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	**01974-614893**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	DIANA DEL ROCIO LOPEZ MANJARRES	**C.C.**	65.757.096	**IP/Nº de contacto**	3223596603
Correo electrónico contratista:	dilopezm@sena.edu.co				

Régimen del IVA: NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** SI **Es Pensionado?** NO

Banco al cual consignar: BANCOLOMBIA **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** SI

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 84888156339

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: 5845076/2024 **Nº Compromiso SIIF** **27124**

Valor Total del Contrato	$ 22.327.725	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 22.327.725	**1**	**Del**	**01/02/2024**	**Al**	**29/02/2024**	**$ 4.465.545,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 17.862.180		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: PRESTACIÓN SERVICIOS DE CARÁCTER TEMPORAL ORIENTANDO FPI COMO INSTRUCTOR SENA A TRAVÉS DE ACCIONES REGULARES EN LAS MODALIDADES PRESENCIAL, A DISTANCIA Y/O VIRTUAL EN CUALQUIER PROGRAMA DE LOS DIFERENTES NIVELES DE FORMACIÓN DEL CAB.

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	**$ 2.618.393**		**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	----------	**1060479811**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.786.218	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 223.300	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 285.800	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 18.700	$ 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	$ 446.555	
Salud hasta $ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25% $ 3.098.445	$ 872.798	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.618.393,00	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

Informe contractual mes de febrero
Entrega evidencias soportes necesarios para el pago mes de febrero
Se anexa planilla de Pago Simple mes de enero de seguridad social (salud, pensión)

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:
1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas; 2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC y FVP, por los ingresos recibidos en el mes anterior del contrato objeto de cobro en esta planilla y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato; 3. El número de trabajadores contratados para cumplir con el desarrollo del objeto contractual corresponden a lo indicado en esta planilla; 4. Toda la información aquí suministra es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados.

DIANA DEL ROCIO LOPEZ MANJARRES
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)

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-01-17, 11:57:02 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1060479811

Periodo Cotización: enero de 2024 **Periodo Servicio:** enero de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8810243701

PAGADO 17/01/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	DIANA DEL ROCIO LOPEZ MANJARRES		
Documento	CC65757096	**Dirección**	CL 15 SUR #7 - 25
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3223596603
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BUGA	**Departamento**	VALLE DEL CAUCA
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	NINGUNA ARP

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 65757096	DIANA DEL ROCIO LOPEZ MANJARRES	03	00																	0	30	30	0	0	(230201) PROTECCION	$ 1.600.000	$ 256.000	(EPS010) EPS SURA	$ 1.600.000	$ 200.000	0,000	$ 0	$ 0	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 456.000

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.600.000	$ 1.600.000	$ 0	$ 0	$ 256.000	$ 200.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 456.000	$ 0	$ 456.000

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

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 **DIANA DEL ROCIO LOPEZ MANJARRES** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **65757096** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 65757096
NOMBRES Y APELLIDOS	DIANA DEL ROCIO LOPEZ MANJARRES
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	01/12/2018
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	266
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	51

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **16/02/2024**

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

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **LOPEZ MANJARREZ DIANA DEL ROCIO** identificado(a) con **CC** número **65.757.096** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 28 de mayo de 1998 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 16 de febrero de 2024.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2024021614133

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 02 Actualización

4. Número de formulario 14509980132

(415)7707212489984(8020) 000001450998013 2

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

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Tolima 7 3	Ibagué 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
LOPEZ	MANJARRES	DIANA	DEL ROCIO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

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 4 17 55

42. Correo electrónico: rocio@email.cz

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 2 3 5 9 6 6 0 3	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 4 2	1 9 9 8 0 8 1 1	8 5 4 1	1 9 9 8 0 8 1 1		7 2 1 0	8 5 2 3		

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 [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 1 61. Fecha 2019 - 05 - 16

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 SANCHEZ RIVERA VICTORIA EUGENIA

985. Cargo Analista V

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 22-01-2024 01:33:24PM

ProWork
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° 85,008

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
03 DÍA	02 MES	2023 AÑO	TULUÁ (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

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

PARTICULAR - SENA - BUGA

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)

LOPEZ MANJARRES DIANA DEL ROCIO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	49 AÑOS 11 MESES 16 DÍAS	CC	65757096
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	✓
GLUCOSA EN SUERO	✓	OPTOMETRÍA	✓
PERFIL LIPÍDICO	✓	HEMOGRAMA	✓
UROANÁLISIS (PARCIAL DE ORINA)	✓	TAMIZAJE CARDIOVASCULAR	✓

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	
	CAPACITAR Y ENTRENAR EN EL ADECUADO USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	
	DEBE LABORAR DURANTE TODA LA JORNADA LABORAL CON LENTES DE CORRECCIÓN : CONTROL ANUAL CON OPTOMETRIA	
	MEJORAR POSTURAS Y HÁBITOS POSTURALES TANTO EN POSICIÓN SENTADO COMO DE PIE	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

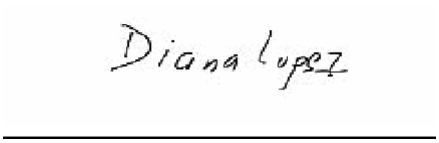


Firma:

Nombre: CONCHA BERMUDEZ MARIA LIZETH

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

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: LOPEZ MANJARRES DIANA DEL ROCIO

CC: 65757096

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

RECOMENDACIONES

Paciente: LOPEZ MANJARRES DIANA DEL ROCIO

Fecha: 03/02/2023

Identificación: CC: 65757096

Fecha Nacimiento: 17/02/1973

Cargo: INSTRUCTORA

Edad: 49 AÑOS 11 MESES 16 DÍAS

Género: FEMENINO

Estado Civil: SEPARADO(A)

Dirección: CALLE 5 SUR 7 -25

Ciudad: TULUÁ (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA)

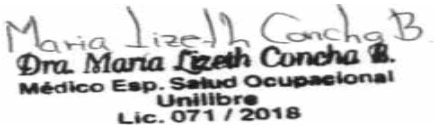
RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

EDUCACIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y MEDIDAS DE ERGONOMÍA. DOTAR Y EXIGIR USO ADECUADO DE EPP SEGÚN EXPOSICIÓN Y LABOR A DESEMPEÑAR, CAPACITAR Y ENTRENAR EN EL ADECUADO USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, DEBE LABORAR DURANTE TODA LA JORNADA LABORAL CON LENTES DE CORRECCIÓN: CONTROL ANUAL CON OPTOMETRIA, MEJORAR POSTURAS Y HÁBITOS POSTURALES TANTO EN POSICIÓN SENTADO COMO DE PIE

RECOMENDACIONES GENERALES

EJERCICIO FÍSICO REGULAR, DE ACUERDO A SU ESTADO FÍSICO Y CONDICIÓN DE SALUD, ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA, BAJA EN GRASAS Y HARINAS, RICA EN VERDURAS Y FRUTAS, DEFECTO DE REFRACCIÓN NO CORREGIDO. REQUIERE VALORACIÓN POR OPTOMETRÍA PARA ADAPTACIÓN DE LENTES DE CORRECCIÓN, EDUCACIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y EJERCICIOS CIRCULATORIOS

Médico



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



EXAMEN DE OPTOMETRÍA

DATOS PERSONALES

Atención Nº: 43,796

Fecha: 04/02/2023 **Municipio:** GUADALAJARA DE BUGA (VALLE DEL CAUCA **CC:** 65757096 **Nombre:** LOPEZ MANJARRES DIANA DEL ROCI **Edad:** 49 AÑOS 1

Genero: FEMENINO **Profesión o Cargo:** INSTRUCTORA **Empresa:** PARTICULAR - SENA - BUGA

Eps: SURA **Tipo Evaluación Medica:** EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO **F. Último Examen:** 24/06/2021

Lugar del Último Examen: BUGA **Motivo Consulta:** CONTROL

ANTECENDENTES VISUALES

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

PRUEBAS REALIZADAS

SINTOMATOLOGÍA

ASINTOMÁTICO

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN		AV/VL	AV/VP	PH	AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN	AV/VL	AV/VP
O.D:	NO APLICA	20/ 50	0.75	N/A	NO APLICA	N/A	N/A
O.I:	NO APLICA	20/150	0.75	N/A	NO APLICA	N/A	N/A
A.O:	NO APLICA	20/50	0.75	N/A	NO APLICA	N/A	N/A

EXAMEN EXTERNO

OJO DERECHO: **SEGMENTO ANTERIOR NORMAL**

OJO IZQUIERDO: **SEGMENTO ANTERIOR NORMAL**

REFLEJOS

OBSERVACIÓN: **PRESENTES Y NORMALES**

COVER TEST

VISIÓN LEJANA: **NORMAL**

VISIÓN PROXIMA: **NORMAL**

MOTILIDAD OCULAR

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

PUNTO PRÓXIMO DE CONVERGENCIA

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

OFTALMOSCOPÍA

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

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

QUERATROMETRÍA

OJO IZQUIERDO: **K´ =**

OJO DERECHO: **K´ =**

REFRACCIÓN

OJO DERECHO	-	AV VL 20/ **20**
OJO IZQUIERDO	-	AV VL 20/ **20**

RX FINAL

OJO IZQUIERDO

OJO DERECHO

VISIÓN COLOR

OJO DERECHO: **NORMAL**

OJO IZQUIERDO: **NORMAL**

ESTEREOPSIS

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

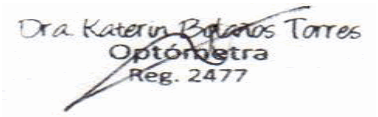
CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
H521	MIOPIA	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA
H522	ASTIGMATISMO	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA
H524	PRESBICIA	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

PROFESIONAL

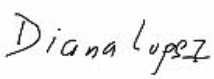


Firma:

Nombre: BOLAÑOS TORRES KATERIN

R. M.: 2477 **L.S.O.:**

PACIENTE



Firma:

Nombre: LOPEZ MANJARRES DIANA DEL ROCIO

CC: 65757096

ProWork
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: 6,550

Ciudad: GUADALAJARA DE BUGA (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) 03/02/2023 - 04:23 P. M. **Fecha Atención:** 03/02/2023 04:23:09p. m.

CC: 65757096 **Nombres y Apellidos:** LOPEZ MANJARRES DIANA DEL ROCIO **Fecha de Nacimiento:** 17/02/1973 **Edad:** 49 AÑOS 11 MESES 16 DÍ

Genero: FEMENINO **Estado Civil:** SEPARADO(A) **Dirección:** CALLE 5 SUR 7 -25 **Teléfono:** **Celular:** 3223596603

Entidad: PARTICULAR - SENA - BUGA **Profesión o Cargo:** INSTRUCTORA

Funciones del Cargo: **Nivel Académico:** DOCTORADO **Acudiente:**

Teléfono del Acudiente: **Parentesco:**

Diagnóstico:

CONCEPTO

Persona que al momento de la entrevista se muestra consciente y concentrada, su comunicación es buena, su lenguaje es de un tono bajo apropiado, logra comunicarse de forma asertiva, se evidencia simpatía hacia los demás. disfruta de actividades de enseñanza.

Se evidencia en sus pruebas, ser sensible, equilibrada inteligente, segura de si misma, asume liderazgo, muestra pocos síntomas abiertos de trastorno emocional, psicológicamente adaptada. Capaz de enfrentar problemas de la vida diaria.

Posee experiencia en la labor de docencia lo que puede poner a su favor para su adaptación al cargo.

APTA PARA EL CARGO

PSICÓLOGO

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

Firma:

Nombre: GARCIA CALERO YORLI

R. M.: 11114813224

PACIENTE

Diana lopez

Firma:

Nombre: LOPEZ MANJARRES DIANA DEL ROCIO

CC: 65757096

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

REMISIÓN A SERVICIOS DE SALUD

Fecha: 4 de febrero de 2023

Señor (es)
OPTOMETRIA
Ciudad

Por medio de la presente agradecemos la atenci ón del (la) Sr. (a) **LOPEZ MANJARRES DIANA DEL ROCIO** con CC. **65757096**, quien ha sido valorada por nuestra instituci ón como parte de las actividades de medicina preventiva y del trabajo de la empresa PARTICULAR - SENA - BUGA, para lo cual suministramos la siguiente información:

Cargo	INSTRUCTORA	**Dependencia**	NO APLICA
Antigüedad en la empresa	0 AÑO(S)	**Edad**	49 AÑOS 11 MESES 16 DÍAS
antigüedad en el cargo	0 AÑO(S)	**Género**	FEMENINO

Protocolo: **Visual** ☐ **Auditivo** ☐ **Lesiones OM** ☐ **Cardio V** ☐

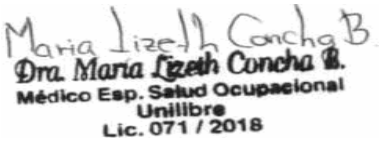
Diagnóstico H521 - MIOPÍA, H522 - ASTIGMATISMO, H524 - PRESBICIA,

Diagnostico según protocolo **Sano** ☐ **Sospechoso** ☐ **Caso** ☐

Ampliación de la Información: SE RECOMIENDA ALIMENTACIÓN BAJA EN GRASAS, ACTIVIDAD FÍSICA.
VALORACIÓN POR OPTOMETRIA POR DEFECTO DE REFRACCIÓN NO CORREGIDO.

Agradecemos la atención a la presente.

Cordialmente,



Firma:

Nombre: CONCHA BERMUDEZ MARIA LIZETH

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

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:** 04/02/2023

Número de Identificación: 65757096 **Nombre:** LOPEZ MANJARRES DIANA DEL ROCIO **Genero:** FEMENINO

Fecha de Nacimiento: 17/02/1973 **Edad:** 49 AÑOS 11 MESES 16 DÍAS **Estado Civil:** SEPARADO(A)

RESULTADO DE HEMOGRAMA

ITEM	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
WBC	10.19	10^3/uL	5,00 - 10,00
LYM%	34.9	%	20,0 - 50,0
MID%	6.7	%	3,0 - 10,0
GRA%	58.4	%	40,0 - 70,0
RBC	4.61	10^6/uL	3,80 - 5,80
HGB	13.1	g/dL	12,0 - 17,2
HCT	38.1	%	36,0 -52,0
PLT	369	10^3/uL	150 - 450

Bacteriólogo

Firma: Isabella Dominguez

Nombre: DOMINGUEZ MORENO ISABELLA

Paciente

Firma: Diana lopez

Nombre: LOPEZ MANJARRES DIANA DEL ROCIO

RM: 1114459688 CC: 65757096

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:** 04/02/2023

Número de Identificación: 65757096 **Nombre:** LOPEZ MANJARRES DIANA DEL ROCIO **Genero:** FEMENINO

Fecha de Nacimiento: 17/02/1973 **Edad:** 49 AÑOS 11 MESES 16 DÍAS **Estado Civil:** SEPARADO(A)

RESULTADO DE GLUCOSA EN SUERO

EXAMEN SOLICITADO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
GLUCOSA	78	**mg/dl**	**70-110 mg/dl**

Bacteriólogo

Firma: Isabella Dominguez

Nombre: DOMINGUEZ MORENO ISABELLA
RM: 1114459688

Paciente

Firma: Diana Lopez

Nombre: LOPEZ MANJARRES DIANA DEL ROCIO
CC: 65757096

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:** 04/02/2023

Número de Identificación: 65757096 **Nombre:** LOPEZ MANJARRES DIANA DEL ROCIO **Genero:** FEMENINO

Fecha de Nacimiento: 17/02/1973 **Edad:** 49 AÑOS 11 MESES 16 DÍAS **Estado Civil:** SEPARADO(A)

RESULTADO DE 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	1.025		
BILIRRUBINA	NEGATIVO		NEGATIVO
UROBILINOGENO	NEGATIVO		0,2
CETONA	NEGATIVO		NEGATIVO
GLUCOSA	NEGATIVO		NEGATIVO
PROTEINA	NEGATIVO		NEGATIVO
NITRITOS	NEGATIVO		NEGATIVO
MICROSCOPICO			
LEUCOCITOS	ESC		0 - 3 POR CAMPO
CELULAS EPITELIALES	0 - 2XC		0 - 3 POR CAMPO
ERITROCITOS	ESC		0 - 1 POR CAMPO
BACTERIAS	ESC		ESCASAS
MOCO	NSO		NO SE OBSERVA
CRISTALES	NSO		NO SE OBSERVA

Bacteriólogo

Firma: Isabella Dominguez

Nombre: DOMINGUEZ MORENO ISABELLA

Paciente

Firma: Diana Lopez

Nombre: LOPEZ MANJARRES DIANA DEL ROCIO

RM: 1114459688 CC: 65757096

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

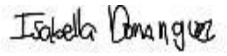
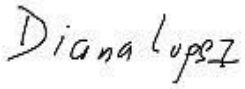
Lugar del Examen: GUADALAJARA DE BUGA (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) **Fecha:** 04/02/2023

Número de Identificación: 65757096 **Nombre:** LOPEZ MANJARRES DIANA DEL ROCIO **Genero:** FEMENINO

Fecha de Nacimiento: 17/02/1973 **Edad:** 49 AÑOS 11 MESES 16 DÍAS **Estado Civil:** SEPARADO(A)

RESULTADO DE PERFIL LIPÍDICO

EXAMEN SOLICITADO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
COLESTEROL TOTAL	219	mg/dl	Hasta 200 mg/dl
OBSERVACIONES:			
COLESTEROL HDL	90	mg/dl	Mayor de 35 mg/dl
OBSERVACIONES:			
COLESTEROL LDL	90	mg/dl	Hasta 150 mg/dl
OBSERVACIONES:			
COLESTEROL VLDL	39	mg/dl	Menor de 30 mg/dl
OBSERVACIONES:			
TRIGLICERIDOS	193	mg/dl	Hasta 160 mg/dl
OBSERVACIONES:			
INDICE ARTERIAL	2.43		**<** 4.5

Bacteriólogo		Paciente	
Firma:		Firma:	
Nombre:	DOMINGUEZ MORENO ISABELLA	Nombre:	LOPEZ MANJARRES DIANA DEL ROCIO
RM:	1114459688	CC:	65757096

Hace constar:

Que el Sr(a) DIANA DEL ROCIO LOPEZ MANJARRES Identificado(a) con cédula de ciudadanía 65757096 realizó el día 15/02/2024 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, Articulo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo DIANA DEL ROCIO LOPEZ MANJARRES Identificado(a) con cédula de ciudadanía 65757096 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, **DIANA DEL ROCIO LOPEZ MAJARRES** identificado con **CC** No. **65757096**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - N. 899999034	**Fecha de afiliación:** 01/09/2015 **Fecha de inicio de cobertura:** 02/02/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 01/02/2024 **Fecha fin de Contrato:** 30/06/2024 **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): 202401012372280.

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

Certificado
Bancario

Lunes, 22 de enero de 2024

Señor(a)
Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que DIANA DEL ROCIO LOPEZ MANJARRES identificado(a) con CC 65757096, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	84888156339	2018/01/25	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.

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

suramericana

Ciudad y Fecha de Expedición	Póliza		Documento
GUADALAJARA DE BUGA, 01 DE FEBRERO DE 2024	3839319–7		15543331
Intermediario	**Código**	**Oficina**	**Referencia de Pago**
NELSON ALEXIS CHAVEZ PINO	51507	048	01215543331

TOMADOR

CEDULA	Razón Social y/o Nombres y Apellidos		
65757096	DIANA DEL ROCIO LOPEZ MANJARRES		
Dirección		**Ciudad**	**Teléfono**
CL 15 SUR NÚMERO 7–25		GUADALAJARA DE BUGA	2360000

GARANTIZADO

CEDULA	Nombres y Apellidos
65757096	DIANA DEL ROCIO LOPEZ MANJARRES

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	31–OCT–2024	2.232.773,00	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	31–OCT–2024	273	01–FEB–2024	31–OCT–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	$2.232.773	$8.931	$2.232.773,00

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

Diana Lopez M

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.5845076.
OBJETO:PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE CARÁCTER TEMPORAL ORIENTANDO FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL COMO INSTRUCTOR SENA A TRAVÉS DE ACCIONES REGULARES EN LAS MODALIDADES PRESENCIAL, A DISTANCIA Y/O VIRTUAL EN CUALQUIER PROGRAMA DE LOS DIFERENTES NIVELES DE FORMACIÓN DEL CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA