SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL VALLE
CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA-VALLE

Código Regional	**76**
Código Centro	**912410**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2024**
Versión	**ENERO 2024 - 1,24**
ID de Proceso	**56774-067548**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	PAOLA ZAPATA ZAPATA	**C.C.**	1.115.087.790	**IP/Nº de contacto**	0
Correo electrónico contratista:	pzapata@sena.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: BANCO CAJA SOCIAL **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** SI

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 24116834058

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: 5826293/2024 **Nº Compromiso SIIF** **17624**

Valor Total del Contrato	$ 23.220.834	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 23.220.834	**1**	**Del**	**01/02/2024**	**Al**	**29/02/2024**	**$ 4.465.545,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 18.755.289		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE CARÁCTER TEMPORAL PARA ORIENTAR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL COMO INSTRUCTOR SENA DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE DESPLAZAMIENTO DEL CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA.

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.465.545		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
			Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.465.545**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 3.269.884**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Febrero	Enero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**8810254491**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 357.244	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 44.700	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 57.200	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 3.800	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 9.805.208 / $ 1.116.386	$ -	
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	$ 1.089.961	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.269.884,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.465.545,00	
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 - 8523	13.397,00	0,300%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Pro-UCEVA	22.328,00	0,500%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$4.429.820,00**	

SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS VEINTINUEVE MIL OCHOCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

ver informe adjunto mes de febrero 2024

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.

PAOLA ZAPATA ZAPATA
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,

HECTOR HERNAN LOPEZ MENDEZ
INSTRUCTOR G08

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

ALBETH MARTINEZ VALENCIA

SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

EPS

sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

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

CERTIFICA

Que **PAOLA ZAPATA ZAPATA** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **1115087790** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1115087790
NOMBRES Y APELLIDOS	PAOLA ZAPATA ZAPATA
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	01/02/2022
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	46
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	25

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **25/01/2024**

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

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **PAOLA ZAPATA ZAPATA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1115087790,** se encuentra afiliado/a desde **12/09/2023** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 22 de enero de 2024.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Darlynne Amalia Mejia Olmos
Dirección de Afiliaciones (A)

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14946770894

(415)7707212489984(8020) 000001494677089 4

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

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	1115087790	2014/10/10

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Guadalajara de Buga 1 1 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ZAPATA	ZAPATA	PAOLA	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla
PAOLA ZAPATA ZAPATA	

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Guadalajara de Buga 1 1 1

41. Dirección principal: CL 12 CR 12 ESQ

42. Correo electrónico: pao-908@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3184402614	3175122339

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
8523	2023/03/02	5613	2018/02/09	4711			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	49	50																								

49 - No responsable de IVA

50 - No responsable de Consumo restauran

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 2023 - 09 - 13 / 08 : 18: 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 ZAPATA ZAPATA PAOLA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14946770894

(415)7707212489984(8020) **000001494677089 4**

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

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	2 0 1 8 0 2 0 9	
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 3	
76. Fecha de registro	2 0 1 8 0 2 0 9	
77. No. Matrícula mercantil	0 0 0 0 0 0 6 6 9 2 0	
78. Departamento	7 6	
79. Ciudad/Municipio	1 1 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.
			0

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

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14946770894

(415)7707212489984(8020) **000001494677089 4**

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

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

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Elaboración de productos de panadería 1 0 8 1	

162. Nombre del establecimiento: PANADERIA LA CASA DEL PAN BUGA

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Valle del Cauca 7 6	Guadalajara de Buga 1 1 1	

165. Dirección: CL.12 CRA 12 ESQ

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
0 0 0 0 0 6 6 9 2 1	2 0 1 8 0 2 0 9	
168. Teléfono: 3 1 6 4 4 0 2 6 1 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	

DOCUMENTO SIN COSTO CERTIFICADO

FABY JULIANA ARCOS MONTOYA
MEDICO OCUPACIONAL RM 76-3410 LICENCIA SALUD OCUPACIONAL 1561/2013
Calle 13 # 12-45 Buga

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

Resolución número 1561 del 2013, Por la cual se regula práctica de evaluaciones médicas, manejo y contenido de las historias clínicas ocupacionales .el médico o la entidad que presta servicio de salud ocupacional a la empresa debe de entregar al empleador por el certificado médico indicando las recomendaciones, restricciones existentes de cada trabajador"

FECHA 8 9 2023

Certificacion medica ocupacional:		INGRESO		
Empresa:	PARTICULAR			
Edad:	27			
Cargo :	INSTRUCTORA			
Empresa presentó perfil ocupacional	Si		No	**X**

1-IDENTIFICACION

Nombre Afiliado :	PAOLA ZAPATA ZAPATA
Nº Identificacion :	1.115.087.790

2-EVALUACION COMPLEMENTARIAS

Audiometria	NORMAL	Espirometria	N/A
Optometria	ASTIGMATISMO	HEMOGRAMA	NORMAL
Colesterol (mg/dl)	N/A	PERFIL LIPIDICO	NORMAL
Trigliceridos (mg/d)	N/A	GLICEMIA	NORMAL
Glicemia (mg/d)	N/A		

4-CONCEPTO APTITUD PARA EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIONES

CONCEPTO DE APTITUD PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS

NO APLICA

RECOMENDACIONES

USAR ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL ACORDE A FACTORES DE RIESGO EXPUESTO. EDUCACION EN HIGIENE POSTURAL Y MEDIDAS DE ERGONOMIA. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS. CONTROL DEL PESO POR MEDICO Y NUTRICION DE SU EPS.

Hago Constar que se ha entregado copia de la evaluacion medica ocupacional y/o pruebas complementarias al aspirante o trabajador, las cuales fueron explicadas y se deja constancia que el aspirante o trabajador firmo a sastifaccion el consentimiento informado para la realizacion de estos Como Constancia Firmo.



MEDICO SALUD OCUPACIONAL

FIRMA Y C.C DEL ASPIRANTE Y/O TRABAJADOR

LABORATORIO ESPECIALIZADO
MARYBEL ROJAS S.A.S

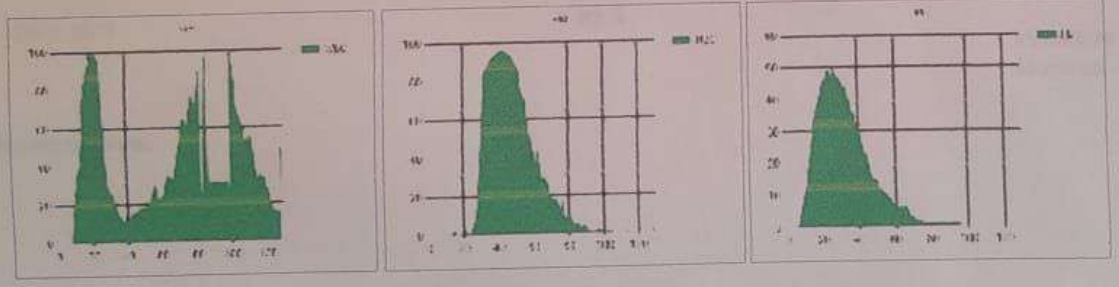
DIRECCION: CALLE 31 No 30-73 TELEFONO: 2873444 - 2879967
Palmira - Valle de Cauca - Colombia
e-mail: labesmaro@yahoo.es

15020440

Orden No : 15020440
Paciente : PAOLA ZAPATA ZAPATA
Identificación : 1115087790
Convenio : SAGRADA FAMILIA
Servicio : CONSULTA EXTERNA

Fecha recepción : 08/09/2023 12:11:57
Fecha 1ra. Impresión :
Edad/Sexo : 27 / F
Fecha Nacimiento : 09/08/1996
Telefono : ...

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
HEMATOLOGIA			
HEMOGRAMA			
Recuento de Leucocitos	**5.4**	x10^3mm^3	4.0 - 10.0 x10^3mm^3
% Neutrofilos	**67.3**	%	50 - 80 %
% Linfocitos	**28.7**	%	25 - 50 %
% Monocitos	**4.0**	%	2 - 10 %
# Neutrofilos	**3.7**	x10^3mm^3	2.0 - 7.50 x10^3mm^3
# Linfocitos	**1.5**	x10^3mm^3	1.0 - 4.00 x10^3mm^3
# Monocitos	**0.2**	x10^3mm^3	0.20 - 1.00 x10^3mm^3
Recuento de Eritrocitos	**4.19**	x10^6/mm^3	H:3.8 - 5.8 M:4.5-6.5
Hemoglobina	**12.1**	g/dl	H:13-17 M:11.5-16.0
Hematocrito	**36.8**	%	H:40-54 M:37-47
Volumen Corpuscular Medio	**88**	um^3	80 - 100 um^3
HB Corspuscular Media	**28.9**	pg	27 - 32 pg
Concentración HB Corpucular Media	**32.9**	g/dl	32 - 36 g/dl
Ancho Distribución Eritrocitaria CV	**15.1**	%	11 - 16 %
Recuento de Plaquetas	**228**	x10^3/mm^3	150 - 500 x10^3/mm^3
Volumen Plaquetario Medio	**8.4**	um^3	6 - 11 um^3



HILDA MARIA OROZCO GRISALES
BACTERIOLOGA
RP. 20219
Validación: 08/09/2023 12:18:12

"La interpretación de éste y todo examen de laboratorio corresponde exclusivamente al médico"

LABORATORIO ESPECIALIZADO
MARYBEL ROJAS S.A.S

DIRECCION: CALLE 31 No 30-73 TELEFONO: 2873444 - 2879967
Palmira - Valle de Cauca - Colombia
e-mail: labesmaro@yahoo.es

15020440

Orden No : 15020440
Paciente : PAOLA ZAPATA ZAPATA
Identificación : 1115087790
Convenio : SAGRADA FAMILIA
Servicio : CONSULTA EXTERNA

Fecha recepción : 08/09/2023 12:11:57
Fecha 1ra. Impresión :
Edad/Sexo : 27 / F
Fecha Nacimiento : 09/08/1996
Telefono ...

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
QUIMICA			
Glucosa	**78.9**	mg/dl	70 - 110 mg/dl Primer Dia : 40 - 60 mg/dl Mayor de 1 Dia: 50 - 80 mg/dl Adultos : 70 - 110 mg/dl
Observaciones			
Colesterol Total	**175.0**	mg/dl	Optimo : Hasta 200 mg/dl Moderado: 200 - 239 mg/dl Elevado : > 240 mg/dl
Observaciones			
Triglicéridos	**92.6**	mg/dl	Hombres :40 - 160 mg/dl Mujeres :35 - 135 mg/dl
Observaciones			
Colesterol de Alta Densidad - HDL	**57.5**	mg/dl	Hombres Mujeres Riesgo Menor : > 50 >60 mg/dl Riesgo Normal : 35-50 45-60 mg/dl Riesgo Elevado: < 35 <45 mg/dl
Observaciones			
Colesterol VLDL	**18.5**		
Indice Arterial	**3.0**		

"La interpretación de éste y todo examen de laboratorio corresponde exclusivamente al médico"

LABORATORIO ESPECIALIZADO
MARYBEL ROJAS S A S

DIRECCION: CALLE 31 No 30-73 TELEFONO: 2873444 - 2879967
Palmira - Valle de Cauca - Colombia
e-mail: labesmaro@yahoo.es

15020440

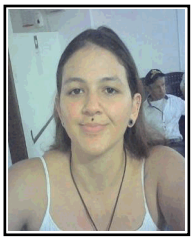
Orden No	: 15020440	Fecha recepción	: 08/09/2023 12:11:57
Paciente	: PAOLA ZAPATA ZAPATA	Fecha 1ra. Impresión	:
Identificación	: 1115087790	Edad/Sexo	: 27 / F
Convenio	: SAGRADA FAMILIA	Fecha Nacimiento	: 09/08/1996
Servicio	: CONSULTA EXTERNA	Telefono	...

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
QUIMICA			
Colesterol de Baja Densidad - LDL	**99.0**	mg/dl	Optimo : Hasta 100 mg/dl Casi Optimo: 100 - 129 mg/dl Moderado : 130 - 159 mg/dl Elevado : 160 - 189 mg/dl Muy Elevdo : > 190 mg/dl

HILDA MARIA OROZCO GRISALES
BACTERIOLOGA
RP. 20219
Validación: 08/09/2023 14:45:38

"La interpretación de éste y todo examen de laboratorio corresponde exclusivamente al médico"

ESPECIALISTAS EN SALUD OCUPACIONAL
Nit. 900372493-8
Cel. 3183940160- 2374442 - 2390179
Calle 4 # 17 -29 - Guadalajara de Buga
sistemas@prowork.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 99.349

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
13 DÍA	09 MES	2023 AÑO	GUADALAJARA DE BUGA (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MEDICA OSTEOMUSCULAR DE INGRESO, CON ENFASIS CARDIOVASCULAR Y PSICOSOCIAL

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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)

Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

ZAPATA ZAPATA PAOLA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	27 AÑOS 1 MESES 8 DÍAS	CC	1115087790
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
INSTRUCTORA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

Observaciones: *NO APLICA*

NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)	**N/A**

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACIÓN MÉDICA OSTEOMUSCULAR	✓	EVALUACIÓN PSICOLÓGICA	✓
CITOQUIMICA DE ORINA / UROANÁLISIS (PARCIAL DE ORINA)	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	EDUCACIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y MEDIDAS DE ERGONOMÍA. DOTAR Y EXIGIR USO ADECUADO DE EPP SEGÚN EXPOSICIÓN Y LABOR A DESEMPEÑAR	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

- NO SE CALCULA RIESGO CARDIOVASCULAR POR LA EDAD.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente 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. De igual manera he sido notificado por parte del médico evaluador del resultado obtenido a raíz de la evaluación médica ocupacional.

Médico

Maria Lizeth Concha B
Dra. Maria Lizeth Concha B.
Médico Esp. Salud Ocupacional
Unilibre
Lic. 071 / 2018

Firma:

Nombre: CONCHA BERMUDEZ MARIA LIZETH

R. M.: 768424 **L.S.O.:** 071/2018

Aspirante o Trabajador

Paola Zapata Zapata

Firma:

Nombre: ZAPATA ZAPATA PAOLA

CC: 1115087790

Nit. 900372493-8
Cel. 3183940160- 2374442 - 2390179
Calle 4 # 17 -29 - Guadalajara de Buga
sistemas@prowork.com.co

RECOMENDACIONES

Paciente: ZAPATA ZAPATA PAOLA

Fecha: 13/09/2023

Identificación: CC: 1115087790

Fecha Nacimiento: 09/08/1996

Cargo: INSTRUCTORA

Edad: 27 AÑOS 1 MESES 8 DÍAS

Género: FEMENINO

Estado Civil: UNIÓN LIBRE

Dirección: CALLE 12 14 33

Ciudad: GUADALAJARA DE BUGA (VALLE DEL CAUCA, CO

RECOMENDACIONES GENERALES

ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA, BAJA EN GRASAS Y HARINAS, RICA EN VERDURAS Y FRUTAS: CONTINUAR SEGUIMIENTO CON NUTRICIÓN , EJERCICIO FÍSICO REGULAR, DE ACUERDO A SU ESTADO FÍSICO Y CONDICIÓN DE SALUD

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

EDUCACIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y MEDIDAS DE ERGONOMÍA. DOTAR Y EXIGIR USO ADECUADO DE EPP SEGÚN EXPOSICIÓN Y LABOR A DESEMPEÑAR

Médico

Maria Lizeth Concha B
Dra. Maria Lizeth Concha B.
Médico Esp. Salud Ocupacional
Unilibre
Lic. 071 / 2018

Firma:

Nombre: CONCHA BERMUDEZ MARIA LIZETH

R. M.: 768424 **L.S.O.:** 071/2018

ProWork
ESPECIALISTAS EN SALUD OCUPACIONAL
Nit. 900372493-8
Cel. 3183940160- 2374442 - 2390179
Calle 4 # 17 -29 - Guadalajara de Buga
sistemas@prowork.com.co



RESULTADO DEL LABORATORIO CLÍNICO

DATOS PERSONALES

Lugar del Examen: GUADALAJARA DE BUGA (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) Fecha: 14/09/2023

Número de Identificación: 1115087790 Nombre: ZAPATA ZAPATA PAOLA Genero: FEMENINO

Fecha de Nacimiento: 09/08/1996 Edad: 27 AÑOS 5 MESES 16 DÍAS Estado Civil: UNIÓN LIBRE

RESULTADO DE CITOQUIMICA DE ORINA / UROANÁLISIS (PARCIAL DE ORINA)

NOMBRE DEL EXAMEN	RESULTADO	UNIDADES	VALOR DE REFERENCIA
PARCIAL DE ORINA (UROÁNALISIS)			
QUIMICA			
COLOR	AMARILLO		
ASPECTO	CLARO		
PH	5.0		
DENSIDAD	1030		
BILIRRUBINA	NEGATIVO		NEGATIVO
UROBILINOGENO	NEGATIVO		0,2
CETONA	NEGATIVO		NEGATIVO
GLUCOSA	NEGATIVO		NEGATIVO
PROTEINA	NEGATIVO		NEGATIVO
NITRITOS	NEGATIVO		NEGATIVO
MICROSCOPICO			
LEUCOCITOS	ESCASAS		0 - 3 POR CAMPO
CELULAS EPITELIALES	ESCASAS		0 - 3 POR CAMPO
ERITROCITOS	ESCASOS		0 - 1 POR CAMPO
BACTERIAS	*ESCASAS*		ESCASAS
MOCO	*NO SE OBSERVA*		NO SE OBSERVA
CRISTALES	*NO SE OBSERVA*		NO SE OBSERVA

Bacteriólogo

Firma: Angela Maria Arias Gallego

Nombre: ARIAS GALLEGO ANGELA MARIA

RM: 5-2448-13/2013

Paciente

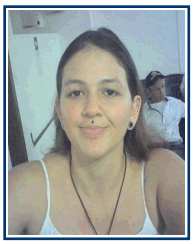
Firma: Paola Zapata Zapata

Nombre: ZAPATA ZAPATA PAOLA

CC: 1115087790

ESPECIALISTAS EN SALUD OCUPACIONAL

Nit. 900372493-8
Cel. 3183940160- 2374442 - 2390179
Calle 4 # 17 -29 - Guadalajara de Buga
sistemas@prowork.com.co



PSICOLOGÍA OCUPACIONAL

Datos Personales

N° Atención: 8,095

Ciudad: GUADALAJARA DE BUGA (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) 13/09/2023 - 08:18 P. M. **Fecha Atención:** 13/09/2023 08:18:49p. m.

CC: 1115087790 **Nombres y Apellidos:** ZAPATA ZAPATA PAOLA **Fecha de Nacimiento:** 09/08/1996 **Edad:** 27 AÑOS 1 MESES 8 DÍAS

Genero: FEMENINO **Estado Civil:** UNIÓN LIBRE **Dirección:** CALLE 12 14 33 **Teléfono:** **Celular:** 3184402614

Entidad: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA) **Profesión o Cargo:** INSTRUCTORA

Funciones del Cargo: INSTRUCTORA **Nivel Académico:** TÉCNICO **Acudiente:**

Teléfono del Acudiente: **Parentesco:**

Diagnóstico:

CONCEPTO

En su prueba se destaca una persona que es seria, seguro de sí misma, y aborda los desafíos con eficacia. Es bien adaptada emocionalmente, prudente y cautelosa.

Niega síntomas de depresión, niega alteraciones en su estado de humor, niega dificultades en su estado de vigilancia o somnolencia, bajo riesgo de consumo de sustancias psicoactivas.

APTA PARA EL CARGO.

PSICÓLOGO

Yorli García C
Yorli García Calero
PSICÓLOGA / UNIVALLE
Especialista SST
Registro 765791
Tarjeta Profesional 103390
Licencia 1359

Firma:

Nombre: GARCIA CALERO YORLI

R. M.: 11114813224

PACIENTE

Paola Zapata Zapata

Firma:

Nombre: ZAPATA ZAPATA PAOLA

CC: 1115087790

ÓPTICOS MERCURIO
SALUD VISUAL

INVERSIONES ÓPTICOS MERCURIO S.A.S
NIT: 900.299.742-9

FORMULA DE LENTES

FECHA: 8/09/2023

CRA 12 # 6-26 BUGA - Tel 2373434 - BUGA@OPTICOSMERCURIO.COM

PACIENTE:PAOLA ZAPATA ZAPATA		Documento: CC 1115087790
Entidad: PARTICULARES		Fecha Nacimiento: 9/08/1996
Edad: 27 años	Género: F	Teléfono: 3184402614 -

PRESCRIPCION

	ESFERA	CILINDRO	EJE	ADD	AV-VL	AV-VP	TIPOLENTE	DNP	ALT
OD	N	-0.25	180		20/20	0.50M	MONOFOCLA	30/31	
OI	N	-0.50	180		20/20	0.50M	MONOFOCLA	30/31	

Diagnóstico:	H522 - ASTIGMATISMO, OJO: AO - -
Conducta:	SE DA RX

Nota: No se da garantia por trabajos realizados en otros lugares.

JUAN D BELTRAN RM: 1015439727
OPTOMETRIA

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) PAOLA ZAPATA ZAPATA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1115087790 el día 06/02/2024 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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) PAOLA ZAPATA ZAPATA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1115087790 realizó el día 06/02/2024 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, Artículo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo PAOLA ZAPATA ZAPATA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1115087790 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 -

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, **PAOLA ZAPATA ZAPATA** identificado con **CC** No. **1115087790**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de afiliación:** 26/09/2023 **Fecha de inicio de cobertura:** 01/02/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 01/02/2024 **Fecha fin de Contrato:** 06/07/2024 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 2 **Cargo :** PROFESORES E INSTRUCTORES DE EDUCACION ESPECIAL

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): 202401012347285.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 13 días del mes de febrero 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

Banco Caja Social
Su banco amigo.

UNA EMPRESA DE FUNDACIÓN GRUPO SOCIAL

HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

PAOLA ZAPATA ZAPATA Identificado con CC 1115087790

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina BUGA, con las siguientes características:

Cuentamiga

Número:	24116834058
Fecha de apertura:	5 de Septiembre de 2022
Condiciones de uso:	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
Estado:	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a QUIEN PUEDA INTERESAR, realizada en la Oficina 0080 BUGA de la ciudad de GUADALAJARA DE BUGA, el día Lunes, 22 de Enero de 2024.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA | Banco Caja Social

SEGURO DE CUMPLIMIENTO A FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
(GARANTÍA ÚNICA)

suramericana

Ciudad y Fecha de Expedición	Póliza		Documento
GUADALAJARA DE BUGA, 30 DE ENERO DE 2024	3835571–9		15536681
Intermediario	**Código**	**Oficina**	**Referencia de Pago**
NELSON ALEXIS CHAVEZ PINO	51507	048	01215536681

TOMADOR

CEDULA	Razón Social y/o Nombres y Apellidos		
1115087790	PAOLA ZAPATA ZAPATA		
Dirección		**Ciudad**	**Teléfono**
CALLE 12 # 14–33		GUADALAJARA DE BUGA	6024402614

GARANTIZADO

CEDULA	Nombres y Apellidos
1115087790	PAOLA ZAPATA ZAPATA

BENEFICIARIO Y/O ASEGURADO

NIT	Nombres y Apellidos
8999990341	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

COBERTURAS DE LA PÓLIZA

COBERTURA	FECHA INICIAL	FECHA VENCIMIENTO	VALOR ASEGURADO	PRIMA
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	01–FEB–2024	06–NOV–2024	2.322.083,00	28.571,00

VIGENCIA DEL SEGURO		VIGENCIA DEL MOVIMIENTO			VLR. PRIMA SIN IVA	VLR. IMPUESTOS (IVA)	TOTAL A PAGAR
Desde	Hasta	Días	Desde	Hasta			
01–FEB–2024	06–NOV–2024	279	01–FEB–2024	06–NOV–2024	$28.571	$5.428	$33.999

VALOR A PAGAR EN LETRAS
TREINTA Y TRES MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS M/L

Documento de:	Valor Asegurado Movimiento	Prima Anual	Total Valor Asegurado
POLIZA NUEVA	$2.322.083	$9.288	$2.322.083,00

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. FAVOR NO EFECTUAR RETENCIÓN SOBRE EL IVA
LAS PRIMAS DE SEGUROS NO ESTÁN SUJETAS A RETENCIÓN EN LA FUENTE DECRETO REGLAMENTARIO 2509/85 ART. 17. AUTORRETENEDORES RESOLUCIÓN N° 009961

101 – NEGOCIOS ESTATALES

RAMO	PRODUCTO	OFICINA	USUARIO	OPERACIÓN	MONEDA	COASEGURO	NÚMERO PÓLIZA LÍDER	DOCUMENTO COMPAÑÍA LÍDER
012	NDX	048	CUM001	01	PESO COLOMBIANO	DIRECTO		

FIRMA AUTORIZADA

Paola Zapata Zapata

FIRMA TOMADOR

PARTICIPACIÓN DE INTERMEDIARIOS

CÓDIGO	NOMBRE DEL PRODUCTOR	COMPAÑÍA	CATEGORÍA	%PARTICIPACIÓN	PRIMA
51507	NELSON ALEXIS CHAVEZ PINO	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.	NATURAL	100,00	28.571

DESCRIPCIÓN	Fecha a partir de la cual se utiliza	Tipo y número de la entidad	Tipo de documento	Ramo al cual accede	Identificación Interna de la proforma
CÓDIGO CLAUSULADO	01/01/2017	13 – 18	P	05	F–01–12–084
CÓDIGO NOTA TÉCNICA	25/06/2017	13 – 18	NT–P	5	N–01–012–011

TEXTOS Y ACLARACIONES ANEXAS

Proceso de selección: Prestacion de servicios
NRO. DE CONTRATO CO1.PCCNTR.5826293.
OBJETO:PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE CARÁCTER TEMPORAL PARA ORIENTAR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL COMO INSTRUCTOR SENA DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓNEN SITUACIÓN DE DESPLAZAMIENTO DEL CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA