SENA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES

REGIONAL MAGDALENA

CENTRO ACUICOLA Y AGROINDUSTRIAL GAIRA MAGDALENA F.P.

Código Regional	47
Código Centro	911810
Fecha Elaboración	Marzo de 2020
Versión	FEBRERO 2020 - 2.20
ID de Proceso	09789-477876

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	CIRLE VIVIANA GRANADOS BRUGES				
Correo electrónico contratista:	cgranados@misena.edu.co	C.C.	36.556.045	IP/N° de contacto	3052923276
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	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 ?	SI
Banco al cual consignar:	DAVIVIENDA	Tipo de cta	AHORROS	N° Cuenta	116080122660
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

N° del contrato:	1399717/2020			N° Compromiso SIIF	17120
Valor Total del Contrato	$ 32.216.275	N ° Pago	Periodo objeto de pago		
Saldo Anterior del Contrato	$ 32.216.275	1	Del 27/02/2020	Al 29/02/2020	Valor Bruto Pago
Nuevo Saldo del Contrato	$ 31.837.260		Comisiones	$ 0,00	$ 379.015,00

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 379.015		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	$ 379.015		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	$ 77.229		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	$ 0

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

N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		Febrero	Enero
Ingreso Base de Cotización - IBC			17214300
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 877.803	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 109.800	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ 140.500	$ 0
ARL	IV	$ -	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -	$ 0
Aportes voluntarios a cuentas AFC		$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.128.000		$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda	$ 3.560.700	$ -	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Dependientes hasta	$ 1.139.424	$ 37.902	
Salud hasta	$ 569.712	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 8.545.680	$ 29.402	
Retención en la Fuente Contingente		$ -	

Valor Base retención en la fuente	77.229,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	128.715,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	901,00	0,700%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Pro-Hospital	7.580,00	2,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	$ 370.534,00	

SON: TRESCIENTOS SETENTA MIL QUINIENTOS TREINTA Y CUATRO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Alistamiento del material y solicitud de documentación a estudiantes de grado decimo de las Instituciones educativas para el proceso de la matricula, Reunión con Lider del programa, planificación de actividades 2020

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 confienen 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.

CIRLE VIVIANA GRANADOS BRUGES
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 periodo 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,

BADIR MANUEL FLOREZ GUERRERO
INSTRUCTOR

Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:
EL ORDENADOR DEL PAGO

BICHARA JOSE ZABLEH HASBUN
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

PAGOS
s.a.

Certificación de Pago

Se certifica que la empresa , identificada con CC-36556045 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social y parafiscales de la siguiente manera:

REFERENCIA POR TIPO DE PLANILLA		CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE ADMINISTRADORA	Nro. AFILIADOS	DÍAS MORA	COTIZACIÓN	INTERES	VALOR TOTAL
Período pensión:	2020-01	25-14	900336004	COLPENSIONES	1	0	250.000	0	250.000
Período salud:	2020-01	EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	0	195.400	0	195.400
Planilla Nro.:	17214300 Tipo I	SINARP	0	SINARP	0	0	0	0	0
Clase de aportante:	I	SINCCF	0	SIN CCF	1	0	0	0	0
Fecha transacción:	2020-01-31	PASENA	899999034	SENA	0	0	0	0	0
Banco:	BANCO DE BOGOTA	PAICBF	899999239	ICBF	0	0	0	0	0
Transacción:	556564183	PAESAP	899999054	ESAP	0	0	0	0	0
		PAMIED	899999001	MINEDU	0	0	0	0	0
						GRAN TOTAL			$ 445.400

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Santa marta, 13 de marzo de 2020

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Ciudad

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de empleado contribuyente y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el parágrafo cuarto del artículo segundo del Decreto 0099 de 2013, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

T.I.	**1004463404**	**CAMILO DAVID RUSSO GRANADOS**	**HIJO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.

Igualmente con mi firma declaro: que **NINGUNA PERSONA** ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

Cordialmente,

FIRMA

Nombre: CIRLE VIVIANA GRANADOS BRUGES

C.C. 36.556.045

ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 35561081

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 02 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 3902

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA MAGDALENA - SANTA MARTA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
RUSSO	GRANADOS

Nombre(s)

CAMILO DAVID

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2003 Mes 10 Día 30	MASCULINO	"O"	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA MAGDALENA - SANTA MARTA

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CONSTANCIA DE LA CLINICA JOSE MARIA CAMPO SERRANO	A 4738595

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

GRANADOS BRUGES CIRLE VIVIANA

Documento de identificacón (Clase y número)	Nacionalidad
36.556.045 de SANTA MARTA	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

RUSSO PARDO RICARDO ALFONSO

Documento de identificacón (Clase y numero)	Nacionalidad
12.557.827 de SANTA MARTA	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

RUSSO PARDO RICARDO ALFONSO

Documento de identificacón (Clase y número)	Firma
12.557.827 de SANTA MARTA	RICARDO RUSSO

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción

Año 2003 Mes 11 Día 13

T.T. MERCEDES [illegible] (E).

Nombre y firma del funcionario que autoriza

República de Colombia
Notaría Segunda del
Santa Marta
MERCEDES [illegible]

Nombre y firma

FESA S.A. NIT 890 321 151-3

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

DIAN
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14497084644

(415)7707212489984(8020) 000001449708464 4

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

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

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GRANADOS	BRUGES	CIRLE	VIVIANA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

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

41. Dirección principal

CL 8 15 A 44 AP 1 BRR OBRERO

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
camiz02@yahoo.es		4 2 0 0 8 7 9	3 0 5 2 9 2 3 2 7 6

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código:	2	0																								

20- Obtención NIT

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 1 1 7

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 GRANADOS BRUGES CIRLE VIVIANA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 21-01-2020 03:49:47PM

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

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

INGRESO

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

DATOS DEL PACIENTE



Fecha **03/02/2020 07:55:00** Cargo **INSTRUCTORA**

Empresa **PARTICULAR**

Nombre **CIRLE VIVIANA GRANADOS BRUGES**

Doc. Identidad **CC 36556045** Edad **54 Años** Género **Femenino**

Dirección Teléfono **3052923276**

Escolaridad **Profesional**

Eps **NUEVA EPS**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL, OPTOMETRIA, PSICOLOGIA, INMUNOLOGIA, GLICEMIA

CONCEPTO

Sin restricciones para el cargo

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

AL TRABAJADOR SE LE RECOMIENDA:
ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
HIGIENE POSTURAL
CONTROL DE PESO CON DIETISTA DE LA EPS
EJERCICIO FUNCIONAL

RESTRICCIONES LABORALES

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

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

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

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

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

Trabajador: CIRLE VIVIANA GRANADOS
CC: 36556045
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

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

OPTOMETRÍA

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

Fecha historia 03/02/2020 08:31:00

Doc. Identidad **CC 36556045** Nombre **CIRLE VIVIANA GRANADOS BRUGES** Fecha Nacimiento. **16/10/1965**
Entidad **PARTICULAR** Edad **54** Ocupación **INSTRUCTORA**
Fondo de pensión **COLPENSIONES** EPS ARL

Anamnesis

Último examen visual **HACE 2 AÑOS** | Usa anteojos: Si [X] No [ ] | V.L. [ ] | V.P. [X] | PC [ ] | Bifocal [ ] | Progresivo [ ] | Filtros [ ]

Frecuencia de uso: Permanente: [ ] Ocasional [ ] | Usa protección ocular gafas de seguridad o máscara? Si [ ] No [ ]

Cirugías Si [ ] No [X] Cuál?

Accidentes oculares Si [ ] No [X] Cuál?

Signos y síntomas: Asintomático [ ] | Disminución visual de cerca [X] | Disminución visual de lejos [ ] | Cefaleas [ ] | Resequedad ocular [ ]

Ardor ocular [ ] | Lagrimeo [ ] | Cansancio ocular [ ] | Irritación [ ] | Fotofobia [ ] | Prurito ocular [ ] | Salto de renglón [ ]

Antececentes personales y/o familiares **NINGUNO** | Trae corrección óptica [ ]

Agudeza Visual

	C.C.	V.L	V.P.	S.C.	V.L.	V.P.
O.D.			**0.50**		**20/50**	**2.M**
O.I.			**0.50**		**20/50**	**2.M**

Lensometría

	ESF	CIL	EJE	ADD
O.D.	**+3.50**			
O.I.	**+3.50**			

Examen Externo

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

Motilidad Ocular

CVT: VL **ORTO** VP **ORTO** HISHBERG **CENTRADO**
Ducciones **NORMAL** Versiones **NORMAL** PPC

Oftalmoscopia

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

Test Ocupacionales

Visión cromática	Visión de profundidad	Campo visual por vonfrontación
O.D: **NORMAL**	O.D: **20 SEG DE**	O.D:
O.I: **NORMAL**	O.I:	O.I:

Refracción

	Esfera	Cilindro	EJE	Adición
O.D:	+2.25	-	°	+2.25
O.I:	+2.25	-	°	+2.25

Refracción final **AV**

	Esfera	Cilindro	EJE	Adición	VL	VP
O.D:	+2.25	-	°	+2.25	20/20	0.50
O.I:	-2.25	-	°	+2.25	20/20	0.50

Interpretación

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

Diagnóstico

H524 PRESBICIA
H520 HIPERMETROPIA

Recomendaciones

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

Valoración Normal [X] Anormal [ ]

CONCEPTO

Apto [X] No apto [ ] **Observaciones:** CONTINAUR CON LA CORRECCION OPTICA.

ALDEMAR DAIR BUSTAMANTE MOZO
Especialidad: OPTOMETRIA
CC: 1083003888 RM: 1083003888

INFORMACIÓN GENERAL PRUEBA PSICOLOGICA GHQ-28

Sujeto: CIRLE VIVIANA GRANADOS BRUGES

Fecha de interpretación de prueba: 03/02/2020

Edad: 54

fecha de nacimiento: 16/10/1965

Sexo: F

Nivel académico: PROFESIONAL

Evaluador

Romario Yesid Quintero Olmos, psicólogo

Test aplicado

GHQ-28

Resultados

Luego de la aplicación del GHQ-28, el paciente obtuvo una puntuación directa de 0 puntos en sintomas somaticos , 0 puntos en ansiedad-insomnio,0 puntos en disfuncion social y 0 puntos en depresión.

Paciente que presenta adecuado bienestar psicológico percibido.

Sugerencias

Ninguna

Romario Yesid Quintero Olmos

PSICOLOGÍA
Universidad del Magdalena
C.C. 1082986171 - T.P. 184627

FIRMA EVALUADOR
T.P 184627

PREVENIR 1A S.A.

SERVICIOS INTEGRALES EN SALUD OCUPACIONAL, PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
LABORATORIO CLINICO Y TOXICOLOGICO
Nit. 819.001.920-7
Carrera 20 N° 12-46 Tel. 420 0149 - 434 9531 Cel 312 670 0249
Santa Marta

Impreso 03 feb 2020 11:03:17 am — RESULTADOS — Software Baxlab v20160526
Página 1 de 1

Sede	**PRINCIPAL**					
Paciente	**GRANADOS CIRLE VIVIANA**		Sexo F	Edad 54A 3M 18D	**Nro. De Recepción**	**33353**
Identif.	CC 36556045	Teléfono		Fecha De Recepción	03 feb 2020 07:51:31 am	
Entidad	PARTICULAR		SubEntidad	SIN SUBENTIDAD		
Sala	**CONSULTA EXTERNA**	Cama	Médico	BENAVIDES DE VEGA. JOSE		

	Resultados	Unidades	Valores Referencia
QUIMICA			
Glicemia en Ayunas	93	mg/dl	60 a 110
Colorimetria			

Fecha Reporte 03 feb 2020 10:39 am

INMUNOLOGIA

Prueba de Embarazo (Resultado) Negativo

Valores de referencia

Negativo: menor a 25 mlU/ml
positivo: mayor a 25 mlU/ml

Nota: La Prueba Rápida de Embarazo HCG en tira es una prueba cualitativa preliminar, por lo tanto, ni la cantidad ni la tasa de aumento de la HCG puede ser determinada
por esta prueba.

Fecha Reporte 03 feb 2020 11:00 am

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

PREVENIR I-A S.A

819001920

AUDIOMETRÍA

Control ☐ Ingreso [X] Retiro ☐

Nombre **CIRLE VIVIANA GRANADOS BRUGES** Doc. Identidad **36556045**

Teléfono Edad **54** Cargo **INSTRUCTORA**

Empresa **PARTICULAR** Fecha **11/02/2020** Reposo Auditivo

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

Exposición al ruido actual

◯ SI Tiempo

⊗ NO EPP

Exposición al ruido en trabajos anteriores Cargo Años EPP

◯ SI INSTRUCTORA

◯ NO

ANTECEDENTES OTOLÓGICOS

⊗ Ninguno ◯ Otitis ◯ Acúfeno ◯ Vértigo ◯ Trauma ◯ Perforación Timpánica ◯ Otalgia ◯ Otorrea ◯ Hipoacusia

◯ Prurito ◯ Cirugía ◯ Detonación - Explosión ◯ Ototóxicos ◯ Otros:

Observaciones

ANTECEDENTES SOCIOACÚSTICOS

⊗ Ninguno ◯ Polígono ◯ Servicio Militar ◯ Buceo ◯ Moto ◯ Instrumento Musical ◯ Discoteca y/o bares

◯ Otros: Obs.

ANTECEDENTES PERSONALES

⊗ Ninguno ◯ Afección Renal ◯ Parotiditis ◯ TBC ◯ Diabetes

◯ Hipotiroidismo ◯ Meningitis ◯ Paludismo ◯ Reumatismo ◯ HTA

◯ Otros:

ANTECEDENTES FAMILIARES

⊗ Ninguno Parentesco

◯ Congénito ◯ Adquirido

DIAGNÓSTICO CIE-10

Z011 - EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION

OTOSCOPIA

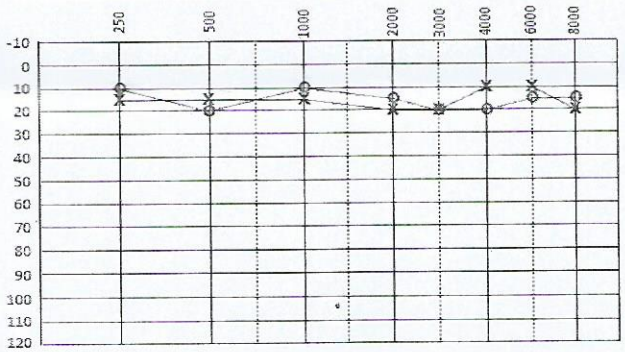
⊗ Normal ◯ Anormal

OD CAE NORMAL

MT NORMAL

OI CAE NORMAL

MT NORMAL



Diagnóstico Hipoacusia:

	125	250	500	750	1000	1500	2000	3000	4000	6000	8000
VA OI		15	15		15		20	20	10	10	20
OD		10	20		10		15	20	20	15	15
VO OI											
OD											

NBN **WN** **SN**

Observaciones

SENSIBILIDAD AUDTIVA PERIFERICA NORMAL BILATERAL

KAREN LORENA CANTILLO PERTUZ

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

Un compromiso de Todos

Hace constar:

Que el Sr(a) CIRLE VIVIANA GRANADOS BRUGES Identificado(a) con cédula de ciudadanía 36556045 realizó el día 13/03/2020 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 CIRLE VIVIANA GRANADOS BRUGES Identificado(a) con cédula de ciudadanía 36556045 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 - SENA

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 CIRLE VIVIANA GRANADOS BRUGES, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 36.556.045, 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 25/11/2020 con riesgo 4.

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): 202001013115855.

Esta certificación se expide a los 10 días del mes de Marzo de 2020.

DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

SANTA MARTA 2020/01/22
COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que la señora CIRLE VIVIANA GRANADOS BRUGES
con Cédula de Ciudadanía número 36556045
de SANTA MARTA-MAGDALENA
posee en el Banco Davivienda:

CUENTA AHORROS (FIJODIARIO)

Número	116080122660
Fecha Apertura	2000/03/01

DAVIVIENDA
1171 - OFICINA BUENAVISTA

Cordialmente,

Firma Autorizada
BANCO DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.
NIT.860.034.313-7
AH 170-1 REV. IV - 06

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:
SANTA MARTA	GENCIA SANTA MARTA	46	46-46-101002260	0

Fecha Expedición:			Vigencia Desde:			A las:	Vigencia Hasta:			A las:	Tipo Movimiento:
Día:	Mes:	Año:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	
25	02	2020	27	02	2020	00:00	25	03	2021	00:00	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razón Social:	GRANADOS BRUGES CIRLE VIVIANA		Identificación:	36556045
Dirección:	CL 8 NRO. 1 5A - 44	Ciudad: SANTA MARTA - MAGDALENA	Teléfono:	3052923276

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Nombre o Razón Social:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA		Identificación:	899999034-1
Dirección:	AV FERROCARRIL 27 97	Ciudad: SANTA MARTA - MAGDALENA	Teléfono:	4202164

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU0108, 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.1399717 DE 2020 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL, COMO INSTRUCTOR PARA IMPARTIR FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL EN EL PROGRAMA DE FORMACION ARTICULACION CON LA EDUCACION MEDIA DEL CENTRO ACUICOLA Y AGROINDUSTRIAL DE GAIRA SENA REGIONAL MAGDALENA, EN LA ESPECIALIDAD ACUICOLA.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:	Suma Asegurada / Actual:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	27/02/2020	25/03/2021	$ 3,221,627.50

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	$ 3,221,627.50	25/02/2020

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
Nombre:	Clave:	% DE PARTICIPACIÓN:	Nombre Compañía:	% Participación:	Valor Asegurado:
EGON SEGUROS LTDA	153961	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 20 NO. 11-75 L103 C.C. SANTA MARTA ACUARIUM - Teléfono: 4208

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

Usted puede consultar esta póliza en www.segurosdelestado.com

Oficina Principal: Cra. 11 No. 90-20 Bogotá D.C. Teléfono: 2186977

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

PUNICA 01
RAMIREZ Impresores S.A.S PBX: 3110255 Nit. 860.350.626-1

EGON
SEGUROS LTDA.

900.753.569-4

Sucursal: **Santa Marta**

Recibo de Caja
Nro. 0184FEB2020

Fecha Emision Febrero 25 de 2020
Fecha Recaudo Febrero 25 de 2020

CIRLE VIVIANA GRANADOS BRUGES

CLIENTE		**Sucursal:**	SANTA MARTA	**TELEFONO**	3052923276
CC/CE/NIT	36.556.045	**DIRECCION**	CL 8 NRO 15A 44		

DESCRIPCION DE PAGOS

Poliza	Certificado	Referencia	Aseguradora	Ramo	Valor prima	IVA	Valor total
46-46-101002260	0	CUMPLIMIENTO	SEG ESTADO	GEN	$ 27.000	$ 5.130	$ 32.130

FORMA PAGO **EFECTIVO**
VALOR TOTAL **$ 32.130**

Observaciones:

RECIBIDO COMPAÑÍA

PAGADO 25 FEB. 2020

RECIBIDO CLIENTE