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	**65046-990084**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	YARI MELISSA GARCIA SOTO	**C.C.**	1.115.065.754	**IP/Nº de contacto**	0000000
Correo electrónico contratista:	ymgarcias@sena.edu.co				

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

Banco al cual consignar: BANCO COOMEVA S.A. **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** 100172489531

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: 5844818/2024 **Nº Compromiso SIIF** 27424

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	----------	**0000000000**
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

Informe contractual y de evidencias de febrero
Certificación bancaria
Exámenes médicos
Rut
Certificado de afiliación EPS y Pensión
ARL
Certificado de SST y Discapacidad
Póliza

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.

YARI MELISSA GARCIA SOTO
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)

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) YARI MELISSA GARCIA SOTO identificado(a) con CC 1115065754 se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: 23/12/2022

Estado de la Afiliación: **Vigente**

IPS: **SANACION Y VIDA I.P.S S.A.S. SEDE BUGA**

Categoría: **A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 22 días del mes 1 del año 2024.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

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

Cordialmente,

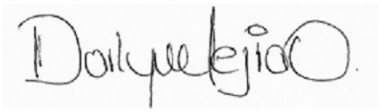


LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **YARI MELISSA GARCIA SOTO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1115065754,** se encuentra afiliado/a desde **01/04/2019** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

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



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 14974859579

(415)7707212489984(8020) 000001497485957 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
1 1 1 5 0 6 5 7 5 4	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	1 1 1 5 0 6 5 7 5 4	2 0 0 5 0 4 2 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
GARCIA	SOTO	YARI	MELISSA

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: CR 8 14 65

42. Correo electrónico: yari2105@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 6 0 5 2 0 4 0 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
8 2 9 9	2 0 2 2 1 1 0 1	8 5 5 1	2 0 2 4 0 1 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	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
54. Código																				

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 - 23 / 19 : 00: 55

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 GARCIA SOTO YARI MELISSA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

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: 57,103

Fecha: 23/01/2024 **Municipio:** GUADALAJARA DE BUGA (VALLE DEL CAUCA **CC:** 1115065754 **Nombre:** GARCIA SOTO YARI MELISSA **Edad:** 36 AÑOS 1
Genero: FEMENINO **Profesión o Cargo:** CONTRATISTA **Empresa:** SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
Eps: NUEVA EPS **Tipo Evaluación Medica:** EVALUACIÓN MEDICA OSTEOMUSCULAR DE INGRESO, CON ENFASIS (**F. Último Examen:** NO RECUERDA
Lugar del Último Examen: NO RECUERDA **Motivo Consulta:** NO RECUERDA

ANTECENDENTES VISUALES

ANTECEDENTES FAMILIARES	MADRE CON HTA
ANTECEDENTES PERSONALES	NIEGA
ANTECENDENTES OCUPACIONALES	NIEGA
EXPOSICIÓN LABORAL VISUAL	VDT
LENTES DE CONTACTO	NO USA
MULTIFOCAL	NO
TIPO DE USO	NO APLICA
TRAE RX	NO
ÚLTIMO DIAGNÓSTICO	NO RECUERDA
USA ANTEOJOS	NO USA

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/ 20	0.50M	N/A	NO APLICA	N/A	N/A
O.I:	NO APLICA	20/ 20	0.50M	N/A	NO APLICA	N/A	N/A
A.O:	NO APLICA	20/ 20	0.50M	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: **EXOFORIA FISIOLOGICA**

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	N	AV VL 20/ **20**	AV VP 20/ **0.5**
OJO DERECHO	N	AV VL 20/ **20**	AV VP 20/ **0.5**

VISIÓN COLOR

OJO DERECHO: **NORMAL**

OJO IZQUIERDO: **NORMAL**

ESTEREOPSIS

OBSERVACIÓN: **NORMAL EN 25" DE ARCO**

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
Z010	EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

CONTROL EN UN AÑO

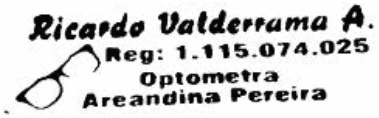
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL

REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

DX EMETROPE
NO SE DA RX
CONTROL EN 1 AÑO

PROFESIONAL



Firma:

Nombre: VALDERRAMA ALBORNOZ RICARDO

R. M.: 1115074025 **L.S.O.:**

PACIENTE



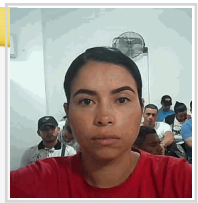
Firma:

Nombre: GARCIA SOTO YARI MELISSA

CC: 1115065754

ESPECIALISTAS EN SALUD OCUPACIONAL

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



DATOS PERSONALES

Orden de Servicio N°: 136523

Municipio: GUADALAJARA DE BUGA (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) **Fecha y Hora:** martes, 23 de enero de 2024 07:37:27 a.m.

Nombres y Apellidos: GARCIA SOTO YARI MELISSA **CC:** 1115065754 **Género:** FEMENINO

F. Nacimiento: 24/03/1987 **Edad:** 36 AÑOS 10 MESES 1 DÍAS **Entidad:** PARTICULAR PROWORK

RESULTADOS DEL LABORATORIO

HEMATOLOGÍA

HEMOLEUCOGRAMA/CUADRO HEMATICO/HEMOGRAMA

ITEM	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
WBC	4.15	10^3/uL	5,00 - 10,00
LYM%	39.6	%	20,0 - 50,0
MID%	6.1	%	3,0 - 10,0
GRA%	54.3	%	40,0 - 70,0
RBC	5.20	10^6/uL	3,80 - 5,80
HGB	14.0	g/dL	12,0 - 17,2
HCT	45.0	%	36,0 -52,0
PLT	205	10^3/uL	150 - 450

Erick Antonio Rosales Cerpa
Bacteriólogo(a) RP: 13014311

ERICK ANTONIO ROSALES CERPA
BACTERIOLOGO
014311

INMUNOLOGÍA

CITOQUIMICA DE ORINA / UROANÁLISIS (PARCIAL DE ORINA)

NOMBRE DEL EXAMEN	RESULTADO	UNIDADES	VALOR DE REFERENCIA
PARCIAL DE ORINA (UROÁNALISIS)			
QUIMICA			
COLOR	AMARILLO		
ASPECTO	LIG. TURBIO		
PH	5.0		
DENSIDAD	1025		
BILIRRUBINA	NEGATIVO		NEGATIVO
UROBILINOGENO	NEGATIVO		0,2
CETONA	NEGATIVO		NEGATIVO
GLUCOSA	NEGATIVO		NEGATIVO
PROTEINA	NEGATIVO		NEGATIVO
NITRITOS	NEGATIVO		NEGATIVO
MICROSCOPICO			
LEUCOCITOS	1 - 3 XC		0 - 3 POR CAMPO
CELULAS EPITELIALES	1 - 2 XC		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

Erick Antonio Rosales Cerpa
Bacteriólogo(a) RP: 13014311

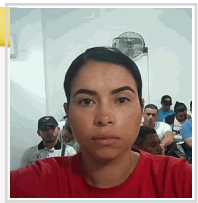
ERICK ANTONIO ROSALES CERPA
BACTERIOLOGO
014311

QUÍMICA

GLUCOSA EN SUERO

ESPECIALISTAS EN SALUD OCUPACIONAL

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



DATOS PERSONALES

Orden de Servicio N°: 136523

Municipio: GUADALAJARA DE BUGA (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) **Fecha y Hora:** martes, 23 de enero de 2024 07:37:27 a.m.

Nombres y Apellidos: GARCIA SOTO YARI MELISSA **CC:** 1115065754 **Género:** FEMENINO

F. Nacimiento: 24/03/1987 **Edad:** 36 AÑOS 10 MESES 1 DÍAS **Entidad:** PARTICULAR PROWORK

EXAMEN SOLICITADO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
GLUCOSA	72	mg/dl	70-110 mg/dl

Erick Antonio Rosales Cerpa
Bacteriólogo(a) RP: 13014311

ERICK ANTONIO ROSALES CERPA
BACTERIOLOGO
014311

PERFIL LIPÍDICO

EXAMEN SOLICITADO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
COLESTEROL TOTAL	253	mg/dl	Hasta 200 mg/dl
OBSERVACIONES:			
COLESTEROL HDL	55	mg/dl	Mayor de 35 mg/dl
OBSERVACIONES:			
COLESTEROL LDL	174	mg/dl	Hasta 150 mg/dl
OBSERVACIONES:			
COLESTEROL VLDL	24	mg/dl	Menor de 30 mg/dl
OBSERVACIONES:			
TRIGLICERIDOS	122	mg/dl	Hasta 160 mg/dl
OBSERVACIONES:			
INDICE ARTERIAL	4.60		< 4.5

Erick Antonio Rosales Cerpa
Bacteriólogo(a) RP: 13014311

ERICK ANTONIO ROSALES CERPA
BACTERIOLOGO
014311

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: 9,082

Ciudad: GUADALAJARA DE BUGA (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) 23/01/2024 - 09:08 A. M. **Fecha Atención:** 23/01/2024 09:08:55a. m.

CC: 1115065754 **Nombres y Apellidos:** GARCIA SOTO YARI MELISSA **Fecha de Nacimiento:** 24/03/1987 **Edad:** 36 AÑOS 10 MESES 1 DÍA

Genero: FEMENINO **Estado Civil:** CASADO(A) **Dirección:** CRA 8 14 64 **Teléfono:** **Celular:** 3160520408

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

Funciones del Cargo: CONTRATISTA - INSTRUCTORA **Nivel Académico:** UNIVERSITARIO **Acudiente:**

Teléfono del Acudiente: **Parentesco:**

Diagnóstico:

CONCEPTO

Paciente orientada y seria, muestra una actitud metódica con una orientación hacia la resolución de situaciones. En su evaluación, destaca por mantener un equilibrio saludable entre la autoevaluación positiva y la autocrítica. Psicológicamente bien adaptada, presenta pocos síntomas abiertos de trastorno emocional. Es independiente, segura de sí misma y capaz de abordar eficazmente los problemas cotidianos. Con capacidad intelectual elevada, demuestra ser ingeniosa, emprendedora y versátil. Su pensamiento es claro y enfocado de manera razonable y sistemática. Es sociable, entusiasta y toma un papel ascendente en diversas situaciones. En la prueba de hipochondriasis, se observa una preocupación corporal excesiva, pero en su adaptación conductual fuera de la prueba, no muestra indicios significativos de incapacidad mayor. Aunque tiende a ser crítica en terapia, su funcionamiento general sugiere eficiencia

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

Firma:

Nombre: GARCIA SOTO YARI MELISSA

CC: 1115065754

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° 108.531

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
23 DÍA	01 MES	2024 AÑO	GUADALAJARA DE BUGA (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MEDICA OSTEOMUSCULAR DE INGRESO, CON ENFASIS CARDIOVASCULAR Y PSICOSOCIAL

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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)

Empresa en misión

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
GARCIA SOTO YARI MELISSA	FEMENINO	36 AÑOS 10 MESES 1 DÍAS	CC (Tipo)	1115065754 (Número)

Cargo
CONTRATISTA

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	✓	HEMOLEUCOGRAMA/CUADRO HEMATICO/HEMOGRAMA	✓
CITOQUIMICA DE ORINA / UROANÁLISIS (PARCIAL DE ORINA)	✓	- - - - - - - - - - - - - - - - - - -	

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

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RIESGO CARDIOVASCULAR A 10 AÑOS SEGÚN FRAMINGHAM 1%

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

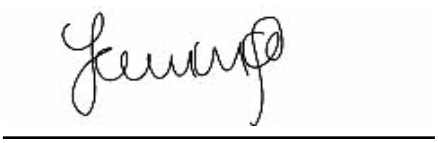


Firma:

Nombre: CONCHA BERMUDEZ MARIA LIZETH

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

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: GARCIA SOTO YARI MELISSA

CC: 1115065754

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

RECOMENDACIONES

Paciente: GARCIA SOTO YARI MELISSA

Fecha: 23/01/2024

Identificación: CC: 1115065754

Fecha Nacimiento: 24/03/1987

Cargo: CONTRATISTA

Edad: 36 AÑOS 10 MESES 1 DÍAS

Género: FEMENINO

Estado Civil: CASADO(A)

Dirección: CRA 8 14 64

Ciudad: GUADALAJARA DE BUGA (VALLE DEL CAUCA, CO

RECOMENDACIONES GENERALES

ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA, BAJA EN GRASAS Y HARINAS, RICA EN VERDURAS Y FRUTAS, EJERCICIO FÍSICO REGULAR, DE ACUERDO A SU ESTADO FÍSICO Y CONDICIÓN DE SALUD, SOLICITE EN SU ENTIDAD DE SALUD VALORACIÓN MÉDICA Y NUTRICIONAL POR ALTERACIÓN DE LOS LÍPIDOS

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

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

Médico

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

Firma:

Nombre: CONCHA BERMUDEZ MARIA LIZETH

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

Hace constar:

Que el Sr(a) YARI MELISSA GARCIA SOTO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1115065754 realizó el día 06/02/2024 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Articulo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo YARI MELISSA GARCIA SOTO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1115065754 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, **YARI MELISSA GARCIA SOTO** identificado con **CC** No. **1115065754**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de afiliación:** 01/02/2024 **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): 202401012182837.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 7 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

Bancoomeva

NIT 900.406.150-5

OFICINA Buga

CERTIFICA QUE:

El cliente GARCIA SOTO YARI MELISSA, identificado con Cédula de Ciudadanía No.1115065754 de BUGA (VALLE DEL CAUCA), tiene vínculos financieros con nuestra entidad a través del producto Cuenta Convenio de Pago No.100172489531, con apertura el día 2007/09/14 la cual se encuentra activa a la fecha y presenta un buen manejo.

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado a los 23 de mes de Enero del año 2024.

Atentamente,

Colaborador Bancoomeva
Usuario:ADPP0056

Powered by CamScanner

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	3839396–4		15543647
Intermediario	**Código**	**Oficina**	**Referencia de Pago**
NELSON ALEXIS CHAVEZ PINO	51507	048	01215543647

TOMADOR

CEDULA	Razón Social y/o Nombres y Apellidos		
1115065754	YARI MELISSA GARCIA SOTO		
Dirección		**Ciudad**	**Teléfono**
CARRERA 8 14 6–05		GUADALAJARA DE BUGA	2363548

GARANTIZADO

CEDULA	Nombres y Apellidos
1115065754	YARI MELISSA GARCIA SOTO

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

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.5844818.
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