SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL GUAINÍA
CENTRO AMBIENTAL Y ECOTURISTICO DEL NORORIENTE AMAZONICO -GUAIN

Código Regional	**94**
Código Centro	**954710**
Fecha Elaboración	**18 de abril de 2020**
Versión	**MARZO 2020 - 3,20**
ID de Proceso	**21086-001151**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	CATALINA RESTREPO LEON	**C.C.**	42.131.906	**IP/Nº de contacto**	85251
Correo electrónico contratista:	catarestrepol@hotmail.com				

Régimen del IVA: NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** NO **Es Pensionado?** NO

Sus ingresos en el 2019 Superaron $47.978.000 NO **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** NO

Banco al cual consignar: BANCO COOPERATIVO COOPC **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 39000002686

Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato? NO **Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2020 supera los $ 117.503.000** NO

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato: 1445911/2020 **Nº Compromiso SIIF** **4520**

Valor Total del Contrato	$ 18.950.750	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 18.950.750	**1**	**Del**	**20/03/2020**	**Al**	**31/03/2020**	**$ 1.263.383,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 17.687.367		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 1.263.383		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	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	**$ 1.263.383**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 759.812**		**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	----------	**26217020**	Valor Base retención en la fuente	759.812,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 877.803	$ 0	Valor Base retención en la fuente ICA	1.013.083,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 109.800	$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 140.500	$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL I	$ 4.600	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8299	0,00	0,000%
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -		-	0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.128.000	$ -		-	0,00	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.560.700	$ -		-	0,00	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta $ 1.139.424	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 569.712	$ -				
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 253.271		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 1.263.383,00**	

SON: UN MILLÓN DOSCIENTOS SESENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y TRES PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Actividades desarrolladas del 20 al 30 de Marzo de 2020.
Se realiza el alistamiento de las fichas asignadas del programa Gestión de Talento Humano: Un Encuetro con la Ética en el Contexto Laboral e Individual. Fichas:2094889 - 2094894 - 2094895 - 2094897 -2094906. Cada ficha con 80 aprendices.
Se inicia el desarrollo de las actividades de las fichas el 25 de marzo de 2020 con la publicación de anuncios, Foro de Bienvenida
Se inicia la actividad 1 correspondiente al tema "Clima Organizacional, principios, valores universales" Los aprendices deberían participar de un foro de discusión "Clima Organizacional y Dirección de Personas" realizar una actividad interactiva y prueba de evaluación al igual que desarrollar una actividad Análisis de una empresa donde aplicará los temas vistos.
Se realizó un chat en línea para despejar dudas e inquietudes con respecto a la actividad 1. Se realizó una vídeo conferencia por Zoom para ampliar el tema de Clima Organizacional y se hizo una breve introducción a la actividad 2 "Comunicación Organizacional"
La ficha 2094889 tuvo video conferencia el 28 de Marzo de 2020 a las 8 de la mañana, la ficha 2094894 tuvo video conferencia el 28 de marzo de 2020 a las 11 am, la ficha 2094895 tuvo conferencia el 28 de marzo de 2020 a las 2 pm, la ficha 2094897 tuvo video conferenci a el 29 de marzo de 2020 a las 8 am y la ficha 2094906 tuvo video conferencia a las 11 am.
A través del Whats´app se realizó acompañamiento a los aprendices, a si mismo a través del correo electrónico.
Se creó una carpeta en cada ficha para guardar allí la video conferencia y así los aprendices pueden consultarla para apoyo de las actividades.

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.

CATALINA RESTREPO LEON
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,

JEYSSER AURELIO PALACIOS PALACIOS
INSTRUCTOR G11

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

ANDREA LORENA REALPE GAVIRIA
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Coomeva EPS

RADICADO 26247020

Fecha de Radicación: 18/03/2020

Página 1 de 2

I. DATOS DEL TRÁMITE (Uso exclusivo de la EPS)

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]
2. Tipo de Afiliado: A. Cotizante [ ] B. Cotizante Pensionado [ ] C. Cotizante Independiente [ ] D. De oficio [ ]
3. Régimen: C. Contributivo [X] D. Subsidiado [ ]
4. Tipo de Afiliado: A. Cotizante [X] B. Cónyuge o Compañero(a) permanente [ ] C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de Cotizante: A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]
Código (a registrar por la EPS): 03

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
Primer apellido: RESTREPO	Segundo apellido: LEON	Primer nombre: CATALINA	Segundo nombre:

7. Tipo documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	42131906	Femenino [X] Masculino [ ]	13/02/1979

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad (Tipo: F I N M / Condición: T P)	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
06			06

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de Cotización - IBC
POSITIVA S.A.	002 / PROTECCION	877.803

18. Residencia: Dirección	Teléfono fijo	Teléfono Celular	Correo electrónico
JARDINES DE MILAN MZ 1 CA	3421679	3014102790	catarestrepol@hotmail.com

Municipio/Distrito	Zona: Urbana / Rural	Localidad/Comuna	Departamento
66170 / DOS QUEBRADAS	Urbana [X] Rural [ ]		66 / RISARALDA

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			

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]	23. Fecha de Nacimiento

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	24. Apellidos y nombres: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
01				
02				
03				
04				
05				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento
01					
02					
03					
04					
05					

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad: Tipo F	N	M	Condición T	P
01							
02							
03							
04							
05							

	32. Datos de residencia: Municipio/Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Telefonofijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
01						
02						
03						
04						
05						

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de los Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	SINERGIA U P R E C PEREIRA P P R — San Diego Ips Odontologicas - P P R	66004475 11200631
B		
A		
R		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
CATALINA RESTREPO LEON	CC	42131906	02

39. Ubicación: Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
		catarestrepol@hotmail.com	DOS QUEBRADAS	RISARALDA

EPS-FT-148

Mayo 2014

Escaneado con CamScanner

Coomeva | EPS

8. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS
  Código [ ]
- [ ] 6. Reinscripción en la EPS
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [X] 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

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
		Femenino [ ] Masculino [ ]		1 6 0 3 2 0 2 0

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	Código [ ]	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
- [X] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
- [X] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios
- [ ] 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución Prestadora de los Servicios de Salud
- [X] 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
- [X] 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
- [X] 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
- [X] 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, institucional o de oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad:

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	Total
Cantidad:	0	0	0	1	0	0	0	0	1

- [ ] 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 documento de identidad	Número documento de identidad	71. Firma del funcionario	

Observaciones: _____

Marque con una (X) en la casilla de respuesta correspondiente a las siguientes preguntas:	SI	NO
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	[ ]	[ ]
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	[ ]	[ ]
¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y deberes del afiliado y del paciente?	[ ]	[ ]
¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	[ ]	[ ]
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	[ ]	[ ]

Mod. May 2014

EPS-FT-144

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

Escaneado con CamScanner

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14684184480

(415)7707212489984(8020) 000001468418448 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
4213190 6	2	Impuestos y Aduanas de Pereira 1 6	

IDENTIFICACION

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

Lugar de expedición / 28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Risaralda 6 6	Pereira 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
RESTREPO	LEON	CATALINA	

35. Razón social:

36. Nombre comercial:	37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Risaralda 6 6	Dosquebradas 1 7 0

41. Dirección principal: CON JARDINES DE MILAN MZ 1 CA DIECISIETE

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
catarestrepol@hotmail.com		3421679	3014102790

CLASIFICACION

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
8542	2019 06 10						

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

Obligados aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	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: 2020 02 18

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 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre: RESTREPO LEON CATALINA
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

MUISCA Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14684184480

(415)7707212489984(8020) **000001468418448 0**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
4 2 1 3 1 9 0 6	-	Impuestos y Aduanas de Pereira 1 6	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento:	161. Actividad económica:
Establecimiento de comerci 0 2	Actividades teatrales 9 0 0 6

162. Nombre del establecimiento: BALLET NATARAJ

163. Departamento:	164. Ciudad/Municipio:
Risaralda 6 6	Pereira 0 0 1

165. Dirección: CR 4 27 57 BRR PRIMERO DE MAYO

166. Número de matrícula mercantil:	167. Fecha de la matrícula mercantil;
2 7 1 6 9 4 6 5 0 2	2 0 1 1 0 1 2 7
168. Teléfono:	**169. Fecha de cierre**
3 4 2 1 6 7 9	2 0 1 3 0 3 2 7

2

160. Tipo de establecimiento:	161. Actividad económica:

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento:	164. Ciudad/Municipio:

165. Dirección:

166. Número de matrícula mercantil:	167. Fecha de la matrícula mercantil;
	AAAA MM DD
168. Teléfono:	**169. Fecha de cierre**
	AAAA MM DD

3

160. Tipo de establecimiento:	161. Actividad económica:

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento:	164. Ciudad/Municipio:

165. Dirección:

166. Número de matrícula mercantil:	167. Fecha de la matrícula mercantil;
	AAAA MM DD
168. Teléfono:	**169. Fecha de cierre**
	AAAA MM DD

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Colombia, un compromiso que no podemos evadir.

JUAN MANUEL HINCAPIE MEDINA.

Médico Laboral - Especialista en Salud Ocupacional
C.C. 10.260.041 - Reg. Méd. 972 - LPSST 2610-18
Calle 19 No. 5-13 Ed. Clínica Risaralda Consultorio 709
E-mail: hincapiejm@hotmail.com - Cel. 311 315 4508 - Pereira



NOMBRE DEL PACIENTE	CATALINA RESTREPO LEON	**GENERO**	FEMENINO
DOCUMENTO	CC 42131906	**EDAD**	40 AÑO(S) 4 MES(ES) 5 DIAS
ENTIDAD	PARTICULAR	**E-MAIL**	---
DIRECCIÓN	JARDINES DE MILAN MZ 1 CASA 17 PISO 1	**MUNICIPIO**	DOSQUEBRADAS

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Información General **Fecha de Exámen: 2019-06-18 07:26:30**

Empresa Contratante
SENA

Ciudad
PEREIRA

Cargo A Desempeñar
INSTRUCTORA VIRTUAL

Tipo De Exámen
Pre-Empleo

Diagnósticos

Código	Nombre	Tipo
Z100	EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL	IMPRESIóN DIAGNóSTICA

Conceptos de Evaluación Médica Ocupacional

PRE-EMPLEO
Sin Restricciones

Laboratorios

Examenes	Estado
PERFIL LIPIDICO TOTAL	NORMAL
GLICEMIA BASAL	NORMAL
VISIOMETRIA	NORMAL
AUDIOMETRIA TAMIZAJE	NORMAL

Recomendaciones Paciente
3. Higiene postural

Requiere Control en Programa de Vigilancia Epidemiológica
Físico, Biomecánico

La presente certificación se expide con base en la Historia Clínica ocupacional del trabajador la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 2346 del 2007 y 1918 de 2009.

MEDICO

MEDICINA LABORAL
LPSST 2610-18

ASPIRANTE O TRABAJADOR

PROFESIONAL : JUAN MANUEL HINCAPIE MEDINA
ESPECIALIDAD : MEDICO LABORAL
REGISTRO MEDICO : 972 - LPSST 2610-18

NOMBRE : CATALINA RESTREPO LEON
DOCUMENTO : 42131906

Detekta
Laboratorio Clínico

Detekta Laboratorio Clinico Nit: 30299646 -0
Cra. 9 No. 22 - 34 Pereira - Colombia Cel: 310 4500808 Tel: 3356274 Fax: 3357800
lab.detekta@gmail.com

Fecha de Recepcion 18-jun.-2019 9:38 am
Fecha de Impresion 18-jun.-2019 2:29 pm

6180402

Nº de Orden **6180402**
Paciente **RESTREPO LEONJ CATALINA**
Documento Id CC 42131906
Entidad DR JUAN MANUEL HINCAPIE

Edad: 40 Años
Telefono: 301-4102790

Prueba	Resultado	Unidades	Valores de Referencia	
QUIMICA				
GLICEMIA BASAL	87.0	mg/dL	65	110
Nota: Si el paciente ha tenido un ayuno mínimo de 8 horas y su resultado es mayor a 126 mg/dl, se recomienda realizar glicemia pre y post (2 Horas post carga o post desayuno)				
VALOR DE REFERENCIA EMBARAZADAS: Hasta 126 mg/dl				
Nota: Con valores superiores a 126 mg/dl, se recomienda realizar una prueba de Tamizaje (1 hora post 50 grs de glucosa)				
PERFIL LIPIDICO				
COLESTEROL	176.0	mg/dL	0	200
TRIGLICERIDOS	93.0	mg/dL	0	200
HDL COLESTEROL	52.7	mg/dL		
VALORES DE REFERENCIA:				
Hombres:				
Sin Riesgo : 35 - 55 mg/dl				
Riesgo Moderado : < 35 mg/dl				
Mujeres:				
Sin Riesgo : 45 - 65 mg/dl				
Riesgo Moderado: < 45 mg/dl				
LDL COLESTEROL	104.7	mg/dL	0.0	130.0
VLDL COLESTEROL	18.6	mg/dL		
INDICE ANTERIAL	3.34		0.00	5.00

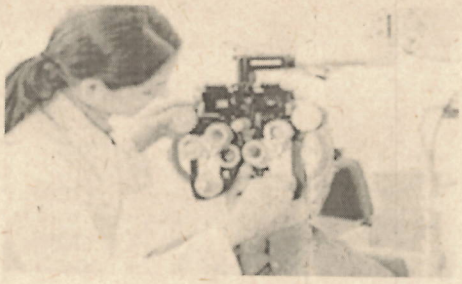
Firma Responsable

SANDRA PATRICIA DUQUE MUÑOZ
BACTERIOLOGA
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
T.P. 00832

Final Pag. 1 de 1

ÓPTICA
ESTRELLA LLANO

Calle 20 No. 6-17 Centro Comercial Estación Central
Local 122 Tel: 3358244



VISIOMETRIA

Fecha	Dia	18	MES	6	Año	2019					
Nombre:	CATALINA RESTREPO LEON						C.C.	42.131.906		Edad	40
Escolaridad	A	P	S	T	U	P	Empresa	SENA		Cargo	INSTRU VIRTUAL

ANTECEDENTES OCULARES

	CX	Trauma	D. Refracción
SI			
NO	X	X	X

CX	
Trauma	
Usa gafas / Lc	NINGUNO

AGUDEZA VISUAL

SIN CORRECCION	VL	VP
Ojo Derecho	20/20	0,50 m
Ojo Izquierdo	20/20	0,50 m

CON CORRECC	VL	VP
Ojo Derecho		
Ojo Izquierdo		

SEG. EXTERNO	NORMAL	ALTERADO
Ojo Derecho	X	
Ojo Izquierdo	X	

SEG. POSTERIOR	NORMAL	ALTERADO
Ojo Derecho	X	
Ojo izquierdo	X	

TEST DEL COLOR	NORMAL	ALTERADO
Ojo Derecho	X	
Ojo Izquierdo	X	

ESTADO MOTOR	
VL	ORTHO
VP	ORTHO

ESTEREOPSIS	
Normal	X
Alterada	

IMPRESÓN DIAGNÓSTICA	OD	OI
Emetropia	X	X
Hipermetropia		
Miopia		
Astigmatismo		
Presbicie		
otro		

DISPOSICIÓN	
Remisión optometria	
Remisión Oftalmologica	
Remisión EPS	
Uso de Epp ocular	
Otra	

CONTROL OPTOMETRIA					
1 Año	X	6 mes		3 mes	

MANEJO	
No requiere de RX	X
RX actual funcional	
RX actual no funcional	
USO RX OFTALMICA	
Visión Lejana	
Visión Próxima	

OBSERVACIONES	

Luz Estrella Llano Q.
OPTOMETRA
Universidad Andina
Reg. 001063-10

Optómetra

Catalina Restrepo León

Paciente

Clínica y Boutique de la Audición

Clínica Risaralda Calle 19 Nº 5-13 Consultorio 814
Telfax: 3335886 Pereira, Colombia E-mail: clinicayboutique@gmail.com



PEREIRA - 2019-06-18

INFORMACION PERSONAL

Nombre del paciente
CATALINA RESTREPO LEON

Tipo documento	Numero documento	Celular
CEDULA DE CIUDADANIA	42131906	3014102790
Genero	**Edad**	**Entidad**
FEMENINO	40 Años 4 Meses 5 Dias	JUAN MANUEL HINCAPIé MEDINA

EQUIPO

MA 41

CALIBRACION
2019-03-19

ESCALA
AMERICANA

ANTECEDENTES PERSONALES

SARAMPION: NO	PAPERAS: NO	SIFILIS: NO
T.B.C.: NO	POLIO: NO	TRAUMA DE CRANEO: NO
HIPERTENSION ART: SI	DIABETES : NO	DROGAS OTOTOXICAS : NO
MAREO: NO	AMIGDALITIS : NO	OTITIS : SI
OTALGIA: SI	ALERGIAS : NO	OTORREA: NO
ACUFENOS: NO	VERTIGO: SI	HIPOACUSIA : NO
SORDERA FAMILIAR: NO	CIRUGIA DE OIDOS : NO	

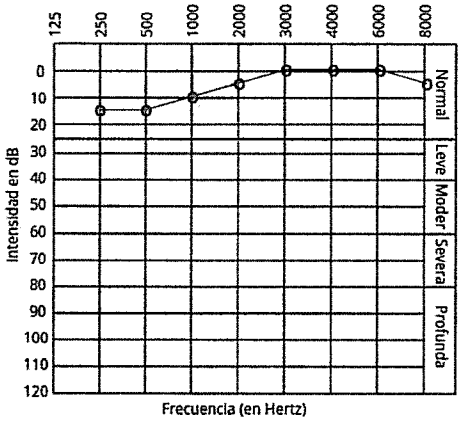
HISTORIA OCUPACIONAL (RUIDO)

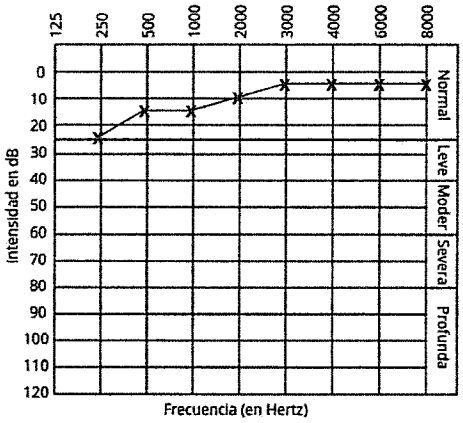
EMPRESA	OCUPACION	TIEMPO LABORAL	PROTECCION
DIOCESIS DE PEREIRA	SECRETARIA	5 AÑOS	NO

AUDIOMETRIA

OTOSCOPIA OIDO DERECHO
NORMAL

OTOSCOPIA OIDO IZQUIERDO
NORMAL





P.T.A. PROMEDIO TONO AUDIBLE	
OIDO DERECHO	7.5
OIDO IZQUIERDO	11.3
BINATURAL	9.0

PRESBIACUSIA		
ELI	A	A
LARSEN	—	—
SAL	—	
CAOCH-GATISO	—	

OBSERVACIONES / DIAGNOSTICO
SENSIBILIDAD AUDITIVA PERIFÉRICA NORMAL BILATERAL.

RECOMENDACIONES
- CONTROL ANUAL.

FIRMAS

CATALINA RESTREPO LEON
CC 42131906

JOHN ENAIN PINO MATURANA
766275-10

POSITIVA
Compañía de Seguros S.A.
N.I.T 860.011.153-6

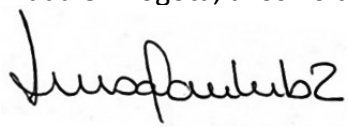
CERTIFICA

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que CATALINA RESTREPO LEÓN, con Cédula Ciudadanía No. 42131906 contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con Nit No. 899999034, tiene un registro como Independiente desde el 21/03/2020 y fecha fin de contrato 13/08/2020 con riesgo 1 y a la fecha se encuentra AFILIADO.

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 deberá realizar una nueva afiliación, para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202001013230708.

Dada en Bogotá, a los 20 días del mes de marzo de 2020



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

CoopCentral

Unidos para Progresar

A QUIEN PUEDA INTERESAR

El Banco Cooperativo COOPCENTRAL certifica que mediante la vinculación a ACH Colombia está autorizado para recibir transferencias de fondos interbancarios y depositar dicho dinero de manera automática en las cuentas de ahorros de los Asociados/Cuentahabientes.

Para realizar estas transferencias se tiene implementado internamente el "Código de Transferencia", el cual es único para las cuentas de ahorro en cada entidad que haya suscrito el convenio y nos permite garantizar el abono automático en la cuenta de ahorros del asociado en **COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO DE TRABAJADORES DEL SENA - COTRASENA.**

Por lo tanto, solicitamos la siguiente inscripción:

NOMBRE	CÉDULA	CÓDIGO TRANSFERENCIA
CATALINA RESTREPO LEON	42.131.906	0039000002686

De acuerdo con lo anterior, al momento de inscribir la cuenta en el portal del banco originador, se deberá tomar el código de Transferencia informado y seleccionar como banco destino al Banco Cooperativo Coopcentral, código bancario 066.

Para constancia se firma en la ciudad de Pereira a los seis (06) días del mes de marzo de 2020.

Cordialmente,

Banco Cooperativo CoopCentral
AUXILIAR DE OPERACIONES - PEREIRA - 2P

ASDRUBAL ARMANDO ARDILA V.
Auxiliar de Operaciones
Cr. 6 No. 23 – 13
Teléfono 3400062 ext. 2801

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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
MANIZALES	MANIZALES	42	42-44-101123838	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
20	03	2020	19	03	2020	00:00	13	12	2020	23:59	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	
	RESTREPO LEON, CATALINA		CC: 42.131.906
DIRECCIÓN: CON JARDINES DE MILÁN MZ 1 CA 17	CIUDAD: DOSQUEBRADAS, RISARALDA	TELÉFONO:	3014102790

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN	
	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA-REGIONAL GUAINIA		NIT: 899.999.034-1
DIRECCIÓN: CL 57 NRO. 8 - 69	CIUDAD: BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	TELÉFONO	5960100
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 OBJETO DE LA PRESENTE POLIZA ES GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DEL CONTRATISTA DERIVADAS DEL CONTRATO NO.CO1.PCCNTR.1445911 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES Prestar servicios profesionales de caracter temporal como instructor virtual en el programa Familia Gestion Organizacional y apoyo a lagestion del emprendimiento y/o la empleabilidad el marco de los lineamientos del SENA en el Centro Ambiental y Ecoturistico del Nororiente Amazonico.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	19/03/2020	13/12/2020	$1,895,075.00

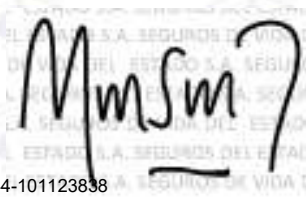
ACLARACIONES

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******15,000.00	$ *******7,000.00	$ *******4,180.00	$ **********26,180.00	$ ********1,895,075.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
AVALAR SEGUROS DE COLOMBIA LTDA	143632	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.

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CRA. 24 NO. 64-03 - TELEFONO: 8813280 - MANIZALES



42-44-101123838

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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
MANIZALES	MANIZALES	42	42-44-101123838	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
20	03	2020	19	03	2020	00:00	13	12	2020	23:59	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL	IDENTIFICACIÓN
RESTREPO LEON, CATALINA	CC: 42.131.906

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
CON JARDINES DE MILÁN MZ 1 CA 17	DOSQUEBRADAS, RISARALDA	3014102790

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

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

DIRECCIÓN	CIUDAD	TELÉFONO
CL 57 NRO. 8 - 69	BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL	5960100

ADICIONAL:

PAGUESTADO PORTAL DE PAGOS

PAGINA WEB

CORRESPONSALES BANCARIOS

Pagos con convenio *No aplica para transferencias

Banco de Bogotá — Seguros del Estado S.A Cuenta Corriente 008465445

Grupo Bancolombia — Seguros del Estado S.A Cuenta Convenio 47189

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******15,000.00	$ *******7,000.00	$ *******4,180.00	$ ***********26,180.00	$ ********1,895,075.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
AVALAR SEGUROS DE COLOMBIA LTDA	143632	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.

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CRA. 24 NO. 64-03 - TELEFONO: 8813280 - MANIZALES

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

(415)7709998021167(8020)11010105804797(3900)000000026180(96)20210319

REFERENCIA PAGO:

1101010580479-7

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE