SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL MAGDALENA
CENTRO ACUICOLA Y AGROINDUSTRIAL GAIRA MAGDALENA F.P.

Código Regional	**47**
Código Centro	**911810**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2024**
Versión	**ENERO 2024 - 1,24**
ID de Proceso	**37640-593266**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	JASMINA DEL ROSARIO MANJARRES EGUIS	**C.C.**	36.718.309	**IP/Nº de contacto**	54111
Correo electrónico contratista:	jdmanjarres9@misena.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** 51261609146

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: 5924967/2024 **Nº Compromiso SIIF** **14624**

Valor Total del Contrato	$ 31.258.815	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 31.258.815	**1**	**Del**	**19/02/2024**	**Al**	**29/02/2024**	**$ 1.637.367,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 29.621.448		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN EL ROL DE INSTRUCTOR DE EMPRENDIMIENTO O ROL DE INSTRUCTOR TÉCNICO, APORTANDO EN LA PLANEACIÓN, EJECUCIÓN, EVALUACIÓN Y MEJORA CONTINUA DE LOS PROCESOS DE FORMACIÓN Y ASESORÍA TÉCNICA PARA EL EMPRENDIMIE

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 1.637.367		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	**$ 1.637.367**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 903.473**		**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	----------	**36718309**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 910.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 113.800	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 145.600	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 9.600	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 9.805.208 $ 409.341	$ -	
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	$ 163.737	
Salud hasta $ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25% $ 3.098.445	$ 301.158	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	903.473,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	1.377.967,00	
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	9.646,00	0,700%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Pro-Hospital	32.747,00	2,000%
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)	67.500,00	
VALOR A PAGAR	**$1.527.474,00**	

SON: UN MILLÓN QUINIENTOS VEINTISIETE MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

1.Participar en la Inducción Programa SER del 19 al 23 de febrero del 2024 y capacitaciones de Comportamiento Emprendedor y Generación de ideas de negocios
2.Asistencia a reunión virtual el 21 y 23 de febrero del 2024 con Coordinador Académico, Apoyo a Coordinación y Dinamizadora SER
3.Informe de Gestión contractual y Gestión Financiera enviado a supervisor del contrato con las evidencias correspondientes
4.Afiliación realizada ante la Administradora de Riesgo Positiva

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.

JASMINA DEL ROSARIO MANJARRES EGUIS
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,

YAIR ENRIQUE TACHE NIEBLES
INSTRUCTOR

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

BICHARA JOSE ZABLEH HASBUN

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 36718309
NOMBRES Y APELLIDOS	Manjarres Eguis,Jasmina Del Rosario
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	22/07/2016
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Manjarres Eguis,Jasmina Del Rosario, a los 01 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

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 02 Actualización

4. Número de formulario 14829435101

(415)7707212489984(8020) 000001482943510 1

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	3 6 7 1 8 3 0 9	1 9 9 5 0 8 2 9

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Santa Marta 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MANJARRES	EGUIS	JASMINA	DEL ROSARIO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Santa Marta 0 0 1

41. Dirección principal: MZ D CA 18 URB VILLA UNIVERSITARIA

42. Correo electrónico: jasmeguis@hotmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
7 4 9 0	2 0 0 6 0 2 2 4	6 6 2 1	2 0 1 7 0 6 1 6	8 2 9 9			1 3 1 4	

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 2022 - 05 - 22 / 14 : 20: 05

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 MANJARRES EGUIS JASMINA DEL ROSARIO

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Certificación Bancaria

Jueves, 01 de febrero de 2024

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que JASMINA DEL ROSARIO MANJARRES EGUIS identificado(a) con CC 36718309, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta Ahorros / A la mano	51261609146	2016-06-23	ACTIVO	*****

***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 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 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.

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

Bancolombia

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com.co

PREVENIR 1A S.A.

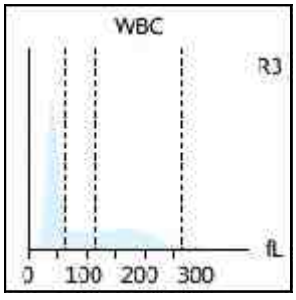
SERVICIOS INTEGRALES EN SALUD OCUPACIONAL, PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
LABORATORIO CLINICO Y TOXICOLOGICO
Nit. 819.001.920-7
Carrera 20 N° 12-32 Tel. 4237121 Cel 3126700249 - 3104423845
Santa Marta

Impreso	24 feb 2023 08:29:26 am		RESULTADOS			Software Baxlab v20191230	
Sede	**PRINCIPAL**					Página 1 de 1	
Paciente	**MANJARREZ EGUIS JASMINA DEL ROSARIO**		Sexo F	Edad 45A 10M 29D		**Nro. De Recepción**	**91777**
Identif.	CC 36718309	Teléfono		Fecha De Recepción		23 feb 2023 03:15:31 pm	
Entidad	PARTICULAR		SubEntidad	SIN SUBENTIDAD			
Sala	**CONSULTA EXTERNA**	Cama	Médico	BENAVIDES DE VEGA. JOSE			

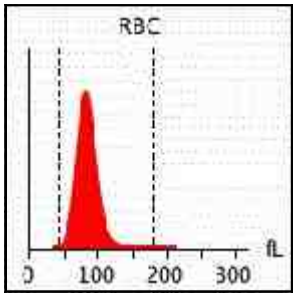
	Resultados	Unidades	Valores Referencia
HEMATOLOGIA			
1 . HEMOGRAMA TIPO IV			
Hemoglobina	13,7	gr/dl	12 a 17
Hematocrito	40,2	%	36 a 52
Recuento de Eritrocitos(RBC)	4,53	x10^6/uL	3,50 a 5
Volumen Medio Corpuscular (MCV)	88,9	fL	80 a 100
Hemoglobina Corpuscular Media(MCH)	30,3	pg	27 a 34
Conc Media de Hb Corpuscular (MCHC)	34	gr/dl	31 a 36
Indice de distribución eritrocitaria (RDW-CV)	12,4	fL	11 a 16
Indice de distribución eritrocitaria (RDW-SD)	36,7	fL	35 a 56
Recuento de Leucocitos(WBC)	7,6	x10^6/L	4 a 10
Neutrófilos(%)	30,6	%	45 a 70
Neutrofilos(/mmc)	2,3	x10^3/mmc	2 a 7
Linfocitos(%)	55,2	%	25 a 45
Linfocitos(/mmc)	4,2	x10^3/mmc	0,80 a 4
Monocitos(%)	14,2	%	3 a 12
Monocitos(/mmc)	1,1	x10^3/mmc	0,12 a 1,20
Recuento de Plaquetas(PLT)	390	x10^3/uL	150 a 450
Plaquetocrito (PCT)	0,396	%	0,11 a 0,50
Volumen plaquetario medio (MPV)	10,2	fL	6,50 a 12
Indice de distribuciónPlaquetario (PDW)	16,5	fL	6,50 a 12

Reportado Por: GRASE ALEXANDRA SOCARRAS CASADO Fecha Reporte 24 feb 2023 08:29 am

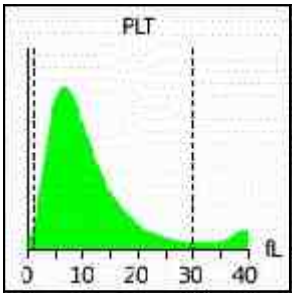
WBC



RBC



PLT



Grase Socarrás C.
T.P. 1065582385

Dra. Grase A. Socarrás Casado
Reg. Prof. 1065582385
Universidad. Popular del César

PREVENIR 1-A S.A
Nit. 819001920 - 7
Dirección: Carrera 20 No 12 - 32 SANTA MARTA
Tel: 4349531- 4200149 - 3126700249

Control ☐
Ingreso X
Retiro ☐

AUDIOMETRÍA

Nombre **JASMINA DEL ROSARIO MANJARRES EGUIS** Doc. Identidad **36718309**

Teléfono Edad **45** Cargo **INSTRUCTORA**

Empresa **PARTICULAR** Fecha **23/02/2023** Reposo Auditivo

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

Exposición al ruido actual

◯ SI Tiempo
◯ NO EPP

Exposición al ruido en trabajos anteriores

Cargo Años EPP
◯ SI INSTRUCTORA
◯ NO

ANTECEDENTES OTOLÓGICOS

⊗ Ninguno ◯ Otitis ◯ Acúfeno ◯ Vértigo ◯ Trauma ◯ Perforación Timpánica ◯ Otalgia ◯ Otorrea ◯ Hipoacusia
◯ Prurito ◯ Cirugía ◯ Detonación - Explosión ◯ Ototóxicos ◯ Otros:
Observaciones

ANTECEDENTES SOCIOACÚSTICOS

⊗ Ninguno ◯ Polígono ◯ Servicio Militar ◯ Buceo ◯ Moto ◯ Instrumento Musical ◯ Discoteca y/o bares
◯ Otros: Obs.

ANTECEDENTES PERSONALES

⊗ Ninguno ◯ Afección Renal ◯ Parotiditis ◯ TBC ◯ Diabetes
◯ Hipotiroidismo ◯ Meningitis ◯ Paludismo ◯ Reumatismo ◯ HTA
◯ Otros:

ANTECEDENTES FAMILIARES

⊗ Ninguno Parentesco
◯ Congénito ◯ Adquirido

DIAGNÓSTICO CIE-10

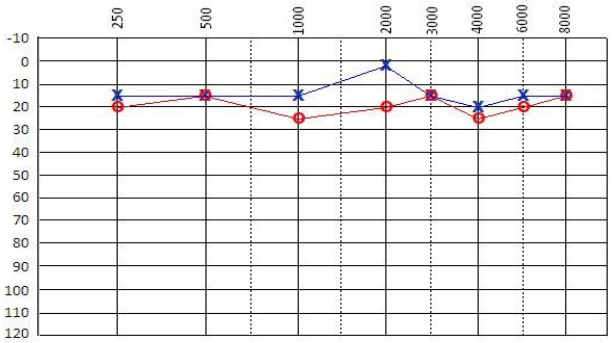
Z011 - EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION

OTOSCOPIA

⊗ Normal ◯ Anormal

OD CAE NORMAL
MT NORMAL

OI CAE NORMAL
MT NORMAL



Diagnóstico Hipoacusia:

	125	250	500	750	1000	1500	2000	3000	4000	6000	8000
VA OI		15	15		15		02	15	20	15	15
OD		20	15		25		20	15	25	20	15
VO OI											
OD											

NBN **WN** **SN**

Observaciones
AUDICION NORMAL BILATERAL

LAURA MARCELA QUANT CHARRIS
Especialidad: FONOAUDIOLOGIA
CC: 1004188804 RM:

PREVENIR 1-A S.A
Nit. 819001920 - 7
Dirección: Carrera 20 No 12 - 32 SANTA MARTA
Tel: 4349531- 4200149 - 3126700249

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

INGRESO

Tipo certificación: Ingreso (X) Periódico ◯ Retiro ◯ Post incapacidad ◯ Caso ocupacional ◯
Control ◯ Reubicación ◯ Ingreso al SVE ◯ Trabajo en alturas ◯

DATOS DEL PACIENTE



Fecha **23/02/2023 15:32:00** Cargo **INSTRUCTORA**

Empresa **PARTICULAR**

Nombre **JASMINA DEL ROSARIO MANJARRES EGUIS**

Doc. Identidad **CC 36718309** Edad **45 Años** Género **Femenino**

Dirección **CR 9 NO. 10-50 GAIRA** Teléfono **3012649897**

Escolaridad **Especialización**

Eps **EPS SANITAS**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR, HEMOGRAMA, AUDIOMETRIA, OPTOMETRIA, PSICOLOGIA

CONCEPTO

Sin restricciones para el cargo

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
HIGIENE POSTURAL
CONTROL DE PESO POR DIETISTA DE LA EPS
EJERCICIOS FUNCIONALES

--DEBE SEGUIR LA SIGUIENTE RECOMENDACION: REPORTAR SINTOMAS RESPIRATORIOS Y SIGNOS DE ALARMA AL COORDINADOR INMEDIATO, COORDINADOR DE SST O JEFE DE TALENTO HUMANO.

NOTA: LA ATENCIÓN SE HIZO BAJO EL PROTOCOLO GENERAL DE BIOSEGURIDAD DE ACUERDO A LA RESOLUCIÓN # 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2.022 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE COLOMBIA.

RESTRICCIONES LABORALES

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Visual ◯ Auditivo ◯ Respiratorio ◯ Cardiovascular (X) Psicosocial ◯ Ergonómico ◯ Otros ◯

REMISIÓN	SI (X)	NO ◯	ARL	SI ◯	NO ◯	EPS	SI (X)	NO ◯

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Autorizo a la IPS PREVENIR 1-A S.A para que le de el manejo de CUSTODIA y CONFIDENCIALIDAD en cumplimiento de las Resoluciones 2346 del 2.007, 1918 del 2.009 del Ministerio de Protección Social y normatividad vigente . Ademas doy fe que toda la información por mi suministrada es completa y veridica. Con mi firma expreso mi consentimiento para todos los estudios realizados y el

Dr. Jose Maria Benavides de Vega
Medico Especialista en Salud Ocupacional
RM: 41694/01 MP
Lic Ocupacional : 2268/2019 SDSM

Trabajador: JASMINA DEL ROSARIO
CC: 36718309
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

INGRESO

Los resultados fueron consignados en la historia clínica ocupacional de la cual reposará en nuestra IPS.

Dr. Jose Maria Benavides de Vega
Medico Especialista en Salud Ocupacional
RM: 41694/01 MP
Lic Ocupacional : 2268/2019 SDSM

Trabajador: JASMINA DEL ROSARIO
CC: 36718309
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

PREVENIR 1A SA
CRA 20#12-32
SANTA MARTA
TEL: 4237121
NIT: 819001920-7

INFORMACIÓN GENERAL PRUEBA GHQ-28

JASMINA DEL ROSARIO MANJARRES EGUIS

Fecha de interpretación de prueba: 23/02/2023

Edad: 45 AÑOS

Fecha de nacimiento: 25/03/1977

Nivel académico: ESPECIALISTA

Numero de Identificación 36718309

Evaluador

Cristian Alfonso Gomez Yanet , Psicólogo

Test aplicado

GHQ-28

Resultados

Luego de la aplicación del GHQ -28, el paciente obtuvo una puntuación directa de punto en síntomas somáticos, 0 puntos en ansiedad- insomnio, 0 puntos en disfunción social y 0 puntos en depresión.

Análisis de resultados

Paciente alopsiquica y autopsiquicamente consciente, presenta buena salud general autopercibida.

Sugerencias

Ninguna

Cristian Alfonso Gómez Yanet
PSICOLOGIA
UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA
C.C. 1082018742 T.P. 208468

FIRMA EVALUADOR
T.P. 208468

PREVENIR 1-A S.A
Nit. 819001920 - 7
Dirección: Carrera 20 No 12 - 32 SANTA MARTA
Tel: 4349531- 4200149 - 3126700249

OPTOMETRÍA

Ingreso [X] Egreso [ ] Periódico [ ] Caso ocupacional [ ]

Fecha historia 23/02/2023 14:51:00

Doc. Identidad **CC 36718309** Nombre **JASMINA DEL ROSARIO MANJARRES EGUIS** Fecha Nacimiento. **25/03/1977**
Entidad **PARTICULAR** Edad **45** Ocupación **INSTRUCTORA**
Fondo de pensión **COLPENSIONES** EPS ARL **NO REFIERE**

Anamnesis

Último examen visual	Usa anteojos: Si [X]	No [ ]	V.L. [ ]	V.P. [X]	PC [ ]	Bifocal [ ]	Progresivo [ ]	Filtros [ ]	
Frecuencia de uso:	Permanente: [ ]	Ocasional [X]	Usa protección ocular gafas de seguridad o máscara?	Si [ ]	No [X]				
Cirugías	Si [ ]	No [X]	Cuál?						
Accidentes oculares	Si [ ]	No [X]	Cuál?						
Signos y síntomas: Asintomático [ ]	Disminución visual de cerca [X]	Disminución visual de lejos [ ]	Cefaleas [ ]	Resequedad ocular [ ]					
Ardor ocular [ ]	Lagrimeo [ ]	Cansancio ocular [ ]	Irritación [ ]	Fotofobia [ ]	Prurito ocular [ ]	Salto de renglón [ ]			
Antececentes personales y/o familiares	Trae corrección óptica [X]								

Agudeza Visual

C.C.	V.L	V.P.	S.C.	V.L.	V.P.
O.D.		**0.50**		**20/20**	**1.25**
O.I.		**0.50**		**20/20**	**1.25**

Lensometría

	ESF	CIL	EJE	ADD
O.D.				
O.I.				

Examen Externo

	O.D.	O.I.
Segmento Anterior: Hiperemia conjuntiva	[ ]	[ ]
Pterigio N	[ ]	[ ]
Pterigio T	[ ]	[ ]
Pinguécula	[ ]	[ ]
Nevus	[ ]	[ ]
Bleafaratis	[ ]	[ ]
Blefaritis seborreica	[ ]	[ ]
Secreción	[ ]	[ ]
Leucoma corneal	[ ]	[ ]
Ptosis palpebral	[ ]	[ ]
Otros:		

Motilidad Ocular

CVT: VL **ORTHO** VP **ORTHO** HISHBERG **CENTRADO**
Ducciones **NORMALES** Versiones **NORMALES** PPC **8 CM**

Oftalmoscopia

	O.D.	O.I.
F.O.A.N.	[ ]	[ ]
Papila normal	[ ]	[ ]
Brillo foveal normal	[ ]	[ ]
Catarata	[ ]	[ ]
Esclerosis de cristalino	[ ]	[ ]
Opacidad de medios	[ ]	[ ]
Lesión retinal	[ ]	[ ]

Test Ocupacionales

Visión cromática	Visión de profundidad	Campo visual por vonfrontación
O.D: **NORMAL**	O.D:	O.D: **NORMAL**
O.I: **NORMAL**	O.I:	O.I: **NORMAL**

Refracción

	Esfera	Cilindro	EJE	Adición
O.D:	**0.0**	**-0.25**	**140º**	**+**
O.I:	**0.0**	**-0.25**		**+**

Refracción final

	Esfera	Cilindro	EJE	Adición	AV VL	AV VP
O.D:	**0.0**	**-**		**+1.50**	**20/20**	**0.50**
O.I:	**0.0**	**-**		**+1.50**	**20/20**	**0.50**

Interpretación

	O.D	O.I
No requiere correción óptica	[ ]	[ ]
Defecto refractivo adecuadamente corregido	[X]	[X]
Defecto refractivo inadecuadamente corregido	[ ]	[ ]
Defecto refractivo no corregido	[ ]	[ ]
Gafas no formuladas	[ ]	[ ]

Diagnóstico

H524 PRESBICIA

Recomendaciones

Corrección Óptica Permanente [ ] Corrección Óptica Ocasional [ ] Control 6 meses [ ] Control 1 año [X]
Optometría Clínica [ ] Valoración por oftalmología [ ] Valoración por ortóptica [ ]

Valoración Normal [X] Anormal [ ]

CONCEPTO

Apto [ ] No apto [ ] **Observaciones:** CX PTE REQUIERE LENTES / CONTROL 1 AÑO / USO CERCA
DP 62/60.

PREVENIR 1-A S.A
Nit. 819001920 - 7
Dirección: Carrera 20 No 12 - 32 SANTA MARTA
Tel: 4349531- 4200149 - 3126700249

OPTOMETRÍA

Ingreso [X]
Egreso [ ]
Periódico [ ]
Caso ocupacional [ ]

Fecha historia 23/02/2023 14:51:00

Apto No apto **Observaciones:** .....

.....

...

...



YENYS DEL CARMEN LOPEZ NARVAEZ
Especialidad: OPTOMETRIA
CC: 36506786 RM:

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, **JASMINA DEL ROSARIO MANJARRES EGUIS** identificado con **CC** No. **36718309**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de afiliación:** 01/02/2010 **Fecha de inicio de cobertura:** 19/02/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 19/02/2024 **Fecha fin de Contrato:** 19/09/2024 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 2 **Cargo :** INSTRUCTOR

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): 202401012660953.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 22 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

Hace constar:

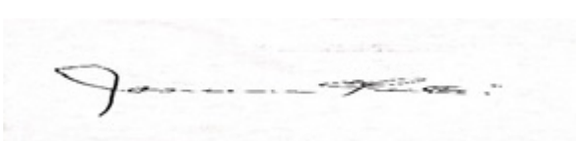
Que el Sr(a) JASMINA DEL ROSARIO MANJARRES EGUIS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 36718309 realizó el día 22/02/2024 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

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 JASMINA DEL ROSARIO MANJARRES EGUIS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 36718309 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) JASMINA DEL ROSARIO MANJARRES EGUIS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 36718309 el día 22/02/2024 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