SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL VALLE
CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA-VALLE - SERVICIOS PRESTADOS A LA FO

Código Regional	**76**
Código Centro	**912410**
Fecha Elaboración	**24 de marzo de 2020**
Versión	**MARZO 2020 - 3,20**
ID de Proceso	**17322-568213**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	PAULA ANDREA COLONIA TASCON	**C.C.**	66.726.720	**IP/Nº de contacto**	3128333732
Correo electrónico contratista:	pcolonia@sena.edu.co				

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

Sus ingresos en el 2019 Superaron $47.978.000 SI **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** SI

Banco al cual consignar: DAVIVIENDA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 376070257245

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: 1423714/2020 **Nº Compromiso SIIF** **30220**

Valor Total del Contrato	$ 22.200.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 22.200.000	**1**	**Del**	**04/03/2020**	**Al**	**31/03/2020**	**$ 3.330.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 18.870.000		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.330.000		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	**$ 3.330.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.212.725**		**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	----------	**8810806130**	Valor Base retención en la fuente	2.212.725,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.332.000	$ 0	Valor Base retención en la fuente ICA	2.950.300,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 166.500	$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 213.200	$ 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	$ 7.000	$ 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	$ -		Pro-UCEVA	16.650,00	0,500%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Universidad del Pacífico	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	$ 737.575		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 3.313.350,00**	

SON: TRES MILLONES TRESCIENTOS TRECE MIL TRESCIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Transferencias capacitaciones Territorium

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.

PAULA ANDREA COLONIA TASCON
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,

MIGDONIO DEDIEGO JARAMILLO
COORDINADOR ACADÉMICO

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

CESAR AUGUSTO VICTORIA CARDONA
SUBDIRECTOR DE CENTRO (E) G02

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2020-02-03, 01:22:11 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1026481697 **Referencia pago(PIN)** 8810806130

Periodo Cotización 202002 **Periodo Servicio** 202002

Cliente:

PAGADA 2020-02-03

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	PAULA ANDREA COLONIA TASCON				
Documento	CC 66726720	**Dirección**	CRA 44 23A 66 NUEVO PRINCIPE		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3128333732		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	TULUA	**Departamento**	VALLE DEL CAUCA		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 66726720		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	03	00					COLONIA TASCON PAULA ANDREA	76834000 - 76		VALLE DEL CAUCA

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																					**Extranjero**	**S. Integral**	**Salario**	**Pensión**							**Salud**						**Riesgos**					**Caja**				**Parafiscales**			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	0	0			$ 877.803	230301		16 %	$ 877.803	$ 140.500	$ 0	$ 0	EPS010		12,5 %	$ 877.803	$ 109.800	$ 0	NIN-AR		0,000 %	$ 0	$ 0	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SURA	NINGUNA ARP	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 140.500	$ 0	$ 0	$ 109.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 250.300

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

EPS

sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **PAULA ANDREA COLONIA TASCON** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **66726720** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 66726720
NOMBRES Y APELLIDOS	PAULA ANDREA COLONIA TASCON
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/11/2019
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	13
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	13

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **17/03/2020**

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

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 14659896310

(415)7707212489984(8020) 000001465989631 0

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

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

Lugar de expedición / 28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Tuluá 8 3 4

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
COLONIA	TASCON	PAULA	ANDREA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:	37. Sigla:

UBICACION

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

41. Dirección principal: CL 44 23 A 66 NUEVO PRINCIPE

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
pcoloniat@hotmail.com		2 3 2 5 9 0 8	3 1 6 5 2 7 8 6 3 1

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

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:	5	4	9																							

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

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: 2 0 1 9 0 9 1 8

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: GONZALEZ DRADA MARIA EUGENIA
985. Cargo: Gestor I

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO



CENTRO OCUPACIONAL INTEGRAL BUGA S.A.S

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



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 11.484

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
21 DÍA	02 MES	2020 AÑO	GUADALAJARA DE BUGA (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

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

SENA	SENA
Nombre de la empresa	Empresa en misión

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

COLONIA TASCON PAULA ANDREA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	43 AÑOS 6 MESES 29 DÍAS	CC	66726720
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
TUTORA VIRTUAL

Celular
3128333732

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)

Observaciones: *SIN RESTRICCION PARA EL CARGO*

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

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR	✓	GLICEMIA	✓
AUDIOMETRÍA TAMIZ	✓	PERFIL LIPÍDICO	✓
OPTOMETRÍA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

POR ALTERACIÓN VISUAL: USAR LENTES MEDICADOS ,CONTROL POR OPTOMETRIA CADA AÑO EN SU E P S, USAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN DE ACORDE A LOS FACTORES DE RIESGOS EXPUESTO, EDUCACIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y MEDIDAS DE ERGONOMIA, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico	Aspirante o Trabajador
Firma: Laura Anaya H. C.C. 22.[illegible] / R.M. 137420-04 Médico General / Esp. Salud Ocupacional - RSE 0420	Firma: Paula Andrea Colonia Tascón
Nombre: ANAYA HADECHINI LAURA DANIELA	Nombre: COLONIA TASCON PAULA ANDREA
R. M.: 137420-04 L.S.O.: 0420	CC: 66726720

Software para el sector salud - www.biofile.com.co

CENTRO OCUPACIONAL INTEGRAL BUGA S.A.S.

Dra. Laura Daniela Anaya Hadechini
Medico General- Esp. Salud Ocupacional.
RM: 137420-04 Resolucion:0420
Aprobado por Resolución No. 0842 – Secretaria Dptal. De Salud
NIT: 900448249-5

AUDIOMETRIA

Fecha: Febrero 21/2020

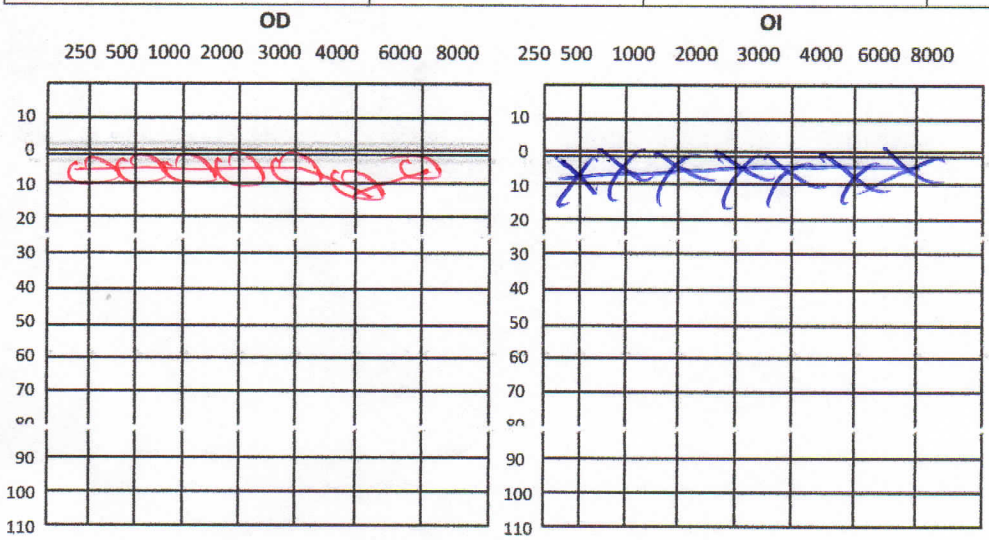
Nombre: Paula Andrea Colonia Cédula: 66726720 Edad: 43a

Empresa: SEMA Cargo: _____

Le han realizado audiometrías en el último año SI _____ NO _____

Resultado: Normal _____ Alterado _____ Explique _____

OTOSCOPIA	OD	OI	OBSERVACIONES
Tapón de Cerumen			
Conducto Auditivo Externo			
Membrana Timpánica			
Secreciones			
Otras			



OD	OI
O Aérea	X Aérea
< Osea	> Ósea
∧ Masking	⊓ Osea
⊏ Masking	⊐ Masking

O.D.	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
Vía Aérea	5	5	5	5	5	10	5	
Vía Ósea								

O.I.	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
Vía Aérea	5	5	5	5	5	5	5	
Vía Ósea								

DIAGNOSTICO

O.D. NORMAL _____ GI _____ GII _____ GIII _____

O.I. NORMAL _____ GI _____ GII _____ GIII _____

HORAS REPOSO AUDITIVO _____

EQUIPO _____

FECHA CALIBRACIÓN _____

OTROS DIAGNOSTICOS:

OD _____

OI _____

OBSERVACIONES: Audición normal

CONDUCTA A SEGUIR

- VALORACION CONFIRMATORIA ☐
- CONTROL EN UN (1) AÑO ☐
- CONTROL EN SEIS (6) MESES ☐
- CONTINUAR USO EPP ☐
- DOTAR EPP ☐
- REMISION MEDICO EPS ☐

Dra. Laura Anaya H. Medico General Esp. Salud Ocupacional Reg. 137420 Ced. 1144...4

Firma del Trabajador

Claudia Marcela Cardona López FONOAUDIOLOGA Universidad Católica de Manizales R.N. 65895

Fonoaudióloga

CENTRO OCUPACIONAL INTEGRAL BUGA S.A.S.

Dra. Laura Daniela Anaya Hadechini
Medico General - Esp. Salud Ocupacional
RM. 137420-04 Resolucion 0420
Aprobado por Resolución No. 0842 – Secretaria Dptal. De Salud
NIT: 900448249-5

FORMATO DE OPTOMETRIA

Ciudad Buga Fecha: 21-02-2020. Empresa: Sena -

1. DATOS E IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

Apellidos y Nombres completos: Paula Andrea Colonia Tascón.

No. Identificación: 66.726.720 de Tulua Sexo: Masculino ☐ Femenino ☒

Fecha de Nacimiento: 24/07/76. Edad: 43 F. Ingreso: Antigüedad:

Nombre del cargo actual o a desempeñar: Tutora Virtual Sección:

2. ANTECEDENTES LABORALES

Factores de riesgo visual						Frecuencia de uso de protección visual			
Pantallas de visualización	☐	Alta exigencia visual	☐	Radiaciones (calor)	☐	Nunca	☐	Según Exposición	☐
Iluminación inadecuada	☐	Gases, vapores, humos	☐	Líquidos irritantes	☐	Ocasional	☐	Siempre	☐
Material particulado	☐	Proyección de Particulas	☐	Otros	☐				

3. ANTECEDENTES PERSONALES

Antecedentes Personales						Síntomas Visuales				Usuario de lentes de Corrección	
Trastorno	☐	Conjuntivitis	☐	Cirugía Ocular	☐	Cefalea	☐	Disminución AV	☐	Uso Permanente	☐
Cataratas	☐	Trauma Ocular	☐	Cirugía Refractiva	☐	Fotofobia	☐	Visión Borrosa	☐	Uso Ocasional	☒
Pterigio	☐	Diabetes Mellitus	☐	Otros	☐	Lagrimeo	☐	Enrojecimiento	☐	No usa	☐
Hipertensión Arterial	☐	Infección Ocular	☐			Ardor	☐	Prurito	☐		

4. EVALUACIÓN VISUAL

		VL	AV	ADD	AV	AV VL SC	AV PV SC
Rx en uso	O.D.						
	O.I.						

Estado Motor	Normal	CT	VL ⊖	VP X	PPC 6cm
Reflejos pupilares	Presentes				

O.D.  O.I. 

Oftalmoscopia: Normal AO.

Visión Cromática	Visión estereoscópica	Campo Visual	Observaciones
Normal	40" Arco	140°	

Rx Final				
	O.D. – 070 – 100 x 30	ADD.	Agudeza visual CC	20/20
	O.I. – 080 – 070 x 20	ADD.	Agudeza visual CC	20/20

5. DIAGNOSTICO

Emétrope	☐	Astigmatismo	☒	Alteración del Campo visual	☐	Blefaritis	☐	Hiperemia conjuntiva	☐	Ambliopia	☐
Miopía	☐	Presbicia	☐	Alteración visión de profundidad	☐	Ojo Seco	☐	Conjuntivitis	☐	Pterigio	☐
Hipermetropía	☐	Desbalance muscular	☐	Alteración visión color	☐	Glaucoma	☐	Alteración Párpados	☐	Catarata	☐

6. CONDUCTA Y RECOMENDACIONES

Apto visualmente sin lentes de corrección	☐	Lentes de corrección de uso ocasional	☐	Valoración Oftalmológica	☐
Apto con lentes de Corrección en uso	☒	Lentes de corrección de uso permanente	☐	Valoración Ortoptica	☐
Se da x de lentes de corrección por 1ª. Vez	☐	Cambio de Rx de lentes de corrección	☐		

Dra. Laura Daniela Anaya Hadechini Medico General Esp Salud Ocupacional RM 137420-04

Firma Especialista y Registro

66.726.720

Firma y Cédula del Trabajador

Carrera 16 No. 5 - 53 Buga (Valle) /tel. 2382252 – 3007265803
E-mail: laura-anaya@hotmail.com – centroocupacionalintegralbuga@gmail.com

SERVI LABS
Oportunos para tu salud

Laboratorio Clínico Servi Labs
Buga - Valle del Cauca

00222009

Paciente:	**COLONIA PAULA ANDREA**	Edad: 43 Años Sexo: Femenino	**Orden No.: 20200222009**
Historia:	66726720	CLIENTE	CENTRO OCUPACIONAL INTEGRAL S.A.S.
Fecha y Hora de ingr	2020-02-22 10:33	Direccion:	
Fecha de impresión:		Telefono:	

Examen	Resultado	Unidades	Valores de referencia	
	QUÍMICA VITROS 5600			
GLUCOSA EN SUERO	85	mg/dl	70 - 110	22/02/2020 10:59
COLESTEROL TOTAL	151	mg/dl	0 - 200	22/02/2020 10:59
VALOR OPTIMO : HASTA 200 RIESGO MODERADO: 200-239 RIESGO ALTO : >240 Técnica:Enzimática Colorimétrica				
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD (HDL)	53.0	mg/dl	45 - 65	22/02/2020 10:59
RIESGO ELEVADO : MENOR DE 45 mg/dl RIESSGO MODERADO:45-65 mg/dl RIESGO BAJO : MAYOR DE 65 mg/dl Técnica:Método colorimétrico enzimático Homogéneo				
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD (LDL)	84.8	mg/dl		22/02/2020 10:59
RIESGO MUY ALTO : MAYOR DE 190 mg/dl RIESSGO ALTO: 160-189 mg/dl OPTIMO: MENOR DE 100 mg/dl Técnica:CALCULADO				
COLESTEROL DE MUY BAJA DENSIDAD (VLDL)	13.2	mg/dl	0 - 34	22/02/2020 10:59
Técnica:CALCULADO				
TRIGLICÉRIDOS	66	mg/dl	0 - 150	22/02/2020 10:59
150-199 mg/dl DUDOSO 200-499 mg/dl ALTO > DE 500mg/dl MUY ALTO Técnica:Enzimática Colorimétrica				
INDICE ARTERIAL	2.85	%	0 - 4	22/02/2020 10:59
Técnica:CALCULADO				

maira A. marin
Maira Alessandra Marín Cubillos
RP 10292
CC 1053779708

Dra. Laura Arroyo H.
Médico General
Esp. Salud Ocupacional
Reg. 137420 [illegible]
C.C. 2230[illegible]

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) PAULA ANDREA COLONIA TASCON Identificado(a) con cédula de ciudadanía 66726720 realizó el día 17/03/2020 la Capacitación Módulo 1 - Generalidades en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General - SENA

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

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

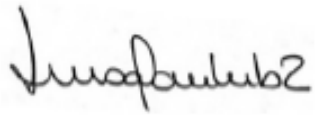
Verificada la base de datos de la compañía se encontró que la señora PAULA ANDREA COLONIA TASCON, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 66.726.720, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 27/02/2020 y fecha fin de contrato 30/12/2020 con riesgo 1.

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): 202001013180122.

Esta certificación se expide a los 16 días del mes de Marzo de 2020.

Cordialmente



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

TULUA, VALLE DEL CAUCA,
COLOMBIA,

21/02/2020

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora PAULA ANDREA COLONIA TASCON** con **Cédula de Ciudadanía** número **66726720**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	**0570376070257245**
Fecha de apertura	**01/02/2017**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL
DECRETO 1082 DE 2015

Ciudad de Expedición:	Sucursal:	Cod. Sucursal:	Nro. Póliza:	Anexo:
CALI	CALI	45	45-46-101007426	0

Fecha Expedición: Día:	Mes:	Año:	Vigencia Desde: Día:	Mes:	Año:	A las: Horas:	Vigencia Hasta: Día:	Mes:	Año:	A las: Horas:	Tipo Movimiento:
03	03	2020	04	03	2020	00:00	04	01	2021	00:00	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razón Social: COLONIA TASCON PAULA ANDREA		Identificación: 66726720
Dirección: CALLE 44 23A-66	Ciudad: TULUA - VALLE	Teléfono: 3128333732

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Nombre o Razón Social: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA		Identificación: 899999034-1
Dirección: VARIANTE BUGA TULUA	Ciudad: BUGA - VALLE	Teléfono: 2376300

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECION A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:
EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO CO1 PCCNTR.1423714 DE 2020 - PSP-VLL-CAB-0049-2020 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTACION TEMPORAL DE SERVICIOS PROFESIONALES DE INSTRUCTORES POR PERIODOS FIJOS PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL, ASISTENCIA TÉCNICA, ASESORIA A LAS EMPRESAS Y JORNADAS DE DIVULGACIÓN TECNOLÓGICA PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ACCIONES DE FORMACIÓN PROGRAMADAS POR EL CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA EN LOS PROGRAMAS DE OFERTA REGULAR FORMACIÓN TITULADA Y COMPLEMENTARIA, COMERCIO-VIRTUALES-FAMILIA CONTABILIDAD Y FINANZAS

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:	Suma Asegurada / Actual:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	04/03/2020	04/01/2021	$ 2,220,000.00

OBSERVACIONES:

Valor Prima Neta:	Gastos Expedición:	IVA:	Total a Pagar:	Valor Asegurado Total:	Fecha Límite de Pago:
$ 20,000.00	$ 7,000.00	$ 5,130.00	$ 32,130.00	$ 2,220,000.00	03/03/2020

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
Nombre:	Clave:	% DE PARTICIPACIÓN:	Nombre Compañía:	% Participación:	Valor Asegurado:
MUÑOZ DE ALVAREZ NUBIA	973710	100,00			

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

Para efecto de notificaciones la dirección de Seguros del Estado S.A. es CALLE 7N NO. 1N-15/1N-45 - Teléfono: 6672854 - CALI

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Finanzas

Usted puede consultar esta póliza en www.segurosdelestado.com

FIRMA TOMADOR

Oficina Principal: Cra. 11 No. 90-20 Bogotá D.C. Teléfono: 2182977

Verifique su póliza escaneando el código QR.
Aplica únicamente para la emisión original.