SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)

REGIONAL BOYACÁ

CENTRO DE DESARROLLO AGROPECUARIO Y AGROINDUSTRIAL

Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1

Código Regional	**15**
Código Centro	**911010**
Fecha Elaboración	**Marzo de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**59603-447403**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	MARIA FERNANDA BARRETO CORREALES	**Banco a consignar:**	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	1.049.615.894	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	mfbarreto@sena.edu.com	**Número de Cuenta:**	055048840796670 1
IP/Nº de contacto:	3203987680	**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	NO
Inducción SST:	SI	**Pertenece al régimen simple de tributación:**	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta por el año gravable 2023**	NO

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2023 fueron iguales o superiores a $59.377.000	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2024 es igual o superior a $188.260.000 (debe registrarse como responsable del IVA)	NO
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?	NO
Concepto del pago corresponde a:	Ninguno
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	6034698/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**47124**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	6

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	Prestar servicios profesionales en el rol de instructor de emprendimiento aportando en la planeación, ejecución, evaluación y mejora continua de los procesos de formación y asesoría técnica para el emprendimiento rural y campesino; definidos por la Dirección de Empleo y Trabajo y la Coordinación Nacional SENA Emprende Rural.

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**04/03/2024 Al 31/03/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 22.327.725
Número de pago	**1**	**Valor Total del Contrato:**	$ 22.327.725
Valor Bruto Pago:	**$ 4.018.991,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 18.308.734

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.018.991	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.018.991**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.693.391**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

		Marzo	Febrero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**AFILIACION**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.446.836	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 180.900	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 231.500	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	II	$ 15.200	$ 0
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -	
Dependientes hasta		$ -	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 18.590.675	$ 898.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 0		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.693.391,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.018.991,00	
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 - 334 - DUITAMA	24.516,00	0,610%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$3.994.475,00**	

SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y CINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

04 DE MARZO - PARTICIPACION JORNADA DE ACTUALIZACION Y TRANSFERENCIA CEDEAGRO

05 Y 06 DE MARZO - SOLICITUD Y ORGANIZACION DOCUMENTOS MATRICULA FICHA 2943037 MUNICIPIO DE TINJACA

07 DE MARZO CAPACITACION , ENTREGA DE FORMATOS RUTA 1 Y RUTA 2 POR PARTE DEL DINAMIZADOR CEDEAGRO

08 DE MARZO - REUNION CONCERTACION DE HORARIO FICHA 2943037 MUNICIPIO DE TINJACA

09 DE MARZO - PARTICIPACION JORNADA DE ACTUALIZACION Y TRANSFERENCIA CEDEAGRO

SEMANA DEL 11 AL 15 DE MARZO -ACOMPAÑAMIENTO FICHA 2943037 MUNICIPIO DE TINJACA - COMPORTAMIENTO EMPRENDEDOR

SEMANA DEL 18 AL 22 DE MARZO - ACOMPAÑAMIENTO FICHA 2943037 MUNICIPIO DE TINJACA -ASOCIATIVIDA FORMACION Y GENERACION IDEAS DE NEGOCIO

SEMANA DEL 25 AL 29 DE MARZO - SEMANA SANTA

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

MARIA FERNANDA BARRETO CORREALES
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí 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,

Jenny A. Soler

JENNY ALEXANDRA SOLER GRANADOS
INSTRUCTOR G13

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
ENITH YADIRA RAMIREZ CAMARGO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

No. de Radicación | Fecha de Radicación (D D M M A A A A)

180037085

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación X B. Reporte de Novedades	A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia ✓ - Beneficiario o Afiliado adicional B. Colectiva C. Institucional D. De Oficio	A. Contributivo ✓ B. Subsidiado

4. Tipo de Afiliado	5. Tipo de Cotizante	Código
A. Cotizante ✓ B. Cabeza de Familia C. Beneficiario	A. Dependiente B. Independiente C. Pensionado ✓	(a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CN TI CE CD RC CC ✓ PA SC	1.047.615.874	Femenino Masculino ✓	30 01 1987

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
	Tipo F N M Condición T P		

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
Positiva	Porvenir	4.465.545.

18. Residencia		
Dirección		Teléfono Fijo
Diagonal 66 # 10 72		
Teléfono Celular	Correo Electrónico	
3203987680	mafebar2007@gmail.com	
Municipio / Distrito	Zona	Localidad / Comuna
Tunja	Urbana ✓ Rural	

Departamento: Boyacá

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

19. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
CN TI CE CD RC CC PA SC		Femenino Masculino	D D M M A A A A

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

24. Apellidos y nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Datos Complementarios

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

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

Selección de la IPS Primaria

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

- Original: EPS -1a Copia: EMPLEADOR -2 Copia: AFILIADO -

35. Nombre o razon social	36. Tipo documento de Identificación NIT TI CE CC PA CD	37. Número del documento de identificación	(a registrar por la EPS)

39. Ubicación Direccion	Telefono Fijo

Correo Electrónico	Municipio / Distrito	Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad CN TI CE CD RC CC PA SC	Número del documento de identidad	Sexo Femenino Masculino	Fecha de nacimiento	42. Fecha 04/03/2024

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

VIII. FIRMAS

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

IX. ANEXOS

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

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

70. Datos del funcionario que realiza la validación Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

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

E.P.S. Sanitas
RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN POR LA EPS
11 MAR 2024
Recibido por:

Observaciones:

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

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

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 FERNANDA BARRETO CORREALES, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.049.615.894**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 11 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.

porvenir

Santafe de Bogotá, D.C.,

Señor (a)
MARIA FERNANDA BARRETO CORREALES
KR 9 4 50 CENTRO
TOCA

REF: Radicado N 1
No. Identificaciòn 1049615894
T.N. N.A.

Respetado (a) señor (a)

En atención a su comunicación, me permito informarle que en nuestra base de datos de Pensiones Obligatorias, quedò actualizada su información de la siguiente

Tipo Identificación	CC
No. identificación	1049615894
Primer Nombre	MARIA
Segundo Nombre	FERNANDA
Primer Apellido	BARRETO
Segundo Apellido	CORREALES
Fecha Nacimiento	30/01/1989
Sexo	F
Dirección	KR 9 4 50 CENTRO
Télefono	57 8 7368353
Departamento	BOYACA
Ciudad	TOCA
Envio Correspondecia	RESIDENCIA
Apartado Aereo	0
Nit Empresa	800130632
Tipo Afiliado	INDEPENDIENTE_CONTRATISTA

En los anteriores términos esperamos haber atendido a satisfacción su requerimiento. Para próximas solicitudes puede radicar la comunicación en la Oficin

Cordial Saludo,

Gerencia de Clientes

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 FERNANDA BARRETO CORREALES** identificado con **CC** No. **1049615894**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de inicio de cobertura:** 04/03/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 04/03/2024 **Fecha fin de Contrato:** 03/08/2024 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 2

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): 202401013262354.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 12 días del mes de marzo de 2024.

Cordialmente,

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Positiva Compañía de Seguros S.A.
Nit: 860.011.153-6 · **Línea gratuita nacional:** 01-8000-111-170 **Teléfono:** (601) 330-7000
Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo Rincón · defensordelcliente@positiva.gov.co
Carrera 11A No 96 - 51 Oficina 206 Bogotá. Teléfono: (601) 610 8164

Hace constar:

Que el Sr(a) MARIA FERNANDA BARRETO CORREALES Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1049615894 realizó el día 12/03/2024 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 FERNANDA BARRETO CORREALES Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1049615894 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 FERNANDA BARRETO CORREALES Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1049615894 el día 13/03/2024 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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14911056701

(415)7707212489984(8020) 000001491105670 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 4 9 6 1 5 8 9 4	7	Impuestos y Aduanas de Tunja 2 0	

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 0 4 9 6 1 5 8 9 4	2 0 0 7 0 3 2 1

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Tunja 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
BARRETO	CORREALES	MARIA	FERNANDA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Tunja 0 0 1

41. Dirección principal: DG 66 N 10 72

42. Correo electrónico: mafebar2009@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 0 3 9 8 7 6 8 0	3 1 2 4 3 1 3 9 9 6

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 6 0	2 0 1 8 0 3 1 5	4 7 6 1	2 0 1 9 1 1 0 1				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 2023 - 04 - 27 / 11 : 40: 36

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

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre BARRETO CORREALES MARIA FERNANDA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA, D.C., **04/03/2024**
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora MARIA FERNANDA BARRETO CORREALES** con **Cédula de Ciudadanía** número **1049615894**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550488407966701**
Fecha de apertura	**08/08/2019**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1049615894 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

Esta certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

Se expide en Bogotá el 11/02/2024 01:00 PM

Código Verificación: **2LH18PF9AV**

Válida hasta: **11/05/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

MEDILAB OC
CONSULTA MÉDICA OCUPACIONAL Y LABORATORIO CLINICO
Carrera 1F Numero 40-149 Consultorio 406 Edificio Marca
Bussines Servicio al cliente 24h (Whatsapp 310-759-0233)
Síguenos Medilab OC medilab.o

CERTIFICADO OCUPACIONAL DE EXAMEN MEDICO DE INGRESO

CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

EMPRESA	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA			
NOMBRE	**MARIA FERNANDA BARRETO CORREALES**			
EDAD	34 Años			
DOCUMENTO	CC	Nº	1.049.615.894	
CARGO	INSTRUCTOR			
FECHA	28 Abril 2023	HORA	7:15 am	

1.Tipo de evaluación		
Ingreso: X	Periódico:	Egreso:
Otro:	Cual:	

2. Riesgos a los que va a estar o estuvo expuesto el trabajador					
Riesgo Físico	X	Riesgo Psicosocial	X	Riesgos Biológicos	
Riesgo Químico		Condiciones de Seguridad		Ergonómico	X
Riesgo Biomecánico	X	Fenómenos Naturales		Otros Riesgos	

3. Concepto de aptitud según el perfil requerido para el cargo	
Apto y Satisfactorio para Desempeñar las Funciones Propias del Cargo	**X**
Apto y Satisfactorio para Desempeñar las Funciones Propias del Cargo con Condición de Salud que no Limita su Capacidad Laboral	
Satisfactorio para Desempeñar las Funciones Propias del Cargo con Condición de Salud que Limita su Capacidad Laboral	
Satisfactorio para Desempeñar las Funciones Propias del Cargo con Condición de Salud que Puede Agravarse con la Ejecución de Actividades Propias del Cargo	

4.Examenes y pruebas complementarias					
	Satisfactorio/ no satisfactorio		Satisfactorio/ no satisfactorio		Satisfactorio/ no satisfactorio
Examen Medico	Satisfactorio	Serología		RA Test	
Espirometria		Gravindex		Cuadro Hemático	Satisfactorio
Audiometría	Satisfactorio	Perfil Lipídico	Satisfactorio	Parcial de Orina	Satisfactorio
Visiometría	NO Satisfactorio	Triglicéridos	Satisfactorio	Glicemia Pre	Satisfactorio
Pruebas Laberínticas		Osteomuscular - Cardiovascular	Satisfactorio	TGO/ALT	
Valoración por Psicología: Satisfactorio					

MEDILAB OC
Carrera 1F Numero 40-149 Consultorio 406 Edificio Marca Bussines Tunja –Boyacá Tel: 3107590233
medilaboc@gmail.com

CERTIFICADO OCUPACIONAL DE EXAMEN MEDICO DE INGRESO

CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

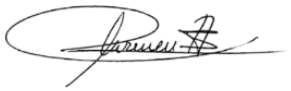
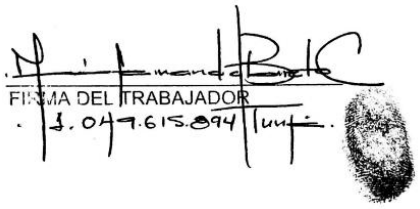
EMPRESA	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA			
NOMBRE	**MARIA FERNANDA BARRETO CORREALES**			
EDAD	34 Años			
DOCUMENTO	CC	Nº	1.049.615.894	
CARGO	INSTRUCTOR			
FECHA	28 Abril 2023	HORA	7:15 am	

5. Recomendaciones de orden ocupacional			
Uso de Elementos de Protección Personal		Continuar incapacitado	
Capacidad para el Cargo	X	Otro	

6. Recomendaciones de Orden General			
Manejo de Patología por EPS o ARL		Medicación Transitoria o Permanente	
Dejar Hábitos Perjudiciales, Licor, Cigarrillo		Uso de Elementos de Ortesis o Prótesis	
Practicar Deporte		Valoración por Medicina y Otros	
Hábitos Saludables en Alimentación	X	Otras Recomendaciones. ¿Cuáles?	
Uso de gafas/lentes para desarrollo de la capacidad laboral		Capacitar en Higiene Postural, Manejo Adecuado de Cargas y Pausas Activas para el Cargo	X

7. Ampliación de Recomendaciones
Se sugiere control por optometría por la EPS. Se sugiere uso de media-anti várice

Declaro que los datos que le he suministrado al médico que ha practicado el presente examen son verdaderos en todas sus partes y autorizo a dicho facultativo para que informe a la empresa todo lo relacionado con el estado actual de mi salud.

Firma del Profesional	**Firma del Trabajador**
 **CARMEN CRISTINA LOPEZ CARRASCO** C.C. 45.528.370 de Cartagena Resolución Licencia SSO. 1524 de14/Sep/2020	

MEDILAB OC

CONSULTA MÉDICA OCUPACIONAL Y LABORATORIO CLINICO
Carrera 1F Numero 40-149 Consultorio 406 Edificio Marca
Bussines Servicio al cliente 24h (Whatsapp 310-
Síguenos Medilab OC medilab.o

REPORTE DE RESULTADOS DE LABORATORIO CLÍNICO

Nombre: MARIA FERNANDA BARRETO CORREALES	**Orden: 252**
Historia/ ID: 1.049.615.894	**Fecha Ingreso: 28 Abril de 2023**
Empresa: PARTICULAR.	**Genero: Femenino**

Química sanguínea		
Examen	**Resultado**	**Valores de Referencia Según la NCEP – ATP III – 2019**
• **Triglicéridos**	86.0 mg/dL	Técnica Espectrofotometría *Nivel Ideal: Hasta 150 mg/dL *Riesgo Moderado: 150-199 mg/dL *Riesgo Alto: 200-499 mg/dL *Riesgo Muy alto: >500 mg/dL
• **Colesterol Total**	175.0 mg/dL	Técnica Espectrofotometría **ADULTOS** *Optimo: Hasta 200 mg/dL *Intermedio Alto: 200-239mg/dL *Alto: >240 mg/dL
• **Colesterol HDL**	49.9 mg/dL	Técnica Espectrofotometría *Pronóstico Favorable: Mayor: 55mg/dL *Riesgo Moderado:35 - 55mg/dL *Riesgo Alto: Menor 35 mg/dL
• **Colesterol LDL**	107.9 mg/dL	Técnica Espectrofotometría *Óptimo: Menor 100 mg/dL *Casi Óptimo: 100 – 129 mg/dL *Intermedio Alto: 130–159mg/dL *Alto: Entre 160 – 189 mg/dL *Muy Alto: Mayor a 190 mg/dL
• **Colesterol VLDL**	17.2 mg/dL	Técnica Espectrofotometría *Optimo: 2-30 mg/dL



ASTRID AGUILERA B.

Bacterióloga- Reg. 0542 CNB - 1.049.602.433

IPS LABORATORIO CLÍNICO S&L E.U
NIT: 900261982-1
Calle 23 Nº 5-14 Tunja Boyacá
TEL: 7433381 Cel. 3134607926-3125925507

NOMBRE	**MARIA FERNANDA BARRETO CORREALES**	**ENTIDAD**	**PARTICULAR**
DOCUMENTO	**1.049.615.894**	**EDAD**	**34 AÑOS**
REPORTE	**16476**	**FECHA**	**1/03/2023**

EXAMEN	**RESULTADO**	**UNIDADES**	**VALOR DE REFERENCIA**	
QUIMICA SANGUINEA				
TECNICA.: ESPECTROFOTOMETRIA				
GLICEMIA BASAL	76	mg/dl	70 - 110	mg/dl
PARCIAL DE ORINA				
COLOR	AMARILLA			
ASPECTO	LIG. TURBIO			
PH	6.0			
DENSIDAD	1030		1000 - 1030	
ALBUMINA	NEGATIVO			
NITRITOS	NEGATIVO	mg/dl	0 - 30	
PROTEINAS	NEGATIVO	mg/dl	0 - 50	
GLUCOSA	NEGATIVO	mg/dl		
C. CETONICOS	NEGATIVO	mg/dl	0 - 1	
UROBILINOGENO	NEGATIVO	mg/dl		
BILIRRUBINAS	NEGATIVO			
HEMOGLOBINA	NEGATIVO	Ery/ul	0 - 5	
SEDIMENTO URINARIO				
BACTERIAS	+			
LEUCOCITOS	1-2XC			
C. EPITELIALES	3-5XC			
MOCO	+			

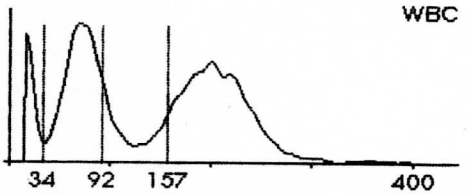


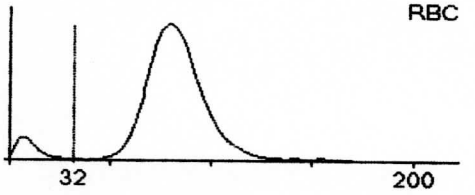
IPS LABORATORIO CLINICO S&L E.U
CALLE 23 No5 14
TUNJA

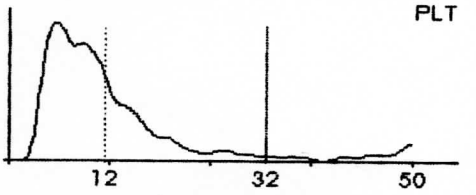
Identificación de muestra	16476	Nombre	MARIA FERNANDA BARRETO C.
ID paciente	1049615894	Fecha de Nacimiento	00/00/0000
Tipo	Femenino	Sexo	Femenino

Fecha de análisis	01/03/2023 10:02 AM	No. De serie:	641853
Fecha de reporte	01/03/2023 10:02 AM	Doctor	

WBC	4.31 -	10³/l	5.00		11.60
LYM	1.80	10³/l	1.30		4.00
MID	0.08 -	10³/l	0.30		1.00
GRA	2.43	10³/l	2.40		7.60
LYM%	41.7	%	19.1		48.5
MID%	1.9 -	%	4.5		12.1
GRA%	56.4	%	43.6		73.4
RBC	5.39	10¹²/l	3.79		5.80
HGB	15.0	g/dl	11.5		15.5
HCT	45.29	%	34.00		46.40
MCV	84	fl	80		95
MCH	27.8	pg	27.0		32.0
MCHC	33.1	g/dl	31.7		35.0
RDWc	13.6	%	11.1		14.0
PLT	252	10³/l	150		430
PCT	0.24	%	0.16		0.36
MPV	9.4	fl	8.3		12.1
PDWc	38.7	%	37.8		43.6
P-LCC	82	10³/l	55		139
P-LCR	32.64	%	25.30		53.80







Comentario:

Esperanza Moyano Guerrero
BACTERIOLOGA
R. P. 4183 BOY.
U. JAVERIANA

MEDILAB OC
CONSULTA MÉDICA OCUPACIONAL Y LABORATORIO CLINICO
Carrera 1F Numero 40-149 Consultorio 406 Edificio Marca
Bussines Servicio al cliente 24h (Whatsapp 310-759-0233)
Síguenos Medilab OC medilab.o

CERTIFICADO OCUPACIONAL DE INGRESO

CON ENFASIS PSICOSOCIAL

EMPRESA	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA			
NOMBRE	**MARIA FERNANDA BARRETO CORREALES**			
EDAD	34 Años			
DOCUMENTO	CC	Nº	1.049.615.894	
CARGO	INSTRUCTOR			
FECHA	28 Abril 2023	HORA	7:15 am	

1.Examenes y pruebas complementarias
Valoración por Psicología: Satisfactorio

2. Recomendaciones de orden ocupacional			
Evitar jornadas laborales superiores a 12 horas	X	Realizar interconsulta por psiquiatría	
Capacidad para el Cargo	X	Otro	

3. Ampliación de Recomendaciones
Paciente en atención por psicología en la que no se evidenciaron alteraciones del plano psicosocial, se evidencia examen satisfactorio para las siguientes condiciones: - Consistencia del rol - Exigencias de responsabilidades del cargo - Demandas de carga mental - Demandas emocionales
Firma del Profesional  T.P: 143456 **CESAR AUGUSTO AVILA BECERRA** CC10115406155

MEDILAB OC
Carrera 1F Numero 40-149 Consultorio 406 Edificio Marca Bussines Tunja –Boyacá Tel: 3107590233
medilaboc@gmail.com

CONSULTA MÉDICA OCUPACIONAL Y LABORATORIO CLINICO
Carrera 1F Numero 40-149 Consultorio 406 Edificio Marca Bussines

VALORACIÓN AUDIOMETRIA

28-Abr -2023

Nombre Paciente: MARIA FERNANDA BARRETO CORREALES
cc. 1.049.615.894 Edad: 34 años

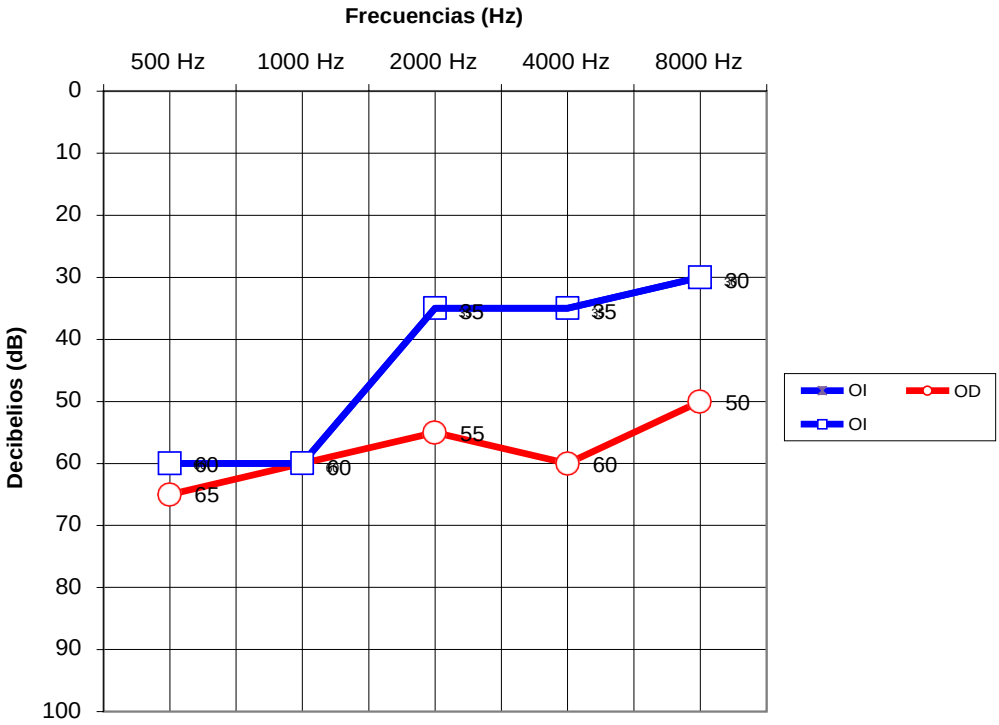
Pérdida auditiva (dB) Oido derecho:	**0**
% Pérdida auditiva monoaural Oido derecho:	**0**
% Pérdida auditiva monoaural Oido izquierdo:	**0**
Pérdida auditiva (dB) Media (binaural):	**0**
Grado de pérdida auditiva:	**Sin perdida**
% Pérdida auditiva binaural:	**0,00**
% Discapacidad (por pérdida auditiva):	**0**

Grado de pérdida según BIAT (Bureau International d´Audiophonologie)

El % discapacidad asociado a pérdida auditiva es orientativo.

El órgano competente de su baremación es el Centro Base de Valoración de Discapacidad

AUDIOGRAMA



Dr. LINA MARIA DIAZ PATIÑO
RUN 09-01449

CONSULTA MÉDICA OCUPACIONAL Y LABORATORIO CLINICO
Carrera 1F Numero 40-149 Consultorio 406 Edificio Marca Bussines

VALORACIÓN VISIOMETRICA

FECHA 28 Abr-2023

Nombre Paciente:
MARIA FERNANDA BARRETO
ID 1.049.615.894 edad: 34 años

En su examen Visiométrico se encontró que:

No presenta , por el momento, ningún defecto visual	
La corrección que utiliza es adecuada	
Tiene un defecto visual que debe corregir	**X**
La corrección que utiliza es inadecua da, por lo tanto debe a actualizarla.	
Se sugiere realizar optometría	**X**
Debe realizar consulta por Oftalmología	

Recomendaciones

Paciente presenta perdida visual que requiere corrección

Dra. GINA LILIANA RODRIGUEZ SAENZ
RUN 40049142

Jenny A. Soler