALIZADA:** DE PIE: X SENTADO: X

PELIGROS:

CON. SEGURIDAD		QUÍMICOS		BIOMECANICOS		BIOLOGICOS		FISICOS		PSICOSOCIALES	
MECANICO	X	POLVOS	X	POSTURA	X	VIRUS	X	RUIDO	X	STRESS	X
LOCATIVOS	X	GASES	☐	ESFUERZO	X	BACTERIAS	X	ILUMINACION	X	GESTION ORGANIZACIONAL	
ACC. DE TRANSITO	☐	VAPORES	☐	MOVIMIENTO REPETITIVOS	☐	PARASITOS	X	T° EXTREMAS	☐	CARACTERISTICAS DEL TRABAJO	
PUBLICOS	X	LIQUIDOS	X	MANIPULACION MANUAL DE CARGA	☐	HONGOS	X	RADIACIONES	☐	CARACTERISTICAS DEL GRUPO	
TECNOLOGICO	☐	MAT. PART.	☐			PICADURA	X	VIBRACION	☐	CONDICIONES DE LA TAREA	X
EELCTRICO	☐					MORDEDURA	X			NORNADA DE TRABAJO	X
						FLUIDOS	X				

ELEMENTOS DE PROTECCION: Tapa - Boca.

IV. ANTECEDENTES OCUPACIONALES:

EMPRESA	CARGO	TIEMPO	PELIGROS				
			FISICOS	QUÍMICOS	BIOMECAN.	PSICOLOGICOS	OTRO
Sena.	Instructora		X	X	X	X	

ACCIDENTES LABORALES: SI ☐ NO X

DIAGNOSTICO: N/R. — AÑO

SECUELAS: N/R

DIAGNOSTICO: N/R — AÑO

SECUELAS: N/R.

ENFERMEDADES LABORALES: SI ☐ NO X

V. ENFERMEDADES ACTUALES (DESCRIBA BREVEMENTE):

N/R.

N/R

VI. ANTECEDENTES PERSONALES:

PATOLOGICOS: — TRAUMATICOS:

HOSPITALARIOS: — MEDICAMENTOSOS:

QUIRURGICOS: Cesarea 7. — ALERGICOS:

VII. HABITOS:

TABAQUISMO: SI ☐ NO X — ALCOHOL: SI ☐ NO X

DEPORTE CUAL? Gym, Trotar, Ejercicios. — FRECUENCIA:

ANTECEDENTES GINECO - OBSTETRICOS

MENARQUIA	CICLO	G	P	C	A	M	FECHA ULT. MESTRUACION	FECHA ULT. PARTO
16. Años.	Normal.	2.	—	1.	1	—	25.05.17.	22.08.79.

DISMENORREA	METRORRAGIAS	CITOLOGIAS	PLANIFICACION
—	—	2014.	Inyección.

VIII. ANTECEDENTES FAMILIARES:

A. CARDIOVASCULAR:	CANCER:	HTA:	DIABETES:
—	—	—	—

OTROS: — u — u —

IX. REVISION POR SISTEMAS - EXAMEN FISICO:

PESO:	TALLA:	I.M.C.:	PRESION ARTERIAL:
64.	165.		
FRECUENCIA RESPIRATORIA: 18.	FRECUENCIA CARDIACA: 78.	TEMPERATURA: 36.3.	P.A.: 117/77.
ESTADO GENERAL: BUENO [X] REGULAR [ ] MALO [ ]		DOMINANCIA	DIESTRO [X] ZURDO [ ]

DESCRIPCION	NORMAL	ANORMAL	OBSERVACIONES (Amplie hallazgos anormales)
CABEZA CUERO CABELLUDO	X		
OJOS			
OIDOS			
NARIZ			
BOCA			
CUELLO TIROIDES			
TORAX			
MAMAS			
CORAZON			
PULMON			
ABDOMEN			
HERNIAS			
GENITO URINARIO EXTERNO T.R.			
EXTREMIDADES			
COLUMNA			
PIEL Y FANERAS			ENFASIS OSTEOMUSCULAR
NEUROLOGICO			PHALEN: [+] [X] TINNEL: [+] [X]
OBSERVACIONES GENERALES:			FINKELSTEIN: [+] [X] LASSEGUE: [+] [X]

X. RESULTADO DE EXAMENES DE LABORATORIO Y AYUDA DIAGNOSTICA:

FECHA	EXAMEN	RESULTADO	FECHA	EXAMEN	RESULTADO

OTROS:

XI. DIAGNOSTICO OCUPACIONAL:

1. Z-100	3.
2. H-521	4.

XII. CONCEPTO DE APTITUD:

XIII. RECOMENDACIONES:

-Copia de conceptos por Optometría en EPS.

Declaro que los datos que he suministrado al médico ocupacional son verdaderos en todas sus partes, veridico, que no he omitido ninguna informacion sobre mi salud y puede ser confirmada.

FIRMA MEDICO

REG. MED No.

FIRMA Y C.C. DE TRABAJADOR

1.117.521.420

CLIPSalud	AUDIOMETRIA - SALUD OCUPACIONAL	Codigo: GP-F-061 Version: 02 Fecha: 30/08/2019

I. INFORMACION PERSONAL

Nombre y Apellido:				Documento de Identidad		
Visnega Herrera Echeverry				Tipo: T.I. [ ] CC [X] C.E. [ ]	Numero: 1117521420	Expedida en:
Entidad: Particular	Edad: 30	sexo: F [X] M [ ]	Fecha de Nacimiento: 06-08-1991		Telefono:	3102894636
Fecha de Examen: 16 06 2021		Direcion de residencia: Barrio Tapura Sur				
Tipo de valoracion:	Ingreso: [X]	Periodico: [ ]	Egreso: [ ]	Seguimiento: [ ]		

II. INFORMACION OCUPACIONAL / CARGO ACTUAL / RETIRADO O A INGRESAR

Fecha:	Cargo: Instructora	Seccion:	Antigüedad en el cargo:

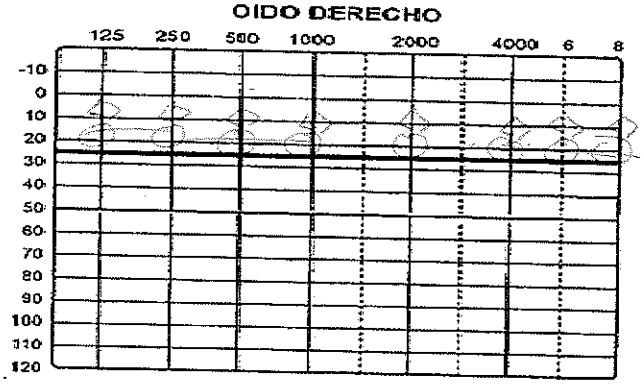
III. DATOS DE HISTORIA CLINICA Y OCUPACIONAL

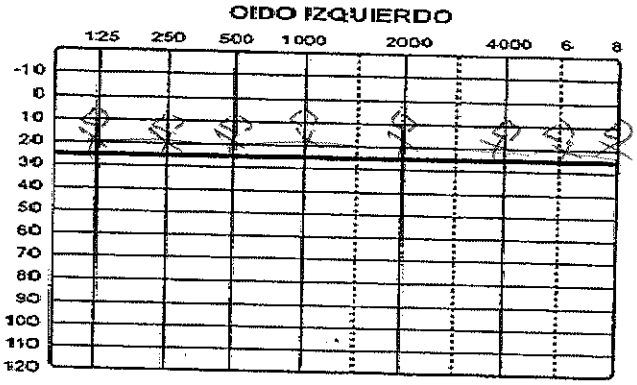
T.C.E	[ ]	OTITIS	[ ]	OTOXICOS [ ]	TINNITUS [ ]	PERFORCION DE MT	[ ]
QX DE OIDO	[ ]	VERTIGO	[ ]	OTALGIA [ ]	HIPOACUSIA SUBJETIVA [ ]	SENSAC. DE OIDO TAPADO	[ ]
SORDERA FAMILIAR			[ ]	DIABETES [ ]	HIPERTENSION [ ]	OTRAS ENFERMEDADES	[ ]
EXPOSICION A RUIDO OCUPACIONAL	[ ]	TIEMPO				E.P.A.	[ ]
EXPOSION A RUIDO EXTRALABORAL		AUDIFONOS [ ]	DISCOTECA [ ]	TEJO [ ]	POLIGONO [ ]	MOTO	[ ]

OTOSCOPIA: Normal.

OTROS DATOS DE HISTORIA CLINICA: Hace 5 meses Aprox. Ultimo P. de celular hace, con tapones Planos

AUDIOMETRIA





DX.

Audicion con parametros de normalidad.

LARSEN MOD Normal [X] G.II [ ] G.I [ ] G.III [ ]

CLASIFICACIÓN DE PERDIDA AUDITIVA LABORAL	
0 - 25dB	AUDICIÓN NORMAL
26 - 40dB	HIPOACUSIA LEVE
41 - 55dB	HIPOACUSIA MODERADA
56 - 70dB	HIPOACUSIA MODERADA A
71 - 90d3	HIPOACUSIA SEVERA
91dB...	HIPOACUSIA PROFUNDA

IV. OBSERVACIONES

Examenes de Control anuales

V. DATOS EQUIPO UTILIZADO

Audiometro	Marca		Fecha Calibracion	
Nombre del Fonoaudiologo(a)	Andrea Bermeo		Firma del Paciente	
Firma y No. R:M.	2700.			

17-Julio-2021 Faltan laboratorios

CLIPSalud	CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL	Codigo: GP-F-055 Version: 2 Fecha: 15/07/201

NOMBRE DE LA EMPRESA	CIUDAD	FECHA DE EXAMEN
PARTICULAR ISAZA	FLORENCIA	16 06 2021

IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

Nombre y Apellidos: ISAZA HERRERA ECHEVERRY

Documento de Identidad — Tipo: CC. — Numero: 1.117.521.420

Edad: 30 años | Sexo: F [X] M [ ]

Fecha de Nacimiento: 06-AGOSTO-1991

Cargo: INSTRUCTOR

MOTIVO DE LA EVALUACION

Ingreso	X	Reintegro		Cambio de Ocupacion	
Periodico		Reubicacion		Otro	
Retiro		Post-Incapacidad			

CLASIFICACION DE APTITUD

INGRESO		PERIODICO		EGRESO	
Apto sin restricciones para el cargo		Continua en el cargo		Satisfactorio	
Apto con restricciones para el cargo		Reubicar Trabajador		No Satisfactorio	
Aplazado				Valoracion por EPS	

TRABAJOS ESPECIALES (Escribir Apto o No Apto)

Trabajo en Alturas		Espacios confinados		Manipulacion de Alimentos	

SE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES O PROCEDIMIENTOS

EMO: Examen Medico Ocupacional MA: Manipulación de Alimentos

Examen Medico Ocupacional	X	EMO con enfesis en Alturas		EMO con enfasis en MA	
Optometria		Electrocardiograma		KOH de uñas	
Visiometria	X	Perfil Lipidico	X	Coprologico	
Audiometria	X	Glicemia	X	Frotis de Garganta	
Espirometria		Cuadro Hematico	X	Parcial de Orina	X

Otro: Prueba Psicologica

RESTRICCIONES

NO

INGRESO A PVE

Visual		Cardiovascular		Osteomuscular	
Auditivo		Quimico		Otro	
Respiratorio		Biologico			

RECOMENDACIONES GENERALES

Control Periodico por EPS		Control Periodico Ocupacional		Dieta Balanceada	
Continuar Manejo Medico		Utlizacion de EPP		Ejercicio Regular	

Remision a EPS por:

RECOMENDACIONES ESPECIFICAS

Cotar por optometria en el EPS.

Firma del Medico
R.M./

Firma del Paciente
C.C.: 1.117.521.420

ClíPSalud

Nos movemos para que su empresa no se detenga



Nombre: YISNESA HERRERA ECHEVERRY **SID : 24537**

No. Identificacion: 1117521420

Edad: 31 Años **Sexo:** Femenino

Nro. Ordenamiento: 59734 Página 1 de 1

Fecha de Recepcion: 25/01/2023 08:36:52

Fecha de Impresion: 25/01/2023 03:37:34 pm

Entidad: PARTICULAR

Solicitante: A QUIEN CORRESPONDA

Examen	Resultado	Unidad Medida	Valor Biologico de Referencia
1. PERFIL LIPIDICO			
COLESTEROL TOTAL	**213.00**	mg/dl	0-199 mg/dl
COLESTEROL HDL	**67.00**	mg/dl	Alto riesgo de enfermedad coronaria: Menor de 40 mg/dl - Negativo para riesgo de enfermedad coronaria: Mayor de 60 mg/dl
TRIGLICERIDOS	74.00	mg/dl	0 - 150 mg/dl
COLESTEROL VLDL	14.8	mg/dl	0 - 40 mg/dl
COLESTEROL LDL	**131.2**	mg/dl	0 - 129 mg/dl
FACTOR DE RIESGO CORONARIO	3.2		0 - 5.7

Validado:ANDREA DEL PILAR CRUZ
Wed Jan 2023 01/25/23 08:33:51
BACTERIOLOGA - Bacteriologa Univ.

CLIPSalud
Nos movemos para que su empresa no se detenga
Florencia - Caquetá

ESPIROMETRÍA

F- 03 - 005
V01
Octubre/ 2009

INFORMACION PERSONAL

Nombre:	Yinesa. Herera. Echeverry.					Doc. Identificación:	1.777527 420.		
Edad:	31. Años.	Fecha:	Dia 06.	Mes 08.	Año 1992.	Sexo	F [X]	M [ ]	
Entidad:	Particular SENA.	Dirección:	B/ Yapura Sur.						
Fecha de Examen	Dia 25.	Mes 07	Año 2023.	Telefono:	3702829630.				
Tipo de Valoración	Ingreso [ ]	Egreso [ ]	Periodico [ ]	Seguimiento [ ]					

INFORMACION OCUPACIONAL

Fecha:	Dia	Mes	Año	Cargo:
Seccion:				Antiguedad en el cargo

ANTECEDENTES PERSONALES

Exposición Respiratoria SI [X] NO [ ] Tiempo _____

Utiliza protección respiratoria SI [X] NO [ ]

Tipo CARETA [ ] MASCARILLA [ ] TAPABOCAS [X] OTRO [ ] _____

	SI	NO
Tabaquismo		X
Asma		X
TBC		X
Otros		X

	SI	NO
Nro. paquetes años		X
Fuma actualmente		X
EPOC		X
Renitis Alérgica		X

ANTECEDENTES FAMILIARES

	SI	NO
Asma		X
TBC		X
Otros		X

	SI	NO
Cáncer		X
EPOC		X
Rinitis Alérgica		X

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

	ACTUAL	1	2
EMPRESA			
ACTIVIDAD			
TIEMPO			
HORAS DIA			
TIPO EXPOSICION			
PROTECCION			

4. VALORES Y GRAFICOS (Ver Hojas Anexas)

5. OBSERVACIONES:

FVC = 3.47. - 47. 0/
FEV1 = 3.09. - 59
PEF = 6.77 - 66 /0

6. RECOMENDACIONES:

Powered by CamScanner

Eliminar Archivar Informar Responder Leído / No leído Clasificar

Re: Examanes Medicios Preocupacionales Yisnesa Herrera

jonatan . <jonathan-b.a@hotmail.com>
Para: Usted; jobarrera@sena.edu.co

Vie 27/01/2023 4:41 PM

Ingreso sin restricciones

Obtener Outlook para Android

From: Yisnesa Herrera Echeverry <yisne_068@hotmail.com>
Sent: Friday, January 27, 2023 3:28:16 PM
To: jonathan-b.a@hotmail.com <jonathan-b.a@hotmail.com>; jobarrera@sena.edu.co <jobarrera@sena.edu.co>
Subject: Examanes Medicios Preocupacionales Yisnesa Herrera

Buenas tardes, cordial saludo.

Amablemente comparto los exámenes y otros que habían solicitado de control.

Esta información fue compartida

YISNESA HERRERA ECHEVERRY
Instructora Ambiental y Agrícola
yherrerae@sena.edu.co
Centro Tecnológico de la Amazonia
Kilómetro 3 vía aeropuerto, Florencia-Caquetá

@SENAcomunica www.sena.edu.co

Responder Responder a todos Reenviar

Hace constar:

Que el Sr(a) YISNESA HERRERA ECHEVERRY Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1117521420 realizó el día 06/03/2023 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 YISNESA HERRERA ECHEVERRY Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1117521420 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 -

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 **YISNESA HERRERA ECHEVERRY** con **CC** No. **1117521420**, 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:** 06/02/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Fecha de inicio de Contrato:** 06/02/2023 **Fecha fin de Contrato:** 30/10/2023 **Clase de Riesgo:** 2 **Cargo :** PROFESORES E INSTRUCTORES DE EDUCACION ESPECIAL **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): 202301013102.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 1 días del mes de marzo 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

Banco de Bogotá

Nit.860.002.964.4
Calle 36 N° 7 - 47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que YISNESA HERRERA ECHEVERRY, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 1.117.521.420 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 312179518, abierta/o desde el 22/11/2012.

Se expide en Bogotá el día 1 del mes de Marzo del año 2023



_____

Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO

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
5607196564

PÓLIZA No: 560 - 47 - 994000160035 ANEXO: 0

AGENCIA EXPEDIDORA: **NEIVA** COD. AGENCIA: 560 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:: **YISNESA HERRERA ECHEVERRY** IDENTIFICACIÓN: CC **1117.521.420**

DIRECCIÓN: KR 23 N 27 41 CIUDAD: FLORENCIA, CAQUETA TELÉFONO: 3102829630

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 PRESTACION DE SERVICIOS

DESCRIPCION AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA
CONTRATO CUMPLIMIENTO	06/02/2023	29/02/2024	3,680,816.60

BENEFICIARIOS
NIT 899999034 - SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS:

OBJETO DE LA GARANTIA

EL OBJETO DE LA PRESENTE POLIZA ES GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DEL CONTRATISTA DERIVADAS DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS. SECOP II NRO CO1.PCCNTR.4564995 PARA PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL, EN ACTIVIDADES DE INSTRUCTOR DEL ÁREA: SISTEMAS AGROPECUARIOS ECOLÓGICOS, IMPARTIENDO FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, LA ADMINISTRACIÓN EDUCATIVA Y EL SEGUIMIENTO EN LA ETAPA PRODUCTIVA; EN LAS DIFERENTES ÁREAS DEL CONOCIMIENTO DE LA FORMACIÓN TITULADA PRESENCIAL, Y COMPLEMENTARIA Y A DISTANCIA EN LOS PROGRAMAS REGULAR QUE IMPARTE EL CENTRO TECNOLÓGICO DE LA AMAZONIA.

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
$ *****3,680,816.60	$ **********25,000	$****11,000.00	$ ********6,840	$ **********42,840

NOMBRE INTERMEDIARIO	CLAVE	%PART
JMC GROUP ASESORES DE SEGUROS LTDA	8248	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)000000000007000560719656

FIRMA TOMADOR

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

CLIENTE

CBDE207F0E06FA7B59

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

RECIBO DE CAJA No. 560153593

Aseguradora Solidaria de Colombia
¡Siempre junto a ti!

AGENCIA NEIVA	TRANSACCIÓN Nro. 560268050	FECHA DE RECAUDO 06/02/2023	TIPO PAGADOR ASEGURADO
NOMBRE PAGADOR HERRERA ECHEVERRY YISNESA			C.C o NIT 1117521420
TOMADOR PÓLIZA HERRERA ECHEVERRY YISNESA			
DETALLE DE PAGO PAGO POLIZA DE CUMP. ENT. ESTATALES 994000160035 - NRO. ELECTRÓNICO 5607196564			
VALOR EN LETRAS (en Pesos) CUARENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS CUARENTA PESOS			VALOR RECIBO $ 42,840.00
PAGO PÓLIZA DE CUMP. ENT. ESTATALES 994000160035 - ANEXO 0 AGENCIA NEIVA, TOMADOR PÓLIZA: CC-1117521420 HERRERA ECHEVERRY YISNESA . VALOR PAGADO $ 42,840.00 RELACIONADO CON EL NRO. DE RECIBO 560268050			



FIRMA RECIBIDO PAGO

RECIBO GENERADO POR: JMC GROUP ASESORES DE SEGUROS LTDA

Florencia, 01 /marzo/2023

Señores
Grupo de Apoyo Administrativo Mixto o Gestión de Talento Humano
Servicio Nacional de Aprendizaje SENA
Ciudad

Asunto: Solicitud deducible retención en fuente por dependientes

Estimados señores:

Con la presente solicito que de acuerdo con el Articulo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el Artículo 2º. Párrafo 3ro. del Decreto 099 del 2013, se tenga en cuenta como deducible de mis ingresos brutos provenientes de la relación laboral por el concepto de dependientes, los cuales relaciono a continuación:

Apellidos y Nombre	**Documento Identidad**	**Calidad del Dependiente**
Ariza Herrera Alanna	1.117.944.535	1. Hijos menores de 18 años

Certifico bajo la gravedad de juramento la información consignada en esta solicitud y me comprometo a enviar solicitud de revocación de aplicación del deducible por dependientes en el caso en que cesen las condiciones que dan origen a esta solicitud.

Cordialmente,

YISNEISA HERRERA ECHEVERRY
C.C 1.117.521.420 de Florencia

Anexo: Relación de documentos que anexa el trabajador.

- Registro civil de nacimiento __X__
- Certificado de estudios. ____
- Certificado contador público. ____
- Certificado medicina legal. ____

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

60093012

NUIP 1.117.944.535

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 60093012

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** W 9 K

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

NOTARIA 1 FLORENCIA - COLOMBIA - CAQUETA - FLORENCIA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ARIZA	HERRERA

Nombre(s)

ALANNA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2019 Mes AGO Día 22	FEMENINO	O	NEGATIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA CAQUETA FLORENCIA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	15367514-5

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

HERRERA ECHEVERRY YISNESA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.117.521.420	COLOMBIA

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

ARIZA CABALLERO JORGE ALBERTO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 6.805.131	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ARIZA CABALLERO JORGE ALBERTO

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 6.805.131	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2019 Mes AGO Día 30	WILBERTH FRANCISCO GARCIA SANCHEZ Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Scanned by CamScanner