SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES**
**REGIONAL ATLÁNTICO**
**CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS- ATLÁNTICO**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **8** |
| **Código Centro** | **930210** |
| **Fecha Elaboración** | **31 de Julio de 2023** |
| **Versión** | **ENERO 2023 - 1,23** |
| **ID de Proceso** | **15361-611067** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | PAULA ANDREA CARRILLO BARRIOS | **C.C.** | 1.140.864.059 | **IP/Nº de contacto** | 3013185694 |
| **Correo electrónico contratista:** | pacarrillo75@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 ?** NO

**Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000:** NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 77172318226

**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:** 5154296/2023 **Nº Compromiso SIIF** **114923**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Valor Total del Contrato** | $ 19.126.667 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 19.126.667 | **1** | **Del** | **19/07/2023** | **Al** | **31/07/2023** | **$ 1.520.000,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 17.606.667 | | Legalización comisiones del periodo | | | $ 0,00 | |

**OBJETO CONTRACTUAL:**
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: CARÁCTER TEMPORAL FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, EN FORMACION REGULAR TITULADA Y COMPLEMENTARI PROGRAMA FORMACIÓN GESTIÓN DE MERCADOS RADICADO 08-9-2023-017156 ...PZO 19/12/2023

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 1.520.000 | | 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** | **$ 1.520.000** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 773.475** | | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | Julio | Junio |
|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | ---------- | **9452895970** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.160.000 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 145.000 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 185.600 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL I | $ 6.100 | $ 0 |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 380.000 | $ - | |
| 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 | $ 152.000 | |
| Salud hasta $ 678.592 | $ - | |
| Renta Exenta 25% $ 2.792.123 | $ 257.825 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 773.475,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 1.189.400,00 | |
| 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 | 11.894,00 | 1,000% |
| - | 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** | **$1.508.106,00** | |

**SON: UN MILLÓN QUINIENTOS OCHO MIL CIENTO SEIS PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Instructor: Prestar Servicios Personales Carácter Temporal Para La Formación Profesional Integral, En FORMACION REGULAR TITULADA Y COMPLEMENTARIA Para el Programa Formación GESTIÓN DE MERCADOS.

FICHAS: 2695402 - 2673865 - 2610914 - 2539248 - 2539243

TIPO DE CUENTA: AHORRO
BANCOLOMBIA
NO.77172318226

**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.

**PAULA ANDREA CARRILLO BARRIOS**
**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,

**LINDA EVELIN PICHON RONCALLO**
**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**

**ELIZABETH TUBERQUIA VANEGAS**

**SUBDIRECTORA DE CENTRO G02**

# Comprobante

de pago en línea

## APORTES EN LINEA

**Pago realizado por:** PAULA ANDREA CARRILLO BARRIOS

**Nro. de recibo:** 9452895970

**Descripción del pago:** Pago de la Planilla de aportes con clave: 9452895970

**Identificación del contribuyente:** 192.168.12.180

**Concepto:** CC

**Razón Social:** 1140864059

**Fecha y hora de la transacción:** Lunes 17 de Julio de 2023 12:21:26 PM

**Nro. de comprobante:** 0000093916

**Valor pagado:** $ 441,200.00

**Producto:** *******8226

**Bancolombia S.A.**

Comuníquese con nuestra Sucursal Telefónica Bancolombia: Bogotá 343 0000 - Medellín 510 9000 - Cali 554 0505 - Barranquilla 361 8888 - Cartagena 693 4400 - Bucaramanga 697 2525 - Pereira 340 1213 - El resto del país 01 800 09 12345 - Sucursales Telefónicas en el exterior: España 900 995 717 - Estados Unidos 1866 379 9714, en caso de recibir una alerta o notificación de una transacción que presenta alguna irregularidad.

Bancolombia nunca le solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com

aportes en línea

# Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1140864059 | | CARRILLO BARRIOS PAULA ANDREA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | Calle 64 # 43-53 Apto 101B | BARRANQUILLA-ATLANTICO | 3851045 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2023-06 | 2023-06 | 51127768 | 9452895970 | I | 2023/07/17 | 2023/07/17 | BANCOLOMBIA | 0 | $441,200 |

**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)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $1,520,000 | $243,200 | | | $1,520,000 | $190,000 | | | $0 | $0 | | | $1,520,000 | | $8,000 | | $0 | $0 | | $441,200 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $1,520,000 | $243,200 | | | $1,520,000 | $190,000 | | | $0 | $0 | | | $1,520,000 | | $8,000 | | $0 | $0 | | $441,200 |
| Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO (1 Afiliados) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $1,520,000 | $243,200 | | | $1,520,000 | $190,000 | | | $0 | $0 | | | $1,520,000 | | $8,000 | | $0 | $0 | | $441,200 |
| 1 | CC | 1140864059 CARRILLO PAULA | | | | | | | | | | | | | | | | | | 23100 1 | 30 | $1,520,000 | $243,200 | EPS010 | 30 | $1,520,000 | $190,000 | | 0 | $0 | $0 | 14-23 | 30 | $1,520,000 | 0.522% | $8,000 | 0 | $0 | $0 | No | $441,200 |
| **Total** | | **Afiliados( 1)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $1,520,000 | $243,200 | | | $1,520,000 | $190,000 | | | $0 | $0 | | | $1,520,000 | | $8,000 | | $0 | $0 | | $441,200 |


DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1140864059 | | CARRILLO BARRIOS PAULA ANDREA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | Calle 64 # 43-53 Apto 101B | BARRANQUILLA-ATLANTICO | 3851045 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2023-06 | 2023-06 | 51127768 | 9452895970 | I | 2023/07/17 | 2023/07/17 | BANCOLOMBIA | 0 | $441,200 |


**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $243,200 | $0 | $0 | $243,200 |
| COLFONDOS | 231001 | 800,227,940 | 6 | 1 | $243,200 | $0 | $0 | $243,200 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $8,000 | $0 | $0 | $8,000 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $8,000 | $0 | $0 | $8,000 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $190,000 | $0 | $0 | $190,000 |
| EPS SURA (ANTES SUSALUD) | EPS010 | 800,088,702 | 2 | 1 | $190,000 | $0 | $0 | $190,000 |
| TOTAL | | | | 1 | $441,200 | $0 | $0 | $441,200 |

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

# Formulario del Registro Único Tributario
## Hoja Principal

MUISCA Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14636162990

(415)7707212489984(8020) 000001463616299 0

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT): | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 1 4 0 8 6 4 0 5 9 | 0 | Impuestos de Barranquilla 2 | |

## IDENTIFICACION

| 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 4 0 8 6 4 0 5 9 | 2 0 1 1 1 0 2 5 |

| Lugar de expedición / 28. País: | 29. Departamento: | 30. Ciudad/Municipio: |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Atlántico 0 8 | Barranquilla 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| CARRILLO | BARRIOS | PAULA | ANDREA |

35. Razón social:

36. Nombre comercial: 37. Sigla:

## UBICACIÓN

| 38. País: | 39. Departamento: | 40. Ciudad/Municipio: |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Atlántico 0 8 | Barranquilla 0 0 1 |

41. Dirección principal: CL 50 13 B 31

| 42. Correo electrónico: | 43. Código postal | 44. Teléfono 1: | 45. Teléfono 2: |
|---|---|---|---|
| paucarrib@gmail.com | | 3 0 1 3 1 8 5 6 9 4 | 3 0 1 7 4 9 5 2 8 1 |

## CLASIFICACION

### 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 1 7 0 7 2 9 | | | | | | |

### 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

49 - No responsable de IVA

### Obligados aduaneros

| 54. Código: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | |
| | 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: 2 0 1 9 0 7 2 2

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: Paula Carrillo B

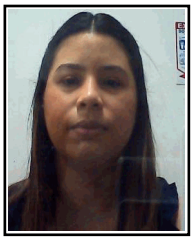
984. Nombre: CARRILLO BARRIOS PAULA ANDREA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 22-07-2019 03:14:04PM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL S.A.S.
COLABORADORES SANOS, EMPRESAS MÁS PRODUCTIVAS
Dirección: Cra 49 N° 74-77 Barranquilla - Colombia Sitio web: www.ssobq.com
Tel: (5) 360 3103 Cel: (313) 546 4664
SC 7231-1



# CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

**N° 61.285**

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 23 DÍA | 01 MES | 2021 AÑO | BARRANQUILLA (ATLÁNTICO, COLOMBIA) Ciudad | EVALUACION OCUPACIONAL INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR |

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL COLABORADOR O ASPIRANTE

| PARTICULAR | SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA) |
|---|---|
| Empresa contratante | Empresa en misión |

DATOS DEL COLABORADOR / ASPIRANTE (Tipo de documento de identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

| Apellidos y nombres | Género | Edad | Documento de identificación | |
|---|---|---|---|---|
| CARRILLO BARRIOS PAULA ANDREA | FEMENINO | 27 AÑOS | CC (Tipo) | 1140864059 (Número) |

| Cargo | Peso | Talla |
|---|---|---|
| INSTRUCTORA DE INGLES | 77,70 kg | 157 cm |

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO**

Observaciones: *NO APLICA*

| N/A | NO SE EVALUARON REQUISITOS DE SALUD (alturas, espacios confinados, manipular alimentos) |
|---|---|

| RESTRICCIONES LABORALES | TIPO | RECOMENDACIONES |
|---|---|---|
| SIN RESTRICCIONES LABORALES | NO APLICA | NO APLICA |

**El concepto de aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:**

| | | | |
|---|---|---|---|
| AUDIOMETRIA VIA AEREA | ✓ | OPTOMETRIA GENERAL | ✓ |
| ELECTROCARDIOGRAMA | ✓ | PERFIL LIPIDICO | ✓ |
| EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR | ✓ | VALORACIÓN PSICOLÓGICA MENTAL - SOCIAL | ✓ |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| USAR CORRECCIÓN VISUAL | USO DE EPP | HABITOS SALUDABLES |
| EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | CONTROL DE PESO : EN PYP POR ESP |
| AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO | | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA |
| VALORACIÓN POR EPS : VALORACION POR NUTRICION EPS | | HACER DEPORTE |
| | | DIETA BALANCEADA |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

CERTIFICO QUE EL TRABAJADOR ACTUALMENTE NO PADECE NINGUNA ENFERMEDAD CRONICA O CONDICION DE SALUD QUE SE CATALOGUE COMO DE ALTO RIESGO Y CLASIFICA COMO PERSONA NO VULNERABLE SEGÚN LO DISPUESTO EN LA RESOLUCION 666 DE 2020 Y LA CIRCULAR 30 DEL 8 DE MAYO DE 2020.
SE EMITEN LAS SIGUIENTES RECOMENDACIONES:
USO DE TAPABOCAS,
SEGUIR MEDIDAS DE DISTANCIAMIENTO SOCIAL
LAVADO DE MANOS CADA 3HORAS POR 20 SEG COMO MINIMO

Consentimiento informado del aspirante o colaborador: autorizo de manera voluntaria que el talento humano en salud de SSO IPS Servicios de Salud Ocupacional S.A.S. me realice examen médico ocupacional y/o pruebas complementarias. Me han explicado la naturaleza y propósito de los exámenes médicos y/o pruebas complementarias. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y los riesgos de estos a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de estos exámenes y/o pruebas complementarias es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico que la información que he suministrado es verdadera y completa. Acepto: las medidas para la protección de mis datos personales de acuerdo a la ley estatutaria 1581 de 2012, y, las medidas para el manejo y contenido de mi historia clínica de acuerdo con la resolución 1995 de 1999 y resolución 2346 de 2007. Autorizo a SSO para que suministre a las personas o entidades contempladas en la normativa vigente la información registrada en este documento para el cumplimiento de los estándares mínimos del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo de acorde a la resolución 0312 de 2019, adicionalmente para que remitan la historia clínica a la EPS a la cual me encuentro afiliado. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

## Médico

**Firma:**




**Nombre:** CASTRO NIÑO ANA KARINA

**R. M.:** 5295 **L.S.O.:** 07130/2015

**Código de Seguridad**

**F493L1R61285**

## Aspirante o colaborador

**Firma:**



**Nombre:** CARRILLO BARRIOS PAULA ANDREA

**CC:** 1140864059

SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL S.A.S.
COLABORADORES SANOS, EMPRESAS MÁS PRODUCTIVAS
Dirección: Cra 49 N° 74-77 Barranquilla - Colombia Sitio web: www.ssobq.com
Tel: (5) 360 3103 Cel: (313) 546 4664
SC 7231-1



# EXAMEN DE OPTOMETRIA GENERAL

## DATOS PERSONALES

**Atención Nº: 39,791**

**Fecha:** 23/01/2021 **Municipio:** BARRANQUILLA (ATLÁNTICO, COLOMBIA) **CC:** 1140864059 **Nombre:** CARRILLO BARRIOS PAULA ANDREA
**Fecha de Nacimiento:** 21/10/1993 **Edad:** 27 AÑOS 3 **Dirección y Municipio:** CALLE 50 N 13 B - 31 BARRANQUILLA (ATLÁNTICO, COLOMBIA)
**Teléfono:** 3013185694 **Genero:** FEMENINO **Eps:** SURA **Régimen:**
**Profesión o Cargo:** INSTRUCTORA DE INGLES **Empresa:** SENA
**Tipo Evaluación Medica:** EVALUACION OCUPACIONAL INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR **F. Último Examen:** HACE 1 AÑO
**Lugar del Último Examen:** NO RECUERDA **Motivo Consulta:** EXAMEN DE INGRESO
**Visiómetro:** NO APLICA **Fecha de la Última Calibración:** 07/11/2019
**Nombre del Acudiente:** **Parentesco:** **Teléfono:**

## ANTECENDENTES VISUALES

| | |
|---|---|
| ANTECEDENTES FAMILIARES | NIEGA |
| ANTECEDENTES PERSONALES | NIEGA |
| ANTECENDENTES OCUPACIONALES | NIEGA |
| EXPOSICIÓN LABORAL VISUAL | |
| LENTES DE CONTACTO | NO USA |
| MULTIFOCAL | NO |
| TIPO DE USO | NO APLICA |
| TRAE RX | NO |
| ÚLTIMO DIAGNÓSTICO | |
| USA ANTEOJOS | NO USA |

## PRUEBAS REALIZADAS

### SINTOMATOLOGÍA

ASINTOMÁTICO

| AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN | | AV/VL | AV/VP | PH | AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN | AV/VL | AV/VP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| O.D: | NO APLICA | 20/ 30 | 20/ 20 | N/A | NO APLICA | N/A | N/A |
| O.I: | NO APLICA | 20/ 30 | 20/ 20 | N/A | NO APLICA | N/A | N/A |
| A.O: | NO APLICA | 20/ 25 | 20/ 20 | N/A | NO APLICA | N/A | N/A |

### EXAMEN EXTERNO

OJO DERECHO: **NORMAL**
OJO IZQUIERDO: **NORMAL**

### REFLEJOS

OBSERVACIÓN: **PRESENTES Y NORMALES**

### COVER TEST

VISIÓN LEJANA: **NORMAL**
VISIÓN PROXIMA: **NORMAL**

### MOTILIDAD OCULAR

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

### PUNTO PRÓXIMO DE CONVERGENCIA

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

### OFTALMOSCOPÍA

OJO DERECHO: **FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL**
OJO IZQUIERDO: **FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL**

### REFRACCIÓN

OJO IZQUIERDO
OJO DERECHO

**RX FINAL**

OJO DERECHO

OJO IZQUIERDO

**VISIÓN COLOR**

OJO IZQUIERDO: **NORMAL**

OJO DERECHO: **NORMAL**

**ESTEREOPSIS**

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

| CÓDIGO | DIAGNÓSTICO | OJO | ORIGEN | TIPO |
|---|---|---|---|---|
| H522 | ASTIGMATISMO | AMBOS | COMÚN | 1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA |

**REMISIONES**

VALORACIÓN POR OPTOMETRÍA

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:**




**Firma:**

**Nombre:** SANCHEZ ARRIETA ILIANYS MARIA

**R. M.:** 1143261187 **L.S.O.:** NA

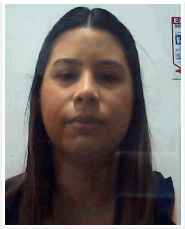


**Firma:**

**Nombre:** CARRILLO BARRIOS PAULA ANDREA

**CC:** 1140864059

SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL S.A.S.
COLABORADORES SANOS, EMPRESAS MÁS PRODUCTIVAS
Dirección: Cra 49 N° 74-77 Barranquilla - Colombia Sitio web: www.ssobq.com
Tel: (5) 360 3103 Cel: (313) 546 4664
SC 7231-1



# AUDIOMETRIA

**DATOS PERSONALES** — **Atención N°: 29786**

**Fecha:** 23/01/2021 **Ciudad:** BARRANQUILLA (ATLÁNTICO, COLOMBIA)
**Tipo Exámen:** EVALUACION OCUPACIONAL INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR **Empresa:** SENA
**CC:** 1140864059 **Nombre:** CARRILLO BARRIOS PAULA ANDREA **Fecha Nacimiento:** 21/10/1993 **Edad:** 27 AÑOS 3 M
**Dirección y Municipio:** CALLE 50 N 13 B - 31 BARRANQUILLA (ATLÁNTICO, COLOMBIA) **Teléfono:** 3013185694 **Genero:** FEMENINO
**Eps:** SURA **Régimen:** **Ocupacion:** INSTRUCTORA DE INGLES
**Nombre del Acudiente:** **Parentesco:** **Teléfono:**

**ANTECENDENTES AUDITIVOS LABORALES**

| Empresa | Cargo | Tipo de Proteccion | Tolerancia | Años | Meses |
|---|---|---|---|---|---|
| NO REFIERE | NO REFIERE | NINGUNA | NO APLICA | 0 | 0 |

**ANTECEDENTES FAMILIARES**

| Antecedente en | Observación | Antecedente en | Observación |
|---|---|---|---|
| OTITIS | NO REFIERE | HIPOACUSIA SUBJETIVA | NO REFIERE |
| TRAUMA | NO REFIERE | ACÚFENOS | NO REFIERE |
| CIRUGÍA | NO REFIERE | OTROS | |
| INGESTA OTOTÓXICOS | NO REFIERE | OBSERVACIONES | SIN OBSERVACIONES |

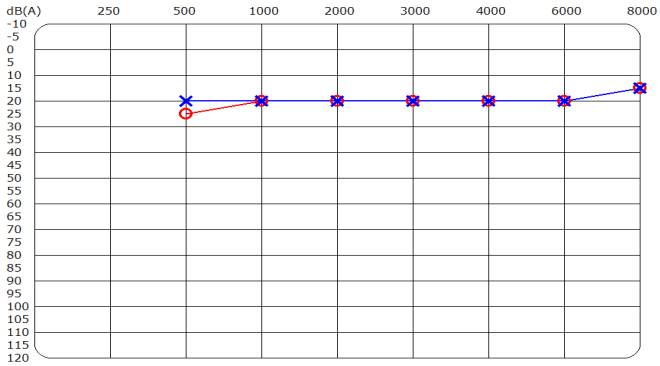
**EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL**

| Antecedente en | Observación | Antecedente en | Observación |
|---|---|---|---|
| TEJO | NO REFIERE | POLÍGONO | NO REFIERE |
| MOTO | NO REFIERE | AUDÍFONOS | NO REFIERE |
| DISCOTECA | NO REFIERE | OTRO | |
| SERVICIO MILITAR | NO REFIERE | | |

**CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA**

**Descanso auditivo(Horas) :** 12 Hora(s) **Realizó re test:** SI **Uso Cabina Sonoamortiguada:** SI
**Marca y Referencia audiometró utilizado:** MAICO MA41 **F. Ultima Calibración:** 2020-07-14

O : Vía aérea del OD
X : Vía aérea del OI
< : Vía ósea del OD (sin enmascarar OI)
> : Vía ósea del OI (sin enmascarar OD)




**OTOSCOPIA**

**Oído derecho:** NO APLICA
**Oído izquierdo:** NO APLICA

| dB(A) | 250 | 500 | 1000 | 2000 | 3000 | 4000 | 6000 | 8000 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| VAOD | | 25 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 15 |
| VAOI | | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 15 |

| Código | Nombre del Diagnóstico | Oido | Origen | Tipo |
|---|---|---|---|---|
| Z011 | EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION | AMBOS | COMÚN | 1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA |

**Observaciones del Diagnóstico**

AUDICION NORMAL BILATERAL

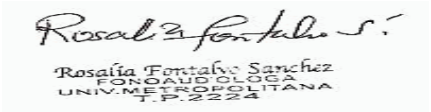
**Nombre del Diagnóstico**

NO HAY DIAGNÓSTICOS AUDITIVOS EN ESTA ATENCIÓN

| RECOMENDACION | OBSERVACION |
|---|---|
| CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO | |

**Observaciones**

**FONOAUDIÓLOGO**

**Firma:** 


**Nombre:** FONTALVO SANCHEZ ROSALIA

**R. M.:** 1140895459 **L.S.O.:**

**TRABAJADOR**

**Firma:** 

**Nombre:** CARRILLO BARRIOS PAULA ANDREA

**CC** 1140864059

# INFORME PSICOTÉCNICO

## 1. Información general

El presente informe psicotécnico tiene como objetivo presentar una evaluación de las capacidades laborales y psicológicas que posee una persona para desempeñarse en un puesto de trabajo determinado. Cabe aclarar que esta **no** es una valoración clínica, sino que se valoran algunas variables relacionadas con rasgos de la personalidad para determinar si las habilidades de la persona se adecuan a las funciones del puesto de trabajo.

Tabla 1
*Datos generales*

| **Ficha técnica** | |
|---|---|
| **Nombre del evaluado:** | PAULA ANDREA CARRILLO BARIOS |
| **Número de identificación:** | 1140864059 |
| **Edad:** | 27 AÑOS |
| **Fecha de nacimiento:** | 1993/10/21 |
| **Cargo:** | INSTRUCTORA DE INGLES |
| **Empresa:** | PARTICULAR |
| **Fecha del informe:** | 23/01/2021 |
| **Pruebas aplicadas:** | DISC, Test de descubrimiento de la personalidad. |
| **Enfoque de la prueba:** | Valoración mental-social. |

1. **Interpretación de resultados**

Paula tiene 27 años, vive en unión libre con el señor Carlos de 30 años, quien es docente, de esta unión nace su hija Emma de 2 años. La evaluada se describe a sí misma como una persona "comunicativa" y "amorosa" señala que su aspecto a mejorar es ser "impaciente".

Después de verificar las pruebas, se describe a la evaluada como una persona centrada en su contexto actual, demuestra seguridad y confianza de sí misma, sabe manejar las dificultades y presiones del trabajo diario, es conocedora de sus emociones, siendo capaz de regularlas en una situación dada, además posee alto nivel de auto-control percibido y reflejado. A nivel laboral demuestra ser organizada, tiende a mantener buenos hábitos de trabajo, en su forma de operar muestra firmeza y tiene la capacidad de cumplir con los objetivos o metas organizacionales. A nivel personal demuestra ser una persona paciente y dispuesta con todo lo que se propone, sus principales habilidades en la organización son ser: Razonable, metódica, cuidadosa y considerada. Finalmente, acepta, valora las reglas, directrices y muestra capacidad para responder bien a las ideas y sugerencias de las otras personas.

2. **Concepto final:**

Sus factores de personalidad, estado de conciencia y características sociales, permiten al evaluado, cumplir con los objetivos empresariales y desempeñar una ejecución favorable de su cargo.

**Firma:**

Jesús Donado

**Jesús David Donado**
Psicólogo
T.P. 161.626

SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL S.A.S.
NIT. 802.022.218-2

SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL S.A.S.
COLABORADORES SANOS, EMPRESAS MÁS PRODUCTIVAS
Dirección: Cra 49 N° 74-77 Barranquilla - Colombia Sitio web: www.ssobq.com
Tel: (5) 360 3103 Cel: (313) 546 4664

SC 7231-1



# RESULTADO DEL LABORATORIO CLÍNICO

**DATOS PERSONALES**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Lugar del Examen:** | BARRANQUILLA (ATLÁNTICO, COLOMBIA) | | | **Fecha:** | 23/01/2021 |
| **Número de Identificación:** | 1140864059 | **Nombre:** | CARRILLO BARRIOS PAULA ANDREA | **Genero:** | FEMENINO |
| **Fecha de Nacimiento:** | 21/10/1993 | **Edad:** | 27 AÑOS 3 MESES 2 DÍAS | **Estado Civil:** | UNIÓN LIBRE |

**RESULTADO DE PERFIL LIPIDICO**

| NOMBRE DE ANALISIS | RESULTADO | UNIDADES | VALORES DE REFERENCIA |
|---|---|---|---|
| Colesterol total | 148 | mg/dl | Bajo: menor de 200.<br>Moderado: 200-239.<br>Alto: Mayor de 240. |
| Colesterol de alta densidad (HDL): | 40 | mg/dl | Bajo: menor de 40<br>Alto: mayor de 60. |
| Colesterol de muy baja densidad (VLDL): | 36 | mg/dl | entre 2 y 30 mg/dl |
| Colesterol de baja densidad (LDL) | 72 | mg/dl | Optimo:Menor de:100<br>Cerca de lo Optimo: 100-129<br>Alto limite: 130-159.<br>Alto: 160-189<br>Muy alto: Mayor de 190. |
| Triglicéridos | 180 | mg/dl | Normal: menor de 150.<br>Alto Limite: 150-190.<br>Alto: 200-499.<br>Muy alto: Mayor de 500 |

| OBSERVACIONES: | |
|---|---|

| | |
|---|---|
| | |

**Bacteriólogo**

**Firma:**




**Nombre:** MUÑOZ REDONDO CARMEN LUCIA

**RM:** 519

**Paciente**

**Firma:**



**Nombre:** CARRILLO BARRIOS PAULA ANDREA

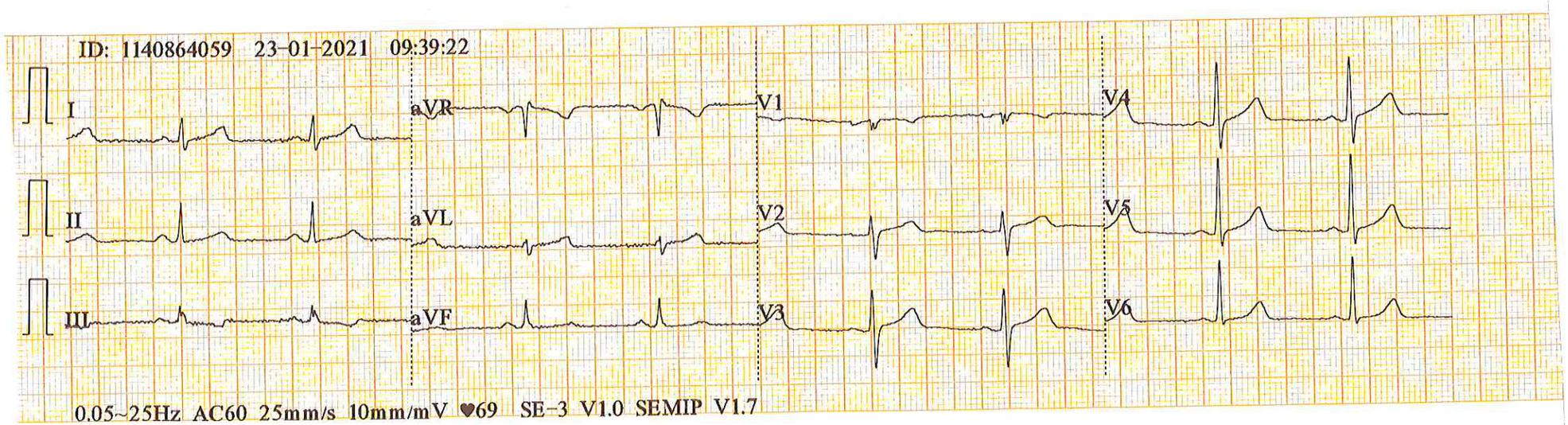
**CC:** 1140864059

ID: 1140864059
paula carrillo
Femenino / mmHg
27Años
cm kg

Información de Diagnostico:
Ritmo del sino
***ECG Normal***

| | | |
|---|---|---|
| FC | : 68 | bpm |
| P | : 112 | ms |
| PR | : 150 | ms |
| QRS | : 80 | ms |
| QT/QTc | : 402/430 | ms |
| P/QRS/T | : 68/72/26 | ° |
| RV5/SV1 | : 1.352/0.161 | mV |

Informe confirm por:



## Hace constar:

Que el Sr(a) PAULA ANDREA CARRILLO BARRIOS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1140864059 realizó el día 24/07/2023 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 PAULA ANDREA CARRILLO BARRIOS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1140864059 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 -

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

## Hace constar:

Que el Sr(a) PAULA ANDREA CARRILLO BARRIOS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1140864059 realizó el día 24/07/2023 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) PAULA ANDREA CARRILLO BARRIOS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1140864059 realizó el día 24/07/2023 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) PAULA ANDREA CARRILLO BARRIOS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1140864059 realizó el día 24/07/2023 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 -

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

# Hace constar:

Que el Sr(a) PAULA ANDREA CARRILLO BARRIOS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1140864059 el día 24/07/2023 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

La presente constancia tiene validez al interior de la entidad, en la generación de una cultura institucional incluyente, como acción afirmativa para promover acciones integrales y accesibles para las Personas con Discapacidad, de acuerdo con lo contenido en la Resolución 1726 de 2014, mediante la cual el SENA adopta su Política Institucional para la atención de personas con discapacidad.

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

## POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

## HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A**, se identificó que **PAULA ANDREA CARRILLO BARRIOS** con **CC** No. **1140864059**, 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:** 19/07/2023<br>**Estado Afiliación:** ACTIVO<br>**Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE<br>**Fecha de inicio de Contrato:** 19/07/2023<br>**Fecha fin de Contrato:** 19/12/2023<br>**Clase de Riesgo:** 1<br>**Cargo :** INSTRUCTOR<br>**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): 202301017342191.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 19 días del mes de julio 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)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que PAULA ANDREA CARRILLO BARRIOS identificado(a) con CC 1140864059, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

| Producto | No. Producto | Fecha Apertura | Estado |
|---|---|---|---|
| CUENTA DE AHORROS | 77172318226 | 2017/02/10 | 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

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

EPS

sura

# CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

**EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A** en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

## CERTIFICA

Que **PAULA ANDREA CARRILLO BARRIOS** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **1140864059** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

| | |
|---|---|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 1140864059 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | PAULA ANDREA CARRILLO BARRIOS |
| TIPO DE AFILIADO | TITULAR |
| PARENTESCO | TITULAR |
| ESTADO DE AFILIACIÓN | TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL |
| CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN | COBERTURA INTEGRAL |
| FECHA DE INGRESO A EPS SURA | 06/02/2018 |
| FECHA RETIRO EPS SURA | ACTIVO(A) |
| SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA | 326 |
| SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO | 47 |

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
**Fecha de generación:** **17/02/2023**

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

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) PAULA ANDREA CARRILLO BARRIOS identificado(a) con C.C No. 1.140.864.059, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 17 de febrero del 2023.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción contáctanos, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 7484888, Barranquilla 386 9888, Bucaramanga 698 5888, Cali 489 9888, Cartagena 694 9888, Medellín 604 2888 y en el resto del país 604 2888.

Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

seguros mundial®
tu compañía siempre

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

**Código de Seguridad:** 0BlZ1XoqqJZoVW6YAJhJcA==


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


**POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO**

**ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082**

**VERSIÓN CLAUSULADO 06-04-2021-1317-P-05-PPSUS2R000000059-D00I**

| No. PÓLIZA | BQ-100072436 | No. ANEXO | 0 | No. CERTIFICADO | 28342931 | No. RIESGO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO DE DOCUMENTO | | FECHA DE EXPEDICIÓN | 18/07/2023 | SUC. EXPEDIDORA | BARRANQUILLA | | |

| VIGENCIA DESDE | | VIGENCIA HASTA | | DÍAS | VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE | | VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 00:00 Horas Del | 19/07/2023 | 24:00 Horas Del | 19/04/2024 | | N/A | N/A | N/A | N/A |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **TOMADOR** | CARRILLO BARRIOS, PAULA ANDREA | **No. DOC. IDENTIDAD** | 1.140.864.059 |
| **DIRECCIÓN** | CALLE 50 13B 31 | **TELÉFONO** | 3013185694 |
| **ASEGURADO** | SERVICION NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA | **No. DOC. IDENTIDAD** | 899.999.034-1 |
| **DIRECCIÓN** | SENA REGIONAL ATLANTICO CRA. 43 NO 42-40 | **TELÉFONO** | 6053851285 |
| **BENEFICIARIO** | SERVICION NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA | **No. DOC. IDENTIDAD** | 899.999.034-1 |
| **DIRECCIÓN** | SENA REGIONAL ATLANTICO CRA. 43 NO 42-40 | **TELÉFONO** | 6053851285 |

## OBJETO DE CONTRATO

GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No.CO1.PCCNTR.5154296 , CUYO OBJETO ES

PRESTAR SERVICIOS PERSONALES CARÁCTER TEMPORAL PARA LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, EN FORMACION REGULAR TITULADA Y COMPLEMENTARIAPARA EL PROGRAMA FORMACIÓN GESTIÓN DE MERCADOS

| NOMBRE DEL AMPARO | VIGENCIA DESDE | VIGENCIA HASTA | SUMA ASEGURADA$ | VALOR PRIMA$ |
|---|---|---|---|---|
| CUMPLIMIENTO | 00:00 Horas Del 19/07/2023 | 24:00 Horas Del 19/04/2024 | 1.912.666,70 | 20.000,00 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | **TOTAL ASEGURADO** | $ 1.912.666,70 | |

| INTERMEDIARIOS | TIPO | % PARTICIPACIÓN |
|---|---|---|
| JENNIFER MARIA ZAMORA SCHETTINI | AGENTES | 100,00 |
| | | |

**DISTRIBUCIÓN COASEGURO**

| COMPAÑÍA | TIPO COASEGURO | PÓLIZA LÍDER | CERTIF. LÍDER | % PARTICIPACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |

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

| | |
|---|---|
| **CONVENIO DE PAGO** | DIRECTO EFECTIVO, Fecha de Pago: 19/07/2023 |

## CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

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

CONSULTA LA AUTENTICIDAD DE ESTA POLIZA INGRESANDO A PRODUCTOS.MUNDIALSEGUROS.COM.CO, DIGITA EL NÚMERO DEL CERTIFICADO QUE ENCUENTRAS EN LA PARTE SUPERIOR DE ESTE DOCUMENTO Y VIVE LA EXPERIENCIA DE ESTAR ASEGURADO CON EL RESPALDO DE SEGUROS MUNDIAL. TAMBIEN PUEDES LLAMAR A LA LINEA NACIONAL **01 8000 111 935** O LÍNEA EN BOGOTÁ **327 47 12 / 13.**

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

Firma Autorizada - Compañía Mundial de Seguros S.A.
ANGELA MUNAR - VICEPRESIDENTE DE PRODUCTO
C.C. 52.646.070

TOMADOR

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

AFILIADOS A LA CÁMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA Y PASA - APF

*CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS*

Barranquilla, 31 de julio de 2023

Señores
**SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)**
Ciudad

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de contratista de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NUIP - NIP** | **1044230548** | **EMMA SOPHIA MELGAREJO CARRILLO** | **HIJO** |

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.

Igualmente con mi firma declaro: que **NINGUNA PERSONA** ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

Cordialmente,



FIRMA

Nombre: PAULA ANDREA CARRILLO BARRIOS

C.C. 1140864059

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1044230548

Indicativo Serial 59733958

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 09 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código C6M

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

COLOMBIA ATLANTICO BARRANQUILLA

**Datos del inscrito**

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| MELGAREJO | CARRILLO |

Nombre(s)

EMMA SOPHIA

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2018 Mes NOV Día 01 | FEMENINO | A | + |

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

COLOMBIA ATLANTICO BARRANQUILLA

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO DE NACIDO VIVO | 15090943 - 2 |

**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

CARRILLO BARRIOS PAULA ANDREA

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC. 1.140.864.059 | COLOMBIANA |

**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

MELGAREJO ANGULO CARLOS ADOLFO

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC. 1,140,839.426 | COLOMBIANO |

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos

MELGAREJO ANGULO CARLOS ADOLFO

| Documento de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CC. 1.140.839.426 | |

**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 2018 Mes NOV Día 02 | PATRICIA ISABEL [illegible] ARTEAGA |
| | Nombre y firma |

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -