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	**49043-997825**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	ANA MARIA FRANCO MENA	**C.C.**	29.877.827	**IP/Nº de contacto**	0
Correo electrónico contratista:	amfrancome@gmail.com				

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 BBVA **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** 910247196

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: 5847567/2024 **Nº Compromiso SIIF** **30824**

Valor Total del Contrato	$ 22.178.874	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 22.178.874	**1**	**Del**	**02/02/2024**	**Al**	**29/02/2024**	**$ 4.316.694,00**
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	$ 4.316.694		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	**$ 4.316.694**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.531.044**		**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	----------	**1061438924**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.726.678	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 215.900	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 276.300	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 18.100	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 9.805.208 $ 1.079.173	$ -	
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	$ 431.669	
Salud hasta $ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25% $ 3.098.445	$ 843.681	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.531.044,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.316.694,00	
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	12.950,00	0,300%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Pro-UCEVA	21.583,00	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	**$4.282.161,00**	

SON: CUATRO MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y DOS MIL CIENTO SESENTA Y UN PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se presenta informe correspondiente al mes de Febrero de 2024.
se realiza el pago de la seguridad social del mes de enero 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.

ANA MARIA FRANCO MENA
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)

PAGOSIMPLE | Prefactura

Fecha creación reporte: 2024-02-14, 03:36:52 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Periodo Cotización: enero de 2024 **Periodo Servicio:** enero de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8810347125

Fecha límite de pago: 2024-02-07

GUARDADA 12/02/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ANA MARIA FRANCO MENA	**Dirección**	CR 36 #20 - 38 BARRIO ALVERNIA		
Documento	CC29877827	**Teléfono**	3156701412		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Tipo Persona	NATURAL	**Departamento**	VALLE DEL CAUCA		
Ciudad	TULUA	**Identificación**			
Representante Legal					

IMPORTANTE: SEÑOR APORTANTE, POR FAVOR VERIFIQUE LA LIQUIDACIÓN ANTES DE REALIZAR EL PAGO, Simple S.A., da por entendido que, de realizar el pago con esta planilla, usted está de acuerdo con la información consignada, en consecuencia, la atención de cualquier inconsistencia con las administradoras es su responsabilidad. Recuerde realizar el pago de sus aportes al Sistema General de Seguridad Social dentro de las fechas establecidas y evite posibles inconvenientes en la prestación de los servicios con sus administradoras. Por favor tenga en cuenta que los pagos realizados después de las 3.00 p.m., se harán efectivos el siguiente día hábil.

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	IRG	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Administradora	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Mineducación	Total
CC 29877827	FRANCO MENA ANA MARIA	59	00	X																0	6	6	0	COLPENSIONES	$ 260.000	$ 41.600	EPS SANITAS	$ 260.000	$ 32.500	POSITIVA DE SEGUROS	$ 260.000	$ 2.800	NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 75.900

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes FSP	Aportes FSS	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE	TOTAL INTERESES	TOTAL FINAL
$ 260.000	$ 260.000	$ 260.000	$ 0	$ 41.600	$ 0	$ 0	$ 32.500	$ 2.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 75.900	$ 700	$ 77.600

IV. INFORMACION

Periodo cotización salud

Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

dos Colsubsidio

231

Mibanco - Corresponsables AKI - Supermercados Comfandi - Almacenes Grupo Éxito

(415)7709998485884(8020)8810347125(3900)0000000(96)20991231

C O M F A N D I
NIT 890.303.208-5

Ahora eres parte de Megapuntos Comfandi. Te invitamos actualizar tus datos y estar informado de todas las novedades del programa en www.comfandi.com.co/megapuntos

```
999919 recaudo sim-20240     77.600
 VALOR      :                 77.600
 FECHA DOC.:                  20240214
NIT         : 1061438924
PIN         : 8810347125
PLANILLA    : 1061438924
PERIODO     : 202401
==>> SUBTOTAL/TOTAL      :$   77.600
        Efectivo              80.000
           CAMBIO              2.400
  2/14/24 15:51 0837 02 0204 54573
```

PREGUNTA EN RECEPCION POR NUESTRO PROGRAMA DE VECINO FIEL Y GANE BONOS

nto de pago - Punto Red - AKI (MIBanco) - MOVIIRED / Centro de Servicios: Cafam Suba / Supermercados: Tiendas Cencosud (Jumbo, Metro y Spid) - · ClaroPAY / Bancos: Mibanco - Banco de Occidente. Consulta otros medios de pago en: https://pagosimple.com/puntos-de-recaudo/

602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

nir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

Powered by CamScanner

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

No. de Radicación

Fecha de Radicación: D D M M A A A A

169096111

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación ; B. Reporte de Novedades x

2. Tipo de Afiliación: A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia x ; - Beneficiario o Afiliado adicional ; B. Colectiva ; C. Institucional ; D. De Oficio

3. Régimen: A. Contributivo x ; B. Subsidiado

4. Tipo de Afiliado: A. Cotizante x ; B. Cabeza de Familia ; C. Beneficiario

5. Tipo de Cotizante: A. Dependiente ; B. Independiente x ; C. Pensionado

Código (a registrar por la EPS): 3

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Franco	Mena	Ana	Maria

7. Tipo de documento de identidad: CN ; TI ; CE ; CD ; RC ; CC x ; PA ; SC

8. Número del documento de identidad: 29.877.827

9. Sexo: Femenino x ; Masculino

10. Fecha de nacimiento: 03 11 1979

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

11. Etnia

12. Discapacidad: Tipo F N M ; Condición T P

13. Puntaje SISBÉN

14. Grupo de población especial

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: Positiva

16. Administradora de Pensiones: Colpensiones

17. Ingreso base de cotización - IBC: 1.300.000

18. Residencia

Dirección: Cr 36 # 20-38

Teléfono Fijo

Teléfono Celular: 3156701412

Correo Electrónico: amfrancome@gmail.com

Municipio / Distrito: Tuluá

Zona: Urbana x ; Rural

Localidad / Comuna: B/ Alvernia

Departamento: Valle

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad: CN ; TI ; CE ; CD ; RC ; CC ; PA ; SC

21. Número del documento de identidad

22. Sexo: Femenino ; Masculino

23. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres

	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Datos Complementarios

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco
B1			Femenino ; Masculino	D D M M A A A A	
B2			Femenino ; Masculino	D D M M A A A A	
B3			Femenino ; Masculino	D D M M A A A A	
B4			Femenino ; Masculino	D D M M A A A A	
B5			Femenino ; Masculino	D D M M A A A A	

	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo	31. Discapacidad Condición	32. Datos de Residencia Municipio/Distrito	Zona	Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)
B1		F N M	T P		Urbana ; Rural			
B2		F N M	T P		Urbana ; Rural			
B3		F N M	T P		Urbana ; Rural			
B4		F N M	T P		Urbana ; Rural			
B5		F N M	T P		Urbana ; Rural			

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	ASI	52603
B		
B		
B		

OPTIX SUMINISTROS Y LOGÍSTICA SAS - NIT 900156826-1

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo documento de Identificación	37. Número del documento de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)
	NIT ☐ TI ☐ CE ☐ CC ☐ PA ☐ CD ☐		

39. Ubicación

Dirección

Teléfono Fijo

Correo Electrónico

Municipio / Distrito

Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- ☐ 3. Actualización del documento de identidad.
- ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código ☐
- ☐ 6. Reinscripción en la EPS.
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- ☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- ☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 13. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ 14. Traslado: ☐ A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen
- ☐ 15. Reporte de fallecimiento.
- ☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante
- ☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- ☐ 18. Reporte de la calidad de Pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
CN ☐ TI ☐ CE ☐ CD ☐ RC ☐ CC ☐ PA ☐ SC ☐		Femenino ☐ Masculino ☐	D D M M A A A A	25 01 2024

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado	45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
Sanitas Contributivo	Código ☐	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☒ 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- ☐ 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- ☐ 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- ☒ 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- ☒ 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- ☒ 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- ☒ 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- ☒ 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio
Ana Maria Franco	

IX. ANEXOS

- ☐ 56. Anexo copia del documento de identidad: Cantidad CN RC TI CC PA CE CD SC TOTAL
- ☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- ☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- ☐ 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- ☐ 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- ☐ 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- ☐ 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- ☐ 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBÉN			68. Fecha de Radicación	69. Fecha de Validación
Código del Municipio	Código del Departamento	Número de ficha	Puntaje	Nivel	D D M M A A A A	D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento	Número de documento de identidad	71. Firma del funcionario

EPS SANITAS
RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN POR LA EPS
26 ENE 2024
RECIBIDO POR:

Observaciones:

rdep

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación	Sticker procesamiento
Diego Cortes 94391180		

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

FORMATO DE ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y CARTA DE DESEMPEÑO DE EPS SANITAS S.A.

Nombre del Afiliado Ana María Franco Mena

Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación ¿la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	SI X NO
Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación ¿la EPS le hizo entrega de la Carta de desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	SI X NO
¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?	SI X NO
¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	SI X NO
Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, ¿fue asesorado adecuadamente por la EPS?	SI X NO
¿Autoriza a EPS Sanitas el envío de este documento e información relacionada con la afiliación y la prestación en servicios de salud a su correo electrónico o celular?	SI X NO

Ana María Franco
Firma del Afiliado
Documento de Identidad 29.877.827

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor(a) _____, quien se identifica con la cédula de ciudadanía No. _____ quien manifiesta no poder o no saber firmar, lo hace en su nombre el señor(a) _____, quien es mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que está recibiendo.

Como testigo, da fe de todo lo anterior y certifica que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al señor(a) _____

El firmante a ruego

Huella índice

Nombres y Apellidos:
Documento de identidad:
Edad:
Dirección de domicilio:

Nombre de la persona que no sabe firmar

FORMATO AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTOS DE DATOS PERSONALES

Ana María Franco Mena, declaro que he sido informado sobre que la Entidad Promotora de Salud Sanitas S.A. en adelante EPS Sanitas, actuará como el Responsable del Tratamiento de mis datos personales y ha puesto a mi disposición la línea de atención en Bogotá en el número de teléfono 3759000 o fuera de Bogotá en el 018000919100, para la atención de requerimientos relacionados con el tratamiento de mis datos personales y el ejercicio de mis derechos constitucionales y legales, observando la Política de Tratamiento de Información de EPS Sanitas disponible en www.epssanitas.com.

Teniendo en cuenta lo anterior y de acuerdo con lo establecido en el artículo 15 de la Resolución 5621 de 1994 del Ministerio de Salud, en el artículo 2.1.3.8 del Decreto 780 de 2016, y en los artículos 7 y 20 del Decreto 1377 de 2013, estos últimos, referidos a la estipulación a favor de otro o para otro, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a EPS Sanitas y/o a quien le sean cedidos sus derechos, para tratar mis datos personales y los de mis beneficiarios, afiliados, de acuerdo con la política de tratamiento de datos personales, con las siguientes finalidades, adicionales a las autorizadas por la Constitución y la ley de prestación de servicios de salud, actividades propias del Sistema de Seguridad Social en Salud y del cumplimiento de las normas que lo regulan, así como de las actividades derivadas del objeto social de EPS Sanitas, incluidas pero sin limitarse a las actividades corporativas, administrativas, de información, comercialización, petición, recaudo, cobranza entre otros; contacto y envío de información relacionada con la prestación de los servicios de salud y relacionados a través de medios telefónicos, electrónicos (SMS, chat, correo electrónico y demás medios considerados electrónicos) físicos y/o personales; crear y gestionar bases de datos (incluyendo bases de datos respecto de datos sensibles) para fines de investigación y desarrollo de nuevos productos o servicios; dar a conocer, transferir y/o transmitir mis datos personales dentro y fuera del país, a cualquier empresa miembro de la Organización Sanitas Internacional, de la cual hace parte EPS Sanitas, así como a terceros a consecuencia de un contrato, ley o vínculo lícito que así lo requiera, o para implementar servicios de computación en la nube; acceder y consultar mis datos personales que reposen o estén contenidos en bases de datos o archivos de cualquier Entidad Privada o Pública; consultar a cualquier médico, hospital, compañía de seguros, compañía de medicina prepagada o entidad promotora de salud (EPS) para que en cualquier momento, ya sea en vida mía o ya habiendo sucedido mi muerte, EPS Sanitas pueda acceder a la información sobre mi esto de salud; en consecuencia autorizo a dichas entidades para que entreguen a EPS Sanitas copia de toda la información que sea requerida. Por lo tanto me comprometo a leer el aviso de privacidad y la política mencionada disponible en: **www.epssanitas.com.** Así mismo, autorizo a EPS Sanitas a modificar o actualizar el contenido de la política, con el fin de atender reformas legislativas, políticas internas o nuevos requerimientos para la prestación u ofrecimiento de los servicios, dando aviso previo por medio de la página web de la compañía y/o correo electrónico.

La presente autorización la he suministrado de forma voluntaria.

Firma: Ana María Franco
Nombre: Ana María Franco Mena
Identificación: 29.877.827
Fecha: 25/01/2024

CE-006 - 0000000100 – 2024

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 29877827
NOMBRES Y APELLIDOS	Franco Mena,Ana Maria
TIPO DE AFILIADO	Beneficiario
TIPO DE TRABAJADOR	N/A
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/04/2018
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Franco Mena,Ana Maria, a los 14 días del mes de enero del año 2024.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ANA MARIA FRANCO MENA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **29877827,** se encuentra afiliado/a desde **01/06/2016** 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 26 de enero de 2024.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14974177368

(415)7707212489984(8020) 000001497417736 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
2 9 8 7 7 8 2 7	3	Impuestos y Aduanas de Tuluá 2 1	

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	2 9 8 7 7 8 2 7	1 9 9 8 0 2 1 8

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Tuluá 8 3 4

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
FRANCO	MENA	ANA	MARIA

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	Tuluá 8 3 4

41. Dirección principal
CR 36 20 38 BRR NUEVO ALVERNIA

42. Correo electrónico anita.franco.mena@hotmail.com

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

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 3 0 3 0 9	8 5 4 1	2 0 2 3 0 3 0 9		7 0 2 0	8 2 9 9		

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 2024 - 02 - 02 / 09 : 52: 36

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 FRANCO MENA ANA MARIA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 02-02-2024 09:54:41AM

DOCUMENTO SIN COSTO
CERTIFICADO



SOLUCIONES INTEGRALES EN SALUD SAS

Calle 26 No 36 – 30 Tel 2320666 - 2247256 - TULUA - NIT: 900426534

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

INFORMACIÓN DE LA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL

FECHA	TIPO DE EXÁMEN OCUPACIONAL	NOMBRE DE LA EMPRESA	CARGO
2023-02-02	INGRESO	SENA	INSTRUCTORA

DATOS DEL TRABAJADOR

CC 29877827 ANA MARIA FRANCO MENA GRADO-: POSTGRADO

EXAMENES PRACTICADOS

CONCEPTO

CONDICIONES DE SALUD ACORDES CON LOS REQUERIMIENTOS DEL PERFIL DEL CARGO

TIPO DE RESTRICCIONES, LIMITACIONES O MOTIVO APLAZAMIENTO

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

Uso de EPP, pausas activas de acuerdo a las normas de la empresa, estilo de vida saludable, alimentación balanceada, ejercicio diario mínimo 1 hora, higiene postural, valoración médico ocupacional periódica, valoración por optometría anual, uso de gafas prescritas. Participar en las actividades del SG-SST. Levantamiento adecuado de peso.

RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR

REMITIR_A-:

INSCRIBIR_EN_PROGRAMAS-: Visual.

Este certificado se expide con base en la historia clínica ocupacional que reposa en nuestros archivos. Su carácter es confidencial en cumplimiento de la resolución 2346 de 2007. El examinado certifica que no omitió ningún dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales y personales que pudieran influir sobre su estado de salud y que toda la información brindada en este documento es cierta.

LUISA FERNANDA BERMUDEZ PEDROZA
Licencia Medica Ocupacional:

ANA MARIA FRANCO MENA
CC 29877827

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: TULUÁ (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) **Fecha:** 28/02/2023

Número de Identificación: 29877827 **Nombre:** FRANCO MENA ANA MARIA **Genero:** FEMENINO

Fecha de Nacimiento: 03/11/1979 **Edad:** 43 AÑOS 3 MESES 25 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	LIGERO TURBIO		
PH	6.0		
DENSIDAD	1010		
BILIRRUBINA	NEGATIVO		NEGATIVO
UROBILINOGENO	NEGATIVO		0,2
CETONA	NEGATIVO		NEGATIVO
GLUCOSA	NEGATIVO		NEGATIVO
PROTEINA	NEGATIVO		NEGATIVO
NITRITOS	NEGATIVO		NEGATIVO
MICROSCOPICO			
LEUCOCITOS	0-2XC		0 - 3 POR CAMPO
CELULAS EPITELIALES	0-3XC		0 - 3 POR CAMPO
ERITROCITOS			0 - 1 POR CAMPO
BACTERIAS	+		ESCASAS
MOCO			NO SE OBSERVA
CRISTALES			NO SE OBSERVA

Bacteriólogo

Firma:

Nombre: ALVAREZ LOPEZ MAGALI

Paciente

Firma:

Nombre: FRANCO MENA ANA MARIA

RM: 19973 CC: 29877827

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: TULUÁ (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) **Fecha:** 28/02/2023

Número de Identificación: 29877827 **Nombre:** FRANCO MENA ANA MARIA **Genero:** FEMENINO

Fecha de Nacimiento: 03/11/1979 **Edad:** 43 AÑOS 3 MESES 25 DÍAS **Estado Civil:** CASADO(A)

RESULTADO DE HEMOLEUCOGRAMA / HEMOGRAMA

ITEM	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
WBC	8.5	10^3/uL	5,00 - 10,00
LYM%	37	%	20,0 - 50,0
MID%	3	%	3,0 - 10,0
GRA%	60	%	40,0 - 70,0
RBC	-	10^6/uL	3,80 - 5,80
HGB	15.5	g/dL	12,0 - 17,2
HCT	47	%	36,0 -52,0
PLT	230	10^3/uL	150 - 450

Bacteriólogo

Firma:

Nombre: ALVAREZ LOPEZ MAGALI

Paciente

Firma:

Nombre: FRANCO MENA ANA MARIA

Bacteriólogo		Paciente	
Firma:		Firma:	
Nombre:	ALVAREZ LOPEZ MAGALI	Nombre:	FRANCO MENA ANA MARIA
RM:	19973	CC:	29877827

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: TULUÁ (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) **Fecha:** 28/02/2023

Número de Identificación: 29877827 **Nombre:** FRANCO MENA ANA MARIA **Genero:** FEMENINO

Fecha de Nacimiento: 03/11/1979 **Edad:** 43 AÑOS 3 MESES 25 DÍAS **Estado Civil:** CASADO(A)

RESULTADO DE PERFIL LIPÍDICO

EXAMEN SOLICITADO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
COLESTEROL TOTAL	245 (R)	mg/dl	Hasta 200 mg/dl
OBSERVACIONES:			
COLESTEROL HDL	57	mg/dl	Mayor de 35 mg/dl
OBSERVACIONES:			
COLESTEROL LDL	163	mg/dl	Hasta 150 mg/dl
OBSERVACIONES:			
COLESTEROL VLDL	25	mg/dl	Menor de 30 mg/dl
OBSERVACIONES:			
TRIGLICERIDOS	125	mg/dl	Hasta 160 mg/dl
OBSERVACIONES:			
INDICE ARTERIAL	4.2		< 4.5

RM: 19973 CC: 29877827

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: TULUÁ (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) **Fecha:** 28/02/2023

Número de Identificación: 29877827 **Nombre:** FRANCO MENA ANA MARIA **Genero:** FEMENINO

Fecha de Nacimiento: 03/11/1979 **Edad:** 43 AÑOS 3 MESES 25 DÍAS **Estado Civil:** CASADO(A)

RESULTADO DE GLUCOSA EN SUERO

EXAMEN SOLICITADO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
GLUCOSA	94	**mg/dl**	**70-110 mg/dl**

Bacteriólogo

Firma:

Nombre: ALVAREZ LOPEZ MAGALI
RM: 19973

Paciente

Firma:

Nombre: FRANCO MENA ANA MARIA
CC: 29877827

ProWork
ESPECIALISTAS EN SALUD OCUPACIONAL

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



EXAMEN DE OPTOMETRÍA

DATOS PERSONALES

Atención Nº: 44,649

Fecha: 28/02/2023 **Municipio:** GUADALAJARA DE BUGA (VALLE DEL CAUCA **CC:** 29877827 **Nombre:** FRANCO MENA ANA MARIA **Edad:** 43 AÑOS 3
Genero: FEMENINO **Profesión o Cargo:** INSTRUCTOR **Empresa:** SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
Eps: SANITAS **Tipo Evaluación Medica:** LABORATORIO CLÍNICO **F. Último Examen:** 1 AÑO
Lugar del Último Examen: TULUA **Motivo Consulta:** CONTROL VISUAL

ANTECENDENTES VISUALES

ANTECEDENTES FAMILIARES	MADRE HTA
ANTECEDENTES PERSONALES	ASTIGMATISMO
ANTECENDENTES OCUPACIONALES	NIEGA
EXPOSICIÓN LABORAL VISUAL	PANTALLAS VISUALIZACIÓN
LENTES DE CONTACTO	NO USA
MULTIFOCAL	NO
TIPO DE USO	OCASIONAL
TRAE RX	NO
ÚLTIMO DIAGNÓSTICO	ASTIGMATISMO POR HC
USA ANTEOJOS	SI USA, REFIERE NO TRAERLAS A CONSULTA VISUAL

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/ 30	0.50	N/A	NO APLICA	N/A	N/A
O.I:	NO APLICA	20/ 30	0.50	N/A	NO APLICA	N/A	N/A
A.O:	NO APLICA	20/ 30	0.50	N/A	NO APLICA	N/A	N/A

EXAMEN EXTERNO

OJO DERECHO: **N**
OJO IZQUIERDO: **N**

REFLEJOS

OBSERVACIÓN: **PRESENTES Y NORMALES**

COVER TEST

VISIÓN LEJANA: **NORMAL**
VISIÓN PROXIMA: **NORMAL**

MOTILIDAD OCULAR

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

PUNTO PRÓXIMO DE CONVERGENCIA

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

OFTALMOSCOPÍA

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

QUERATROMETRÍA

OJO IZQUIERDO: **K´ =**
OJO DERECHO: **K´ =**

REFRACCIÓN

OJO DERECHO	-
OJO IZQUIERDO	-

RX FINAL

OJO IZQUIERDO
OJO DERECHO

VISIÓN COLOR

OJO DERECHO: **NORMAL**

OJO IZQUIERDO: **NORMAL**

ESTEREOPSIS

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
H522	ASTIGMATISMO	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

CONTROL EN UN AÑO

USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PARA VISIÓN LEJANA

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

PROFESIONAL



Firma:

Nombre: LOPEZ ARIAS WILMER

R. M.: 0473-09 **L.S.O.:**

PACIENTE



Firma:

Nombre: FRANCO MENA ANA MARIA

CC: 29877827

ProWork
ESPECIALISTAS EN SALUD OCUPACIONAL

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



PSICOLOGÍA OCUPACIONAL

Datos Personales

N° Atención: 6,708

Ciudad: CALI (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) 01/03/2023 - 07:41 A. M. **Fecha Atención:** 01/03/2023 07:41:03a. m.

CC: 29877827 **Nombres y Apellidos:** FRANCO MENA ANA MARIA **Fecha de Nacimiento:** 03/11/1979 **Edad:** 44 AÑOS 2 MESES 28 DÍ

Genero: FEMENINO **Estado Civil:** CASADO(A) **Dirección:** CARRERA 36 20-38 **Teléfono:** **Celular:** 3156701412

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

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

Teléfono del Acudiente: **Parentesco:**

Diagnóstico:

ASPECTO FAMILIAR

Unión libre ☐ Casado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Separado(a) ☐

La paciente convive con su cónyuge de 46 años, tiene dos hijos, uno de 17 años y otro de 11 años, ambos en escolarizados. La paciente informa que su familia es unida y armónica, y que la comunicación entre sus miembros es buena.

ASPECTO PERSONAL

Tres cualidades que lo definan

1.Respeto
1.Compromiso
1.Constancia

Pasatiempos favoritos

Realiza deporte, e ir al gimnasio, comparte en familia.

Fuma: **SI ☐ NO ☐**, si la respuesta es SI, conque frecuencia: #

Con que frecuencia consume alcohol: Socialmente.

La paciente se reconoce como una persona comprometida, que trabaja en equipo y que tiene comunicación asertiva. Sin embargo, también menciona debilidades, como su tendencia a ser impaciente y sentirse nervioso en ciertas situaciones.

ASPECTO ACADÉMICO

Estudió Tecnología en Sistemas de Información en la Universidad del Valle y posteriormente completó su formación académica con un título en Ingeniería Industrial en la Fundación Universitaria San José en Bogotá. Actualmente, tiene proyecciones de continuar su trayectoria académica.

ASPECTO LABORAL

Ha trabajado durante un periodo de 10 años en una empresa de servicios públicos ubicada en Tuluá.

ANTECEDENTES PSICOLÓGICOS

Algún familiar padece de depresión, ansiedad, esquizofrenia o algún trastorno psiquiátrico: **SI ☐ NO ☐**

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

CONCEPTO

Basándonos en los resultados obtenidos en el proceso de evaluación, se puede observar que la paciente presenta habilidades sociales adecuadas, demostrando facilidad en su comunicación e interacción con los demás, así como también habilidad para establecer relaciones interpersonales con objetivos a mediano y largo plazo. Asimismo, se puede evidenciar un adecuado manejo emocional, reconociendo las figuras de autoridad y la norma, lo que sugiere una buena capacidad para adaptarse a diferentes situaciones. En la prueba de visiopercepción, demostró habilidad en su ejecución, lo que indica una adecuada capacidad para procesar información visual y resolver problemas. En cuanto al cuestionario para la evaluación de estrés, aunque la paciente reporta tener dolores o tensiones musculares y dolores de cabeza, los resultados obtenidos en la prueba indican una puntuación baja para este componente, lo que sugiere que la paciente no presenta un nivel significativo de estrés. Además, los resultados del Test de Hamilton (Escala de depresión) indican un percentil de 0-10, lo que indica que también es muy bajo.

En general, los resultados sugieren un buen estado emocional y un adecuado manejo de las habilidades sociales y emocionales. Sin embargo, se recomienda continuar con la monitorización de estos aspectos para detectar cualquier cambio en el futuro.

Apto (a) para el cargo: **SI ☐ NO ☐**

Powered by CamScanner

PSICÓLOGO

Miguel Ángel Brand-Narváez.
Psicólogo – Universidad del Valle.
TP: 249522.

Firma:

Nombre: BRAND NARVAEZ MIGUEL ANGEL

R. M.: 249522

PACIENTE

Firma:

Nombre: FRANCO MENA ANA MARIA

CC: 29877827

Impreso el 31/01/2024 - 09:57:53 a.m.

Powered by CamScanner

SISA
Soluciones Integrales en Salud S.A.S.
Nit. 900.426.534-5

Licencia para Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo
Resolución: 1375-25-07-2016 UES - Gobernación del Valle del Cauca

Ecografias - Electrocardiografias (Ekg) - Laboratorio Clinico - Medicina General - Medicina Interna - Cirugia General - Cardiologia - Medicina Ocupacional - Neurocirugia - Traumatologia y Ortopedia Nutricionista - Odontologia - Ortodoncia - Optometria Psicologia - Fonoaudiologia

Informe de Electrocardiograma

Fecha 31. Enero 12024.

Nombre del Paciente Ana Maria Franco Mena

Doc. Ident. No. 29877827 *Edad* 43 años *Sexo* Femenino

Datos Clínicos: Laboral

RITMO: Sinusal FC: 85 lpm EJE: 20° VOLTAJE: Bueno

P: nml PR: 160 ms QRS: 80 ms ST: nml T: nml

QT: nml RSR: no EXTRASISTOLES: Ausente

HIPERTROFIA: no BLOQUEOS: no

INTERPRETACION:

1. Complejos Prematuros auriculares descartados

2.

3.

Rovagly Jiménez M.
MEDICINA INTERNA
T.P. 1253082
C.C. 16.608.434

Firma Profesional

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) ANA MARIA FRANCO MENA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 29877827 realizó el día 09/02/2024 la Capacitación Módulo 1 - Generalidades en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General -

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas

Creando Oportunidades

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

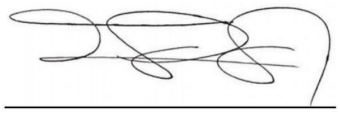
Que nuestro(a) cliente ANA MARIA FRANCO MENA, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 29,877,827 se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 910247196 aperturada el 28 de noviembre de 2012 cuenta ACTIVA y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, el 25 de enero de 2024.

Para trámites de nómina,legales,internacionales y otros,también puedes usar las siguientes opciones de número de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos:	0910247196
Cuenta de 16 dígitos:	0910000200247196
Cuenta de 20 dígitos:	00130910000200247196

Firma autográfica



Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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	3839877–5		15544644
Intermediario	**Código**	**Oficina**	**Referencia de Pago**
NELSON ALEXIS CHAVEZ PINO	51507	048	01215544644

TOMADOR

CEDULA	Razón Social y/o Nombres y Apellidos		
29877827	ANA MARIA FRANCO MENA		
Dirección		**Ciudad**	**Teléfono**
CRA 36 # 20 – 38		GUADALAJARA DE BUGA	

GARANTIZADO

CEDULA	Nombres y Apellidos
29877827	ANA MARIA FRANCO MENA

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	02–FEB–2024	31–OCT–2024	2.217.887,00	28.571,00

VIGENCIA DEL SEGURO		VIGENCIA DEL MOVIMIENTO			VLR. PRIMA SIN IVA	VLR. IMPUESTOS (IVA)	TOTAL A PAGAR
Desde	Hasta	Días	Desde	Hasta			
02–FEB–2024	31–OCT–2024	272	02–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	$2.217.887	$8.872	$2.217.887,00

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

Ana María Franco Mena

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.5847567.
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