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	**37423-144669**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	LIBIA CRISTINA BEDOYA PULGARIN	**C.C.**	1.115.062.948	**IP/Nº de contacto**	3187135038
Correo electrónico contratista:	lcbedoyap@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: SI **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 84800037114

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: 5848158/2024 **Nº Compromiso SIIF** **28924**

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	**$ 2.953.309**		**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	----------	**9462092999**
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	$ -	
Salud hasta $ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25% $ 3.098.445	$ 984.436	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.953.309,00	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 mensual de ejecución mes 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.

LIBIA CRISTINA BEDOYA PULGARIN
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,

GERMAN SUAREZ GARCIA
INSTRUCTOR G20

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)

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1115062948		BEDOYA PULGARIN LIBIA CRISTINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 13 A 27 74	GUADALAJARA DE BUGA-VALLE	2524668	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-01	2024-01	444559180	9462092999	I	2024/02/12	2024/02/08	BANCOLOMBIA	0	$384,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES															PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$13,600		$0	$0		$384,100
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$13,600		$0	$0		$384,100
Ciudad: GUADALAJARA DE BUGA Depto: VALLE (1 Afiliados)																						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$13,600		$0	$0		$384,100
1	CC	1115062948	BEDOYA LIBIA							X										25-14	30	$1,300,000	$208,000	EPS010	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-23	30	$1,300,000	1.044%	$13,600	0	$0	$0	No	$384,100
Total		**Afiliados(1)**																				$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$13,600		$0	$0		$384,100

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1115062948		BEDOYA PULGARIN LIBIA CRISTINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 13 A 27 74	GUADALAJARA DE BUGA-VALLE	2524668	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-01	2024-01	444559180	9462092999	I	2024/02/12	2024/02/08	BANCOLOMBIA	0	$384,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$0	$0	$208,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$208,000	$0	$0	$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$13,600	$0	$0	$13,600
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$13,600	$0	$0	$13,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$0	$162,500
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				1	$384,100	$0	$0	$384,100

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 **LIBIA CRISTINA BEDOYA PULGARIN** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **1115062948** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1115062948
NOMBRES Y APELLIDOS	LIBIA CRISTINA BEDOYA PULGARIN
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	01/01/2019
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	225
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	51

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **18/01/2024**

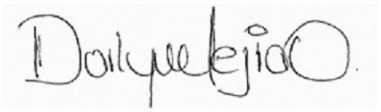
ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **LIBIA CRISTINA BEDOYA PULGARIN** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1115062948,** se encuentra afiliado/a desde **01/06/2011** 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 21 de enero de 2024.



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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14936631081

(415)7707212489984(8020) 000001493663108 1

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

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
BEDOYA	PULGARIN	LIBIA	CRISTINA

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 13 A 27 74

42. Correo electrónico: cristina.bedoyap@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 8 7 1 3 5 0 3 8	

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

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 2023 - 08 - 10 / 19 : 44: 31

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 BEDOYA PULGARIN LIBIA CRISTINA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Dr. Alexander Maldonado Herrera

RM: 765433 LIC: 1865 USC/FUAA
Carrera 15 No. 5 - 25
Tel: 2017091 - 3008282142

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD
EXAMEN OCUPACIONAL (OSTEOMUSCULAR)

SERVI LABS
Oportunos para tu salud

TIPO CERTIFICADO

Pre ingreso	X	Periódico		Retiro		Post incapacidad	
Control		Reubicación		Ingreso a SVE		Trabajo en alturas	
Manipulación de alimentos				Brigadistas		Espacios confinados	

DATOS DEL PACIENTE

Fecha:	14/01/2022
Nombre:	LIBIA CRISTINA BEDOYA PULGARIN
Documento de identidad:	1.115.062.948
Empresa:	**PARTICULAR**
Cargo:	CONTRATISTA

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

CH:	NORMAL	**CT:**	ACEPTABLE	**TG:**	ACEPTABLE	**GLU:**	NORMAL
SER:		**COP:**		**KOH:**		**F.FAR:**	
TGO:		**TGP:**		**PDX5:**			
Audiometria:		NORMAL		**Visiometria:**			
Optometria:		ACEPTABLE		**Psicosensometrica:**			

CONCEPTO

NO PRESENTA RESTRICCIONES

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

1-USO DE EPP SEGUN LABOR. 2-CONTROL OPTOMETRIA DE SU EPS ANUAL. 3- SE RECOMIENDA VALORACION MD GENERAL DE SU EPS 4- USO DE LENTES DE CORRECCION PERMANENTE.
CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD DADOS POR LA EMPRESA. INFORMAR SOBRE ESTADO DE SALUD PROPIO Y DE PERSONAS CON LAS QUE CONVIVA EN CASO DE COVID-19. CUIDADOS DENTRO Y FUERA DE LA EMPRESA. CONSIDERACIONES OCUPACIONALES ESPECIALES CIRCULAR 30 DE 2020 POR COVID 19: SEGÚN LINEAMIENTOS DEL MINISTERIO DE SALUD Y DE ACUERDO A LA VALORACIÓN MÉDICA REALIZADA EL USUARIO NO PRESENTA COMORBILIDADES O CONDICIONES QUE LE PONEN EN RIESGO DE HACER COMPLICACIONES EN CASO DE INFECCIÓN POR COVID 19, DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN LA CIRCULAR 30 DE 2020, EN SU NUMERAL 4.

RESTRICCIONES LABORALES

SIN RESTRICCIONES

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Visual	X	Auditivo		Respiratorio			
Cardiovascular	X	Psicosocial		Ergonómico		Otros	

REMISIÓN ARL: NO APLICA EPS: MD GENERAL EPS

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS

Dr Alexander Maldonado H.
Médico Especialista
Gerencia en Salud Ocupacional
USC/FUAA-RM 765433 LIC 1865

Dr. ALEXANDER MALDONADO HERRERA
Médico Laboral. RM. 765433 Lic. 1865

LIBIA CRISTINA BEDOYA PULGARIN
CC 1115062948
Firma Paciente

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:** 11/08/2023

Número de Identificación: 1115062948 **Nombre:** BEDOYA PULGARIN LIBIA CRISTINA **Genero:** FEMENINO

Fecha de Nacimiento: 05/04/1986 **Edad:** 37 AÑOS 4 MESES 6 DÍAS **Estado Civil:** CASADO(A)

RESULTADO DE GLUCOSA EN SUERO

EXAMEN SOLICITADO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
GLUCOSA	99	**mg/dl**	**70-110 mg/dl**

Bacteriólogo

Firma:

Nombre: ARIAS GALLEGO ANGELA MARIA
RM: 5-2448-13/2013

Paciente

Firma:

Nombre: BEDOYA PULGARIN LIBIA CRISTINA
CC: 1115062948

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: 7,694

Ciudad: CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) 11/08/2023 - 12:20 P. M. **Fecha Atención:** 11/08/2023 12:20:21p. m.

CC: 1115062948 **Nombres y Apellidos:** BEDOYA PULGARIN LIBIA CRISTINA **Fecha de Nacimiento:** 05/04/1986 **Edad:** 37 AÑOS 4 MESES 6 DÍAS

Genero: FEMENINO **Estado Civil:** CASADO(A) **Dirección:** CRA 13 A 27 74 **Teléfono:** **Celular:** 3187135038

Entidad: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE **Profesión o Cargo:** INSTRUCTORA

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

Teléfono del Acudiente: **Parentesco:**

Diagnóstico:

Durante el proceso se muestra ubicada en tiempo y espacio, elocuente en su manera expresarse. Se destaca la seguridad en sí misma, reconoce fácilmente sus fortalezas. Establece relaciones interpersonales fácilmente, así mismo cuenta con conocimientos apropiados para sus funciones. En su prueba de personalidad se muestra racional, orientada al logro y psicológicamente adaptada e independiente, evidenciando un bajo riesgo para marcaciones de depresión y ansiedad al momento de la aplicación de la prueba.

Posee experiencia práctica en los temas que impartirá en sus cursos, lo que puede poner a su favor para su adaptación al cargo.

APTA PARA EL CARGO

PSICÓLOGO

Miguel A Mora Gómez
Psicologo - U del Valle
TP 238626

Firma:
Nombre: MORA GOMEZ MIGUEL ANGEL
R. M.: 766564

PACIENTE

Firma:
Nombre: BEDOYA PULGARIN LIBIA CRISTINA
CC: 1115062948

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:** 11/08/2023

Número de Identificación: 1115062948 **Nombre:** BEDOYA PULGARIN LIBIA CRISTINA **Genero:** FEMENINO

Fecha de Nacimiento: 05/04/1986 **Edad:** 37 AÑOS 4 MESES 6 DÍAS **Estado Civil:** CASADO(A)

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	1010		
BILIRRUBINA	NEGATIVO		NEGATIVO
UROBILINOGENO	NEGATIVO		0,2
CETONA	NEGATIVO		NEGATIVO
GLUCOSA	NEGATIVO		NEGATIVO
PROTEINA	NEGATIVO		NEGATIVO
NITRITOS	NEGATIVO		NEGATIVO
MICROSCOPICO			
LEUCOCITOS	ESCASOS		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:

Nombre: ARIAS GALLEGO ANGELA MARIA
RM: 5-2448-13/2013

Paciente

Firma:

Nombre: BEDOYA PULGARIN LIBIA CRISTINA
CC: 1115062948

SERVI LABS
Oportunos para tu salud

Laboratorio Clínico Servi Labs
Buga - Valle del Cauca

20115002

Paciente:	**BEDOYA PULGARIN LIBIA CRISTINA**	Edad: 35 Años Sexo: Femenino	**Orden No.: 20220115002**
Historia:	1115062948	CLIENTE	PARTICULAR
Fecha y Hora de ingr	2022-01-15 07:42	Direccion:	CLLE 1AN 23B 21
Fecha de impresión:	2022-01-15 10:45	Telefono:	3187135038

Examen	Resultado	Unidades		Valores de referencia	
	QUÍMICA VITROS 5600				
GLUCOSA EN SUERO	95	mg/dl		70 - 110	15/01/2022 09:51
Técnica:Quimioluminiscencia					
PERFIL LIPIDICO					
COLESTEROL TOTAL	236	mg/dl	*	0 - 200	15/01/2022 09:51
VALOR OPTIMO : HASTA 200 mg/dl. RIESGO MODERADO: 200-239 mg/dl. RIESGO ALTO : >240 mg/dl.					
Técnica:Quimioluminiscencia					
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD (HDL)	48.9	mg/dl		45.0 - 65.0	15/01/2022 09:51
RIESGO ELEVADO : MENOR DE 40 mg/dl RIESSGO MODERADO: 40-60 mg/dl RIESGO BAJO : MAYOR DE 60 mg/dl					
Técnica:Método colorimétrico enzimático Homogéneo					
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD (LDL)	142.7	mg/dl			15/01/2022 09:51
RIESGO MUY ALTO : MAYOR DE 190 mg/dl RIESSGO ALTO: 160-189 mg/dl OPTIMO: MENOR DE 100 mg/dl					
Técnica:CALCULADO					
COLESTEROL DE MUY BAJA DENSIDAD (VLDL)	44.4	mg/dl	*	0.0 - 34.0	15/01/2022 09:51
Técnica:CALCULADO					
TRIGLICÉRIDOS	222	mg/dl			15/01/2022 09:51
VALORES DE INTERPRETACION: HOMBRES: Deseable : Entre 40-160 mg/dl. Riesgo : Mayor de 200 mg/dl. MUJERES: Deseable : Entre 35-135 mg/dl. Riesgo : Mayor de 200 mg/dl.					
Técnica:Enzimática Colorimétrica					
INDICE ARTERIAL	4.83	%	*	0.00 - 4.00	15/01/2022 09:51
Técnica:CALCULADO					

Dra. Liliana Marcela Paz Floid
Bacterióloga y Laboratorista clínica
RP: 22341
CC: 38.866.632

	HEMATOLOGÍA				
HEMOGRAMA TIPO IV					
RECUENTO DE LEUCOCITOS.	6.70	x10^3/ul		4.80 - 10.20	15/01/2022 09:51

SERVI LABS
Oportunos para tu salud

Laboratorio Clínico Servi Labs
Buga - Valle del Cauca

20115002

Paciente:	**BEDOYA PULGARIN LIBIA CRISTINA**	Edad: 35 Años Sexo: Femenino	**Orden No.: 20220115002**
Historia:	1115062948	CLIENTE	PARTICULAR
Fecha y Hora de ingr	2022-01-15 07:42	Direccion:	CLLE 1AN 23B 21
Fecha de impresión:	2022-01-15 10:45	Telefono:	3187135038

Examen	Resultado	Unidades		Valores de referencia	
	HEMATOLOGÍA				
NEUTROFILOS EN NUMERO	4.00	x 10^3/ul		2.00 - 6.90	15/01/2022 09:51
LINFOCITOS EN NUMERO	2.30	x 10^3/ul		1.40 - 4.10	15/01/2022 09:51
MONOCITOS EN NUMERO	0.30	x 10^3/ul		0.00 - 0.90	15/01/2022 09:51
EOSINOFILOS EN NUMERO	0.10	x 10^3/ul		0.00 - 0.70	15/01/2022 09:51
BASOFILOS EN NUMERO	0.00	x 10^3/ul		0.00 - 0.20	15/01/2022 09:51
NEUTROFILOS	59.4	%		37.0 - 75.0	15/01/2022 09:51
LINFOCITOS	33.6	%		28.0 - 45.0	15/01/2022 09:51
MONOCITOS	5.2			0.0 - 12.0	15/01/2022 09:51
EOSINIFILOS	1.5	%		0.0 - 7.0	15/01/2022 09:51
BASOFILOS	0.3	%		0.0 - 2.5	15/01/2022 09:51
RECUENTO DE GLOBULOS ROJOS.	4.36	x 10^6ul	*	5.00 - 5.48	15/01/2022 09:51
HEMOGLOBINA.	13.70	g/dl		12.00 - 15.00	15/01/2022 09:51
HEMATOCRITO.	38.8	%		38.0 - 48.0	15/01/2022 09:51
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDICO (MCV).	89.0	fL		80.0 - 96.0	15/01/2022 09:51
HEMOGLOBNA COPRUSCULAR MEDIA (MCH).	31.4	pg		27.0 - 32.0	15/01/2022 09:51
CONCENTRACION DE HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA (MCHC).	35.3	g/dl		32.0 - 36.0	15/01/2022 09:51
RDW CV	14.1	%		11.6 - 15.5	15/01/2022 09:51
RECUENTO DE PLAQUETAS.	269	x 10^3/ul		150 - 450	15/01/2022 09:51
VOLUMEN MEDIO PLAQUETARIO	9.4	fL		9.0 - 13.0	15/01/2022 09:51

Dra. Liliana Marcela Paz Floid
Bacterióloga y Laboratorista clínica
RP: 22341
CC: 38.866.632

REDCONOCER

REDCONOCER LTDA

Nit. 900678090 - 8
Dirección: CRR 18 # 4 - 37
Tel: 2391669

OPTOMETRÍA

Ingreso [X]
Egreso [ ]
Periódico [ ]
Caso ocupacional [ ]

Fecha historia 14/01/2022 14:32:00

Doc. Identidad **CC 1115062948** Nombre **LIBIA CRISTINA BEDOYA PULGARIN** Fecha Nacimiento. **05/04/1986**
Entidad **PARTICULAR** Edad **35** Ocupación **CONTADORA**
Fondo de pensión **COLPENSIONES** EPS ARL **NO REFIERE**

Anamnesis

Último examen visual **6 MESES** | Usa anteojos: Si [X] No [ ] | V.L. [ ] | V.P. [ ] | PC [ ] | Bifocal [ ] | Progresivo [ ] | Filtros [ ]

Frecuencia de uso: Permanente: [X] Ocasional [ ] Usa protección ocular gafas de seguridad o máscara? Si [ ] No [X]

Cirugías Si [ ] No [X] Cuál? **TRABECUOPLASTIA AO HACE 7 AÑOS**

Accidentes oculares Si [ ] No [X] Cuál?

Signos y síntomas: Asintomático [ ] Disminución visual de cerca [ ] Disminución visual de lejos [X] Cefaleas [ ] Resequedad ocular [ ]

Ardor ocular [ ] Lagrimeo [ ] Cansancio ocular [ ] Irritación [ ] Fotofobia [ ] Prurito ocular [ ] Salto de renglón [ ]

Antececentes personales y/o familiares **UTILIZA RX ÓPTICA PERMANENTE HACE 15 AÑOS.** Trae corrección óptica [ ]

Agudeza Visual

	C.C.	V.L	V.P.	S.C.	V.L.	V.P.
O.D.		**20/20**	**0.50M**		**CD 3MT**	**-2M**
O.I.		**20/20**	**0.50M**		**CD 3MT**	**-2M**

Lensometría

	ESF	CIL	EJE	ADD
O.D.				
O.I.				

Examen Externo

	O.D.	O.I.
Segmento Anterior: Hiperemia conjuntiva	[ ]	[ ]
Pterigio N	[ ]	[ ]
Pterigio T	[ ]	[ ]
Pinguécula	[ ]	[ ]
Nevus	[ ]	[ ]
Bleafaratis	[ ]	[ ]
Blefaritis seborreica	[ ]	[ ]
Secreción	[ ]	[ ]
Leucoma corneal	[ ]	[ ]
Ptosis palpebral	[ ]	[ ]
Otros:		

Motilidad Ocular

CVT: VL **ORTHO** VP **X´** HISHBERG **CENTRADO**
Ducciones **NORMAL** Versiones **NORMAL** PPC

Oftalmoscopia

	O.D.	O.I.
F.O.A.N.	[ ]	[ ]
Papila normal	[ ]	[ ]
Brillo foveal normal	[ ]	[ ]
Catarata	[ ]	[ ]
Esclerosis de cristalino	[ ]	[ ]
Opacidad de medios	[ ]	[ ]
Lesión retinal	[ ]	[ ]

Test Ocupacionales

Visión cromática	Visión de profundidad	Campo visual por vonfrontación
O.D: **15/15**	O.D: **40 SEG/ARC**	O.D:
O.I: **15/15**	O.I: **40 SEG/ARC**	O.I:

Refracción

	Esfera	Cilindro	EJE	Adición
O.D:		-		+
O.I:		-		+

Refracción final

	Esfera	Cilindro	EJE	Adición	AV VL	AV VP
O.D:		-		+		
O.I:		-		+		

Interpretación

	O.D	O.I
No requiere correción óptica	[ ]	[ ]
Defecto refractivo adecuadamente corregido	[X]	[X]
Defecto refractivo inadecuadamente corregido	[ ]	[ ]
Defecto refractivo no corregido	[ ]	[ ]
Gafas no formuladas	[ ]	[ ]

Diagnóstico

H522 ASTIGMATISMO
H521 MIOPIA

Recomendaciones

Corrección Óptica Permanente [X] Corrección Óptica Ocasional [ ] Control 6 meses [ ] Control 1 año [X]
Optometría Clínica [ ] Valoración por oftalmología [ ] Valoración por ortóptica [ ]

Valoración Normal [ ] Anormal [ ]

CONCEPTO

Apto [ ] No apto [ ] **Observaciones:** DIFÍCIL APRECIACIÓN FONDO DE OJO

DIANA CAROLINA ORTEGON LANCHEROS
Especialidad: OPTOMETRIA
CC: 1020723576 RM: 2627CTNPO

Hace constar:

Que el Sr(a) LIBIA CRISTINA BEDOYA PULGARIN Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1115062948 realizó el día 05/02/2024 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 LIBIA CRISTINA BEDOYA PULGARIN Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1115062948 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, **LIBIA CRISTINA BEDOYA PULGARIN** identificado con **CC** No. **1115062948**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de afiliación:** 01/02/2022 **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): 202401012422162.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 14 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

Sábado, 20 de enero de 2024

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que LIBIA CRISTINA BEDOYA PULGARIN identificado(a) con CC 1115062948, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	84800037114	2019/04/01	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, 02 DE FEBRERO DE 2024	3839805-5		15544568
Intermediario	**Código**	**Oficina**	**Referencia de Pago**
NELSON ALEXIS CHAVEZ PINO	51507	048	01215544568

TOMADOR

CEDULA	Razón Social y/o Nombres y Apellidos		
1115062948	LIBIA CRISTINA BEDOYA PULGARIN		
Dirección		**Ciudad**	**Teléfono**
CL 13 A 2774		GUADALAJARA DE BUGA	3187135038

GARANTIZADO

CEDULA	Nombres y Apellidos
1115062948	LIBIA CRISTINA BEDOYA PULGARIN

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	OPERACION	MONEDA	COASEGURO	NÚMERO PÓLIZA LÍDER	DOCUMENTO COMPAÑÍA LÍDER
012	NDX	048	CUM001	01	PESO COLOMBIANO	DIRECTO		

FIRMA AUTORIZADA

FIRMA TOMADOR

PARTICIPACIÓN DE INTERMEDIARIOS

CÓDIGO	NOMBRE DEL PRODUCTOR	COMPAÑÍA	CATEGORÍA	%PARTICIPACION	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.5848158.
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

CARTA DE INSTRUCCIONES PARA DILIGENCIAR PAGARÉ ABIERTO

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.

suramericana

No. A-01- 0245219

LIBIA CRISTINA BEDOYA PULGARIN, identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en nombre propio, manifiesto que para todos los efectos señalados en el artículo 622 del Código de Comercio, autorizo(amos) expresa e irrevocablemente a SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. o a quien esta designe para llenar, sin previo aviso, los espacios en blanco del pagaré **No. A-01- 0245219** así:

1. El valor del pagaré será igual al monto de todas las sumas de dinero que SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A., se vea obligada a pagar en virtud de la(s) póliza(s) de seguro de cumplimiento suscritas a mi nombre por cualquiera de sus coberturas, certificados o anexos que la modifiquen, renueven o prorroguen.
2. La fecha de creación y vencimiento del pagaré será aquella en la que se diligencien los espacios en blanco.
3. El lugar del pago será el de las oficinas de la sucursal de SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A., que haya expedido la póliza de seguro y/o la que esta determine.
4. El pagaré así diligenciado presta mérito ejecutivo y será exigible sin más requisitos ni requerimientos.
5. Se deja constancia que en mi poder queda copia de la presente carta de instrucciones.
6. Se autoriza expresamente a SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A., o a quien esta designe para procesar, consultar y reportar la información relativa a estas obligaciones y mi nombre a las centrales de riesgo.

Para constancia se firma en la ciudad de **GUADALAJARA DE** a los **2** días, del mes de **FEBRERO** del año **2024**.

Firma	Firma
1115062948 **LIBIA CRISTINA BEDOYA PULGARIN**	
C.C. Nombres y Apellidos	C.C. Nombres y Apellidos
Firma	Firma
C.C. Nombres y Apellidos	C.C. Nombres y Apellidos

PAGARÉ No. A-01- 0245219

LIBIA CRISTINA BEDOYA PULGARIN Actuando en nombre propio manifiesto que pagaré solidaria e incondicionalmente a la orden de SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. la suma de _____ pesos moneda corriente ($ _____) así como cualquier otra suma por concepto de intereses o que se derive de ella o sea complemento de ella en sus oficinas de la Sucursal, ubicadas hoy en la _____. En caso de mora reconoceremos y pagaremos intereses a la tasa máxima permitida por la ley, sin perjuicio de las demás acciones legales que la acreedora pueda ejercer. Declaramos excusado el protesto del presente pagaré, así como la presentación para el pago y el aviso de rechazo.

Para constancia se firma en la ciudad de _____ a los ____ días, del mes de _____ del año _____.

Atentamente,

Firma	Firma
1115062948 **LIBIA CRISTINA BEDOYA PULGARIN**	
NIT. ☐ C.C. ☑ Razón Social y/o Nombres y Apellidos	NIT. ☐ C.C. ☐ Razón Social y/o Nombres y Apellidos
C.C. Nombre del Representante Legal	C.C. Nombre del Representante Legal
GUADALAJARA DE / 2391522 / CL 13 A 2774 Ciudad / Teléfono / Dirección	Ciudad / Teléfono / Dirección
Firma	Firma
NIT. ☐ C.C. ☐ Razón Social y/o Nombres y Apellidos	NIT. ☐ C.C. ☐ Razón Social y/o Nombres y Apellidos
C.C. Nombre del Representante Legal	C.C. Nombre del Representante Legal
Ciudad / Teléfono / Dirección	Ciudad / Teléfono / Dirección

VIGILADO

F-01-12-068