SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL DISTRITO CAPITAL
CENTRO NACIONAL DE HOTELERÍA, TURISMO Y ALIMENTOS- BTÁ D.C.

Código Regional	**11**
Código Centro	**940610**
Fecha Elaboración	**Julio de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**63456-360762**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	DIANA CAROLINA DIAZ QUINTERO	**C.C.**	1.014.197.374	**IP/Nº de contacto**	3165231546
Correo electrónico contratista:	dcdiaz473@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: SI **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 67384905177

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: 3498011/2022 **Nº Compromiso SIIF** **67322**

Valor Total del Contrato	$ 1.643.416	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 1.643.416	**1**	**Del**	**28/06/2022**	**Al**	**30/06/2022**	**$ 379.250,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 1.264.166		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR:RAD CPE NO. 11-9-2022-031108 IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL Y ACTIVIDADES QUE SE DERIVEN (CESION)

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 379.250		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	**$ 379.250**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 21.870**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Junio	Mayo
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**9436106484**
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 II	$ 12.200	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 94.812	$ -	
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	$ 30.119	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	21.870,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	48.650,00	
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	470,00	0,966%
-	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	**$378.780,00**	

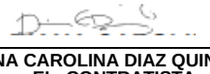
SON: TRESCIENTOS SETENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Obligación 1: Recepción de carga académica por parte del profesional de Bilingüismo Fernando Castellanos Forero

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.



DIANA CAROLINA DIAZ QUINTERO
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,

CAROLINA HERNANDEZ VARGAS
INSTRUCTOR G16

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

SONIA YAMILE ACUNA LESMES

SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1014197374		DIAZ QUINTERO DIANA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRRA 101 NO 82 - 52 INT 5 APTO 5103	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7471289	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-05	2022-05	1504070652	9436106484	I	2022/06/16	2022/06/14	BANCOLOMBIA	0	$290,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$1,000,000		$5,300		$0	$0		$290,300
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$1,000,000		$5,300		$0	$0		$290,300
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																					$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$1,000,000		$5,300		$0	$0		$290,300
1	CC	1014197374	DIAZ DIANA							X										23030 1	30	$1,000,000	$160,000	EPS017	30	$1,000,000	$125,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,000,000	0.522%	$5,300	0	$0	$0	No	$290,300
Total		**Afiliados(1)**																			$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$1,000,000		$5,300		$0	$0		$290,300

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1014197374		DIAZ QUINTERO DIANA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRRA 101 NO 82 - 52 INT 5 APTO 5103	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7471289	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-05	2022-05	1504070652	9436106484	I	2022/06/16	2022/06/14	BANCOLOMBIA	0	$290,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$160,000	$0	$0	$160,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$160,000	$0	$0	$160,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$5,300	$0	$0	$5,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$5,300	$0	$0	$5,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$125,000	$0	$0	$125,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$125,000	$0	$0	$125,000
TOTAL				1	$290,300	$0	$0	$290,300

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) DIANA CAROLINA DIAZ QUINTERO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1014197374 el día 11/06/2023 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

Hace constar:

Que el Sr(a) DIANA CAROLINA DIAZ QUINTERO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1014197374 realizó el día 11/06/2023 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 DIANA CAROLINA DIAZ QUINTERO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1014197374 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 -

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14825253481

(415)7707212489984(8020) 000001482525348 1

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

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
DIAZ	QUINTERO	DIANA	CAROLINA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal
CR 101 82 52 BL 1 IN 3 AP 513

42. Correo electrónico sandia2416@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 5 5 6 8 5 6 3 5	3 1 7 7 8 5 6 3 6 5

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 4 3	2 0 2 2 0 4 2 7	8 5 4 2	2 0 1 9 0 3 1 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
53. Código 4 9	5 2																								

49 - No responsable de IVA

52 - Facturador electrónico

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 2022 - 04 - 27 / 17 : 30: 33

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 DIAZ QUINTERO DIANA CAROLINA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
HACIENDA
Secretaría de Hacienda

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS DE BOGOTÁ
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha:15/06/2022

CONTRIBUYENTE	C.C. 1014197374	DIANA CAROLINA DIAZ QUINTERO

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: KR 101 82 52 BQ 1 IN 3 AP 513 Teléfonos: 4756421

Dirección electrónica: sandia2416@gmail.com Ciudad: BOGOTÁ DC Municipio: BOGOTÁ, D.C.

Fecha de Inscripción: 28/02/2018 Soporte Inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: PREFERENCIAL ICA Fecha desde: NO

Matrícula Mercantil:NO Fecha inicio de Actividades: 03/02/2014 Fecha de cese de Actividades: NO No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 8541 - Educación técnica profesional

Actividad 2: 8542 - Educación tecnológica

Actividad 3:

Actividad 4:

Actividad 5:

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y registrada en la Secretaria de Hacienda Distrital.

Kr 30 25 90 Dirección Distrital de Impuestos Bogota D.C. Colombia

Fuente: RIT-SHD

ISO 9001 SGS CO18/8129

Certificado
Bancario

Miércoles, 22 de junio de 2022

Señor(a)
SENA

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que DIANA CAROLINA DIAZ QUINTERO identificado(a) con CC 1014197374, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	67384905177	2012/06/27	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.

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 24/06/2022

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	899999034	**Cédula Usuario:**	CC 19421065
Nombre:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA				
Dirección:	CLL 57 8-64				
Departamento:	BOGOTA D.C.		**Municipio:**	BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	accidentalidadsst@sena.edu.co				
Teléfono:	5978250		**Tarifa:**	0.522	
Actividad Económica:	1806001 ESTABLECIMIENTOS DE EDUCACION NO FORMAL INCLUYE PROGRAMAS DE ALFABETIZACION PARA ADULTOS ETC.				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 19421065	CARLOS ALBERTO BARON SERRANO

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	1590	25/06/2022	CC 1014197374	DIAZ QUINTERO DIANA	1	0.522	**Independiente**

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

EEC44AA4C512374C498B3D155731BC64 Certificado impreso el día 6/24/2022 4:33:03 PM por el portal de empresas Edesk


REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES
POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS
En caso de Accidente de Trabajo comuníquese sin costo adicional
LÍNEA ORO
En Bogotá
6 000 811
Línea Nacional
01 8000 941 541
Desde el celular
#533
Aplica sólo para operadores Claro, Movistar y Tigo
Para solicitar asistencia internacional desde USA / Puerto Rico/ Canadá.
786 838 07 55
Llamada por cobrar desde cualquier otro país.
+(571) 743 01 06
LO BUENO DEBE SER PARA TODOS
MINHACIENDA
TODOS POR UN NUEVO PAÍS


www.positiva.gov.co
POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS
DIANA CAROLINA
DIAZ QUINTERO
1014197374
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
899999034
Este carné es personal e intransferible.

Salud Ocupacional Los Andes

SALUD OCUPACIONAL DE LOS ANDES LTDA.
Código Prestador: 110010653705
Nit: 830029102-0
Dirección: Carrera 24 N° 85-23
Telefono: 4320260
Email: conceptos@soandes.co SOA-FDS0-1 Rev 7 Enero 2017

Información General

No. ingreso 808399	**Fecha Impresión** 2022-01-12	**Empresa Contratante**	PARTICULARES-BOGOTÁ, D.C.
Nombre	DIANA CAROLINA DIAZ QUINTERO	**Empresa a Laborar**	
Cargo	DOCENTE	**Tipo de Examen**	PRE - INGRESO
CC	1014197374	**Sede**	POLO CLUB II
Fecha Ingreso	2022-01-12 06:31:05	**Fecha Salida**	2022-01-12 08:12:57
Fecha Nac.	1989-01-16	**Edad**	30 años
Estado civil	Soltero(a)	**Escolaridad**	Posgrado
Genero	Femenino	**N° hijos**	1
Raza	Mestizo	**Estrato**	3



Examen

AUDIOMETRIA DE TONOS PUROS AEREOS Y OSEOS CON ENMASCARAMIENTO [AUDIOMETRIA TONAL] — 954107

Otologicos

Otitis: NO	Descripción: NO REFIERE	Otalgia: NO	Descripción: NO REFIERE
Vértigo: NO	Descripción: NO REFIERE	Acúfenos: NO	Descripción: NO REFIERE
Otorrea: NO	Descripción: NO REFIERE	Otorragia: NO	Descripción: NO REFIERE
Prurito: NO	Descripción: NO REFIERE	Sensación de Oido Tapado: NO	Descripción: NO REFIERE
Tinnitus: NO	Descripción: NO REFIERE	Trastorno Auditivo: NO	Descripción: NO REFIERE
Reposo Auditivo: SI	Descripción: NO REFIERE	¿Usa ayuda auditiva?: NO	Descripción: NO REFIERE
Otros Otologicos: NO REFIERE			

Patológicos

Sinusitis: NO	Descripción: NO REFIERE	Rinitis: SI	Descripción: ALÉRGICA AL POLVO
Hipertension Arterial: NO	Descripción: NO REFIERE	Diabetes: NO	Descripción: NO REFIERE
Parotiditis: NO	Descripción: NO REFIERE	Sarampión: NO	Descripción: NO REFIERE
Rubeola: NO	Descripción: NO REFIERE	Alteración de Tiroides: NO	Descripción: NO REFIERE
Varicela: NO	Descripción: NO REFIERE	Otros Patológicos: NO REFIERE	

Traumáticos

Trauma Craneoencefálico: NO	Descripción: NO REFIERE	Trauma Directo: NO	Descripción: NO REFIERE
Trauma Acústico: NO	Descripción: NO REFIERE	Otros Traumáticos: NO	Descripción: NO REFIERE

Quirúrgicos

Cirugía Oído: NO	Descripción: NO REFIERE	Cirugía Garganta: NO	Descripción: NO REFIERE
Cirugía Nariz: NO	Descripción: NO REFIERE	Cirugía Cabeza y Cuello: NO	Descripción: NO REFIERE
Timpanoplastia: NO	Descripción: NO REFIERE	Otros Quirúrgicos: NO REFIERE	

Tóxicos y Fármacos

Medicamentos Ototoxicos: NO	Descripción: NO REFIERE	Fármacos: NO	Descripción: NO REFIERE
Tóxicos Industriales: NO	Descripción: NO REFIERE	Observaciones: NO REFIERE	

Antecedentes Laborales

Última Audiometría Realizada: De 0 a 6 meses	Resultado: Normal	Exposición a Ruido: NO	Elementos de Protección Auditiva: NO
Observaciones: NO REFIERE			

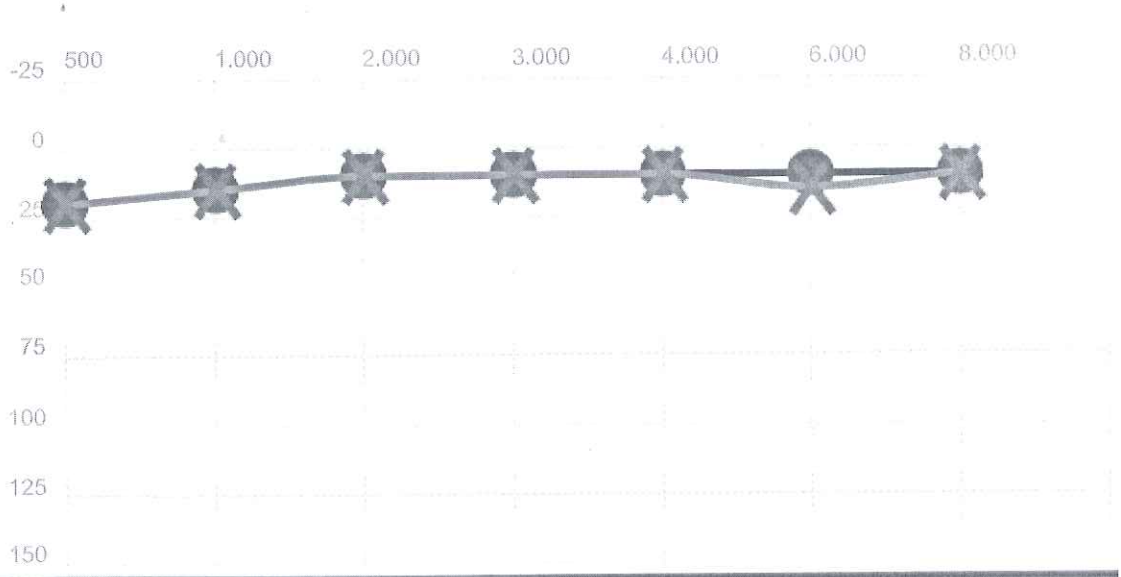
Antecedentes Extralaborales

Tejo: No Practica	Descripción: NO REFIERE	Polígono: No Practica	Descripción: NO REFIERE
Musica Alto Volumen: NO	Descripción: NO REFIERE	¿Usa Audífonos?: Ocasional	Descripción: UNA VEZ A LA SEMANA
Conduce moto: NO	Servicio Militar: NO	Exposición Ruido: NO	¿Cual?: NO REFIERE

OIDO DERECHO		OIDO IZQUIERDO	
Pabellon Auricular: Normal	Descripción: SIN HALLAZGOS	Pabellon Auricular: Normal	Descripción: SIN HALLAZGOS
Conductos Auditivos: Normal	Descripción: SIN HALLAZGOS	Conductos Auditivos: Normal	Descripción: SIN HALLAZGOS
Membrana Timpánica: Normal	Descripción: SIN HALLAZGOS	Membrana Timpánica: Normal	Descripción: SIN HALLAZGOS
Otro: SIN HALLAZGOS		Otro: SIN HALLAZGOS	

Gráfica Aérea

Frecuencias	
OD	OI
500	500
20	20
1000	1000
15	15
2000	2000
10	10
3000	3000
10	10
4000	4000
10	10
6000	6000
10	15
8000	8000
10	10
PTA OD	PTA OI
13.75	13.75



Audiograma

Audiograma anterior

500: 1000: 2000: 3000: 4000: 6000: 8000:

OD
Oi

Audiograma diferencia

500: 1000: 2000: 3000: 4000: 6000: 8000:

OD
OI

Audiograma Externa

Audiograma Externa

500: 1000: 2000: 3000: 4000: 6000: 8000:

OD
OI

Audiograma diferencia Externa

500: 1000: 2000: 3000: 4000: 6000: 8000:

OD
OI

Audiograma Diferencia

Audiometría Previa:

Cambio Significativo: NO

Observaciones: AUDICIÓN NORMAL BILATERAL (1)

Impresión Diagnostica

Diagnóstico Principal: EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION
Diagnóstico Interno: Audición Normal Bilateral
Diagnóstico Oido Izquierdo: AUDICIÓN NORMAL OI

CIE-10: Z011
Descripción del GATI-SO: AUDICIÓN NORMAL BILATERAL
Diagnóstico Oido Derecho: AUDICIÓN NORMAL OD

Recomendaciones

- Remisión ORL
- Conducir con Ventanas Cerradas
- Pruebas Complementarias
- Audiometria Confirmatoria
- Rotar Diadema Telefónica
- Certificado de ganancia auditiva
- Uso de Protección Auditivo

Recomendaciones: NO REFIERE

- Control Según PVE
- Limpieza Oido Derecho
- Limpieza de Oido Bilateral

Observaciones: SIN AUDIOMETRIA PREVIA

- Pausa Auditiva
- Limpieza Oido Izquierdo
- Reposo Auditivo Extralaboral

Equipo Calibración

Equipo Calibración:
Descripcion por confirmatoria: SIN AUDIOMETRÍA PREVIA

Serie Equipo:

Fecha Calibración:

Resultado: Normal

Consentimiento informado del trabajador

En calidad de paciente previamente informado (a) de forma libre y voluntaria autorizo al profesional de la salud quien firma abajo a realizar los exámenes ocupacionales. Y acepto que estos datos sean empleados para fines estrictamente citados en materia de salud ocupacional mediante la recolección, recaudo, almacenamiento, uso, circulación, procesamiento, actualización y disposición de los datos suministrados e incorporados en las bases de datos de Salud Ocupacional de los Andes Ltda. Además certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de los mismos es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.



Profesional ocupacional: Camila Andrea Tunjano Martinez
CC: 1030558379
Registro médico: 1030558379
Licencia N°: 10061



Firma del trabajador: DIANA CAROLINA DIAZ QUINTERO
CC: 1014197374

SALUD OCUPACIONAL DE LOS ANDES LTDA.
Código Prestador: 110010653705
Nit: 830029102-0
Dirección: Carrera 24 N° 85-23
Telefono: 4320260
Email: conceptos@soandes.co
SOA-FDS0-1 Rev 7 Enero 2017

Información General

No. ingreso 808399	**Fecha Impresión** 2022-01-12	**Empresa Contratante**	PARTICULARES
Nombre	DIANA CAROLINA DIAZ QUINTERO	**Empresa a Laborar**	
Cargo	DOCENTE	**Tipo de Examen**	PRE - INGRESO
CC	1014197374	**Sede**	POLO CLUB II
Fecha Ingreso	2022-01-12 06:21:46	**Fecha Salida**	2022-01-12 08:12:57



Examenes Complementarios

Paraclinicos

- Audiometría
- Psicotécnico Operativo
- Optometría
- EMO Pre Ingreso

Laboratorio Clínico

- Perfil Lipídico
- Cuadro Hemático III
- Glicemia

Vacunas

Certificación de Aptitud

Apto para Desempeñar Cargo

Concepto de acuerdo al énfasis

CARDIOVASCULAR	REALIZADO	ASINTOMATICA
OSTEOMUSCULAR	REALIZADO	

Recomendaciones Generales

- Control periódico ocupacional
- Hábitos nutricionales saludables
- Utilización de EPP Elementos de Protección personal de acuerdo al cargo
- Ejercicio regular 3 veces / semana

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

- **OSTEOMUSCULAR:** Pausas activas, ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas.
- **CUIDADO DE LA VOZ:** Educación en uso adecuado de la voz. Pautas de calentamiento y reposo vocal.

Recomendaciones Especificas Trabajador

EXAMEN FÍSICO SE REALIZA DENTRO DE LAS ESTRICTAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD./* EL PACIENTE NO PRESENTA SÍNTOMAS RESPIRATORIOS PARA COVID-19/* CONFORME A LA RESOLUCION 777 DE JUNIO DE 2021. ART. 5, ART. 6 EL TRABAJADOR PUEDE DESARROLLAR SU ACTIVIDAD LABORAL DE FORMA PRESENCIAL. SE RECOMIENDA ADHERIR A LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD VIGENTES IMPLEMENTADOS POR EL MINISTERIODE SALUD CON MOTIVO DE LA PANDEMIA/* HIGIENE POSTURAL (ALTERNAR POSTURA)/* PAUSAS ACTIVAS (DE ACUERDO A SG -SST DE LA EMPRESA)/* CUMPLIR NORMAS DE PREVENCIÓN DE COVID 19/* USO DE CORRECCIÓN VISUAL PERMANENTE

Recomendaciones Especificas Empresa

Incluir en programas de vigilancia de acuerdo a los riesgos laborales prioritarios para el cargo definidos en la matriz de riesgos de la empresa.

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD, TODO ES VERÍDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO

Se da a conocer al paciente los resultados de las pruebas o valoraciones complementarias y sus recomendaciones generadas como resultado de la evaluación médica ocupacional

Profesional: MAYARIS CECILIA PIZARRO BADILLO
CC: 22671937
Registro médico: 2885
Licencia N°: 11423 11/9/2015

Firma del trabajador: DIANA CAROLINA DIAZ QUINTERO
CC: 1014197374

Salud Ocupacional Los Andes

SALUD OCUPACIONAL DE LOS ANDES LTDA.
Código Prestador: 110010653705
Nit: 830029102-0
Dirección: Carrera 24 N° 85-23
Telefono: 4320260
Email: conceptos@soandes.co

Fecha de Impresión: 2022-01-12
Hora de Impresión: 08:44:41

Datos del Paciente

Identificación: 1014197374
Paciente: DIAZ QUINTERO DIANA CAROLINA
Fecha Nac: 1989-01-16
Sede: POLO CLUB II
Edad: 30 años
Teléfono: 5206971
Nombre del Cargo:DOCENTE

Nro de Ingreso: 808399
Fecha de Ingreso: 2022-01-12
Fecha toma: 2022-01-12
Fecha Res: 2022-01-12
Origen:PARTICULARES
Destino:

Dirección:Carrera 101 80 52



PERFIL LIPIDICO	Resultado	Referencia	Unidad	Observaciones	Profesional
COLESTEROL TOTAL	193	Optimo: Menor de 200 Límite alto: 200-239 Alto: Mayor a 240	mg/dl		ALIETH DEL ROCIO
TRIGLICERIDOS	120	Normal: Menor de 150 Levemente elevado: 150-199 Elevado: 200-499	mg/dl		
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD [HDL] INMUNOLÓGICO DIRECTO	38.9	Bajo: Menor de 40 Normal: 40 a 59 Alto: Mayor o igual 60	mg/dl		
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] INMUNOLÓGICO DIRECTO	130.1	Optimo: Menor de 100 Cercano al óptimo: 100-129 Limite alto: 130-159 Alto: 160-189 Muy alto: Mayor o igual a 190	mg/dl		
COLESTEROL MUY BAJA DENSIDAD VLDL	24	2,0-30,0	mg/dl		
TECNICA	.	ESPECTROFOTOMETRIA			

HEMOGRAMA III	Resultado	Referencia	Unidad	Observaciones	Profesional
RECUENTO GLOBULOS ROJOS	5.16	4,00-5,50	x10^6/mm^3		ALIETH DEL ROCIO
HEMOGLOBINA	11.8	12-17,4	g/dl		
HEMATOCRITO	35	36-52	%	*DATOCONFIRMADO	
V.C.M	63	76-96	fl		
H.C.M	20.9	27-32	pg		
C.C.M.H	33.2	30-35	g/dl		
RDW	16.6	12-14,5	%		
RECUENTO DE LEUCOCITOS	7.960	5000-10000	/mm^3		
NEUTROFILOS	51.2	50-75	%		
LINFOCITOS	39.9	25-40	%		
CELULAS MEDIAS (Monicitos, Eosinofilos, Básofilos)	8.9	3,0-10	%		
RECUENTO DE PLAQUETAS	405.000.	150000-450000	/mm^3		
TÉCNICA	.	IMPEDANCIA			

GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA-GLICEMIA	Resultado	Referencia	Unidad	Observaciones	Profesional
GLUCOSA EN SUERO	84	70 a 100	mg/dl		ALIETH DEL ROCIO
TÉCNICA: ESPECTROFOTOMETRIA	.	.			

Profesional: ALIETH DEL ROCIO CARO CARO

Alieth del Rocio Caro Caro

FIRMA DEL TRABAJADOR

C.C : 23496985 REGISTRO PROFESIONAL: 23496985

C.C : 1014197374

LICENCIA PROFESIONAL: N/A



Ir al inicio

RESULTADOS DEL CUESTIONARIO

Fecha: 12/01/2022
Hora: 07:34:18

Datos del Usuario			
Fecha	Nombres	Apellidos	Tip. Doc
2022-01-12	Diana Carolina	Diaz Quintero	C
Edad	Género	Cat. Licencia	Num. Doc
32	Femenino	A1	1014197374

Detalles del cuestionario			
Bloque	Resultados	Num. Preguntas	Calificación
Transtornos amnesicos y otros transtornos congnoscitivos	3	3	Aprobado
Control de impulsos	3	3	Aprobado
Transtorno limitrofe de la personalidad	3	3	Aprobado
Transtorno de personalidad por evitacion	3	3	Aprobado
Transtorno relacionado con sustancias	4	4	Aprobado
Esquizofrenia	3	3	Aprobado
Narcisista	3	3	Aprobado
Ansiedad	3	3	Aprobado
Paranoide	3	3	Aprobado
Transtornos del estado de ánimo	3	3	Aprobado
Dependiente	3	3	Aprobado
Esquizoide	3	3	Aprobado
Transtornos por comportamiento perturbador	3	3	Aprobado
Disociativa	3	3	Aprobado
Antisocial	3	3	Aprobado
Obsesivo Compulsivo	3	3	Aprobado
Transtornos del sueño	3	3	Aprobado
Histrionico	3	3	Aprobado
Adaptativo	3	3	Aprobado
Transtornos mentales debido a enfermedad médica	2	2	Aprobado
Transtornos del desarrollo intelectual	5	5	Aprobado

Observaciones
CUMPLE PARA EL CARGO SEGUN PRUEBA APLICADA

SALUD OCUPACIONAL DE LOS ANDES LTDA.
Código Prestador: 110010653705
Nit: 830029102-0
Dirección: Carrera 24 N° 85-23
Telefono: 4320260
Email: conceptos@soandes.co SOA-FDS0-1 Rev 7 Enero 2017

Información General

No. ingreso 808399	**Fecha Impresión** 2022-01-12	**Empresa Contratante**	PARTICULARES-BOGOTÁ, D.C.
Nombre	DIANA CAROLINA DIAZ QUINTERO	**Empresa a Laborar**	
Cargo	DOCENTE	**Tipo de Examen**	PRE - INGRESO
CC	1014197374	**Sede**	POLO CLUB II
Fecha Ingreso	2022-01-12 06:31:05	**Fecha Salida**	2022-01-12 08:12:57
Fecha Nac.	1989-01-16	**Edad**	30 años
Estado civil	Soltero(a)	**Escolaridad**	Posgrado
Genero	Femenino	**N° hijos**	1
Raza	Mestizo	**Estrato**	3



Examen

OPTOMETRIA 890207

Antecedentes Quirúrgicos

Refractiva | Catarata | Pterigion | Otra: | Observación:

Corrección Visual

Corrección Visual: SI | Permanente | Lejos | Cerca
Descanso | Lente de contacto | Último Examen: De 0 a 6 meses | Observaciones: NIEGA

Antecedentes Personales

Glaucoma: NO	Descripción: NO REFIERE	Cataratas: NO	Descripción: NO REFIERE
Rinitis: NO	Descripción: NO REFIERE	Trauma Ocular: NO	Descripción: NO REFIERE
Patología Visual: NO	Descripción: NO REFIERE	Hipertension: NO	Descripción: NO
Diabetes: NO	Descripción: NO REFIERE	Alteración Tiroides: NO	Descripción: NO REFIERE

Antecedentes Laborales

Iluminación Inadecuada | Cambios Temperatura | Usuario Computador | Mala ventilación
Radiación Ultravioleta | Gases o Humos Toxicos | Otros Antecedentes:

Sintomas

Fotofobia | Lagrimeo | Ardor | Cansancio
Dolor | Secreción | Ojo Rojo | Visión Borrosa
Visión Doble | Mala Visión Cercana | Mala Visión Lejana | Cefalea
Caspa en pestañas | Otros Síntomas:

Examen Externo

Parpados: NORMAL	Descripción: SIN HALLAZGOS	Conjuntivas: NORMAL	Descripción: SIN HALLAZGOS
Escleras: NORMAL	Descripción: SIN HALLAZGOS	Pupilas: NORMAL	Descripción: SIN HALLAZGOS
Córnea: NORMAL	Descripción: SIN HALLAZGOS	Observaciones:	

Lensometria

Ojo Derecho : -200-050X0 | Ojo Izquierdo : -200-050X25

Agudeza Visual

Ojo Izquierdo	20/400	20/25-	20/25-
Ambos Ojos	20/400	20/20	

Observaciones : NO

Ojo Izquierdo	20/20	0
Ambos Ojos	20/20	0

Observaciones : NO

Visión Cromática Estereopsis

Normal
Cromática (Test Ishihara) : NORMAL AMBOS OJOS
Profundidad (Test de Fly) : 40 seg arco
Observaciones : NO

Anormal
Cromática (Test Ishihara) :
Profundidad (Test de Fly) : Seleccione

Motilidad Ocular

Punto Proximo Convergencia (cm) : 7 | Cover Test Lejos : ORTHOFORIA | Cover Test Cerca : EOXOFIA

Ofalmoscopia

Ojo Derecho : Fondo de ojo aparentemente normal,Examen sin dilatación

Ojo Izquierdo : Fondo de ojo aparentemente normal,Examen sin dilatación

Retinoscopia

Ojo Derecho : -200-050X0

Ojo Izquierdo : -200-050X25

Queratometria

Ojo Derecho : 0

Ojo Izquierdo : 0

Estado de Corrección

Anormal_corregido

Diagnóstico

Diagnóstico Principal : ASTIGMATISMO	H522	Diagnóstico Relacionado 1 :	
Diagnóstico Relacionado 2 :		Diagnóstico Relacionado 3 :	
Diagnóstico Relacionado 4 :		Observaciones Diagnóstico : NO	

Corrección Óptica Final

O.D : -200-050X0	ADD+ : 0	AV : 20/25-	Distancia Pupilar : 60/62
O.I : |-200-050X25	ADD+ : 0	AV : 20/25-	Corrección Óptica Final : Permanente

Recomendaciones

☐ Usar corrección visual para trabajar	☐ Uso de filtro antirreflejo para video terminales	☐ Uso de lentes de protección solar	☐ Elementos de Protección individual Visual
☐ Pausas Activas Visuales	☐ Uso de corrección óptica para visión proxima	☐ Uso de corrección óptica de descanso	☐ Uso permanente de corrección óptica
☐ Lubricante Ocular	Observaciones : - USO DE CORRECCION PERMANENTE - REALIZAR DESCANSOS O PAUSAS ACTIVAS VISUALES SEGUN SU CARGO - USO DE FILTRO ULTRAVIOLETA Y/O ANTIRREFLEJO - USO DE LUBRICANTE OCULAR (LAGRIMAS ARTIFICIALES) - USO DE EPP VISUAL SEGUN CARGO QUE DESARROLLE - VALORACION ANUAL CON OPTOMETRIA		

Remisiones

☐ Valoración Oftalmologica	☐ Topografía Corneal	☐ Tratamiento Ortoptica	☐ Test de Farnsworth
☐ Realizar Prueba Ambulatoria	Otras Remisiones : NO	Observación : NO	

Controles

Anual

Resultado : Normal

Descripción de la observación general : - USO DE CORRECCION PERMANENTE - REALIZAR DESCANSOS O PAUSAS ACTIVAS VISUALES SEGUN SU CARGO - USO DE FILTRO ULTRAVIOLETA Y/O ANTIRREFLEJO - USO DE LUBRICANTE OCULAR (LAGRIMAS ARTIFICIALES) - USO DE EPP VISUAL SEGUN CARGO QUE DESARROLLE - VALORACION ANUAL CON OPTOMETRIA

Consentimiento informado del trabajador

En calidad de paciente previamente informado (a) de forma libre y voluntaria autorizo al profesional de la salud quien firma abajo a realizar los exámenes ocupacionales. Y acepto que estos datos sean empleados para fines estrictamente citados en materia de salud ocupacional mediante la recolección, recaudo, almacenamiento, uso, circulación, procesamiento, actualización y disposición de los datos suministrados e incorporados en las bases de datos de Salud Ocupacional de los Andes Ltda. Además certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de los mismos es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Profesional ocupacional: DIANA FERNANDA MILLAN GONZALEZ
CC: 1014184446
Registro médico: 3373
Licencia N°: 142 DE 05/01/2018

Firma del trabajador: DIANA CAROLINA DIAZ QUINTERO
CC: 1014197374

Certificado Digital de Vacunación Colombia

contra SARS-CoV-2 (Covid-19)

COVID-19 VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

Nombres y apellidos / Full name

DIANA CAROLINA DIAZ QUINTERO

Tipo de identificación / ID Type

CC

Número de identificación / ID Number

1014197374

Fecha nacimiento / Date of birth

16/01/1989

País nacimiento / Country of birth

CO-COLOMBIA

Número de contacto (celular) / Phone number

3177856365

Correo electrónico / e-mail

sandia2416@gmail.com

Datos de vacunación / Vaccination detail

Dosis / Dose number

Primera	Segunda	-

Lote / Vaccine Batch

FA5843	EY0585	-

Vacuna / Vaccine

PFIZER MANUFACTURING BELGIUM	PFIZER MANUFACTURING BELGIUM	-

Centro vacunador / Administering Center

CENTRO DE EXCELENCIA EN REHABILITACIÓN Y MEDICINA DEL…	CENTRO DE ATENCIÓN EN SALUD CAFAM FLORESTA	-

Fecha de aplicación / Date of Vaccination

01/06/2021	29/06/2021	-

País de vacunación / Country of Vaccination

CO-Colombia	CO-Colombia	-

Sello digital / Digital Stamp

RFGKWT7P2R57BWFENXLLSVPVAJ7DBPDJSTPAEBM5ADABDRL3UEQQ	J26EIPSPY65HOLIQU22VLMXHSNS24CBHAOHCJ5GTW3N77YYGT7QQ	-

Fecha de emisión del documento / Document issued

28/12/2021	28/12/2021	-

Línea de ayuda / Help line : 192 - soportemivacuna@minsalud.gov.co

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información PAIWEB del Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis de la vacuna contra el SARS-CoV-2 (Covid-19) aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página

Ver certificado en MiVacuna

The Ministry of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from PAIWEB, according to the Wide Program of Inmunization - PAI (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the SARS-CoV-2 (Covid-19) vaccine as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page

View certificate in MiVacuna

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
BOGOTA, D.C.	**BOGOTA**	**11**	**11-44-101188064**	**0**

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
24	**06**	**2022**	**28**	**06**	**2022**	**00:00**	**25**	**01**	**2023**	**23:59**	**EMISION ORIGINAL**

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN
	DIAZ QUINTERO, DIANA CAROLINA	**CC: 1014.197.374**

DIRECCIÓN:	CIUDAD:	TELÉFONO:
KR 101 NRO. 82 - 52 INT 3 APT 513	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	3155685635

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN
	SENA HOTELERIA TURISMO Y ALIMENTOS	**NIT: 899.999.034-1**

DIRECCIÓN:	CIUDAD:	TELÉFONO
CL 15 NRO. 31 - 42	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	5461600

ADICIONAL:

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. CO1.PCCNTR. 3498011 DE 2022 QUE TIENE POR OBJETO: CONTRATAR LA PRESTACION DE SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL DE UN INSTRUCTOR PARA IMPARTIR FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL Y ACTIVIDADES QUE SE DERIVEN DE ACUERDO CON LOS PROGRAMAS EN LOS DIFERENTES NIVELES DE FORMACION DE MANERA PRESENCIAL Y/O VIRTUAL DEL CENTRO NACIONAL DE HOTELERIA TURISMO Y ALIMENTOS Y SUS SUBSEDES.

SEGUN CESION CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. CO1.PCCNTR. 3498011 DE 2022, CONTRATANTE: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE – SENA CEDENTE: MARTHA CAROLINA CABALLERO CONTRERAS CESIONARIO: DIANA CAROLINA DIAZ QUINTERO.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	**28/06/2022**	**25/01/2023**	**$2,503,050.00**

ACLARACIONES

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******20,000.00	$ *******8,000.00	$ *******5,320.00	$ ***********33,320.00	$ ********2,503,050.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
MARCELO ALBERTO DAZA RAMOS	19869	100.00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 13 NO 96-60/74 - TELEFONO: 2180903 - BOGOTA, D.C.

11-44-101188064

FIRMA AUTORIZADA: Gabriela A. Zarante B. - Secretaria General

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA