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	**55119-128009**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	MARIA CRISTINA LOPEZ VELASQUEZ	**C.C.**	1.112.102.132	**IP/Nº de contacto**	3167529913
Correo electrónico contratista:	malopezv@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** 87496911961

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: 5844840/2024 **Nº Compromiso SIIF** **16524**

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	----------	**000**
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

Se presenta informe de actividades mensuales contractuales del mes febrero
es febrero Se adjunta: Certificación de afiliación de seguridad social, Rut Certificado de aptitudes, constancia inducción de SST, certificado de ARL, certificación bancaria, Póliza de seguro

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.

MARIA CRISTINA LOPEZ VELASQUEZ
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)

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 1112102132
NOMBRES Y APELLIDOS	Lopez Velasquez,Maria Cristina
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/02/2022
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Lopez Velasquez,Maria Cristina, a los 19 días del mes de febrero 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

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

MARIA CRISTINA LOPEZ VELASQUEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.112.102.132**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 19 de Febrero del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14743753021

(415)7707212489984(8020) 000001474375302 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 1 2 1 0 2 1 3 2	1	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	1 1 1 2 1 0 2 1 3 2	2 0 0 8 0 8 1 4

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Andalucía 0 3 6

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
LOPEZ	VELASQUEZ	MARIA	CRISTINA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Tuluá 8 3 4

41. Dirección principal: MZ 15 CA 32 BRR BOSQUES DE MARACAIBO

42. Correo electrónico: espiabella@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 6 7 5 2 9 9 1 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 2 9 9	2 0 1 4 0 7 1 4	8 5 5 1	2 0 2 1 0 8 0 3				4 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
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 2021 - 08 - 02 / 18 : 43: 16

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre LOPEZ VELASQUEZ MARIA CRISTINA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

SIGMA OCUPACIONAL SAS
NIT : 901102991-0
LSST Resol. 1220-54 No. 3595 de 21/12/2021

Cra 32A # 24-77 B/Alvernia, Tuluá - Valle del Cauca
Teléfono : 3206039168 - 2343555
sigmaocupacional@gmail.com

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

Fecha Emisión	Realizado en	Tipo Evaluación - Énfasis	Orden Servicio No.
2022-03-17	TULUÁ (Valle del Cauca)	Pre-Ingreso, Cardiovascular, Osteomuscular	**627092**

Nombres y Apellidos	Identificación	Sexo
MARIA CRISTINA LOPEZ VELASQUEZ	CC 1112102132	Femenino

Fecha Nacimiento	Edad	Tipo Sangre - Rh *	Peso	Talla	Índice Masa Corporal
1990-07-19	31 años	O+	68.2 kilogramos	160 centimetros	26.64

Dirección Residencia	Teléfonos
CLL 9 A 28 A 111 SANTA RITA DEL RIO PRIMERA ETAPA	3167529913

Cargo a desempeñar	Empresa Contratante	Empresa Usuaria
INSTRUCTORA	Persona Natural	SENA



(*) Valor registrado según documento de identidad suministrado por el usuario

Certificado emitido de acuerdo con la Evaluación Médica Ocupacional realizada el 2022-03-17. Para emitir el concepto médico ocupacional se analizaron los siguientes exámenes complementarios:

Optometría Ocupacional (Manual) (2022-03-17), Colesterol De Alta Densidad [Hdl] (2022-03-17), Colesterol De Baja Densidad [Ldl] Enzimático (2022-03-17), Colesterol Total (2022-03-17), Glucosa En Suero, Lcr U Otro Fluido Diferente A Orina (2022-03-17), Hemograma IV Metodo Automatico (2022-03-17), Trigliceridos (2022-03-17)

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Pre-Ingreso: Condiciones de salud acordes con los requerimientos del perfil del cargo.
Cardiovascular: Riesgo Bajo
Osteomuscular: Sin patología osteomuscular aparente

Restricciones Médicas: Sin Restricciones

RECOMENDACIONES PARA EL ÁREA DE SST

- Realizar periódicamente todos los exámenes definidos según profesiograma de la empresa.
- Inducción y capacitación periódica, acordes a las funciones y riesgos del cargo.
- Capacitación sobre hábitos y estilos de vida saludable.
- Capacitación en higiene postural.
- Permitir al trabajador realizar una pausa activa cada 2 horas durante la jornada laboral.
- Dotar al trabajador de Elementos de Protección Personal adecuados para el riesgo.
- Socializar protocolo de bioseguridad definido por la empresa para la prevenir el contagio por Covid-19.
- Entregar al trabajador las recomendaciones médicas generadas a partir de la evaluación ocupacional realizada.
- **Control Médico en** 12 meses..
- Se recomienda incluir al trabajador en los siguientes **Sistemas de Vigilancia Epidemiológica:** Biomecánico.

Otras Recomendaciones: APTA PARA LA LABOR, NO RESTRICCIONES

Se anexa documento con Recomendaciones Medico Laborales para el trabajador.

Firma Especialista
Dr. Omar Andrés Aguirre Rivera
Registro No.: 76-4298/07
LSST.: 1216/12

Firma del Usuario
MARIA CRISTINA LOPEZ VELASQUEZ
CC.: 1112102132

Valide este documento en:
https://simeonips.com/validar/cmo/1w7r6ez8-96dp-h74z-getl-7bjnxyvp3mgj
Fecha Impresión: 2022-03-17 14:50:18 125200

RECOMENDACIONES MÉDICO LABORALES

Fecha Emisión	Realizado en	Tipo Evaluación - Énfasis	Orden Servicio No.
2022-03-17	TULUÁ (Valle del Cauca)	Pre-Ingreso, Cardiovascular, Osteomuscular	**627092**

Nombres y Apellidos	Identificación	Sexo
MARIA CRISTINA LOPEZ VELASQUEZ	CC 1112102132	Femenino

Fecha Nacimiento	Edad	Tipo Sangre - Rh *	Peso	Talla	Índice Masa Corporal
1990-07-19	31 años	O+	68.2 kilogramos	160 centimetros	26.64

EPS	ARL	AFP
Sanitas	- No Tiene -	Porvenir

Cargo a desempeñar	Empresa Contratante	Empresa Usuaria
INSTRUCTORA	Persona Natural	SENA



(*) Valor registrado según documento de identidad suministrado por el usuario

Como resultado de la Evaluación Médica Ocupacional, realizada el día 2022-03-17, el médico Dr. Omar Andrés Aguirre Rivera, especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo, generó las siguientes recomendaciones médicas:

Restricciones Médicas: Sin Restricciones.

RECOMENDACIONES PARA MEJORAR HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA

- Beber al menos 8 vasos de agua al día.
- Incorporar a la dieta diaria, alimentos de todos los grupos.
- Realizar ejercicio, mínimo 3 veces a la semana.
- Procurar una adecuada higiene del sueño.
- Lavar las manos frecuentemente usando agua y jabón y frotando de 20 a 30 segundos.

RECOMENDACIONES LABORALES DEL USUARIO

- Reportar oportunamente todo incidente o accidente relacionado con el trabajo.
- Cumplir con las normas de Seguridad y Salud en el trabajo establecidas por la empresa.
- Utilizar los EPI (Elementos de Protección Individual) otorgados por la empresa.
- Higiene Postural.
- Participar en el programa de pausas activas definido por la empresa.
- Distanciamiento físico de mínimo 1 metro para evitar contagio por COVID-19.
- Reportar oportunamente sintomatología asociada a COVID-19.

Otras Recomendaciones: PREVENTIVO: USO EPP, HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, ADECUADO MANEJO DE CARGAS, HABITOS DE VIDA SALUDABLE

La empresa **SENA** hace entrega de las recomendaciones médicas antes mencionadas y agradece el cumplimiento de mismas para lograr el cuidado integral de su salud.

Si el médico tratante le entregó alguna remisión a especialista, por favor, gestione la cita con su EPS. La empresa realizará seguimiento a este proceso cuando aplique, de acuerdo con lo definido en el SG-SST (Sistema de Gestión y Seguridad en el Trabajo).

Responsable SG-SST

SENA

Firma del Usuario

MARIA CRISTINA LOPEZ VELASQUEZ
CC.: 1112102132
Fecha de recibido:

SIGMA OCUPACIONAL

Nit 901102991-0
Resolución Secretaria de Salud
Departamental No. 1804 Nov 3 de 2017

OPTOMETRIA

EMPRESA: Sena CIUDAD: Tuluá FECHA: 17 | 05 | 2022

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE: Maria Cristina Lopez. FN:

No DE IDENTIFICACIÓN: 1117102132 DE Andalua SEXO: F EDAD: 31

CARGO A DESEMPEÑAR: AREA:

Ingreso ☐ Periodico ☐ Egreso ☐ | Uso de Lentes: ☐ Uso Permanente ☒ Uso Ocacional ☐ No usa

ANTECEDENTES LABORALES

FACTOR DE RIESGO VISUAL		FRECUENCIA DE USO DE EPP
☐ Pantallas de visualización	☐ Alta exigencia visual	☐ Nunca
☐ Iluminación inadecuada	☐ Gases, Vapores, Humos.	☐ Siempre
☐ Material Particulado	☐ Radiaciones, (Calor)	☒ Ocacional
☐ Liquidos irritantes	☐ Otros	☐ Según Exposición

ANTECEDENTES PERSONALES

Antecedentes Personales		Síntomas Visuales	
☐ Transtorno refractivo	☐ Hipertensión Arterial	☐ Cefalea	☐ Visión borrosa
☐ Cataratas	☐ Trauma ocular	☐ Fotofobia	☐ Enrojecimiento
☐ Pterigio	☐ Diabetes Millitius	☐ Lagrimeo	☐ Prurito
☐ Conjuntivitis	☐ Infección ocular	☐ Ardor	☐ Otros
☐ Cirugía Ocular	☐ Otros	☐ Disminución de AV	

EVALUACIÓN VISUAL

	Visión Lejana	AV	ADD	AV	AVVL SC	AVVP SC
RX EN USO	OD:				20/70-	050 H
	OI:				20/70.	050 H

Examen Externo: Normal	Estado Motor	Cover Test	VL ⌀	VP ⌀	PPC. 5
Reflejos pupilares: Presente					

OFTALMOSCOPIA OD: Retina Aplicado
OI:

Visión Cromática		Visión Estereoscópica		Campos Visuales	Observaciones
Y	Anormal	Y			

RX FINAL	OD:		ADD	OD:		AV C.C.	OD: 20/20
	OI:			OI:			OI: 20/20

DIAGNOSTICO

☐ Emetrope	☐ Presbicia	☐ Alteraciones del campo visual	☐ Blefaritis
☐ Miopía	☐ Pterigio	☐ Alteración visual de profundidad	☐ Ojo seco
☐ Hipermetropía	☐ Inbalance Muscular	☐ Alteración visual del color	☐ Glaucoma
☒ Astigmatismo	☐ Ambliopía	☐ Hiperemia conjuntival	☐ Cataratas

CONDUCTA Y RECOMENDACIONES

☐ Apto visualmente sin lentes de corrección	☒ Lentes de correción de uso ocasional	☐ Valoración Oftalmologica
☐ Apto visualmente con lentes de corrección en uso	☐ Lentes de uso permanente	☐ Valoración Ortóptica
☐ Se da Rx de corrección por primera vez	☐ Cambio de lentes de corrección	☐ Debe conducir con lentes

Yessica Rojo A.
Optometra Ortoptista
Baja Vision
Reg 3428

Firma Optómetra

Maria Cristina Lopez

Firma y cédula del paciente

Escaneado con CamScanner

Nit 901102991-0
Resoluciòn Secretaria de Salud Departamental No. 1804 Nov 3 de 2017

PACIENTE: MARIA CRISTINA LOPEZ VELASQUEZ
IDENTIFICACION: 1112102132
FECHA EXAMEN: 14/03/2022
EDAD (AÑOS): 31
ORDEN: 625149
FECHA NACIMIENTO: 19/07/1990
SEXO: MASCULINO

EXAMEN	RESULTADO	UNIDAD	VALOR DE REFERENCIA
GLICEMIA PRE	95	mg/dl	65 - 100
COLESTEROL TOTAL	198	mg/dl	HASTA 200
TRIGLICERIDOS	262	mg/dl	MENOR DE 150
COLESTEROL DE HDL	57	mg/dl	MAYOR O IGUAL > 60
COLESTEROL DE VLDL	52	mg/dl	0.0 - 35
COLESTEROL LDL	89	mg/dl	100 - 129
INDICE ARTERIAL	3.5	-	MENOR DE 0 - 5.0
CREATININA		mg/dl	0.70 - 1.20 HOMBRES 0.53 -1.00 MUJERES

OBSERVACIÓN: SUERO LIPÉMICO

Mardoris Cedeño A.
Mardoris Cedeño Ayala
Bacteriologa
Universidad Catolica de Manizales
TP 23961

OBSERVACIÓN: COLESTEROL TOTAL MUESTRA PROCESADA POR DUPLICADA

PACIENTE:	LOPEZ VELASQUEZ MARIA CRISTINA		
EDAD	31 Años	**SEXO**	Femenino
HISTORIA:	1112102132	**FECHA INGRESO:**	17/03/2022 10:09
ORDEN:	20220317032	**FECHA IMPRESIÓN:**	17/03/2022 10:45
FECHA NACIMIENTO:	19/07/1990		

HEMATOLOGIA

CUADRO HEMATICO TIPO IV

Prueba	Resultado		Unidad	Valor de Referencia
RECUENTO DE LEUCOCITOS	8.0		X10³/ul	4.5 - 11.0
LINFOCITOS EN NUMERO	4.38	↑	X10*3/ul	1.20 - 3.50
CELULAS MIXTAS EN NUMERO	0.42		X10*3/ul	0.10 - 1.00
NEUTROFILOS EN NUMERO	3.16		X10*3/ul	1.80 - 7.70
LINFOCITOS %	54.86	↑	%	20.00 - 45.00
CELULAS MIXTAS%	5.23		%	3.00 - 10.00
NEUTROFILOS %	39.91	↓	%	45.00 - 65.00
RECUENTO DE GLOBULOS ROJOS	4.72		X10*6/ul	4.10 - 5.40
HEMOGLOBINA	13.1		gr/dl	12.0 - 16.0
HEMATOCRITO	39.8		%	37.0 - 47.0
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO (MCV)	84.3		fL	80.0 - 99.0
HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	27.8		pg	26.5 - 33.5
CONCENTRACION HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA (MCHC)	32.9		gr/dl	32.0 - 36.0
RDW-SD	44.3		fL	37.0 - 54.0
RDW-CV	15.1	↑	%	10.0 - 15.0
PLAQUETAS	238		X10³/ul	150 - 400
VOLUMEN MEDIO PLAQUETARIO	9.1		fL	6.5 - 11.0
PDW	14.0			
PLAQUETOCRITO	0.220		%	
PLCR	29		%	

Bacteriologa sección:

Dra. Silvia Nancy Mazuera
Bacterióloga
Universidad Católica de Manizales
TP 763451

PsicológicaMente
SALUD MENTAL INTEGRAL

INFORME PSICODIAGNOSTICO

NOMBRE DEL POSTULANTE: María Cristina López Velásquez.
EDAD: 38 AÑOS
ESCOLARIDAD: Profesional.
DOCUMENTO: 1.112.102.132
EMPRESA REQUIRIENTE: SENA CAB.
PUESTO REQUERIDO: Instructora.
FECHA: 17 de marzo del 2022

- **TECNICAS ADMINISTRADAS**

TMMS 24: Esta escala sirve para evaluar la inteligencia emocional percibida. El TMMS-24 (Spanish Modified Version of the Trait Meta-Mood Scale) es una escala rasgo de metaconocimiento emocional. En concreto, mide las destrezas con las que podemos ser conscientes de nuestras propias emociones, así como de nuestra capacidad para regularlas. Su validación puede encontrarse en Fernández. -Berrocal et al. (2004).

INTELIGENCIA EMOCIONAL	Debe mejorar	Adecuada	Excelente
Atención emocional	18		
Claridad emocional		22	
Reparación emocional		25	

ENTREVISTA POR COMPETENCIAS

Basado en técnicas de Martha Alles que permite establecer a través de una entrevista estructurada las tendencias de comportamiento de un individuo en el mundo laboral.

I COMPETENCIAS PARA EL CARGO	1	2	3	4	5
Planeación y organización				X	
Solución de problemas				X	
Orientación al servicio					X
Acatamiento de normas y compromiso					X

II PERCEPCIÓN DEL EXAMINADOR	1	2	3	4	5
Análisis y síntesis				X	
Fluidez verbal y expresión				X	
Capacitación para el cargo					X

CONCEPTO FINAL

María Cristina posee caracteristicas emocionales que le permiten desenvolverse con facilidad en diferentes contextos organizacionales, se muestra como una persona que prefiere estar rodeada de personas muy cercanas a ella que buscar nuevas formas de relacionarse socialmente, por momentos puede ser insegura de si misma, es una persona concreta en sus apreciaciones y con disposición en mejorar sus condiciones de vida, suele ser reservada.

PsicológicaMente
SALUD MENTAL INTEGRAL
EFRAIN ARBOLEDA SAAVEDRA
MASTER EN NEUROPSICOLOGÍA Y EDUCACIÓN
Cel 316 405 50 42

Nota: Cabe resaltar que los aspectos anteriormente mencionados, fueron arrojados por las pruebas aplicadas (TMMS 24 y entrevista por competencias).



CENTRO OCUPACIONAL INTEGRAL BUGA S.A.S

Dra. Laura Daniela Anaya Hadechini
RM 137420-04 Resolución 0420
Aprobado por Resolución No 0842- Nit. 900448249-5
Carrera 16 No 5- 53- Guadalajara de Buga
Tel. 2388720- Cel. 300 726 5803



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 35.773

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
	03 MES	2023 AÑO	GUADALAJARA DE BUGA (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

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

SENA	SENA
Nombre de la empresa	Empresa en misión

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

LOPEZ VELASQUEZ MARIA CRISTINA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	32 AÑOS 7 MESES 11 DÍAS	CC	1112102132
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

TRUCTORA

Celular 3167529913

CEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCION PARA EL CARGO A DESEMPEÑAR

ervaciones: *RECOMENDACIONES ANOTADAS*

NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

TRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

oncepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

UACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR ✓	TAMIZAJE CARDIOVASCULAR ✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	FORTALECIMIENTO MUSCULAR
		CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

AS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

NTE AL EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL SIN ALTERACIÓN DE LA TENSIÓN ARTERIAL ,
SOBREPESO : DIETA ADECUADA, HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES Y EJERCICIOS , USAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN DE ACORDE A LOS FACTORES DI
OS EXPUESTO, EDUCACIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y MEDIDAS DE ERGONOMIA, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS.
NTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES INGRESA POR SUS PROPIOS MEDIOS SIN DÉFICIT NEUROLÓGICOS, BUENA RESPIRACIÓN, NIEGA DOLOF
ULAR O LIMITACION FISICA, NIEGA SÍNTOMA GRIPAL O FIEBRE EN LOS ÚLTIMOS 15 DIAS , CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS DE BIOSGURIDAD PARA COVID 19 .

ntimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) 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 ones, 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 ntimiento 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 dicas. 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 miento 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 e encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes irma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

dico

re: ANAYA HADECHINI LAURA DANIELA

137420-04 L.S.O.: 0420

Aspirante o Trabajador

Firma: Maria Cristina Lopez

Nombre: LOPEZ VELASQUEZ MARIA CRISTINA

CC: 1112102132

Nit 901102991-0
Resoluciòn Secretaria de Salud Departamental No. 1804 Nov 3 de 2017

PACIENTE:	MARIA CRISTINA LOPEZ VELASQUEZ		
IDENTIFICACION	CC 1112102132	**ORDEN:**	830426
FECHA EXAMEN	1/03/2023	**FECHA NACIMIENTO:**	19/07/1990
EDAD (AÑOS):	32	**SEXO:**	FEMENINO

EXAMEN

PARCIAL DE ORINA	
EXAMEN FISICO	
Color:	Amarilla
Aspecto:	Ligeramente Turbia
EXAMEN QUIMICO	
Urobilinogeno:	Negativo
Bilirrubina:	Negativo
Glucosa:	Negativo
Proteínas:	Negativo
Ph:	5.0
Densidad:	1025
Moco:	Escaso
Cetonas:	Negativo
Nitritos:	Negativo
Leucocitos:	Negativo
Eritrocitos:	Negativo
EXAMEN MICROSCOPICO	
Células epiteliales:	4-6 XC
Bacterias:	Escasa
Leucocitos:	2-5 XC
Eritrocitos:	1-3 XC

Mardoris Cedeño A.

Mardoris Cedeño Ayala
Bacteriologa
Universidad Catolica de Manizales
TP 23961

Hace constar:

Que el Sr(a) MARIA CRISTINA LOPEZ VELASQUEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1112102132 realizó el día 19/02/2024 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 MARIA CRISTINA LOPEZ VELASQUEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1112102132 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 -

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) MARIA CRISTINA LOPEZ VELASQUEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1112102132 el día 19/02/2024 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

La presente constancia tiene validez al interior de la entidad, en la generación de una cultura institucional incluyente, como acción afirmativa para promover acciones integrales y accesibles para las Personas con Discapacidad, de acuerdo con lo contenido en la Resolución 1726 de 2014, mediante la cual el SENA adopta su Política Institucional para la atención de personas con discapacidad.

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA

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

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, **MARIA CRISTINA LOPEZ VELASQUEZ** identificado con **CC** No. **1112102132**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - N. 899999034	**Fecha de afiliación:** 21/07/2014 **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): 202401012369542.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 13 días del mes de febrero de 2024.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

MIS_4_1_3_FR15 v_07

Certificado Bancario

Sábado, 20 de enero de 2024

Señor(a)
A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que MARIA CRISTINA LOPEZ VELASQUEZ identificado(a) con CC 1112102132, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	87496911961	2013/05/03	ACTIVA

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

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



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

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

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

suramericana

Ciudad y Fecha de Expedición	Póliza		Documento
GUADALAJARA DE BUGA, 30 DE ENERO DE 2024	3836611–1		15538111
Intermediario	**Código**	**Oficina**	**Referencia de Pago**
NELSON ALEXIS CHAVEZ PINO	51507	048	01215538111

TOMADOR

CEDULA	Razón Social y/o Nombres y Apellidos		
1112102132	MARIA CRISTINA LOPEZ VELASQUEZ		
Dirección		**Ciudad**	**Teléfono**
CALLE 9A # 28A 111		TULUA	

GARANTIZADO

CEDULA	Nombres y Apellidos
1112102132	MARIA CRISTINA LOPEZ VELASQUEZ

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.5844840.
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