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	ENERO 2020 - 1,20

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	GRACE KELLY CASTILLO ROCHA	**C.C.**	55.225.140	**IP/Nº de contacto**	3003478834
Correo electrónico contratista:	gkcastillo@misena.edu.co				
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:	BANCO DE BOGOTA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**	151552973
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 $ 124.625.000**			NO

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato:	1311328/2020			**Nº Compromiso SIIF**	16420	
Valor Total del Contrato	$ 17.915.065	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**			**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 17.915.065	1	**Del**	**28/01/2020**	**Al** 31/01/2020	**$ 361.308,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 17.553.757		Comisiones		$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 361.308		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	**$ 361.308**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 107.337**		**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	----------	**4319835618**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 877.803	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 109.800	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 140.500	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL	$ 4.600	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -	
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	$ -	
Salud hasta $ 569.712	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 35.779	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	107.337,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	111.008,00	
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	1.110,00	1,000%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
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	**$ 360.198,00**	

SON: TRESCIENTOS SESENTA MIL CIENTO NOVENTA Y OCHO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA PLANEAR Y ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, EN EL AREA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO QUE PROGRAME EL CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS DEL SENA REGIONAL ATLA EN SUS DIFERENTES NIVELES Y MODALIDADES, ATENDIENDO LAS POLÍTICAS INSTITUCIONALES Y LA NORMATIVIDAD VIGENTE
2023423, 2023426, 1837249, 1964014

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.

GRACE KELLY CASTILLO ROCHA
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,

DORIS ESTER DEL TORO RUIZ
INSTRUCTOR G20

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)

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **GRACE KELLY CASTILLO ROCHA** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **55225140,** se encuentra afiliado (a) desde **01/10/2018** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *ACTIVO COTIZANTE*.

INFORMACIÓN HISTÓRICA DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES				
Novedad	Código Entidad	Entidad Definitiva	Fecha	MultivinculaciónDecreto 3995/2008
Traslado Aprobado de un Fondo de Pensión a COLPENSIONES	23	COLPENSIONES	01/10/2018	No Aplica

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 22 de enero de 2020.

Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL ATLÁNTICO
N I T. 8 9 0 1 0 2 0 4 4 - 1

CERTIFICADO DE AFILIACION

Que, el usuario (a) CASTILLO ROCHA GRACE KELLY, identificado(a) con número 55225140, aparece registrado (a) con la siguiente información:

Información del Beneficiario:

TIPO DE AFILIADO	REGIMEN	NOMBRE	TIPO ID	NUMERO ID	FECHA AFILIACION	FECHA RETIRO	PARENTESCO	ESTADO

Información del Cotizante:

TIPO DE AFILIADO	REGIMEN	NOMBRE	TIPO ID	NUMERO ID	FECHA AFILIACION	FECHA RETIRO	ESTADO
COTIZANTE	CONTRIBUTIVO	CASTILLO ROCHA GRACE KELLY	CC	55225140	01/02/2019		ACTIVO

En constancia se firma y expide en Barranquilla a los 22 días del mes de Enero de 2020, a solicitud del interesado.

Atentamente,

SUBDIRECCION NACIONAL DE REGIMEN CONTRIBUTIVO
Generado Por: usuweb

INFORMACIÓN NO VALIDA PARA TRASLADO ENTRE EPS

Sede Nacional: Calle 44 No. 46 - 56
www.cajacopieps.com
Línea gratuita 01-8000-111446
Barranquilla – Colombia

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	55225140
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			GRACE KELLY CASTILLO ROCHA CASTILLO ROCHA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BARRANQUILLA	DEPARTAMENTO:	ATLANTICO
DIRECCIÓN:	CL 26 17B 24	TELÉFONO:	3810382
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:	**4319835618**			TIPO DE PLANILLA:				I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	diciembre	AÑO 2019	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	diciembre	AÑO	2019
DÍAS DE MORA:		2						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2020/01/15			NÚMERO AUTORIZACIÓN:		11507286		

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
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 132.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 200	$ 0	$ 132.500	$ 200	$ 132.700
SUBTOTALES:										**$ 132.500**	**$ 200**	**$ 132.700**

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
CCFC55	CCFC55- CAJACOPI ATLANTICO	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 103.600	$ 0	$ 200	$ 0	$ 103.600	$ 200	$ 0	$ 103.800
SUBTOTALES:													**$ 103.600**	**$ 200**	**$ 0**	**$ 103.800**

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	$ 4.400	$ 4.400	$ 100	$ 0	$ 4.500
SUBTOTALES:									**$ 4.400**	**$ 100**	**$ 0**	**$ 4.500**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES							
																										PENSIÓN								SALUD							ARP													
																													FSP		APORTES VOLUNTARIOS																							
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	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	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		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
																																																			ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE		TOTAL APORTE		TOTAL APORTE		TOTAL APORTE	
1	CC 55225140	CASTILLO ROCHA GRACE KELLY	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.388.389				NO								01-30										25-14 COLPENSIONES	30	$ 828.116	$ 132.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 132.500	CCFC55-CAJACOPI ATLANTICO	30	$ 828.116	$ 103.600	$ 0	$ 103.600	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 828.116	55225140	$ 4.400		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 241.000**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	55225140
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:		GRACE KELLY CASTILLO ROCHA CASTILLO ROCHA	
CIUDAD/MUNICIPIO:	BARRANQUILLA	DEPARTAMENTO:	ATLANTICO
DIRECCIÓN:	CL 26 17B 24	TELÉFONO:	3810382
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4319835618**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	diciembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	diciembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2019	SALUD:	AÑO:	2019
DÍAS DE MORA:		2			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2020/01/15	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		11507286

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 132.700
SUBTOTAL:			1	**$ 132.700**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890102044	CCFC55	CCFC55- CAJACOPI ATLANTICO	1	$ 103.800
SUBTOTAL:			1	**$ 103.800**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 4.500
SUBTOTAL:			1	**$ 4.500**

TOTAL PAGADO:	**$ 241.000**

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 1 3 Actualización de oficio

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14217063763

(415)7707212489984(8020) 000001421706376 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 5 2 2 5 1 4 0	1	Impuestos de Barranquilla 2	

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	5 5 2 2 5 1 4 0	2 0 0 1 1 1 0 9

Lugar de expedición / 28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Atlántico 0 8	Barranquilla 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CASTILLO	ROCHA	GRACE	KELLY

35. Razón social:

36. Nombre comercial:	37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Atlántico 0 8	Barranquilla 0 0 1

41. Dirección principal: CL 26 17 B 24

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
		3 4 6 6 5 4 1	

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código:	1	2
8 6 9 2	2 0 0 5 1 0 3 1					

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos
2 2 2 3	

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- 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 3 0 1 0 3

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: MORENO RODRIGUEZ FLOR ALBA
985. Cargo: Gestor II

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

SOLMEDIC IPS

SOLUCIONES MEDICAS DE LA COSTA IPS SAS
NIT 900.825.550-5
Calle 68 # 50 - 178 Local 3
Tel.: 3452146 - 3052595666
Email: mercadeo@solmedicips.com
Barranquilla - Colombia



CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

24 DE ENERO DE 2020	BARRANQUILLA - ATLÁNTICO	**SMC-15065**

IDENTIFICACION DE LA EMPRESA				
PARTICULAR	O1	CALLE 68 #50-178 LOCAL	3452146	

INFORMACION DEL PACIENTE		
GRACE KELLY CASTILLO ROCHA	CC 55225140	1982-09-14
37	FEMENINO	SOLTERO
calle112#42-93	alameda del rio	
3003478834	DOCENTE	
173 Cms	80 Kg	26.729927495071667 - Sobre Peso

TIPO DE EXAMEN	PREOCUPACIONAL		
ENFASIS	**EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR**	**ENFASIS 2**	**OSTEOMUSCULAR**

EXAMENES PRACTICADOS					
OPTOMETRIA	ANORMAL	ELECTROCARDIOGRAMA	NORMAL	AUDIOMETRIA	NORMAL
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	NORMAL	PERFIL DE LIPIDOS	NORMAL	PRUEBAS PSICOLOGICAS	NORMAL

CONCEPTO INGRESO					
APTO	X	APTO CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA SU CAPACIDAD LABORAL		APTO CON RESTRICCONES	
APTO CON CONDICIONES		APLAZADO		APTO CON SEGUIMIENTO	

CONCEPTO PERIODICO			
PUEDE CONTINUAR CON SU LABOR		PRESENTA CONDICIONES DE ENFERMEDAD COMUN QUE DEBEN SER VALORADAS POR EPS	
SE DEBE REASIGNAR, REUBICAR, ANALIZAR PUESTO DE TRABAJO		PRESENTA SECUELAS DE ACCIDENTE DE TRABAJO	

CONCEPTO EGRESO					
SATISFACTORIO		PRESENTA SECUELAS DE ACCIDENTE DE TRABAJO		NO SATISFACTORIO	

POST-INCAPACIDAD					
PUEDE CONTINUAR CON SU LABOR		APLAZADO		SE DEBE REASIGNAR FUNCIONES, REUBICAR	

OTROS CONCEPTOS					
APTO PARA TRABAJOS EN ALTURAS		APTO PARA TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS		APTO PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS	
NO APTO PARA TRABAJOS EN ALTURAS		NO APTO PARA ESPACIOS CONFINADOS		APLAZADO PARA MANIPULAR ALIMENTOS	

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

SEGÚN IMC		MANEJO EPS/ARP		INCLUIR SVE			
DIETA BAJA EN GRASAS Y CARBOHIDRATOS	X	CONTROL MÉDICO EN SU EPS	X	VISUAL	X	HIGIENE POSTURAL	
EJERCICIO REGULAR	X	REMISIÓN A SU EPS PARA MANEJO		AUDITIVO		UTILIZACIÓN DE LOS EPP	X
VALORACIÓN NUTRICIONAL	X	RESTRICCIÓN MANEJO DE CARGA MAYOR A 25Kg.		RESPIRATORIO		AYUDAS ERGONÓMICAS	
DESCARTAR ALTERACIÓN METABÓLICA		REMISIÓN ARL PARA MANEJO DE CASO		ERGONÓMICO		MEDIDAS ANTIESTASIS VENOSA	
				CARDIOVASCULAR		PAUSAS ACTIVAS	X

OBSERVACIONES:PRUEBA PSICOLOGICA: LA PERSONA SE ENCCUENTRA APTA PARA REALIZAR SUS LABORES NO PRESENTA INDICADORES CLINICOS RELEVANTES DEBE TRABAJAR SUS HABILIDADES BLANDAS. NORMAL, MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES Y COLUMNA VERTEBRAL CONSERVADOS,

RECOMENDACIONES: ENFASIS OSTEOMUSCULAR NORMAL ENFASIS DERMATOLOGICO NORMAL DIETA BAJA EN GRASAS HARINAS Y CARBOHIDRATOS, BAJAR DE PESO. CONTROOL POR OPTOMETRIA ANUAL. CUMPLIR CON LAS NORMAS DE SEGURIDAD ESTABLECIDAS POR LA EMPRESA,ESTILOS DE VIDA CARDIOSALUDABLES,ACTIVIDAD FISICA REGULAR,PAUSAS ACTIVAS,CONDICIONES DE VIDA SALUDABLE

El trabajador examinado ha sido informado de cualquier hallazgo médico y recomendaciones médicas. la resolución 1918 de junio 2009 del ministerio de protección social, la empresa solo puede cuando lo requiera. de ellos tener una copia conocer el certificado médico del aspirante. Los documentos completos de la historia clínica están bajo custodia y guarda, acorde con lo establecido en la resolución y el trabajado.

Ramón De La Cruz Méndez
Salubrista Ocupacional
Res 2538/2014

NOMBRE DEL MÉDICO OCUPACIONAL
DR. RAMON DE LA CRUZ
LICENCIA SALUD OCUPACIONAL 2538
REGISTRO MÉDICO 0

FIRMA DEL TRABAJADOR
CEDULA 55225140

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) GRACE KELLY CASTILLO ROCHA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 55225140 realizó el día 05/02/2020 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:

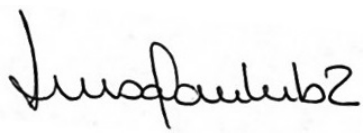
Verificada la base de datos de la compañía se encontró que la señora GRACE KELLY CASTILLO ROCHA, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 55.225.140, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 28/01/2020 y fecha fin de contrato 26/06/2020 con riesgo 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): 202001015153456.

Esta certificación se expide a los 20 días del mes de Mayo de 2020.

Cordialmente



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Banco de Bogotá

Nit.860.002.964.4
Calle 36 N° 7- 47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que CASTILLO ROCHA,GRACE KELLYS, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía número 55.225.140 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuenta de ahorro No. 151552973, abierta/o desde el 20/09/2018.

Se expide en Barranquilla el día 23 del mes de Enero del año 2020

Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO

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	85-46-101015684	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	28	01	2020	00:00	26	10	2020	00:00	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razón Social:	CASTILLO ROCHA GRACE KELLY			Identificación:	55225140-0
Dirección:	CALLE 112 42- 93	Ciudad:	BARRANQUILLA - ATLANTICO	Teléfono:	3003478834

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Nombre o Razón Social:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA			Identificación:	899999034-1
Dirección:	CARRERA 13 65-10	Ciudad:	BARRANQUILLA - ATLANTICO	Teléfono:	5461600

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.1311328 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA PLANEAR Y ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, EN EL AREA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO QUE PROGRAME EL CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS DEL SENA REGIONAL ATLANTICO EN SUS DIFERENTES NIVELES Y MODALIDADES, ATENDIENDO LAS POLÍTICAS INSTITUCIONALES Y LA NORMATIVIDAD VIGENTE

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:	Suma Asegurada / Actual:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	28/01/2020	26/10/2020	$ 1,803,530.00

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	$ 1,803,530.00	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.