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	**02447-344018**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	LUZ ADRIANA VALENZUELA RESTREPO	**C.C.**	31.640.839	**IP/Nº de contacto**	3006429099
Correo electrónico contratista:	lavalenzuela@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: 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** 84811648492

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: 5860497/2024 **Nº Compromiso SIIF** **35224**

Valor Total del Contrato	$ 43.018.084	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 43.018.084	**1**	**Del**	**12/02/2024**	**Al**	**29/02/2024**	**$ 2.828.179,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 40.189.905		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	$ 2.828.179		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
			Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 2.828.179**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.986.584**		**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	----------	**000000000**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 606.667	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 75.900	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 97.100	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 6.400	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 9.805.208 $ 707.044	$ -	
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	$ 662.195	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.986.584,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	2.828.179,00	
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	8.485,00	0,300%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Pro-UCEVA	14.141,00	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	**$2.805.553,00**	

SON: DOS MILLONES OCHOCIENTOS CINCO MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se adjunta informe mensual de actividades de febrero del 2024
Se adjuntan documentos solicitados para el primer pago

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.

LUZ ADRIANA VALENZUELA RESTREPO
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)

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 **LUZ ADRIANA VALENZUELA RESTREPO** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **31640839** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 31640839
NOMBRES Y APELLIDOS	LUZ ADRIANA VALENZUELA RESTREPO
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	03/09/2015
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	405
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	47

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **15/02/2024**

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

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) LUZ ADRIANA VALENZUELA RESTREPO identificado(a) con C.C No. 31.640.839, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 15 de febrero del 2024.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.



Leonardo Cáceres García
Gerente Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14974134358

(415)7707212489984(8020) 000001497413435 8

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

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
VALENZUELA	RESTREPO	LUZ	ADRIANA

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 1 D SUR 15 A 38 BRR LOS ANGELES

42. Correo electrónico: adry2205@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	2 3 6 0 6 1 8	3 1 5 2 0 3 4 9 7 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 5 1	2 0 2 1 0 8 0 9	8 5 6 0	2 0 1 5 0 2 1 6					

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 2 2	4 9																								

22- Obligado a cumplir deberes formales a

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024 - 01 - 29 / 09 : 25: 06

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 VALENZUELA RESTREPO LUZ ADRIANA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

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° 61.902

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
17 DÍA	03 MES	2022 AÑO	GUADALAJARA DE BUGA (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MEDICA OSTEOMUSCULAR 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 Ciudadania, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
VALENZUELA RESTREPO LUZ ADRIANA	FEMENINO	44 AÑOS 8 MESES 9 DÍAS	CC (Tipo)	31640839 (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	✓	TAMIZAJE CARDIOVARCULAR	✓
EVALUACIÓN PSICOLÓGICA	✓	----------	

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	
	USE GAFAS O LENTES DE CONTACTO PARA LABORAR, SEGÚN LAS INDICACIONES DEL PROFESIONAL QUE LO FORMULO	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

PARA EMITIR CONCEPTO SE TUVO PRESENTE HEMOGRAMA, GLICEMIA PRE, PERFIL LIDICO Y OPTOMETRIA.
BAJO RIESGO CARDIOVASCULAR

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, la 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 m 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 buer 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.

Powered by CamScanner

Médico



Firma:

Nombre: BARBOSA AYALA ADRIANA

R. M.: 762460 L.S.O.: 818/2015

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: VALENZUELA RESTREPO LUZ ADRIANA

CC: 31640839

Powered by CamScanner

LABORATORIO CLINICO COMFANDI

BUGA SURA
Cali - Colombia -S.A
http://www.comfandi.com.co

00628212

No. de Orden 2022100628212

Paciente:	**VALENZUELA RESTREPO LUZ ADRIANA**			**Fecha y Hora de ingreso:**	2022-10-06 06:25
Historia:	31640839	**SEXO/FECHA NAC.:**	Femenino / 22/05/1978	**Fecha de impresión:**	
CENTROS:	BUGA SURA	**TELEFONO:**	3006429099	**HABITACION:**	U T Laboratorio
MEDICO:	MEDICO EXTERNO GENERICO	**SERVICIOS:**	U T Laboratorio		

Examen	Resultado	Unidades		Valores de referencia	Validación
	QUIMICA SANGUINEA				
GLICEMIA PRE Y POST CON DESAYUNO					
GLICEMIA EN AYUNAS	94	mg/dl		70 - 100	07/10/2022 10:58
MÉTODO:RADIACIÓN ULTRAVIOLETA					
COLESTEROL TOTAL	225	mg/dl	*	50 - 200	07/10/2022 10:58
MÉTODO:ENZIMÁTICO COLORIMÉTRICO					
TRIGLICERIDOS	127	mg/dl		0 - 200	07/10/2022 10:58
MÉTODO:ENZIMÁTICO COLORIMÉTRICO					
COLESTEROL HDL	52	mg/dl		45 - 65	07/10/2022 10:58
MÉTODO:ENZIMÁTICO COLORIMÉTRICO					
INDICE ARTERIAL	4.2		*	3.4 - 4.0	07/10/2022 10:58

Monica Osorio Z

Profesional Responsable: MONICA OSORIO ZARATE
REG. 19010

GLICEMIA PRE Y POST CON DESAYUNO					
GLICEMIA DOS HORAS	89				07/10/2022 10:02
VALOR DE REFERENCIA: (mg/dl)					
CURVA CON CARGA DE 75 gr : Menor a 140					
CURVA A EMBARAZADA CON CARGA DE 75 ó 100 gr : Hasta 153					
CREATININA EN SUERO	0.66	mg/dl		0.51 - 0.95	07/10/2022 09:59
MÉTODO:ENZIMÁTICO					

Profesional Responsable: Proceso Autoverificación
aprobadado por: JANETH
OREJUELA MONTAYES
TP 17189

	HEMATOLOGIA				
HEMOGRAMA AUTOMATIZADO					
RECUENTO LEUCOCITOS	6.71	10^3/uL		4.50 - 10.20	06/10/2022 10:58
NEUTROFILOS	3.07	K/ul		2.00 - 6.90	06/10/2022 10:58
LINFOCITOS.	2.46	K/ul		1.40 - 4.10	06/10/2022 10:58
MONOCITOS.	0.51	K/ul		0.00 - 0.90	06/10/2022 10:58
EOSINOFILOS	0.58	K/ul		0.00 - 0.70	06/10/2022 10:58

Nota: La interpretación de los resultados es exclusiva del médico. Evite pedir explicaciones al personal del laboratorio ni lo haga usted mismo. Puede llegar a conclusiones erróneas que no favorecen su salud ni su tranquilidad.

Los resultados emitidos fueron validados frente a un programa de control de calidad interno y externo de acuerdo estándares internacionales.

LABORATORIO CLINICO COMFANDI

BUGA SURA
Cali - Colombia -S.A
http://www.comfandi.com.co

00628212

No. de Orden 2022100628212

Paciente:	**VALENZUELA RESTREPO LUZ ADRIANA**			**Fecha y Hora de ingreso:**	2022-10-06 06:25
Historia:	31640839	**SEXO/FECHA NAC.:**	Femenino / 22/05/1978	**Fecha de impresión:**	
CENTROS:	BUGA SURA	**TELEFONO:**	3006429099	**HABITACION:**	U T Laboratorio
MEDICO:	MEDICO EXTERNO GENERICO	**SERVICIOS:**	U T Laboratorio		

Examen	Resultado	Unidades		Valores de referencia	Validación
	HEMATOLOGIA				
BASOFILOS.	0.08	K/ul		0.00 - 0.20	06/10/2022 10:58
NEUTROFILOS %.	45.80	%		37.00 - 75.00	06/10/2022 10:58
LINFOCITOS %.	36.70	%		20.00 - 48.00	06/10/2022 10:58
MONOCITOS %.	7.60	%		0.00 - 12.00	06/10/2022 10:58
EOSINOFILOS %.	8.60	%	*	0.00 - 7.00	06/10/2022 10:58
BASOFILOS%	1.20	%		0.00 - 2.50	06/10/2022 10:58
RECUENTO TOTAL DE GLOBULOS ROJOS	4.32	M/ul		3.80 - 5.40	06/10/2022 10:58
HEMOGLOBINA	12.70	g/dl		12.00 - 16.00	06/10/2022 10:58
HEMATOCRITO.	39.40	%		36.00 - 48.00	06/10/2022 10:58
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	91.20	fL		80.00 - 100.00	06/10/2022 10:58
MCH	29.40	pg		27.00 - 32.00	06/10/2022 10:58
MCHC	32.20	g/dl		32.00 - 36.40	06/10/2022 10:58
RDW-CV.	13.80	%		11.60 - 15.50	06/10/2022 10:58
PLAQUETAS	298.0	K/ul		150.0 - 450.0	06/10/2022 10:58
MPV	10.20	fL		9.00 - 13.00	06/10/2022 10:58
MÉTODO:IMPEDANCIA ELÉCTRICA					

Profesional Responsable: ANA LUCIA RAMIREZ JIMENEZ REG 761437

	UROANALISIS		
PARCIAL DE ORINA			
COLOR.	AMARILLO		06/10/2022 14:54
ASPECTO	LIG. TURBIO		06/10/2022 14:54
DENSIDAD	1015.000		06/10/2022 14:54
PH	6.0		06/10/2022 14:54
NITRITOS	NEG		06/10/2022 14:54
LEUCOCITOS EN ORINA	NEG	Leuco/uL	06/10/2022 14:54
PROTEINAS EN ORINA	NEG	mg/dl	06/10/2022 14:54
GLUCOSURIA	NORMAL	mg/dl	06/10/2022 14:54
CUERPOS CETONICOS EN ORINA	NEG		06/10/2022 14:54

Nota: La interpretación de los resultados es exclusiva del médico. Evite pedir explicaciones al personal del laboratorio ni lo haga usted mismo. Puede llegar a conclusiones erróneas que no favorecen su salud ni su tranquilidad.

Los resultados emitidos fueron validados frente a un programa de control de calidad interno y externo de acuerdo estándares internacionales.

LABORATORIO CLINICO COMFANDI

BUGA SURA
Cali - Colombia -S.A
http://www.comfandi.com.co

00628212

No. de Orden 2022100628212

Paciente:	**VALENZUELA RESTREPO LUZ ADRIANA**			**Fecha y Hora de ingreso:**	2022-10-06 06:25
Historia:	31640839	**SEXO/FECHA NAC.:**	Femenino / 22/05/1978	**Fecha de impresión:**	
CENTROS:	BUGA SURA	**TELEFONO:**	3006429099	**HABITACION:**	U T Laboratorio
MEDICO:	MEDICO EXTERNO GENERICO	**SERVICIOS:**	U T Laboratorio		

Examen	Resultado	Unidades	Valores de referencia	Validación
	UROANALISIS			
UROBILINOGENO EN ORINA	NORMAL	mg/dl		06/10/2022 14:54
BILIRRUBINAS EN ORINA	NEG			06/10/2022 14:54
SANGRE EN ORINA	25.00	Ery/uL		06/10/2022 14:54
CELULAS EPITELIALES	++			06/10/2022 14:54
LEUCOCITOS PARCIAL DE ORINA	2-4	X CAMPO		06/10/2022 14:54
ERITROCITOS	2-4	X CAMPO		06/10/2022 14:54
BACTERIAS	++			06/10/2022 14:54
CRISTALES	-			06/10/2022 14:54
CILINDROS	-	X CAMPO		06/10/2022 14:54
OTROS				06/10/2022 14:54

MOCO: +++
DESCARTAR CONTAMINACION VAGINAL

Profesional Responsable: MARIANA MOSQUERA
VASCO REG.76-7583

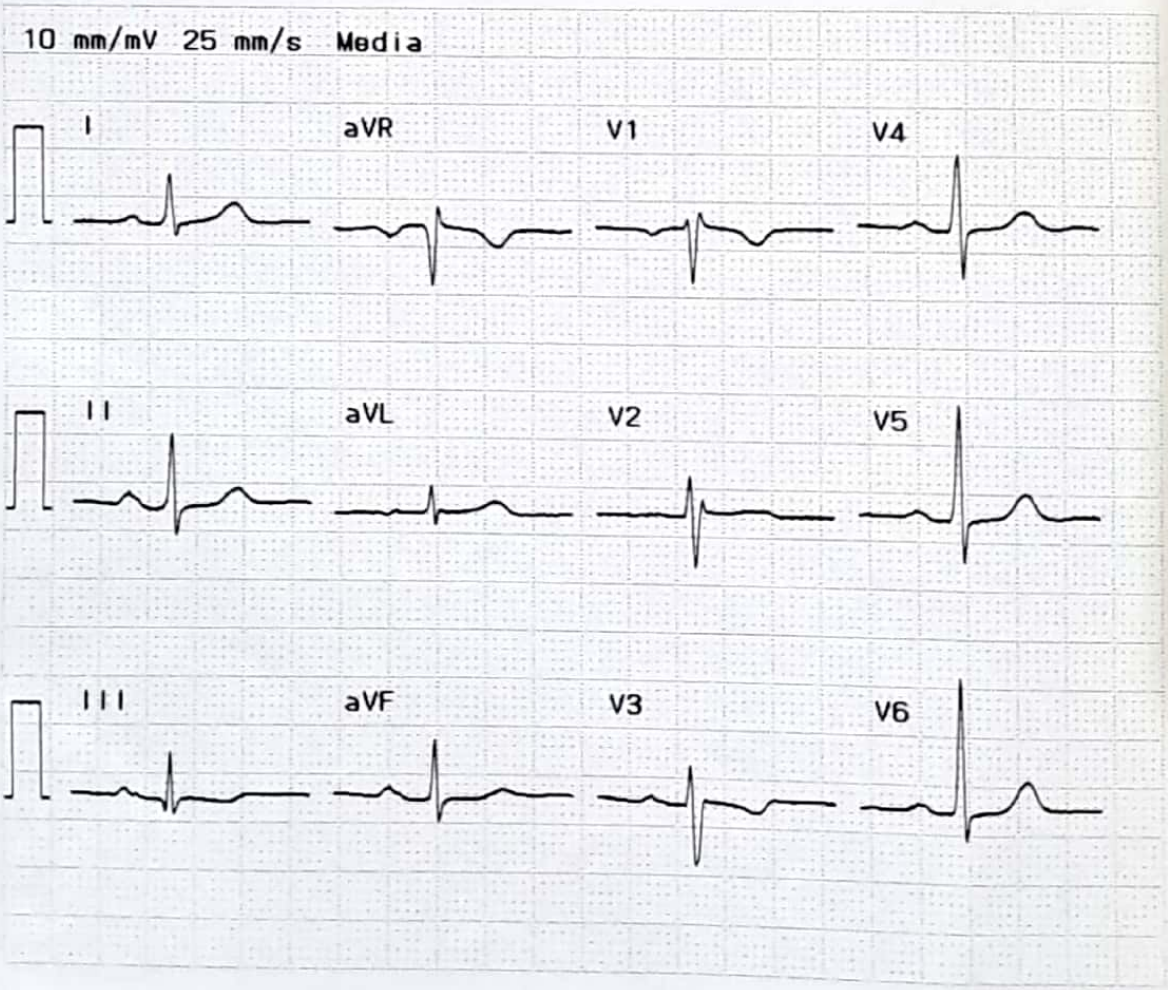
Nota: La interpretación de los resultados es exclusiva del médico. Evite pedir explicaciones al personal del laboratorio ni lo haga usted mismo. Puede llegar a conclusiones erróneas que no favorecen su salud ni su tranquilidad.

Los resultados emitidos fueron validados frente a un programa de control de calidad interno y externo de acuerdo estándares internacionales.

16-Ene-2024 AM10:07

ID:31640839
Nombre:luz adriana valenzue
Sexo:M Fecha de nacimiento: 45 años

cm	kg	/ mmHg
Frec. ventr.	67	lpm
Intervalo PR	188	ms
Duración QRS	86	ms
Int. QT/QTc(E)	398/ 414	ms
Eje P/QRS/T	60/ 41/ 28	°
Amplitud RV5/SV1	1.19/ 0.57	mV
Amplitud RV5+SV1	1.77	mV



Informe sin confirmar
Revisado por:

Examen:

Powered by CamScanner

CLINICA VISION CABAL

		ESFERICO	CILINDRICO	EJE	AV	ADICION
LEJOS	OJO DERECHO	N	-1,25	70	20/20	+1,25
	OJO IZQUIERDO	N	-1,50	95	20/20	+1,25
CERCA	OJO DERECHO					
	OJO IZQUIERDO					

COLOR: CONTROL 1 AÑO **DP**

NOMBRE: LUZ ADRIANA VALENZUELA RESTREPO

DOC ID: 31640839 **FECHA:** 09/06/2023

OBS:

EN CASO DE HACER SUS LENTES EN OTRA OPTICA LE RECOMENDAMOS REPETIR EL EXAMEN DE OPTOMETRIA POR QUE LA CLINICA NO SE RESPONSABILIZA POR LOS TRABAJOS HECHOS EN OTRA OPTICA.

Dra. Paula Andrea Ramirez M
OPTOMETRA F.U.A.A
REG. 1128
clinicavisioncabal@hotmail.com

DPTO OPTOMETRIA

Calle 5 No.14 - 78. Buga - Valle Colombia.

Powered by CamScanner

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: 3,573

Ciudad: GUADALAJARA DE BUGA (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) 17/03/2022 - 12:55 P. M. **Fecha Atención:** 17/03/2022 12:55:05p. m.

CC: 31640839 **Nombres y Apellidos:** VALENZUELA RESTREPO LUZ ADRIANA **Fecha de Nacimiento:** 22/05/1978 **Edad:** 43 AÑOS 9 MESES 25 DÍA

Genero: FEMENINO **Estado Civil:** UNIÓN LIBRE **Dirección:** CALLE 1 D SUR 15A 98 **Teléfono:** 3006429099 **Celular:** 2360016

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

Funciones del Cargo: SE ANEXA LABORATORIO, OPTOMETRIA **Nivel Académico:** TECNÓLOGO **Acudiente:**

Teléfono del Acudiente: **Parentesco:**

Diagnóstico:

ASPECTO FAMILIAR

Unión librex **casado(a)** **soltero(a)**: _____ **viudo(a)**: **separado(a)**:_

Su compañero es jefe de mantenimiento en una compañía de Cartago, la pareja tiene un hijo de 18 años es estudiante, de su anterior unión tiene una hija de 25 años quien es economista vive en Canadá, también convive con su señora madre quien es pensionada. Define como estable y sano su hogar.

ASPECTO PERSONAL

Tres cualidades que lo definan: noble, tranquila y colaboradora.

Sus pasatiempos favoritos: concina y escuchar música

Fuma: **SI**____ **NO**__x___, si la respuesta es **SI**, conque frecuencia:_____

Con que frecuencia consume alcohol: muy ocasionalmente

Antecedentes personales: asma y posee tratamiento con lorataina

Antecedentes familiares: diabetes

ASPECTO ACADEMICO

Tecnóloga en alimentos

ASPECTO LABORAL

Empresa: SENA

Cargo: Instructora

Funciones: capacitaciones en transformación de alimentos y manipulación de los mismos

Periodo: 4 meses

Motivo de retiro: actualmente

Empresa: alcaldía de Buga

Cargo: contratista – tecnóloga de alimentos

Funciones: capitación a grupos reproductores campesinos y análisis de leche

Periodo: 6 años

Motivo de retiro: terminación de contrato.

ANTECEDENTES PSICOLÓGICOS

Algún familiar padece de depresión, ansiedad, esquizofrenia o algún trastorno psiquiátrico: **SI**_x___ **NO** __ su señora madre presentó cuadro de ansiedad el año pasado y pérdidas de memoria

Usted padece o alguna vez ha tenido un cuadro de depresión, ansiedad, esquizofrenia o algún trastorno psiquiátrico:**SI**____ **NO** __x___

CONCEPTO

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. Estable relaciones interpersonales fácilmente, logra comunicarse de forma asertiva, disfruta de actividades de enseñanza.

Se evidencia en sus pruebas, ser centrada, exigente en su manera de actuar, con orientación al logro, reconoce las figuras de autoridad; metódica y organizada. En su escala de valores se destaca que el amor y la no violencia, lo que refiere tendencia a la calma, resolución de conflictos de forma serena y respetuosa del otro, de sus creencias y culturas diferente a la propia.

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

APTA PARA EL CARGO

PSICÓLOGO



Firma:

Nombre: GARCIA CALERO YORLI

R. M.: 11114813224

PACIENTE



Firma:

Nombre: VALENZUELA RESTREPO LUZ ADRIANA

CC: 31640839

Hace constar:

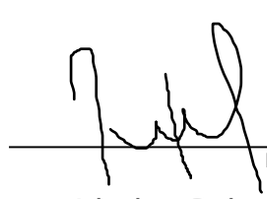
Que el Sr(a) LUZ ADRIANA VALENZUELA RESTREPO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 31640839 realizó el día 12/02/2024 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

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 LUZ ADRIANA VALENZUELA RESTREPO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 31640839 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, **LUZ ADRIANA VALENZUELA RESTREPO** identificado con **CC** No. **31640839**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de afiliación:** 11/08/2021 **Fecha de inicio de cobertura:** 13/02/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 12/02/2024 **Fecha fin de Contrato:** 30/11/2024 **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): 202401012421484.

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

Domingo, 21 de enero de 2024

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que LUZ ADRIANA VALENZUELA RESTREPO identificado(a) con CC 31640839, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	84811648492	2020/07/09	ACTIVA

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.

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

PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL
DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN:	SUCURSAL:	COD. SUC:	NO. PÓLIZA:	ANEXO:
TULUA	AGENCIA TULUA	52	52-46-101004121	0

FECHA EXPEDICIÓN:			VIGENCIA DESDE:			A LAS:	VIGENCIA HASTA:			A LAS:	
DÍA:	MES:	AÑO:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	DÍA:	MES:	AÑO:	HORAS:	TIPO MOVIMIENTO:
06	02	2024	12	02	2024	00:00	31	03	2025	23:59	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	VALENZUELA RESTREPO LUZ ADRIANA			IDENTIFICACIÓN:	C.C. :31,640,839
DIRECCIÓN:	CALLE 1D SUR 15A 38 LOS ANGELE	CIUDAD:	BUGA - VALLE	TELÉFONO:	3006429099

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO/BENEFICIARIO:	SENA CENTRO AGROPECUARIO DE GUADALAJARA DE BUGA VALLE DEL CAUCA			IDENTIFICACIÓN:	NIT. :899,999,034-1
DIRECCIÓN:	CARRETERA CENTRAL, VARIANTE BUGA, TULUA	CIUDAD:	BUGA - VALLE	TELÉFONO:	2376300
ADICIONAL:					

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. CO1.PCCNTR.5860497 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: 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.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	VIGENCIA DESDE:	VIGENCIA HASTA:	SUMA ASEG/ACTUAL:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	12/02/2024	31/03/2025	$ 4,301,808.40

ACLARACIONES:

VALOR PRIMA NETA:	GASTOS EXPEDICIÓN:	IVA:	TOTAL A PAGAR:	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO:
$ 20,000.00	$ 8,000.00	$ 5,320.00	$ 33,320.00	$ 4,301,808.40	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
NOMBRE:	CLAVE:	% PART:	NOMBRE COMPAÑÍA:	% PART:	VALOR ASEGURADO:
GLORIA ISABEL SOTO VELASCO	91929	100,00			

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

PARA EFECTO DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 28 NO. 26-63 - TELÉFONO: 2247827 - TULUA

52-46-101004121
FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

USTED PUEDE CONSULTAR ESTAR PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

Oficina Principal: Calle 83 No 19-10 Bogotá D.C. Teléfono: 601-2186977, 601-6019330

31203494

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

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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

CONSTANCIA DE NO REVOCATORIA NI CANCELACIÓN POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA

Hacemos constar, que la póliza No. 52-46-101004121, anexo 0, no expirará por falta de pago de la prima, ni por revocatoria unilateral del tomador de la póliza o de la aseguradora.

Lo anterior de conformidad con lo establecido en el decreto 1082 de 2015, el cual regula las garantías ante entidades estatales.

Dado en TULUA, a los 6 días del mes de Febrero de 2024



FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda Acevedo - Vicepresidente de Fianzas

Oficina Principal: Calle 83 No 19-10 Bogotá D.C. Teléfono: 601-2186977, 601-6019330
ASISTENCIA CELULAR #388 - FUERA DE BOGOTA 018000123010
www.segurosdelestado.com

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 16 de febrero de 2015

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Ciudad

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de contratista de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

C.C.	**1006229772**	**Juan Andrés Alférez Valenzuela**	**HIJO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Hijo entre 18 y 23 años, y me encuentro financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES ' o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.

Igualmente, con mi firma declaro: que NINGUNA PERSONA ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.
Cordialmente,



_____

FIRMA
Nombre: LUZ ADRIANA VALENZUELA RESTREPO
C.C. 31640839 de Buga

NO IMPRIMA ESTA HOJA ES SOLAMENTE DE CARÁCTER INFORMATIVO

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP: V3F0253014

Indicativo Serial: 34463298

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 02 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 6352

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

24400.022.31.6352 NOTARIA SEGUNDA DE BUGA VALLE

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ALFEREZ	VALENZUELA

Nombre(s): JUAN ANDRES

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2003 Mes SEP Día 03	MASCULINO	A	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA.VALLE DEL CAUCA.BUGA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO .- FUNDACION FARALLONES DE BUGA	A 4662803

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: VALENZUELA RESTREPO LUZ ADRIANA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA Nº 31.640.839 DE BUGA VALLE	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: ALFEREZ HERNANDEZ FABIO ANDRES

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA Nº 14.899.556 DE BUGA VALLE	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: ALFEREZ HERNANDEZ FABIO ANDRES

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CEDULA DE CIUDADANIA Nº 14.899.556 DE BUGA VALLE	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2003 Mes SEP Día 11	CIELO MORENO MONTES Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	CIELO MORENO MONTES Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

IMPRESO POR PANAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.457-6

Powered by CamScanner

www.zonavirtual.com (http://www.zonavirtual.com)

UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA

INICIO

JUAN ALFEREZ - c.c.: 1006229772

Teléfono: 236-0618 -
Email: jaalferezv@correo.usbcali.edu.co

Su pago ha sido recibido EXITOSAMENTE.
Esta transacción está sujeta a verificación.

INFORMACIÓN REQUERIDA:
valor pagado $5,138,270.00
estado: Aprobada

Método de pago: Pago con tarjeta de credito

Código de orden: 35855

Id de pago: 000000150147

IVA: 0.00

Fecha de orden: 20/01/2024 02:21:26.0

Si necesita más información sobre la transacción conéctese al número de teléfono: (2)4882222 - IP de donde se hizo la transacción: 181.63.176.42

INFORMACiÓN DEL COMERCIO:

Nombre de comercio: Universidad de San Buenaventura Cali.

Nit: 8903074001

Dirección: Av. 10 de Mayo, La Umbría Carretera a Pance

Teléfono: (2)4882222 Fax: (2)5552629

INFORMACIÓN DE Pago con tarjeta de credito

Número de tarjeta: 5604

Número de cuotas: 1

Fecha de Transacción: 20/01/2024 02:21:26.0

Número de terminal: E5W01001

N° pagaré: 7317335855

Nombre de la franquicia: MASTER CARD

Descripción: 000000000021000126839

Imprimir

director.gfinanciera@usbcali.edu.co Universidad de San Buenaventura Cali.

Diseño, Desarrollo y Soporte
Zona Virtual S.A. (http://www.zonavirtual.com) Copyright ©