SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL CÓRDOBA
CENTRO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO DE CÓRDOBA-CÓRDOBA

Código Regional	**23**
Código Centro	**952310**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2024**
Versión	**ENERO 2024 - 1,24**
ID de Proceso	**05847-410152**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	CLAUDIA PATRICIA LOPEZ SOTO	**C.C.**	50.938.053	**IP/Nº de contacto**	53413
Correo electrónico contratista:	claudialopezsoto07@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: 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** 91262717246

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: 5861830/2024 **Nº Compromiso SIIF** 5224

Valor Total del Contrato	$ 35.724.360	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 35.724.360	**1**	**Del**	**05/02/2024**	**Al**	**29/02/2024**	**$ 3.721.288,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 32.003.072		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)

SERVICIOS PERSONALES: CONTRATAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR CONTRATISTA PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN POBLACIÓN VÍCTIMA DEL DESPLAZAMIENTO POR LA VIOLENCIA DEL CENTRO DE COME

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.721.288		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	**$ 3.721.288**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.187.794**		**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	----------	**4011658248**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.488.515	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 186.100	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 238.200	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 7.800	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 9.805.208 $ 930.322	$ -	
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	$ 372.129	
Salud hasta $ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25% $ 3.098.445	$ 729.265	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.187.794,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.296.988,00	
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 - 8299	6.594,00	0,200%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
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	**$3.714.694,00**	

SON: TRES MILLONES SETECIENTOS CATORCE MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se organizan los documentos para el proceso de matrícula de los aprendices del programa mercadeo y ventas.
Se elaboró las guías de aprendizaje, realice el plan de trabajo para el desarrollo del proceso de formación de mercadeo y ventas .
Se creó la ruta de aprendizaje en el aplicativo sofia plus.
Participe en la reunión el día 16 de febrero del a las 9:30 am en las instalaciones del Sena 2024 reunión con el líder regional _
Gerardo Gómez, el coordinador _Francisco peña, el supervisor_Nelson de la espriella y todo el grupo de instructores de la población V
Se adjuntaron todos los documentos requeridos acorde en la plataforma SIGA
Se subieron todos los documentos soporte del pago a la plataforma SECOPII en los plazos establecidos
Se atendió a cabalidad los requerimientos hechos por el supervisor del contrato y se presentan las acciones correspondientes (reunio
(reuniones para despejar dudas del proceso en ejecución).

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.



CLAUDIA PATRICIA LOPEZ 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,



NELSON DE LA ESPRIELLA MORALES
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

JOSE ANASTASIO RESTREPO CASTELLANOS

SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4011658248	2|5|0|1|2|0|2|4

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)

1.tipo de tramite
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion
B. Colectiva ☐
A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐
B. Institucional ☐ B. De oficio ☐

3.Regimen
A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐

5. Tipo de cotizante
A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐

Codigo (a registrar por la EPS) 3

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
LOPEZ Primer apellido	SOTO Segundo apellido	CLAUDIA Primer nombre	PATRICIA Segundo nombre
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	50938053	Femenino ☒ Masculino ☐	0|7|0|2|1|9|8|2

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Tipo F N M Condicion T P		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	PORVENIR FPC	1300000

18.Residencia

MZ L LT 7 VILLA ROSARIO **Dirección**	**Telefono fijo**	3045313233 **Telefono celular**	CLAUDDIALOPEZSOTO07@GMAIL.COM **Correo electronico**
MONTERIA **Municipio/Distrito**	**zona** Urbana ☒ Rural ☐	**Localidad / comuna**	CORDOBA **Departamento**

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo documento de identidad	**21. Número documento identidad**	**22. Sexo**	**23. Fecha de nacimiento**
		Femenino ☐ Masculino ☐	

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				

	25. Tipo documento de identidad	26. Número de identidad	27.Sexo		28.Fecha de nacimiento
			Femenino	Masculino	
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

	29.Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad				
			Tipo			Condición	
			F	N	M	T	P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

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)
		Urbana	Rural			
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Seleccion de la IPS Primaria

		34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C		VS UAB SINU CENTRO - VS UOD PERLA DEL SINU	VSSINUCENT - VSUODPERLA
B		-	-
B		-	-
B		-	-

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de docuemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
CLAUDIA PATRICIA LOPEZ SOTO	CC	50938053	01

39.Ubicación

MZ L LT 7 VILLA ROSARIO Dirección	3045313233 Teleéfono	CLAUDDIALOPEZSOTO07@GMAIL.COM Correo electrónico	MONTERIA Municipio/distrito	CORDOBA Departamento

No de Radicacion
4011658248

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- ☐ **1.** Modificación datos básicos de identificación
- ☐ **2.** Corrección datos básicos de identificación
- ☐ **3.** Actualización documento de identidad
- ☐ **4.** Actualización y/o corrección datos complementarios
- ☐ **5.** Terminación de la inscripcion en la EPS. Código: ☐
- ☐ **6.** Reinscripción en la EPS
- ☐ **7.** Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☒ **9.** Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ **8.** Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ **10.** Terminación de la relacion laboral o perdida 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 tramite de protección al cesante
- ☐ **17.** Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ **18.** Reporte de la calidad del pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		2|5|0|1|2|0|2|4

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código:	45. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

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 Contributvo,Especial o de Excepción.
- **48.** ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de 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 Salud .
- **50.** ☒ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica 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 del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir 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 Decr eto 1377 de 2013
- **53.** ☒ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio
	

IX. ANEXOS

- ☐ **56.** Anexo Copia del documento de identidad: **CN.** ☐ **RC.** ☐ **TI.** ☐ **CC.** ☐ **PA.** ☐ **CE.** ☐ **CD.** ☐ **SC.** ☐

  Cantidad: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Total: 0

- ☐ **57.** Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ **58.** Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ **59.** Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ **60.** Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ **61.** Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ **62.** Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los 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 consiste 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 SISBEN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del municipio	Código del Departamento	Número ficha	Puntaje	Nivel		

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

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

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.

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:

CLAUDIA PATRICIA LOPEZ SOTO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **50.938.053**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 24 de Enero 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.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

50938053
NUMERO

LOPEZ SOTO
APELLIDOS

CLAUDIA PATRICIA
NOMBRES

Claudia López
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 07-FEB-1982
BARRANQUILLA
(ATLANTICO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

06-DIC-2000 MONTERIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

P-1300100-38089402-F-0050938053-20010609 03052 01159A 01 100468314

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 02 Actualización

4. Número de formulario 14975246676

(415)7707212489984(8020) 0000014975246667 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5093805	3 9	Impuestos y Aduanas de Montería 1 2	

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	5 0 9 3 8 0 5 3	2 0 0 0 1 2 0 6

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Córdoba 2 3	Montería 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
LOPEZ	SOTO	CLAUDIA	PATRICIA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Córdoba 2 3	Montería 0 0 1

41. Dirección principal: MZ L LT 7 BRR VILLA ROSARIO

42. Correo electrónico: claudialopezsoto07@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica					Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1 / 2	51. Código	52. Número establecimientos
6 9 2 0	2 0 2 1 0 1 0 4	8 5 6 0	2 0 2 4 0 1 2 4	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	2	2	4	9																						

22- Obligado a cumplir deberes formales a

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024 - 01 - 24 / 21 : 43: 39

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 SOTO CLAUDIA PATRICIA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Certificación Bancaria

Bancolombia

Jueves, 25 de enero de 2024

Señores:
A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que **CLAUDIA PATRICIA LOPEZ SOTO** identificado(a) con cc. **50938053** a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
Cuenta de ahorro	912-627172-46	2024/01/25	Activa

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto país 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

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

Santiago Valencia Calderón
Líder Área de Conocimiento Autoservicios

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, **CLAUDIA PATRICIA LOPEZ SOTO** identificado con **CC** No. **50938053**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de afiliación:** 02/03/2020 **Fecha de inicio de cobertura:** 08/02/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 01/02/2024 **Fecha fin de Contrato:** 30/11/2024 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 1 **Cargo :** CONTRATISTA

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): 202401012333120.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 12 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

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
MONTERIA	AGENCIA MONTERIA	53	53-46-101012818	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
02	02	2024	01	02	2024	00:00	31	01	2025	23:59	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL	IDENTIFICACIÓN
LOPEZ SOTO, CLAUDIA PATRICIA	CC: 50.938.053

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
MZ L LT NRO. 7 - 1	MONTERIA, CORDOBA	3045313233

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO	IDENTIFICACIÓN
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA REGIONAL CORDOBA	NIT: 899.999.034-1

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
AV. CIRCUNVALAR CALLE 24 Y 27	MONTERIA, CORDOBA	7838050

ADICIONAL:

OBJETO DEL SEGURO

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

EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. CO1.PCCNTR.5861830 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: CONTRATAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR CONTRATISTA PARA IMPARTIR FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL EN EL PROGRAMA DE ATENCION POBLACION VICTIMA DEL DESPLAZAMIENTO POR LA VIOLENCIA DEL CENTRO DE COMERCIO INDUSTRIA Y TURISMO DEL SENA REGIONAL CORDOBA. (CONTRATO NO. CO1.PCCNTR.5861830).

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	01/02/2024	31/01/2025	$3,572,436.00

ACLARACIONES

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******20,000.00	$ *******8,000.00	$ *******5,320.00	$ **********33,320.00	$ ********3,572,436.00	CONTADO

INTERMEDIARIO NOMBRE	CLAVE	% DE PART	DISTRIBUCION COASEGURO NOMBRE COMPAÑIA	% PART	VALOR ASEGURADO
AGENCIA DE SEGUROS TE ASEGURAMOS BI	174376	100.00			

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

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 28 NO.2 - 17 - TELEFONO: 7813230 - MONTERIA

53-46-101012818

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SOLUCIONES EN SALUD IPS
No. Identificación 900518561-1
Dirección: CLL 27 N 11-74 BRR CHUCHURUBI
Telefono: 7961800
Email: solucionensaludips@gmail.com

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/01/25	Nro Ingreso:	2024012502011
Paciente:	CLAUDIA PATRICIA LOPEZ SOTO	CC:	50938053
Edad:	41 años	Nombre Cliente:	SOLUCIONES EN SALUD I.P.S
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	Preingreso
Cargo:	INSTRUCTOR SENA		
Fecha Atención:	2024-01-25 09:49:48		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA		COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] INMUNOLÓGICO DIRECTO	
		COLESTEROL HDL	
		COLESTEROL TOTAL	
		GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	
		HEMOGRAMA IV [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECUENTO DE ERITROCITOS, ÍNDICES ERITROCITARIOS, LEUCOGRAMA, RECUENTO DE PLAQUETAS, INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA] METODO AUTOMATICO	
		TRIGLICÉRIDOS	

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN PREINGRESO:	CON PATOLOGÍA QUE NO LIMITA LA LABOR
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA GENERAL PARA SEGUIMIENTO MEDICO POR SU EPS Y CON PATOLOGIA VISUAL QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS Y QUE DEBE CORREGIR CON GAFAS. SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR NI RESPIRATORIAS RELACIONADOS CON EL COVID -19

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [ ] Continuar Manejo Medico
- [x] Pausas Activas
- [x] Uso de E.P.I.
- [x] Higiene Postural
- [ ] Remitir a EPS

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Biologico:	Uso de elementos de bioseguridad adecuados para el riesgo y verificacion de esquemas de vacunacion
Manipulacion de Alimentos:	Educación en normas de manipulación de alimentos, Buenas Practicas de Manufactura (BPM) y lavado de manos.
Quimico:	Realizar marcadores biologicos especificos segun exposicion en los trabajadores
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.
Cuidado de la Voz:	Educaciòn en uso adecuado de la voz. Pautas de calentamiento y reposo vocal.
Piel:	Uso de protecciòn adecuada en zonas expuestas a agentes irritantes. Reportar la aparicion de reacciones adversas en piel.
Respiratoria:	Uso de elementos de proteccion respiratoria adecuados para la exposicion.
Auditiva:	Control de exposición a ruido en la fuente; protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido; reposo auditivo extralaboral

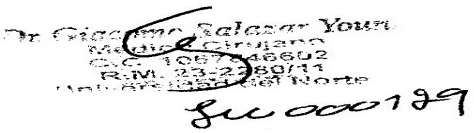
Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: 1. INICIAR CON ESTILO DE VIDA SALUDABLE 2. COMER SANO - DIETA BAJA EN GRASA Y CALORÍAS RICAS

EN FRUTAS, VERDURAS Y PROTEÍNA 3. EJERCICIOS CARDIOVASCULARES DIARIOS 4. AUTO EXAMEN PERIODICO DE MAMA 5. CITOLOGIA ANUAL 6. PAUSAS ACTIVAS 7. HIGIENE POSTURAL 8. UTILIZAR ADECUADAMENTE LOS EPP 9. HACER BUENA TECNICA DE LAVADO DE MANOS 10. SEGUIMIENTO MEDICO NUTRICIONAL POR SU EPS.

Autorizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos diligenciadas en el autoreporte de condiciones de salud que previamente firme. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de SOLUCIONES EN SALUD IPS.





Profesional Ocupacional: GIACOMO FRANCESCO SALAZAR YOUNG 0
Registro M.D: 23- 2280
Licencia S.O: 000129

Firma del Paciente: CLAUDIA PATRICIA LOPEZ SOTO
Identificacion: CC. - 50938053

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

Reporte Stest

Nombres **CLAUDIA LOPEZ SOTO**
Doc CC50938053
Sexo F
F Nacim 1982-02-07
Fecha **2024-01-25**

PPAC SALUD OCUPACIONAL

2.- PPAC-SO - Escala: Personalidad

VARIABLE	PD	P (RANGO)	INTERPRETACIÓN
Afectivos	2	P24 (<67)	El estado de ánimo y el humor del usuario se encuentran dentro de un perfil normal.
Disociativos	2	P34 (<52)	La integracion de la conciencia la percepcion de la identidad corporal del usuario se encuentran dentro de un perfil normal.
Sueño	2	P36 (<65)	El usuario presenta estados de sueño y vigilia dentro de los parámetros normales.
Desórdenes Mentales	2	P58 (<62)	El usuario se relaciona con los demás y con su contexto dentro de parámetros normales.

3.- PPAC-SO Escala: Atención

VARIABLE	PD	P (RANGO)	INTERPRETACIÓN
Atención	6	P100 (>=56)	El usuario presenta adecuada capacidad de seleccionar información y concentrarse en estímulos relevantes.

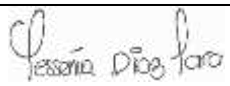
1.- PPAC-SO Escala: Salud Ocupacional

VARIABLE	PD	P (RANGO)	INTERPRETACIÓN
Autocuidado	15	P100 (>=61)	El ususario posee habilidades y competencias para desarrollar procesos para su cuidado personal.
Actos inseguros	15	P100 (>=59)	El usuario se comporta con respecto a su seguridad de manera normal o común para la población de iguales características.
Condiciones Inseguras	15	P100 (>=64)	El usuario cuenta dentro de su ambiente de trabajo con las condiciones necesarias para su seguridad.
Identificación de Peligros	15	P100 (>=68)	El usuario presenta habilidades para identificar posibles situaciones de peligro.
Participación y Consulta	15	P100 (>=62)	El usuario comunica oportunamente situaciones de peligro que atentan contra sus seguridad laboral y de los demás.

TRAZABILIDAD	Doc	Nombre	Evaluador	Fecha (Dur.)	Vers./Baremos
	CC50938053	CLAUDIA LOPEZ SOTO	funcertificar_ydiaz	2024-01-25 12:12 (10')	V.327.1160 | SPSO-2-Pers-2019 | SPSO-SO-3-Ate-2019 | SPSO-1-SO-2019

Nota: Este test corresponde a pruebas de tamizaje, las cuales permiten de forma estandarizada, conocer el estado de una persona frente a determinado grupo poblacional en torno a una variable, situación médica, trastorno o una enfermedad. Para interpretación detallada consule el manual del test: PPAC Version Salud Ocupacional - Version Beta (de Prueba).

Servicios Ordenados:	Status/Certificado
SPSO - PsicoTest PPAC Salud Ocupacional	Aprobado



Yessenia Del Carmen Diaz Lara
Psicologa , TP. 127466



CLAUIDA LOPEZ SOTO
Evaluado

SERVILAB DEL SINU I.P.S S.A.S

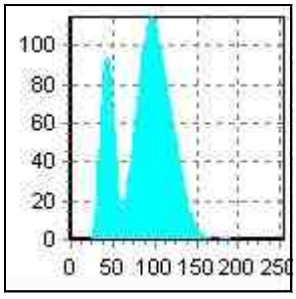
NIT: 900.929.007-4
Calle 28 N° 6 - 76 B / Centro Tel: 781 98 78 Cel: 320 597 64 25
servilabdelsinu@hotmail.com
Montería - Córdoba

Impreso	25 ene. 2024 03:10:42 pm	RESULTADOS			Software Baxlab v20210714	
Sede	**PRINCIPAL**			Fecha Nacimiento 07/02/1982		Página 1 de 3
Paciente	**LOPEZ SOTO CLAUDIA PATRICIA**		Sexo F	Edad 41A 11M 18D	**Nro. De Recepción**	**90351**
Identif.	CC 50938053 Teléfono			Fecha De Recepción	25 ene. 2024 07:42:17 am	
Entidad	SOLUCIONES EN SALUD IPS		SubEntidad	SOLUCIONES EN SALUD - BRIGADAS		
Sala	**CONSULTA EXTERNA**	Cama	Médico	ASIGNADO NO		

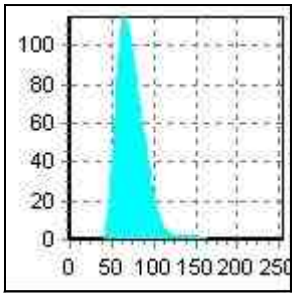
	Resultados	Unidades	Valores Referencia
HEMATOLOGIA			
1 . HEMOGRAMA TIPO IV			
Recuento de Leucocitos(WBC)	9,27	x10^3/uL	4,50 a 10,50
Linfocitos(#)	2,36		0,80 a 4
MXD(#)	0,64		0,20 a 1,40
Neutrofilos (#)	6,27		
Linfocitos(%)	25,5	%	25 a 45
MXD(%)	6,9	%	3 a 12
Neutrófilos(%)	67,6	%	45 a 70
Recuento de Eritrocitos(RBC)	4,48	x10^6/uL	3,50 a 5
Hemoglobina	13,8	gr/dl	12 a 17
Hematocrito	41,2	%	36 a 52
Volumen Medio Corpuscular (MCV)	91,96	fL	80 a 100
Hemoglobina Corpuscular Media(MCH)	33,50	pg	27 a 34
Conc Media de Hb Corpuscular (MCHC)	33,5	gr/dl	31 a 36
Indice de distribución eritrocitaria (RDW-CV)	14,7		11 a 16
Indice de distribución eritrocitaria (RDW-SD)	46,1		35 a 56
Recuento de Plaquetas(PLT)	380		150 a 400
Plaquetocrito (PCT)	0,37	%	0,11 a 0,50
Volumen plaquetario medio (MPV)	9,7	fL	6,50 a 12
Indice de distribuciónPlaquetario (PDW)	14,3	fL	6,50 a 12

Fecha Reporte 25 ene. 2024 02:24 pm

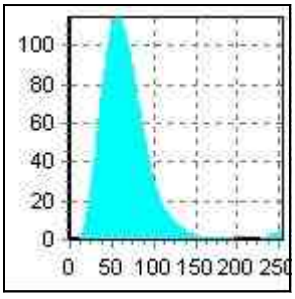
WBC Histogram.MA



RBC Histogram.MA



PLT Histogram.MA



QUIMICA			
2 . Glicemia en Ayunas	63,04	mg/dl	70 a 105
Colorimetria			
INTERPRETACION:			

SERVILAB DEL SINU I.P.S S.A.S

NIT: 900.929.007-4

Calle 28 N° 6 - 76 B / Centro Tel: 781 98 78 Cel: 320 597 64 25

servilabdelsinu@hotmail.com

Montería - Córdoba

Impreso	25 ene. 2024 03:10:42 pm	RESULTADOS			Software Baxlab v20210714
Sede	**PRINCIPAL**		Fecha Nacimiento	07/02/1982	Página 2 de 3
Paciente	**LOPEZ SOTO CLAUDIA PATRICIA**	Sexo F	Edad 41A 11M 18D	**Nro. De Recepción**	**90351**
Identif.	CC 50938053 Teléfono		Fecha De Recepción	25 ene. 2024 07:42:17 am	
Entidad	SOLUCIONES EN SALUD IPS	SubEntidad	SOLUCIONES EN SALUD - BRIGADAS		
Sala	**CONSULTA EXTERNA** Cama	Médico	ASIGNADO NO		

	Resultados	Unidades	Valores Referencia

QUIMICA

```
Prematuro:        20 a 60
0 a 1 dia:        40 a 60 mg/dl
> 1 dia:          50 a 80 mg/dl
Niños Y Adultos:  70 a 105mg/dl
```

Fecha Reporte 25 ene. 2024 03:10 pm

3 . COLESTEROL TOTAL

Colesterol total sérico	155,53	mg/dl	

```
Colorimetria

Valores de Refencia:

Optimo:          Menor de 200 mg/dl
Intermedio Alto: De 200 a 239 mg/dl
Alto:            Mayor de 240 mg/dl

NIÑOS Y ADOLESCENTES:

Optimo Menor de.........170 mg/dL
Limitrofe ..............170 a 199 mg/dL
Alto mayor de...........200 mg/dL
```

Fecha Reporte 25 ene. 2024 03:10 pm

4 .	Colesterol HDL	34,22	mg/dL	40 a 55

Fecha Reporte 25 ene. 2024 03:10 pm

5 .	Colesterol LDL	100.56	mg/dl

```
Colorimetria

Valor de Referncia:
Optimo:          Menor de 100 mg/dl
Intermedio Alto: De 100 a 150 mg/dl
Alto:            Mayor de 150 mg/dl
```

Colesterol VLDL	20.75	mg/dl	

```
Colorimetria

Valor de Referencia:
Menor de 50 mg/dl
```

Fecha Reporte 25 ene. 2024 03:10 pm

6 .	Triglicéridos sérico	103.75	mg/dl

SERVILAB DEL SINU I.P.S S.A.S

NIT: 900.929.007-4
Calle 28 N° 6 - 76 B / Centro Tel: 781 98 78 Cel: 320 597 64 25
servilabdelsinu@hotmail.com
Montería - Córdoba

Impreso	25 ene. 2024 03:10:42 pm	RESULTADOS			Software Baxlab v20210714	
Sede	**PRINCIPAL**			Fecha Nacimiento 07/02/1982		Página 3 de 3
Paciente	**LOPEZ SOTO CLAUDIA PATRICIA**		Sexo F	Edad 41A 11M 18D	**Nro. De Recepción**	**90351**
Identif.	CC 50938053 Teléfono			Fecha De Recepción	25 ene. 2024 07:42:17 am	
Entidad	SOLUCIONES EN SALUD IPS		SubEntidad	SOLUCIONES EN SALUD - BRIGADAS		
Sala	**CONSULTA EXTERNA**	Cama	Médico	ASIGNADO NO		

	Resultados	Unidades	Valores Referencia
QUIMICA			
Colorimetria			
Valor de Referencia:			
Optimo:	Menor de 150 mg/dl		
Intrmedio Alto:	De 150 a 199 mg/dl		
Alto:	Mayor de 200 mg/dl		
Aspecto del suero	Normal		

Fecha Reporte 25 ene. 2024 03:10 pm



Dra. LAURA MACHADO DE AGUAS
Bacterióloga
TP. 1067948285

Hace constar:

Que el Sr(a) CLAUDIA PATRICIA LOPEZ SOTO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 50938053 realizó el día 13/02/2024 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 CLAUDIA PATRICIA LOPEZ SOTO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 50938053 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) CLAUDIA PATRICIA LOPEZ SOTO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 50938053 el día 14/02/2024 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

