SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL ATLÁNTICO
CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS-ATLANTICO -SERVICIOS PRESTADOS A

Código Regional	**8**
Código Centro	**930210**
Fecha Elaboración	**31 de enero de 2020**
Versión	**MARZO 2020 - 3,20**
ID de Proceso	**32530-289911**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	EUDREYS CECILIA MANOTAS NAVARRO	**C.C.**	32.852.249	**IP/Nº de contacto**	3126946198
Correo electrónico contratista:	emanotasn@sena.edu.co				

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 BBVA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 759371453

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: 1311051/2020 **Nº Compromiso SIIF** **16120**

Valor Total del Contrato	$ 13.526.475	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 13.526.475	**1**	**Del**	**28/01/2020**	**Al**	**31/01/2020**	**$ 360.706,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 13.165.769		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 360.706	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	**$ 360.706**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 107.021**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 0**

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

	Enero	Diciembre			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**4322795732**	Valor Base retención en la fuente	107.021,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 877.803	$ 0	Valor Base retención en la fuente ICA	110.406,00	
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 II	$ 9.200	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8299	1.104,00	1,000%
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	$ 35.674		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 359.602,00**	

SON: TRESCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS DOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL EN EL ÁREA DE SALUD APOYO TERAPÉUTICO Y REHABILITACIÓN ENFERMERÍA DE LOS DIVERSOS PROGRAMAS CION TITULADA Y /O CMPLEMENTARIA DEL CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS REGIONAL ATLANTICO.
CÓDIGO DE FICHA 1837101

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.

EUDREYS CECILIA MANOTAS NAVARRO
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,

PATRICIA ROSMARY SERRANO SANTIAGO
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

YIZY YELINE CORTES PADILLA
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	32852249
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			EUDREIS CECILIA MANOTAS NAVARRO
CIUDAD/MUNICIPIO:	SABANALARGA	DEPARTAMENTO:	ATLANTICO
DIRECCIÓN:	CLL 9 20 38	TELÉFONO:	8783824
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4322795732**			TIPO DE PLANILLA:				I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	diciembre	AÑO 2019	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	diciembre	AÑO	2019
DÍAS DE MORA:		21						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2020/02/04			NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9998814776		

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 132.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.000	$ 0	$ 132.500	$ 2.000	$ 134.500
SUBTOTALES:										**$ 132.500**	**$ 2.000**	**$ 134.500**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS016	EPS016-COOMEVA S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 103.600	$ 0	$ 1.600	$ 0	$ 103.600	$ 1.600	$ 0	$ 105.200
SUBTOTALES:													**$ 103.600**	**$ 1.600**	**$ 0**	**$ 105.200**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 8.700	$ 8.700	$ 200	$ 0	$ 8.900
SUBTOTALES:									**$ 8.700**	**$ 200**	**$ 0**	**$ 8.900**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																							SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES							
																																PENSIÓN															SALUD							ARP																				
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE
1	CC 32852249	MANOTAS NAVARRO EUDREYS CECILIA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 828.116			NO																		230301-PORVENIR	30	$ 828.116	$ 132.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 132.500	EPS016-COOMEVA S.A.	30	$ 828.116	$ 103.600	$ 0	$ 103.600	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 828.116	32852249	$ 8.700		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 248.600**

NIT - 805000427

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A COOMEVA EPS

(NO VÁLIDO PARA MOVILIDAD EN EL SGSSS,

USO DE SERVICIOS MÉDICOS NI PARA PAGO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS)

La afiliada EUDREYS CECILIA MANOTAS NAVARRO identificada con CC-32852249 está vinculada al Sistema General de Seguridad Social en Salud Régimen Contributivo por intermedio de COOMEVA EPS S.A en calidad de COTIZANTE SECUNDARIO CONYUGE O COMPAÑERO PERMANENTE y su estado actual es ACTIVO.

Reiteramos nuestra entera disposición para colaborar frente a cualquier inquietud que pueda presentarse, en la línea gratuita: 01 8000 930 779.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado el dia Enero 22 de 2020.

Cordialmente,

Director Nacional De Operaciones

32852249

¡Gracias por contar con Coomeva, Coomeva cuenta con usted!

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA

001

2. Concepto: 02 Actualización

4. Número de formulario: 14360763677

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 3285224 — 6. DV: 9

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

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: 13	3285224	1997 06 18

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	169	Atlántico: 08	Sabanalarga: 638

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MANOTAS	NAVARRO	EUDREYS	CECILIA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACION

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA: 169	Atlántico: 08	Sabanalarga: 638

41. Dirección principal: CL 9 20 38

42. Correo electrónico	43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
eudreys26@hotmail.com		3017389225	

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
8699	2010 04 16	8551	2013 01 29		8692	8541		

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:	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
	2	0																								

20- Obtencion 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: 2016 01 20

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.
Artículo 15 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante:

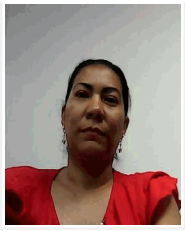
Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

964. Nombre: MANOTAS NAVARRO EUDREYS CECILIA

965. Cargo: CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL S.A.S.
EMPLEADOS SANOS, EMPRESAS MÁS PRODUCTIVAS
Dirección: Cra. 49 Nº 74-77 Barranquilla - Colombia
Correo: servicios@ssobq.com
Sitio web: www.ssobq.com
Tel. (5) 360 3103
Cel. (313) 546 4664



AUDIOMETRIA

DATOS PERSONALES — **Atención N°: 11115**

Fecha: 23/01/2020 **Ciudad:** BARRANQUILLA (ATLÁNTICO, COLOMBIA)
Tipo Exámen: EVALUACION OCUPACIONAL INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR **Eps:** COOMEVA
CC: 32852249 **Nombre:** MANOTAS NAVARRO EUDREYS CECILIA **Edad:** 40 AÑOS 9 M **Genero:** FEMENINO
Fecha Nacimiento: 26/03/1979 **Empresa:** PARTICULARES **Ocupacion:** INSTRUCTOR

ANTECENDENTES AUDITIVOS LABORALES

Empresa	Cargo	Tipo de Proteccion	Tolerancia	Años	Meses
SENA	INSTRUCTOR	NINGUNA	NO APLICA	6	0

ANTECEDENTES FAMILIARES

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
OTITIS	NO REFIERE	HIPOACUSIA SUBJETIVA	NO REFIERE
TRAUMA	NO REFIERE	ACÚFENOS	NO REFIERE
CIRUGÍA	NO REFIERE	OTROS	
INGESTA OTOTÓXICOS	NO REFIERE	OBSERVACIONES	SIN OBSERVACIONES

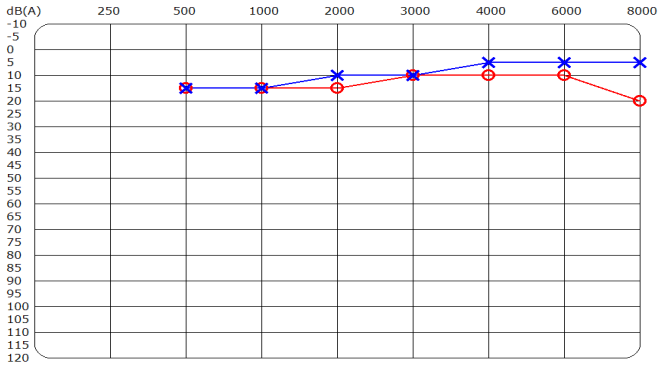
EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
TEJO	NO REFIERE	POLÍGONO	NO REFIERE
MOTO	NO REFIERE	AUDÍFONOS	NO REFIERE
DISCOTECA	NO REFIERE	OTRO	
SERVICIO MILITAR	NO REFIERE		

CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA

Descanso auditivo(Horas) : 12 Hora(s) **Realizó re test:** NO **Uso Cabina Sonoamortiguada:** SI
Marca y Referencia audiometró utilizado: BELTON 112 **F. Ultima Calibración:** 2019-02-13

O : Vía aérea del OD
X : Vía aérea del OI
< : Vía ósea del OD (sin enmascarar OI)
> : Vía ósea del OI (sin enmascarar OD)



OTOSCOPIA

Oído derecho: NORMAL
Oído izquierdo: NORMAL

dB(A)	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
VAOD		15	15	15	10	10	10	20
VAOI		15	15	10	10	5	5	5

Código	Nombre del Diagnóstico	Oido	Origen	Tipo
Z011	EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION	AMBOS	SIN DETERMI	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Observaciones del Diagnóstico

Nombre del Diagnóstico

Audicion Normal Bilateral

RECOMENDACION	OBSERVACION
CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO	

Observaciones

FONOAUDIÓLOGO

Firma:
Nombre: MENDEZ RODRIGUEZ LORENA ANDREA
R. M.: 4321 **L.S.O.:** 11523

TRABAJADOR

Firma:
Nombre: MANOTAS NAVARRO EUDREYS CECILIA
CC 32852249

SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL S.A.S.
EMPLEADOS SANOS, EMPRESAS MÁS PRODUCTIVAS
Dirección: Cra. 49 Nº 74-77 Barranquilla - Colombia **Correo:** servicios@ssobq.com **Sitio web:** www.ssobq.com **Tel.** (5) 360 3103 **Cel.** (313) 546 4664
ISO 9001 icontec SC 7231-1



EXAMEN DE OPTOMETRIA GENERAL

DATOS PERSONALES

Atención Nº: 14,809

Fecha: 23/01/2020 **Municipio:** BARRANQUILLA (ATLÁNTICO, COLOMBIA) **CC:** 32852249 **Nombre:** MANOTAS NAVARRO EUDREYS CECIL **Edad:** 40 AÑOS 9
Genero: FEMENINO **Profesión o Cargo:** INSTRUCTOR **Empresa:** PARTICULARES
Eps: COOMEVA **Tipo Evaluación Medica:** EVALUACION OCUPACIONAL INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR **F. Último Examen:** 2 AÑOS
Lugar del Último Examen: BARRANQUILLA **Motivo Consulta:** CONTROL OCUPACIONAL
Visiómetro: NO APLICA **Fecha de la Última Calibración:** 07/11/2019

ANTECENDENTES VISUALES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NIEGA
ANTECEDENTES PERSONALES	NIEGA
ANTECENDENTES OCUPACIONALES	NIEGA
EXPOSICIÓN LABORAL VISUAL	
LENTES DE CONTACTO	NO USA
MULTIFOCAL	NO
TIPO DE USO	NO APLICA
TRAE RX	NO
ÚLTIMO DIAGNÓSTICO	
USA ANTEOJOS	NO USA

PRUEBAS REALIZADAS

SINTOMATOLOGÍA

ASINTOMÁTICO

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN		AV/VL	AV/VP	PH	AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN	AV/VL	AV/VP
O.D:	NO APLICA	20/ 30	20/100	N/A	NO USA	N/A	N/A
O.I:	NO APLICA	20/20	20/100	N/A	NO APLICA	N/A	N/A
A.O:	NO APLICA	20/30	20/100	N/A	NO APLICA	N/A	N/A

EXAMEN EXTERNO

OJO DERECHO: **NORMAL**
OJO IZQUIERDO: **NORMAL**

REFLEJOS

OBSERVACIÓN: **PRESENTES Y NORMALES**

COVER TEST

VISIÓN LEJANA: **NORMAL**
VISIÓN PROXIMA: **NORMAL**

MOTILIDAD OCULAR

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

PUNTO PRÓXIMO DE CONVERGENCIA

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

OFTALMOSCOPÍA

OJO DERECHO: **FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL**
OJO IZQUIERDO: **FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL**

REFRACCIÓN

OJO IZQUIERDO	AV VL 20/ **20**
OJO DERECHO	AV VL 20/ **20**

RX FINAL

OJO DERECHO	AV VP 20/ **20**	ADD+100
OJO IZQUIERDO	AV VP 20/ **20**	ADD+100

VISIÓN COLOR

OJO IZQUIERDO: **NORMAL**

OJO DERECHO: **NORMAL**

ESTEREOPSIS

OBSERVACIÓN: **NORMAL**

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
H522	ASTIGMATISMO	DERECHO	COMÚN	2 - DIGNÓSTICO CONFIRMADO NUEVO
H524	PRESBICIA	AMBOS	COMÚN	2 - DIGNÓSTICO CONFIRMADO NUEVO

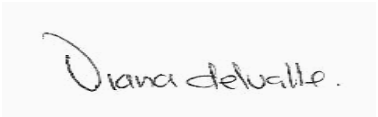
CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

CONTROL EN UN AÑO

USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

REQUIERE RX PARA LABORAR



Firma:

Nombre: DEL VALLE DIANA MARCELA

R. M.: 083996 **L.S.O.:**

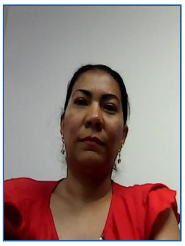


Firma:

Nombre: MANOTAS NAVARRO EUDREYS CECILIA

CC: 32852249

SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL S.A.S.
EMPLEADOS SANOS, EMPRESAS MÁS PRODUCTIVAS
Dirección: Cra. 49 Nº 74-77 Barranquilla - Colombia **Correo:** servicios@ssobq.com **Sitio web:** www.ssobq.com **Tel.** (5) 360 3103 **Cel.** (313) 546 4664
SC 7231-1



RESULTADO DEL LABORATORIO CLÍNICO

DATOS PERSONALES

Lugar del Examen: BARRANQUILLA (ATLÁNTICO, COLOMBIA) **Fecha:** 23/01/2020

Número de Identificación: 32852249 **Nombre:** MANOTAS NAVARRO EUDREYS CECILIA **Genero:** FEMENINO

Fecha de Nacimiento: 26/03/1979 **Edad:** 40 AÑOS 9 MESES 29 DÍAS **Estado Civil:** CASADO(A)

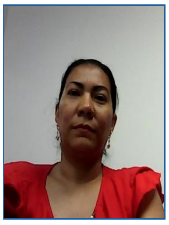
RESULTADO DE PERFIL LIPIDICO

NOMBRE DE ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
Colesterol total	271	mg/dl	Bajo: menor de 200. Moderado: 200-239. Alto: Mayor de 240.
Colesterol de alta densidad (HDL):	57	mg/dl	Bajo: menor de 40 Alto: mayor de 60.
Colesterol de muy baja densidad (VLDL):	30.4	mg/dl	entre 2 y 30 mg/dl
Colesterol de baja densidad (LDL)	183.6	mg/dl	Optimo:Menor de:100 Cerca de lo Optimo: 100-129 Alto limite: 130-159. Alto: 160-189 Muy alto: Mayor de 190.
Triglicéridos	152	mg/dl	Normal: menor de 150. Alto Limite: 150-190. Alto: 200-499. Muy alto: Mayor de 500

OBSERVACIONES:	

Bacteriólogo		Paciente	
Firma:		**Firma:**	
Nombre:	CABALLERO JESSURUM MELISSA	**Nombre:**	MANOTAS NAVARRO EUDREYS CECILIA
RM:	4787	**CC:**	32852249

SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL S.A.S.
EMPLEADOS SANOS, EMPRESAS MÁS PRODUCTIVAS
Dirección: Cra. 49 Nº 74-77 Barranquilla - Colombia **Correo:** servicios@ssobq.com **Sitio web:** www.ssobq.com **Tel.** (5) 360 3103 **Cel.** (313) 546 4664
ISO 9001 icontec SC 7231-1 IQNet



RESULTADO DEL LABORATORIO CLÍNICO

DATOS PERSONALES

Lugar del Examen: BARRANQUILLA (ATLÁNTICO, COLOMBIA) **Fecha:** 23/01/2020

Número de Identificación: 32852249 **Nombre:** MANOTAS NAVARRO EUDREYS CECILIA **Genero:** FEMENINO

Fecha de Nacimiento: 26/03/1979 **Edad:** 40 AÑOS 9 MESES 29 DÍAS **Estado Civil:** CASADO(A)

RESULTADO DE GLICEMIA

NOMBRE DE ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
Glicemia	95	Mg/dl	70-110 mg/dl

Bacteriólogo

Firma:

Melissa Caballero Jessurum
Bacteriologa
Resolucion 4787

Nombre: CABALLERO JESSURUM MELISSA
RM: 4787

Paciente

Firma:

Nombre: MANOTAS NAVARRO EUDREYS CECILIA
CC: 32852249

SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL S.A.S.
EMPLEADOS SANOS, EMPRESAS MÁS PRODUCTIVAS
Dirección: Cra. 49 Nº 74-77 Barranquilla - Colombia
Correo: servicios@ssobq.com
Sitio web: www.ssobq.com
Tel. (5) 360 3103
Cel. (313) 546 4664

ISO 9001 icontec SC 7231-1



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 22.648

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
23 DÍA	01 MES	2020 AÑO	BARRANQUILLA (ATLÁNTICO, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACION OCUPACIONAL INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR

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

PARTICULARES	PARTICULARES
Empresa contratante	**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)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
MANOTAS NAVARRO EUDREYS CECILIA	FEMENINO	40 AÑOS 9 MESES 29 DÍAS	CC (Tipo)	32852249 (Número)

Cargo	Peso	Talla
INSTRUCTOR	61,00 kg	154 cm

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APLAZADO

Observaciones: *NO APLICA*

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

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
EVITAR REALIZAR ACTIVIDADES QUE IMPLIQUEN USO EXCESIVO DE AGUDEZA VISUAL	TEMPORAL	VALORACION POR OPTOMETRIA PRIORITARIA POR EPS

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

AUDIOMETRIA VIA AEREA	✓	OPTOMETRIA GENERAL	✓
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓	PERFIL LIPIDICO	✓
GLICEMIA	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : EJERCICIOS FUNCIONALES PARA MEJORAR EL CONTROL POSTURAL DE ESPALDA.	HABITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	OTROS	CONTROL DE PESO : CONTROL DE PESO EN PYP POR EPS.
VALORACIÓN POR EPS : MEDICINA GENERAL Y OPTOMETRIA PRIORITARIA EPS, CONTROL DE LIPIDOS EPS.		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

REALIZAR MOVIMIENTOS DE ESTIRAMIENTO DE ESPALDA ANTES DE INICIAR JORNADA LABORAL.
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS POR 5 MINUTOS PARA REGIÓN LUMBAR.
VALORACIÓN OPTOMETRIA CON LENTES CORRECTIVOS PARA DEFINIR CONCEPTO.

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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma: 

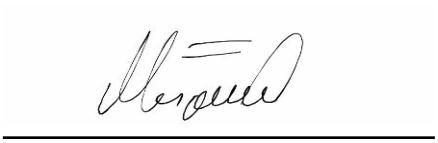
Nombre: RODRIGUEZ ARGOTE JUAN ERICK

R. M.: 478341/2009 **L.S.O.:** 07399

Código de Seguridad

D493J1P22648

Aspirante o Trabajador

Firma: 

Nombre: MANOTAS NAVARRO EUDREYS CECILIA

CC: 32852249

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) EUDREYS CECILIA MANOTAS NAVARRO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 32852249 realizó el día 05/02/2020 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, Artículo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo EUDREYS CECILIA MANOTAS NAVARRO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 32852249 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

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:

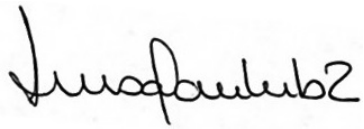
Verificada la base de datos de la compañía se encontró que la señora EUDREYS CECILIA MANOTAS NAVARRO, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 32.852.249, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 28/01/2020 y fecha fin de contrato 26/06/2020 con 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 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): 20200101466827.

Esta certificación se expide a los 14 días del mes de Abril de 2020.

Cordialmente



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

BBVA

BBVA COLOMBIA
NIT 860.003.020-1

CERTIFICA

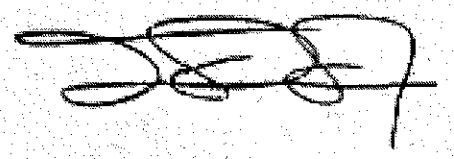
Que **EUDREYS CECILIA MANOTAS NAVARRO** identificado(a) con **cedula de ciudadania número 32.852.249** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **Cuenta De Ahorros Libreton No 00130759000200371453** aperturada el **26 de marzo de 2018**, cuenta **activa** y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

El número de cuenta podrá ser utilizada en nuestros canales como se indica a continuación:

9 dígitos: **759371453**
10 dígitos: **0759371453**
16 dígitos: **0759000200371453**

Recuerde que para pago en nómina a través de Net Cash, el formato a utilizar es de 16 dígitos.

Esta certificación se expide a solicitud del titular el día **24** de **enero** de **2020** a las **14:24**, con destino a **Quien Interese.**



Firma autorizada autografiada
BBVA COLOMBIA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

BBVA COLOMBIA ESTABLECIMIENTO BANCARIO

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:
BARRANQUILLA	BARRANQUILLA	85	85-46-101015633	0

Fecha Expedición:			Vigencia Desde:			A las:	Vigencia Hasta:			A las:	Tipo Movimiento:
Día:	Mes:	Año:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	Día:	Mes:	Año:	Horas:	
28	01	2020	27	01	2020	00:00	26	10	2020	00:00	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razón Social:	MANOTAS NAVARRO EUDREYS CECILIA			Identificación:	32852249
Dirección:	CL 9 NRO. 20 - 38	Ciudad:	SABANALARGA - ATLANTICO	Teléfono:	3126946198

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Nombre o Razón Social:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA			Identificación:	899999034-1
Dirección:	CR 43 N 42 40	Ciudad:	BARRANQUILLA - ATLANTICO	Teléfono:	5760000

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 CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. CO1.PCCNTR. 1311051 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: IMPARTIR FORMACION PROFESIONAL EN EL AREA DE SALUD-APOYO TERAPEUTICO Y REHABILITACION (ENFERMERIA) EN LOS DIVERSOS PROGRAMAS DE FORMACION TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA QUE MANEJA EL CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS DEL SENA REGIONAL ATLANTIICO

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:	Suma Asegurada / Actual:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	27/01/2020	26/10/2020	$ 1,352,647.50

OBSERVACIONES:

Valor Prima Neta:	Gastos Expedición:	IVA:	Total a Pagar:	Valor Asegurado Total:	Fecha Limite de Pago:
$ 20,000.00	$ 7,000.00	$ 5,130.00	$ 32,130.00	$ 1,352,647.50	28/01/2020

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
Nombre:	Clave:	% DE PARTICIPACIÓN:	Nombre Compañía:	% Participación:	Valor Asegurado:
CONSTRUYENDO SEGUROS LTDA	164232	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 CARRERA 58 NO. 70-136 - Teléfono: 3681078 - BARRANQUILLA

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.

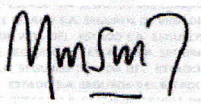
SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

CONSTANCIA DE NO REVOCATORIA NI CANCELACIÓN POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA

Hacemos constar, que la póliza No. 85-46-101015633, anexo 0, no expirará por falta de pago de la prima, ni por revocatoria unilateral del tomador de la póliza o de la aseguradora.

Lo anterior de conformidad con lo establecido en el decreto 1082 de 2015, el cual regula las garantías ante entidades estatales.

Dado en BARRANQUILLA, a los 28 días del mes de Enero de 2020



FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas