SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL SANTANDER
CENTRO AGROTURISTICO - SANTANDER

Código Regional	**68**
Código Centro	**954110**
Fecha Elaboración	**31 de Enero de 2024**
Versión	**ENERO 2024 - 1,24**
ID de Proceso	**18880-004366**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: JHOVANA BEATRIZ MANCHEGO CUBILLOS
Correo electrónico contratista: jbmanchego@sena.edu.co
C.C. 46.673.398 **IP/Nº de contacto** 3132136388

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** 28828648839

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: 5759441/2024 **Nº Compromiso SIIF** **2124**

Valor Total del Contrato	$ 30.842.400	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 30.842.400	**1**	**Del**	**22/01/2024**	**Al**	**31/01/2024**	**$ 2.351.733,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 28.490.667		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: Prestar los servicios personales de carácter temporal como instructor para orientar la formación profesional integral: titulada y/o complementaria programada en el Centro Agroturistico en la red de conocimiento Institucional de pedagogía en el area tematica Matematicas

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.351.733		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	**$ 2.351.733**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.475.725**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Enero	Diciembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**28474440**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.300.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 162.500	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 208.000	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 13.600	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 9.805.208 $ 587.933	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 14.903.916	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 14.903.916	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 4.706.500	$ -	
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 $ 1.506.080	$ -	
Salud hasta $ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25% $ 3.098.445	$ 491.908	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

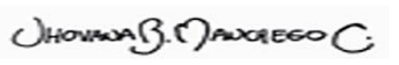
		TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.475.725,00	
Base retención en la fuente a titulo de ICA	2.351.733,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8551	11.759,00	0,500%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
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)	1.175.866,00	
VALOR A PAGAR	**$1.164.108,00**	

SON: UN MILLÓN CIENTO SESENTA Y CUATRO MIL CIENTO OCHO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Tn. Sistemas teleinformaticos. Ficha: 2876747. Inducción a la formación profesional integral. 25 horas.
Tn. Salud Pública. Ficha: 2711983. Manejo de herramientas informáticas. 36 horas.
Total de Horas: 61 h.

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.



JHOVANA BEATRIZ MANCHEGO CUBILLOS
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

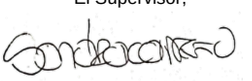
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:

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,



SANDRA YAMILE CARREÑO CASTILLO
INSTRUCTOR G18

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

CELIA PATRICIA RODRIGUEZ MARTINEZ

SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

COOSALUD
En Pos de tu bienestar

COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A
NIT 900.226.715 - 3

CERTIFICA:

El suscrito afliado relacionado a continuación se encuentra o ha estado registrado en la EPS, con los siguientes datos:

Tipo y No. de documento:	CC-46673398
Nombres:	JHOVANA BEATRIZ
Apellidos:	MANCHEGO CUBILLOS
No. de Carnet:	8350FBFB749B4E4CBAF0572C55A3EF55
Tipo de afiliado:	COTIZANTE
Fecha de afiliación:	2020-12-01
Estado de afiliación:	Activo
Régimen:	Contributivo
IPS:	FUNDACION SOCIAL BIOSSANAR
Departamento - Municipio:	SANTANDER-SOCORRO
Categoria:	A

OBSERVACIONES:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS NO VALIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

La anterior certifcación se expide y firma el viernes, 12 de enero de 2024, a solicitud del interesado y es válida hasta el lunes, 12 de febrero de 2024

CARLOS TORRES SALAZAR
SUBDIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL

VIGILADO Supersalud

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:

JHOVANA BEATRIZ MANCHEGO CUBILLOS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **46.673.398**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 12 de Enero del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14971809547

(415)7707212489984(8020) 000001497180954 7

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

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	46673398	1995/09/01

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Duitama 2 3 8

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MANCHEGO	CUBILLOS	JHOVANA	BEATRIZ

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Socorro 7 5 5

41. Dirección principal: CL 9 11 69 BRR LA PRESENTACION

42. Correo electrónico: jmanchegoc@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3132136388	3156168966

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8560	2009/02/04							

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

Usuarios 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 2024 - 01 - 13 / 20 : 37: 26

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 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre MANCHEGO CUBILLOS JHOVANA BEATRIZ

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	JHOVANA BEATRIZ MANCHEGO CUBILLOS
IDENTIFICACIÓN:	CC-46673398
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2024-01-31
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2024-01-24
FECHA DE PAGO:	2024-01-31
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DAVIVIENDA
PERÍODO PENSIÓN:	2023-12
PERÍODO SALUD:	2023-12
NÚMERO PLANILLA:	28474440
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	28474440
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
ESSC24	900226715	EPS-S COOSALUD	1	$ 1.160.000	$ 0	$ 0	$ 1.000	$ 145.000	$ 146.000
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 1.160.000	$ 0	$ 0	$ 1.200	$ 185.600	$ 186.800
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 1.160.000	$ 0	$ 0	$ 100	$ 12.200	$ 12.300
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 2.300	$ 342.800	$ 345.100

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	22/02/2024

- **Examen Médico ocupacional con énfasis Osteomuscular y Cardiovascular.**

MEDICAL ARMONY LTDA.
NIT 900.208.598-2
CALLE 13 No. 14 - 61
7274987 - 7272791

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

MOTIVO DE EVALUACIÓN						Pagina 1 de 4
1. INGRESO	X	3. RETIRO		5. REUBICACION		CIUDAD: SOCORRO
2.PERIODICO		4. CALIFICACION		6. OTRO		DEPARTAMENTO: SANTANDER 68

1. IDENTIFICACIÓN DE LA EMPRESA

SENA.	ACTIVIDAD ECONOMICA Centro agroindustrial de Aprendizaje.

2. IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

NOMBRE Shaxira Beatriz. Manchego Cubillos		FECHA 13 mayo. 2021
IDENTIFICACION 46673398	FECHA NACIMIETO 15-08-77.	EDAD 43A.
RESIDENCIA Km 1 Barrio Casa f B16.	TELEFONO 3132136388	ESCOLARIDAD COMP INC PRIMARIA, SECUNDARIA, UNIVERSITARIA, TECNICO Espe
ARP: POSITIVA	EPS Coosalud.	FP PORVENIR.
ESTADO CIVIL: SOLTERO, CASADO, UL, SEPARADO, VIUDO	ESTRATO 1 2 3 4 5 6	HIJOS SI NO No: 2 hijos
DIAGNOSTICOS Cargo: Instructor Actividades: Educacion		

RESTRICCIONES NO RELACIONADAS CON LA OCUPACION	NO. Cuadro Hematico, Glicemia, Perfil Lipidico > Normales.
RESTRICCIONES RELACIONADAS CON LA OCUPACION	NO
RECOMENDACIONES	Estilos de vida saludable, dieta y Ejercicio. Auto cuidado. Bajar 3kg. control optometria anual. Se educa en bioseguridad.

3. EMPRESA QUE REALIZO LA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL Y QUIEN TIENE A CARGO SU CUSTODIA

MEDICAL ARMONY CALLE 13 # 14 - 61 7274987 DRA. LUZ ALBA DUARTE GALVIS

CLASIFICACIÓN DE APTITUD Examen ocupacional de ingreso sin restricion para la actividad.

APTO	X	REQUIERE VALORACION: SI NO	EXAMEN PERIODICO SATISFACTORIO SI NO
NO APTO			EXAMEN DE EGRESO NORMAL SI NO
EXAMEN DE EGRESO CON PATOLOGIA DE ORIGEN COMUN			EXAMEN DE EGRESO CON PATOLOGIA OCUPACIONAL

Leonardo Aguilar Galvis
Médico y Cirujano R.M. 1282773
Esp. Salud Ocupacional
Lic. 024646/2015
LEONARDO AGUILAR GALVIS MD, SO

SHAXIRA MANCHEGO.
TRABAJADOR CC. 46673398

Email: medicalarmony@hotmail.com

Powered by CamScanner

MEDICAL ARMONY LTDA
NIT 900.208.594-2
CALLE 13 No 14-61 SOCORRO / 7274987-7272791

HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL

MOTICO DE EVALUACION							Pagina 1 de 3
1. INGRESO		3. RETIRO		5. REUBICACION			CIUDAD: SOCORRO
2. PERIODICO		4. CALIFICACION		6. OTRO			DEPARTAMENTO: SANTANDER 68

Tabla 1 . IDENTIFICACION DE LA EMPRESA

NOMBRE	ACTIVIDAD ECONOMICA
SENA.	

Tabla 2 IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

NOMBRE Jhoculine Beatriz Munchego		FECHA 13 mayo 2021
IDENTIFICACION 1166733618	FECHA NACIMIENTO 15-08-77	EDAD 44A
RESIDENCIA Km 1 Bayola · Casa 1 B16	TELEFONO 3132136358	ESCOLARIDAD COMP INC PRIMARIA SECUND. TECNICO UNIVER UNIVERSITARIO T.P.e.
ARP: POSITIVA	EPS [illegible]	FP [illegible]
ESTADO CIVIL: Soltero casado Uc separado viudo	ESTRATO 1 2 3 4 5 6	HIJOS SI NO No: 2 hijos
PROFESION		

MOTIVO DE CONSULTA	Examen ocupacional de ingreso
ENFERMEDAD ACTUAL	Asintomatico
RXS	N.

Tabla 3 INFORMACION OCUPACIONAL

22. ANTIGÜEDAD DE LA EMPRESA (MESES)	23. NOMBRE DEL CARGO ACTUAL	24. ANTIGÜEDAD EN MESES EN CARGO
-0-	Instructor.	-0-

25. SECCION Sexto.	26. TURNO DIURNO ☐ NOCTURNO ☐ ROTATIVO ☐
27. DESCRIPCION DE CARGO	
28. LAS ACTIVIDADES LAS REALIZA: SENTADO ☒ DE PIE ☐ INCLINADO ☐ ARRODILLADO ☐ AMINANDO ☐ CUAL	29. ACCIONES QUE REALIZA : ALCANZAR ☒ HALAR ☒ EMPUJAR ☐ EVANTAR ☐ ARRASTRAR ☒ OTRO:
30. EQUIPOS O HERRAMIENTAS UTILIZADAS Computador	31. MATERIAS PRIMAS O ISMUNOS UTILIZADOS Documentos ☐ Dinero ☐ Clientes ☐ Otros:

Tabla 4 Exposicion FACTORES DE RIESGO 36 ANTERIORES 37 ACTUALES

EMPRESA	FACTOR DE RIESGO								TIPO DE RIESGO	CARGO	TIEMPO	EPP
	F	Q	B	ERG	MEC	PSC	ELEC	OT				
Sena.			X		X	X				Instructor.	-0-	
Ej militar.			X		X	X				Docente.	2 años.	

OBSERVACIONES

F: FISICO Q:QUIMICO B:BIOLOGICO ERG: ERGONOMICO MEC MECANISMOS PSC:PSICOSOCIAL ELEC:ELECTRIC OT:OTROS

CALLE 13 No . 14-61 , CELULAR 3183644292 , Email: medicalarmony@hotmail.com

Powered by CamScanner

MEDICAL ARMONY LTDA
NIT 900.208.594-2
CALLE 13 No 14-61 SOCORRO / 7274987-7272791

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

32. EN EL CARGO O EMPRESA ANTERIOR	SI	33. ACTUAL (EXAMEN PERIODICO): SI NO CASCO GAFAS TAPABOCAS RESPIRAD
	NO	PROTECTORES AUDITIVOS OVEROL GUANTES BOTAS OTROS
34. LE SON DE UTILIDAD?		35.¿ LOS CONSIDERA ADECUADOS? / 36. CUALES DEBERIA RECIBIR:

TABLA 6 HA SUFRIDO ACCIDENTES DE TRABAJO? SI NO X

falta.

	FECHA	EMPRESA	CAUSA	TIPO DE LESION	PARTE AFECTADA	DIAS INCAP	SECUELAS
1							
2							

TABLA 7. HA SUFRIDO ENFERMEDAD PROFESIONAL ? SI NO X

	FECHA	EMPRESA	DIAGNOSTICO	INDEMNISACION	REUBICACION?
1					
2					

TABLA 8 ANTECEDENTES FAMILIARES

Abuela con diabetes.

	SI	NO	NO SABE	PARENTESCO		SI	NO	NO SABE	PARENTESCO
HTA		X			CANCER		X		
DM		X			EMF. MENTAL		X		
OTROS		X					X		

TABLA 9 ANTECEDENTES PERSONALES

ANTECEDENTE	SI	NO		ANTECEDENTE	SI	NO	
RCV: HTA ECV		X		TR: ASMA		X	
TGI: GASTRITIS		X		NEUROLOGICO		X	
VERTIGO		X		ALERGICOS		X	
ALERGIAS		X		SIST. OSTEOMUSCULAR		X	
DERMATITIS		X		LUMBAGO		X	
				STC TENDINITIS		X	

ANTECEDENTES O ANTEC QUIROURGICOS fecha

ANTECEDENTES TRAUMATICOS

SECUELAS

LESION _____ CAUSA _____

INMUNIZACION	HEPATITIS	TETANOS	FIEBRE AMARILLA	OTRAS
	FECHA:_____ DOSIS:_____	FECHA:_____ DOSIS:_____ (+)	FECHA :_____ DOSIS:_____ (+)	CUAL:_____

FUMA	EX FUMADOR	AÑOS DE SUSPENSIÓN DEL HABITO	AÑOS DE FUMADOR	CIGARRILLOS / DIAS
INGESTA LICOR SI ☐ NO ☒		Deporte : futbol basquetbol caminata otro: NO Transporte : moto publico automovil otro: SI		

Powered by CamScanner

MEDICAL ARMONY LTDA
NIT 900.208.594-2
CALLE 13 No 14-61 SOCORRO / 7274987-7272791

TABLA 10 GINO - OBSTETRICOS						Pagina 3 / 3
MENARQUIA 13	CICLOS 28x4	FUM 030521	DISMENORREA SI ☐ NO ☒			
PARIDAD G 1 P 1 A 0 C 0 E 0 M 0 V 1		FPP				
METODO ninguno	CITOLOGIA ULTIMO ANO (SI) NO	FECHA NUNCA				PLANIFICACION SI ☒ NO ☐
						RESULTADO

EXAMEN FISICO

PESO 68 Kg TALLA TA 120/62 FC 62 FR 18 DIESTRO (X) ZURDO ( ) Ambiestro ( )

ORGANO	N	AN	HALLAZGO	ORGANO	N	AN	HALLAZGO
CABEZA	✓			PULMONES	✓		
OJOS	✓			CARDIACO	✓		
OIDOS	✓			ABDOMEN	✓		
NARIZ	✓			HERNIAS	✓		
BOCA	✓			COLUMNA	✓		LASAGUE
DENTADURA	✓			MIEMBROS SUP	✓		TINDALL
AMIGDALAS	✓			MIEMBROS INF	✓		Longitud MII MID
PIEL	✓			GENITALES	✓		
CUELLO	✓			NEUROLOGICO	✓		
OBSERVACIONES							

TABLA 11 EXAMENES COMPLEMENTARIOS

EXAMEN	N	AN	RESULTADO	EXAMEN	N	AN	RESULTADO	EXAMEN	N	AN	R
GLICEMIA	✓		85	AUDIOMETRIA				Cuadro	✓		
COLESTEROL	✓		147	VISIOMETRIA				Hemoclasia			
TRIGLICERIDOS	✓		154	ESPIROMETRIA							
DIAGNOSTICOS	Trefracción + Sobrepeso.										
Restricciones	No relacionadas con la labor NO										
	Relacionadas con la labor NO.										
Recomendaciones	Edtilo de cada saludable, dieta y ejercicio. Bajar 3kg, control optometria anual										

tabla 12 CLASIFICAION DE APTITUD Examen ocupacional de ingreso sin restricción para la actua

APTO	X	REQUIERE REVALORACION	EXAMEN PERIODICO SATISFACTORIO	SI	NO
NO APTO			EXAMEN DE EGRESO NORMAL	SI	NO
EXAMEN DE EGRESO CON PATOLOGIA DE ORIGEN COMUN			EXAMN DE EGRESO CON PATOLOGIA OCUPACIONAL		

Leonardo Aguilar Galvis
Médico y Cirujano R.I.M. 1222/98
Esp. Salud Ocupacional
LEONARDO AGUILAR GALVIS MD, SO
LIC. 024646/2015

HOMAR S. SANCHEZ
TRABAJADOR CC 46673398

Empresa que realizo la historia clinica ocupacional y que tiene a cargo su custodia

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA 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 se evidenció que, **JHOVANA BEATRIZ MANCHEGO CUBILLOS** identificado con **CC** No. **46673398**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de afiliación:** 04/02/2009 **Fecha de inicio de cobertura:** 22/01/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 22/01/2024 **Fecha fin de Contrato:** 15/12/2024 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 2 **Cargo :** INSTRUCTOR

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): 202401011650203.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 30 días del mes de enero de 2024.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

MIS_4_1_3_FR15 v_07

Certificado
Bancario

Jueves, 11 de enero de 2024

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que JHOVANA BEATRIZ MANCHEGO CUBILLOS identificado(a) con CC 46673398, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	28828648839	2006/10/02	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.

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL
DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN:	SUCURSAL:	COD. SUC:	NO. PÓLIZA:	ANEXO:
BUCARAMANGA	BUCARAMANGA	96	96-46-101016425	0

FECHA EXPEDICIÓN:			VIGENCIA DESDE:			A LAS:	VIGENCIA HASTA:			A LAS:	
DÍA:	MES:	AÑO:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	TIPO MOVIMIENTO:
18	01	2024	18	01	2024	00:00	14	04	2025	23:59	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:		IDENTIFICACIÓN:	
MANCHEGO CUBILLOS JHOVANA BEATRIZ			C.C. :46,673,398
DIRECCIÓN: CALLE 9 NRO. 11-69	CIUDAD: SOCORRO - SANTANDER		TELÉFONO: 3132136388

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO/BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN:	
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE			NIT. :899,999,034-1
DIRECCIÓN: CALLE 22 NRO 9-82	CIUDAD: SAN GIL - SANTANDER		TELÉFONO: 6077248113
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 NO. CO1.PCCNTR.5759441 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR PARA ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA PROGRAMADA EN EL CENTRO AGROTURISTICO EN LA RED DE CONOCIMIENTO INSTITUCIONAL DE PEDAGOGÍA EN EL AREA TEMATICA MATEMATICAS

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	VIGENCIA DESDE:	VIGENCIA HASTA:	SUMA ASEG/ACTUAL:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	18/01/2024	14/04/2025	$ 3,084,240.00

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	$ 3,084,240.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
NOMBRE:	CLAVE:	% PART:	NOMBRE COMPAÑÍA:	% PART:	VALOR ASEGURADO:
ANGELA MARIA SEGUROS LTDA	215216	100,00			

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

PARA EFECTO DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 44 NO 36-08 - TELÉFONO: 6578486 - BUCARAMANGA

96-46-101016425
FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

NO EFECTUAR RETENCIÓN EN LA FUENTE POR NINGUN CONCEPTO * RESPONSABLE IVA

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Hace constar:

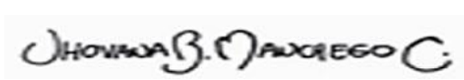
Que el Sr(a) JHOVANA BEATRIZ MANCHEGO CUBILLOS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 46673398 realizó el día 30/01/2024 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

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 JHOVANA BEATRIZ MANCHEGO CUBILLOS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 46673398 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

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) JHOVANA BEATRIZ MANCHEGO CUBILLOS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 46673398 el día 30/01/2024 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

