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	**Agosto de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**57645-240394**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: ELIZABETH MARIA MEDINA MARTINEZ
Correo electrónico contratista: emmedina970@misena.edu.co
C.C. 32.768.079 **IP/Nº de contacto** 3206179666

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** 47790995178

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: 5280606/2023 **Nº Compromiso SIIF** 122223

Valor Total del Contrato	$ 12.540.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 12.540.000	**1**	**Del**	**08/08/2023**	**Al**	**31/08/2023**	**$ 2.184.468,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 10.355.532		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR:CARÁCTER TEMPORAL FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, EN POBLACIÓN DESPLAZADA POR LA VIOLENCIA PARA EL PROGRAMA FORMACIÓN PELUQUERIA. RADICADO 08-9-2023-018757 ...PZO 19/12/2023

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.184.468		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	**$ 2.184.468**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.276.776**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Agosto	Julio
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**9454354324**
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 $ 546.117	$ 145.400	
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	$ 425.592	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.276.776,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	1.853.868,00	
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	18.539,00	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	**$2.165.929,00**	

SON: DOS MILLONES CIENTO SESENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS VEINTINUEVE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Prestar Servicios Personales Carácter Temporal Para La Formación Profesional Integral, En POBLACIÓN DESPLAZADA POR LA VIOLENCIA Para el Programa Formación PELUQUERIA.

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.

ELIZABETH MARIA MEDINA MARTINEZ
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,

GABIS DE JESUS AMAYA TORRES
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

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 32768079		MEDINA MARTINEZ ELIZABETH MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 53 # 52-68	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3165973	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-07	2023-07	101654303	9454354324	I	2023/08/18	2023/08/14	BANCOLOMBIA	0	$342,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$12,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$12,200		$0	$0
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$12,200		$0	$0
1	CC	32768079	MEDINA ELIZABETH	230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS005	30	$1,160,000	$145,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,160,000	$12,200	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$12,200		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 32768079		MEDINA MARTINEZ ELIZABETH MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 53 # 52-68	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3165973	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-07	2023-07	101654303	9454354324	I	2023/08/18	2023/08/14	BANCOLOMBIA	0	$342,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$185,600	$0	$0	$185,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$185,600	$0	$0	$185,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$12,200	$0	$0	$12,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$12,200	$0	$0	$12,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,000	$0	$0	$145,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$145,000	$0	$0	$145,000
TOTAL				**1**	**$342,800**	**$0**	**$0**	**$342,800**

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14888895933

(415)7707212489984(8020) 000001488889593 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
3 2 7 6 8 0 7 9	4	Impuestos de Barranquilla 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	3 2 7 6 8 0 7 9	1 9 9 2 0 9 3 0

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
MEDINA	MARTINEZ	ELIZABETH	MARIA

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 53 # 52 - 68 TO E apto 301

42. Correo electrónico elizabeth.mmm@hotmail.com

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

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 2 3	2 0 1 8 1 0 2 3	4 7 2 4	2 0 1 8 1 0 2 3					1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	4	9																								

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
54. Código																				

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI ☐ NO ☐ 60. No. de Folios: ☐ 61. Fecha ☐

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre
985. Cargo

BORRADOR DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14888895933

(415)7707212489984(8020) **000001488889593 3**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
3 2 7 6 8 0 7 9	4	Impuestos de Barranquilla 2	

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	63. Formas asociativas	64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados
65. Fondos	66. Cooperativas	67. Sociedades y organismos extranjeros
68. Sin personería jurídica	69. Otras organizaciones no clasificadas	70. Beneficio

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 9	
72. Número		
73. Fecha		
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 3	
76. Fecha de registro	2 0 1 0 0 5 0 7	
77. No. Matrícula mercantil	0 0 0 0 5 0 0 0 0 9 3	
78. Departamento	0 8	
79. Ciudad/Municipio	0 0 1	
Vigencia		
80. Desde		
81. Hasta		

Composición del Capital

82. Nacional ____ %

83. Nacional público ____ %

84. Nacional privado ____ %

85. Extranjero ____ %

86. Extranjero público ____ %

87. Extranjero privado ____ %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1		Año Mes Día		-
2		Año Mes Día		-
3		Año Mes Día		-
4		Año Mes Día		-
5		Año Mes Día		-

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

BORRADOR DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14888895933

(415)7707212489984(8020) **000001488889593 3**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
3 2 7 6 8 0 7 9	4	Impuestos de Barranquilla 2	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio al por menor de leche, productos lácteos y huevos en establecimi 4 7 2 2

162. Nombre del establecimiento: DISTRIBUIDORA ELI #13

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Atlántico 0 8	Soledad 7 5 8

165. Dirección: CL 78 E # 22 - 04

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
0 0 0 0 5 0 0 0 9 4	2 0 1 0 0 5 0 7
168. Teléfono: 3 9 3 0 1 5 4	169. Fecha de cierre

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio

165. Dirección

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono	169. Fecha de cierre

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio

165. Dirección

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono	169. Fecha de cierre

BORRADOR DOCUMENTO SIN COSTO

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL
PreIngreso



Fecha: 19/Ene/2022
Apellido: MEDINA MARTINEZ
Nombre: ELIZABETH MARIA
Tipo Doc: CC
Nro Identidad: 32768079
Empresa: INDEPENDIENTE
Cargo: INSTRUCTORA
Lugar:
Direccion: CALLE 53 N 52-68 ABAJO
Telefono: 3206179666 **Celular:** 3206179666 **Email:** elizabeth.mmm@hotmail.com **Estado Civil:** Casado

HC: # 44702
Edad: 47 años
Sexo: Femenino ♀
Nacim: 27/May/1974
Rh: B+

.

Examenes Realizados

Audiometria Tamiz, Optometria, Examen Medico Ocupacional Osteomuscular, Perfil Lipidico, Glucosa en Suero, Orina o LCR, ENCUESTA DE SALUD PARA DETECCION DE COVID 19

Recomendaciones Generales

Comentar inmediatamente cualquier cambio con su estado de salud.
Uso de elementos de protección personal durante la jornada laboral según el cargo, funciones, normatividad vigente y los requerimientos del trabajo.
Pausas activas durante la jornada con cambio de posición.
Manejo de mecánica corporal e higiene postural dentro y fuera del trabajo.

Recomendaciones Especificas

S.V.E.	Estilo de Vida Saludable
* Conservación Visual	* Dieta y ejercicio supervisado. * Énfasis en Actividad Física regular * Bajar de peso * Disminuir consumo de Carbohidratos simples

Medicas	Laborales
* Valoración por Nutricionista EPS * Optómetra control anual	* Uso de lentes permanentes durante la jornada laboral

Concepto para Trabajos en Altura

Concepto

ES SATISFACTORIO SU CONDICIÓN DE SALUD PARA DESEMPEÑAR SU TRABAJO HABITUAL

Recomendaciones Personalizadas

- CAMBIAR FORMULACION VISUAL

Observaciones

BIOBAC SO SAS BRINDA AMBIENTES SEGUROS MEDIANTE LA IMPLEMENTACION DE PROTOCOLOS Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN NECESARIOS PARA EVITAR EL CONTAGIO Y TRANSFERENCIA DEL VIRUS SARS COV 2

Señor(a) trabajador: Usted cuenta con 30 días para seguir y realizar las indicaciones del Médico Especialista registradas en este documento, para realizar el levantamiento del aplazamiento y/o restriccion.
DECLARACION DEL ASPIRANTE: Manifiesto con mi firma o huella que no omití datos relevantes en mis antecedentes que pudieran influir sobre la evaluación de mi estado actual de salud.

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES:
Las resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 del 5 de junio de 2009 del Ministerio de Proteccion Social (actualmente Ministerio de Trabajo y Salud y Proteccion Social) reglamentan la práctica y contenido, de las evaluaciones medicas ocupacionales, con el objetivo de determinar la existencia de restricciones para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo y su matriz de peligro. También establece que la empresa solo puede conocer el CERTIFICADO DE EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL del aspirante.
Los documentos completos de la historia clínica ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, según lo establecido en la resolución 1918 de junio 5 de 2009 y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hace parte integral de su historial médico.

Rm: 2259.
RSO: 3514/2019.



Elizabeth Medina



VIGILADO Supersalud
RESOLUCION HABILITACION04312013 – LICENCIA SST 2368-17

ARTURO BENITEZ PEÑA
MEDICO
Lic. de S.O #: 3514/2019
Registro #: R.M.2259

ELIZABETH MARIA MEDINA MARTINEZ
CC 32768079

Huella Digital

VIGILADO Supersalud
RESOLUCION HABILITACION04312013 – LICENCIA SST 2368-17

VISIOMETRÍA OCUPACIONAL

SERVICIO INTEGRAL DE ESPECIALISTAS EN SALUD OCUPACIONAL
Cra 58 No.70-129 Telefax: 3687760 -Cel: 300 5425060
e-mail: sidesobarranquilla@gmail.com
Barranquilla – Colombia

Fecha:	19	01	21

Ingreso	Periodo	Retiro

INFORMACIÓN GENERAL

Código:			C.C. 32.768.079			Edad:	46	Sexo:	F	M					
Nombres:	Elizabeth María					Apellidos:	Medina Martínez								
Fecha de Nacimiento:	27-May-1974					Lugar:	Bigula				Procedencia:	Montes de los Patos			
Dirección Residencia:	Cra 17 #77-22										Teléfono:	320 617 9666			
Estado Civil:	S	C	UL	V	SE	Estudios:	P	S			T	Tecnol	U	PO	
Profesión:	Estilista					Fecha ingreso:					Sección:				
Cargo actual:						Tiempo en el Cargo:									
Factor(s) de Riesgo:															
Se le suministran EPP Si ( ) No ( ) Los usa? Si ( ) No ( ) Lo Capacitaron? Si ( ) No ( )															

SIN LENTES		CON LENTES	
VISIÓN LEJANA (20 PIES)	VISIÓN CERCANA (20 PIES)	VISIÓN LEJANA (20 PIES)	VISIÓN CERCANA (14 PIES)
AV. O.D. 20/50	O.D. 20/50	O.D.	O.D.
O.I. 20/50	O.I. 20/60	O.I.	O.I.
A.O. 20/50	A.O. 20/50	A.O.	A.O.
PROFUNDIDAD SI ✓ NO		COLOR: O.D. SI ✓ NO	
		O.I. SI ✓ NO	
FORIA I SI NO		FORIA II SI NO	

CAMPO VISUAL.
O.D. SI ✓ NO 85 ✓ 70 ✓ 55 ✓ 45 ✓
O.I. SI ✓ NO 85 ✓ 70 ✓ 55 ✓ 45 ✓

ANTECEDENTES PERSONALES

USA ANTEOJOS SI ✓ NO DURANTE QUE TIEMPO? 1 AÑO
USA LENTES DE CONTACTO SI NO DURANTE QUE TIEMPO?
DEFECTO DE REFRACCIÓN. DE CERCA ✓ DE LEJOS
CIRUGIAS: SI NO ✓ CUAL?
ACCIDENTES EN LOS OJOS: No
FECHA ULTIMO EXAMEN DE AGUDEZA VISUAL 2020

ANTECEDENTES FAMILIARES

PROBLEMAS DE VISIÓN SI ✓ NO
USAN ANTEOJOS SI ✓ NO
USAN LENTES DE CONTACTO SI NO
PARENTESCO Padre

EXAMEN FÍSICO

ESTRABISMO NISTAGMOS PTOSIS PALPERAL

OBSERVACIONES, RESULTADOS Y RECOMENDACIONES

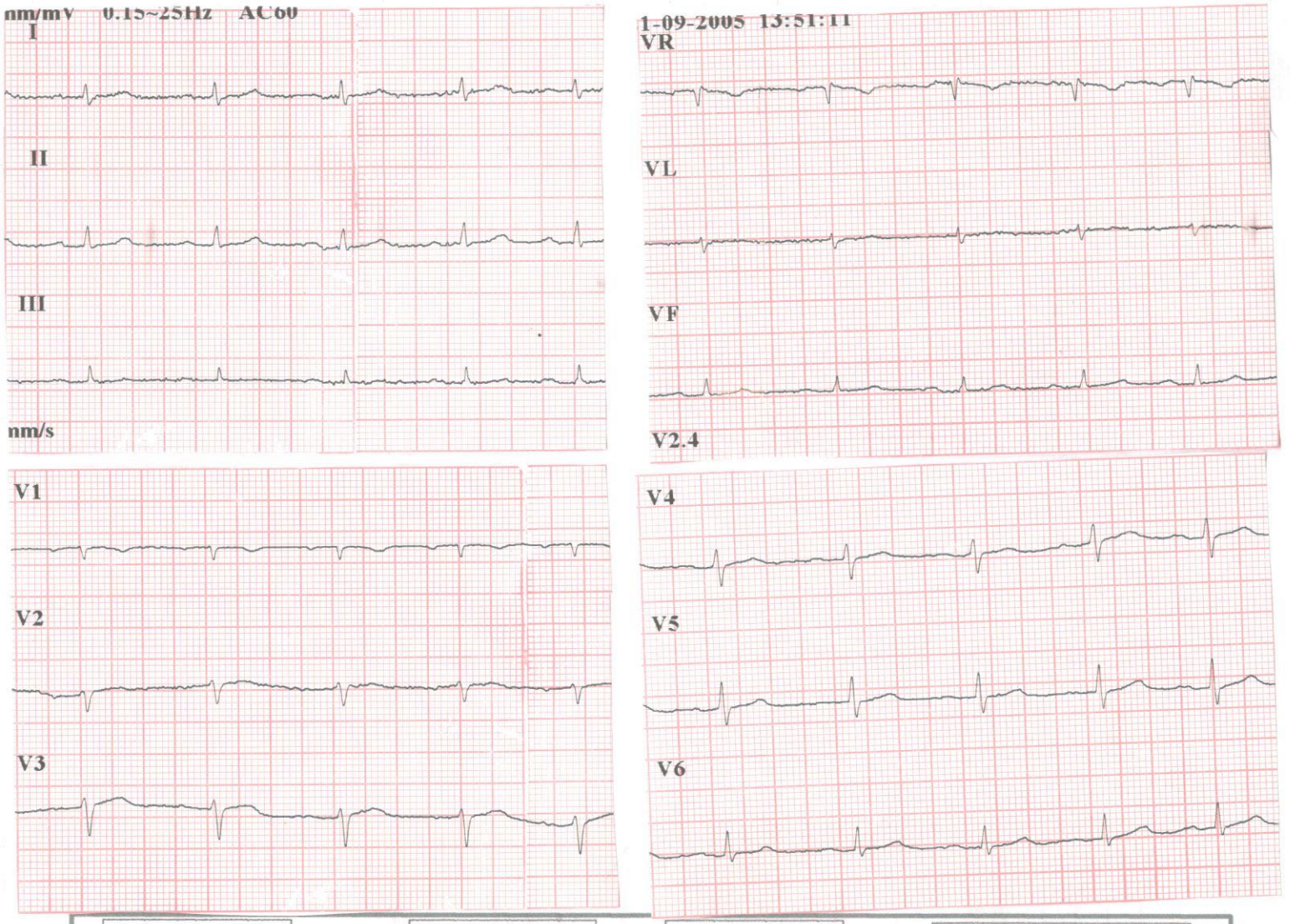
Defecto de refracción visual tratable, ojo derecho - visión colorida, ambos ojos
Solicitar autorización al su EPS

Elizabeth Medina M. CC 32768079 B/9.
Firma y CC del Examinado

CC.
Cyndi J. Contreras Pino
Médico Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
Resolución R.M. 70274-13
Firma Profesional y Lic.

PACIENTE: Elizabeth Medina | DOCUMENTO: 32.768.079.

FECHA: 19-01-21 | SEXO: F | EDAD: 46.



PR: 0,18 | QRS: 0,10 | QT: 0,36 | RITMO: Sinusal

INTERPRETACION: EKG Normal | FC: 74

RESULTADOS EVALUACION PSICOLOGICA

El análisis de los resultados que se presentan a continuación se realizó de manera sintética, teniendo en cuenta los resultados de las técnicas de selección y evaluación (entrevistas, pruebas de conocimiento, aptitudes, de personalidad y fobias). De esta manera se presenta un análisis del evaluado y una descripción de sus fortalezas y debilidades considerando el futuro desempeño y proyección en la Organización. La información aquí contenida es estrictamente confidencial.

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombres y Apellidos	: ELIZABETH MEDINA MARTINEZ
Edad	: 46 AÑOS
Fecha de Nacimiento	: 27 DE MAYO DE 1974
Estado Civil	: CASADA
Nivel académico	: PROFESIONAL
Empresa	: SENA
Cargo en evaluación	: INSTRUCTOR
Fecha	: 19 DE ENERO DEL 2021
Ciudad	: BARRANQUILLA

2. ASPECTOS RELEVANTES EN LA ENTREVISTA

El padre de la evaluada es el señor Juan Medina de 74 años, Su madre falleció.

La evaluada es la mayor de dos hermanos y tiene dos hijos de 23 y 18 años.

RESULTADOS EVALUACION PSICOLOGICA

3. ANALISIS DE RESULTADOS

Durante la entrevista se mostró atenta, cordial, amable,

Es práctica en la ejecución de su labor. Demuestra respeto por las normas establecidas por la organización.

Es Responsable.

No se evidencian síntomas depresivos, psicóticos, antecedentes psiquiátricos personales, ni otras patologías incapacitantes tales como convulsiones, adicciones o estrés postraumático.

En el ítem H que mide la reactividad del sistema nervioso con base a la tendencia en la persona capaz de funcionar bajo altos niveles de estrés, ignoran las señales que indiquen peligros externos, obtuvo un puntaje dentro de la media.

En la entrevista la evaluada destaca de su fortaleza ser comprometida.

De igual manera comenta que su debilidad es ser impaciente.

4. CONCLUSION

De acuerdo con las pruebas psicotécnicas, entrevista realizada y perfil del cargo se infiere que la señora ELIZABETH MEDINA MARTINEZ, presenta un adecuado nivel de desempeño para el cargo.

Mydeline García Mercado
Psicóloga. T.P. 113916.

SERVICIO INTEGRAL DE ESPECIALISTAS
EN SALUD OCUPACIONAL S.A.S.
LSO: 517- 2017 NIT: 802.007.728-4
Carrera 58 No. 70- 129 Consultorio 105 Tel: 3356776
Móviles: 300 6773029 – 300 5425060
E-mail: sidesobarranquilla@gmail.com
Barranquilla - Colombia

Hace constar:

Que el Sr(a) ELIZABETH MARIA MEDINA MARTINEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 32768079 realizó el día 17/08/2023 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 ELIZABETH MARIA MEDINA MARTINEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 32768079 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) ELIZABETH MARIA MEDINA MARTINEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 32768079 realizó el día 17/08/2023 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

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN Y AUTOCONTROL
Un compromiso de Todos.

Hace constar:

Que el Sr(a) ELIZABETH MARIA MEDINA MARTINEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 32768079 realizó el día 17/08/2023 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) ELIZABETH MARIA MEDINA MARTINEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 32768079 realizó el día 17/08/2023 la Capacitación de protocolos de bioseguridad.

De acuerdo a lo establecido en la Resolución 666 de 2020 del ministerio de salud y protección y social, la circular 01-03-2020-000098 del 29 de mayo de 2020 del SENA, mediante la cual se establece el protocolo de medidas generales y de bioseguridad para prevenir y mitigar la propagación del COVID-19, Circular 01-03-2020-000156 del 02 de septiembre del 2020 del Sena, mediante el cual se establece el alcance a la circular 01-03-2020-000098 del 29 de mayo de 2020 del

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General -

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) ELIZABETH MARIA MEDINA MARTINEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 32768079 el día 17/08/2023 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 **ELIZABETH MARIA MEDINA MARTINEZ** con **CC** No. **32768079**, 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:** 10/08/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Fecha de inicio de Contrato:** 08/08/2023 **Fecha fin de Contrato:** 19/12/2023 **Clase de Riesgo:** 1 **Cargo :** CONTRATISTA **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): 202301018330564.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 17 días del mes de agosto 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

Martes, 25 de julio de 2023

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que ELIZABETH MARIA MEDINA MARTINEZ identificado(a) con CC 32768079, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	47790995178	2018/03/20	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.

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 32768079
NOMBRES Y APELLIDOS	Medina Martinez,Elizabeth Maria
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/04/2021
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Medina Martinez,Elizabeth Maria, a los 25 días del mes de julio 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

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

ELIZABETH MARIA MEDINA MARTINEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **32.768.079**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 25 de Julio del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co y actualice su Historia Laboral.

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
BARRANQUILLA	**BARRANQUILLA**	**85**	**85-44-101123136**	**0**

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
08	**08**	**2023**	**08**	**08**	**2023**	**00:00**	**19**	**04**	**2024**	**23:59**	**EMISION ORIGINAL**

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	
	MEDINA MARTINEZ, ELIZABETH MARIA		**CC: 32.768.079**
DIRECCIÓN: CALLE 78E NO. 22-04	CIUDAD: SOLEDAD, ATLANTICO	TELÉFONO:	3206179666

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN	
	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - REGIONAL ATLANTICO		**NIT: 899.999.034-1**
DIRECCIÓN: KR 43 NRO. 42 - 40 PISO 10	CIUDAD: BARRANQUILLA, ATLANTICO	TELÉFONO	3704470
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:

GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO N CO1.PCCNTR.5280606 REFERENTE A PRESTAR SERVICIOS PERSONALES CARACTER TEMPORAL PARA LA FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL, EN POBLACION DESPLAZADA POR LA VIOLENCIA PARA EL PROGRAMA FORMACION PELUQUERIA

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	**08/08/2023**	**19/04/2024**	**$1,254,000.00**

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	$ ********1,254,000.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
ANTONIO BARROS & COMPANIA LIMITADA-	48763	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 58 NO. 70-136 - TELEFONO: 3681078 - BARRANQUILLA

85-44-101123136

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

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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
BARRANQUILLA	**BARRANQUILLA**	**85**	**85-44-101123136**	**0**

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
08	**08**	**2023**	**08**	**08**	**2023**	**00:00**	**19**	**04**	**2024**	**23:59**	**EMISION ORIGINAL**

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	
	MEDINA MARTINEZ, ELIZABETH MARIA		**CC: 32.768.079**
DIRECCIÓN: CALLE 78E NO. 22-04	CIUDAD: SOLEDAD, ATLANTICO	TELÉFONO:	3206179666

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN	
	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - REGIONAL ATLANTICO		**NIT: 899.999.034-1**
DIRECCIÓN: KR 43 NRO. 42 - 40 PISO 10	CIUDAD: BARRANQUILLA, ATLANTICO	TELÉFONO	3704470
ADICIONAL:			

PAGUESTADO
PORTAL DE PAGOS

PAGINA WEB

CORRESPONSALES BANCARIOS

Pagos con convenio *No aplica para transferencias

Banco de Bogotá — Seguros del Estado S.A Cuenta Corriente 008465445

Grupo Bancolombia — Seguros del Estado S.A Cuenta Convenio 47189

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	$ ********1,254,000.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
ANTONIO BARROS & COMPANIA LIMITADA-	48763	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 58 NO. 70-136 - TELEFONO: 3681078 - BARRANQUILLA

FORMA DE PAGO		
BANCO	**CHEQUE No.**	**VALOR**

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

(415)7709998021167(8020)11013609131453(3900)000000033320(96)20240807

REFERENCIA PAGO:

1101360913145-3

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE