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:	CARMEN MARIA DE LA HOZ HOYER	**C.C.**	32.641.885	**IP/Nº de contacto**	52039
Correo electrónico contratista:	carmendelahoz60@misena.edu.co				
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**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:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**	47456292310
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:	1310885/2020		**Nº Compromiso SIIF**	18520	
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	**$ 360.706,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 17.554.359		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	**$ 66.244**		**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	----------	**8601408950**
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 III	$ 21.400	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ 175.100	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.128.000	$ 224.128	
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	$ 35.674	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	66.244,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	110.406,00	
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	1.104,00	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	**$ 359.602,00**	

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

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

IMPARTIR FORMACION PROFESIONAL EN EL AREA DE SALUD -SERVICIOS FARMACEUTICOS EN LOS DIVERSOS PROGRAMAS DE FORMACION TITULAD COMPLEMENTARIA QUE MANEJA EL CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS DEL SENA REGIONAL ATLANTICO.
FICHAS TECNOLOGO REGENCIA EN FARMACIA 1956134, 1805403 y 1963951

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.

CARMEN MARIA DE LA HOZ HOYER
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 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

PATRICIA ROSMARY SERRANO SANTIAGO
INSTRUCTOR

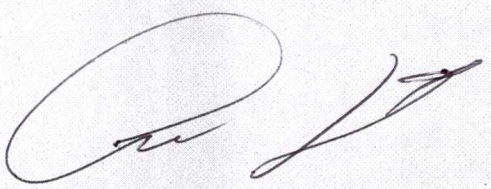
Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:
EL ORDENADOR DEL PAGO

YIZY YELINE CORTES PADILLA
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL :	CARMEN MARIA DE LA HOZ HOYER
IDENTIFICACION:	CC-32641885
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2019-12-10
FECHA LIMITE DE PAGO:	2020-01-22
FECHA DE PAGO:	2019-11-27
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO AV VILLAS
PERIODO PENSION:	2019-12
PERIODO SALUD:	2019-12
NUMERO PLANILLA:	8601408950
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8601218292
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 175.100	$ 175.100
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 224.200	$ 224.200
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 7.400	$ 7.400
		Total a pagar		$ 0	$ 0	$ 0	$ 406.700	$ 406.700



FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	22/01/2020

Banco AV Villas

COMPROBANTE PAGO DE PLANILLA ASISTIDA PILA

Número identificación del Aportante / Pin Único	Valor a Pagar $:
32641885	406700

Si usted va a realizar el pago con el número de Planilla, diligencie esta sección:

PAGO CON NÚMERO DE PLANILLA

Número de Planilla: 8601218292

Si usted va a realizar el pago con Pin Único, diligencie esta sección:

PAGO CON PIN ÚNICO

Operador de Información: _____

Periodo de Cotización a Pagar: Año ____ Mes ____

AVV 818 20191127 10:16 SC1043 LINEA D
VR PAGADO: 406,700.00
NOMBRE:ASOPAGOS
CLAVE:8601218292 O
ID:32641885
Fecha Aplicación:20191127 PIN:101608
Estimado cliente: Verifique los datos de su pago. Después de retirarse de la ventanilla no se aceptan reclamos.

ESTIMADO CLIENTE:
VERIFIQUE QUE LA INFORMACIÓN IMPRESA EN EL COMPROBANTE SEA CORRECTA Y QUE EL VALOR REGISTRADO CORRESPONDA AL VALOR ORDENADO POR USTED. EL BANCO NO TENDRÁ COPIA DE ESTE FORMATO. EL SOPORTE DE LA TRANSACCIÓN SERÁ EL REGISTRO EN EL SISTEMA. RECUERDE QUE ÉSTE SERÁ EL ÚNICO SOPORTE FÍSICO DE SU TRANSACCIÓN. CONSERVELO PARA CUALQUIER VERIFICACIÓN.

CAP-PRO-083-V2

FORTECO S.A.

Hace constar:

Que el Sr(a) Identificado(a) con cédula de ciudadanía realizó el día / / 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 Identificado(a) con cédula de ciudadanía 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

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

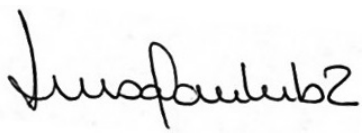
Verificada la base de datos de la compañía se encontró que la señora CARMEN MARIA DE LA HOZ HOYER, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 32.641.885, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 28/01/2020 y fecha fin de contrato 26/06/2020 con riesgo 3.

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): 202001015101106.

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

Cordialmente



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Certificado Bancario

Jueves, 23 de Enero de 2020

Señores
SENA

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que CARMEN MARIA DE LA HOZ HOYER identificado(a) con CC 32641885, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	47456292310	2010/02/03	CXC PENDIENTES

*** Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Paula Andrea Vélez Gómez

Gerente Estrategia Canal Telefónico

BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Es el momento de todos
Bancolombia

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **CARMEN MARIA DE LA HOZ HOYER** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **32641885,** se encuentra afiliado (a) desde **08/09/1993** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *ACTIVO COTIZANTE*.

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

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) CARMEN MARIA DE LA HOZ HOYER identificado(a) con CC 32641885 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**26/02/2010**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**UT BARRANQUILLA NORTE PARA LA ATENCION USUARIOS NUEVA EPS -BIENESTAR MURILLO TR2**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE** , a los 22 días del mes de enero del año 2020 .

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Gerencia de Afiliaciones

Nueva EPS S.A

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	85-46-101015613	0

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

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

Nombre o Razón Social:	DE LA HOZ CARMEN MARIA			Identificación:	32641885
Dirección:	CRA 7G Nº 36B-66	Ciudad:	BARRANQUILLA - ATLANTICO	Teléfono:	3347802

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Nombre o Razón Social:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA			Identificación:	899999034-1
Dirección:	CRA 43 N 42 40	Ciudad:	BARRANQUILLA - ATLANTICO	Teléfono:	5941301

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.1310885 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: IMPARTIR FORMACION PROFESIONAL EN EL AREA DE SALUD - SERVICIOS FARMACEUTICOS 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	$ 1,803,530.00

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	27/01/2020

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.

Creando conciencia, hacemos la diferencia.

ISO 9001

Certificado SC 7231 - 1

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Fecha: 20120910 Versión: 2

NIT: 802022218-2 Dir: Cra 49 No.74-77 Barranquilla - Atlàntico Tel: 3603103-3450379 Email: administrativa@ssobq.com

CONCEPTO DE APTITUD

Paciente: CARMEN MARIA DE LA HOZ HOYER Identificación: CC 32641885

Sexo: F Fecha de Nacimiento: 1960-11-04 Edad: 57 A

Dirección CARRERA 6A N° 41-51 Teléfono: 3012448541

Empresa: PARTICULAR

Empresa en misión: PARTICULAR

Actividad económica:

Talla (mts): 1.65 Peso (kg): 69.0 IMC: 25,34 Grupo Sanguineo: O +



EVALUACION OCUPACIONAL REALIZADA

Examen medico ocupacional de Ingreso

Orden No.: 00218055 Fecha apertura: 20171128 16:16:13

Fecha cierre: 20171128 16:51:20

Realizado en: Barranquilla - Atlàntico

Cargo u Oficio: DOCENTE

Hacemos constar que hemos realizado examen médico ocupacional al trabajador y de acuerdo a la Resolución 2346 de 2007 y la Resolución 1918 de 2009, la custodia y reserva de la historia clínica ocupacional y, en general, los documentos, exámenes o valoraciones clínicas o paraclínicas que allí reposen son estrictamente confidenciales y será responsabilidad de nuestra institución. Esta estará disponible para las fines legales pertinentes.

EXAMENES REALIZADOS

AUDIOMETRIA VIA AEREA,OPTOMETRIA GENERAL,EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO ENF. OSTEOMUSCULAR

RECOMENDACIONES LABORALES

Higiene postural.
Pausas activas.

MANEJO POR EPS

Valoración por optometra anual.
Valoracion por ortopedia.

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA

Bajar de peso.
Caminatas.

RECOMENDACION EN AUDIOMETRIA

Control Auditivo a 1 Año.

RECOMENDACION EN OPTOMETRIA

Control Anual .
PAUSAS ACTIVAS .
USO DE EPP VISUAL.
Uso de gafas permanentes.

RESTRICCIONES LABORALES

Ninguna.

CONCEPTO DE APTITUD: Apto con recomendaciones

Firma del medico especialista en Salud Ocupacional
Nombre: JUAN ERICK RODRIGUEZ ARGOTE
Especialidad: Medico Especialista en Salud Ocupacional
Licencia S.O.: 07399 Registro No.: 478341/2009

Firma del Paciente
Tipo y No. Id: CC 32641885

Creando conciencia, hacemos la diferencia.

ISO 9001 icontec Certificado SC 7231 - 1

AUDIOMETRIA

Fecha: 20120910 Versión: 2

NIT: 802022218-2 Dir: Cra 49 No.74-77 Barranquilla - Atlàntico Tel: 3603103-3450379 Email: administrativa@ssobq.com

Tipo Evaluación realizada:	Examen medico ocupacional de Ingreso	**Fecha de evaluación:**	20171128 16:16:13
Lugar de realización:	Barranquilla - Atlàntico	**Orden servicio No.:**	00218055
Nombre de la Empresa:	PARTICULAR		

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellidos:	CARMEN MARIA DE LA HOZ HOYER		
No. Identificación:	CC 32641885		
Genero (sexo):	F **Edad:** 57 A	**Teléfono:**	3012448541
Profesión:	QUIMICO FARMACEUTICO		



INFORMACION OCUPACIONAL DEL CARGO ACTUAL, RETIRADO O INGRESAR

Fecha de ingreso:	28/11/17 12:00 AM	**Jornada de trabajo:**	Diurna	**Tipo jornada:**	**Horas laboradas:**
Antiguedad en la empresa (meses):	0	**Antiguedad en el cargo (meses):**	0		
Area empresa:	Sin información			**Sección:**	Sin información
Cargo u Oficio:	DOCENTE				

PRUEBA AUDIOMETRIA

Otoscopia	**Normalidad**	**Hallazgo**
Oido derecho	Normal	
Oido izquierdo	Normal	

Via aérea	**Derecho (dB)**	**Izquierdo (dB)**
500	15	15
1000	10	15
2000	25	25
3000	20	20
4000	40	40
6000	25	25
8000	25	35

PTA - Grado / Significado			**ELI - Grado / Significado**			**SAL - Grado / Significado**		
O.D.	17.5	Normal	**O.D.**	D	Sospecha de Trauma Acustico	**O.D.**	B	Audición Normal
O.I.	18.75	Normal	**O.I.**	D	Sospecha de Trauma Acustico	**O.I.**	B	Audición Normal

RESULTADO DE LA PRUEBA ==> AUDIOMETRIA VIA AEREA

Resultado según GATISO: Oido Derecho: Caida a partir de 25 db en una frecuencia Oido Izquierdo: Caida a partir de 25 db en dos o mas frecuencias
Recomendación: Control Auditivo a 1 Año.

Observación: O.D AUDICIÓN PERIFERICA NORMAL PARA LAS FRECUENCIAS 500HZ, 1000HZ, 2000HZ, 3000HZ, 6000HZ Y 8000HZ, CON DESCENSO AUDITIVO LEVE EN LA FRECUENCIA 4000HZ (40DB)
O.I AUDICIÓN PERIFERICA NORMAL PARA LAS FRECUENCIAS 500HZ, 1000HZ, 2000HZ, 3000HZ, 6000HZ, CON DESCENSO AUDITIVO LEVE EN LA FRECUENCIA 4000HZ (40DB) Y 8000HZ (35DB)

Firma
Nombre: LORENA ANDREA MENDEZ RODRIGUEZ
Registro No.: 0 Especialidad: FONOAUDIOLOGA

Firma paciente
CARMEN MARIA DE LA HOZ HOYER

SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL S.A.S.

Creando conciencia, hacemos la diferencia

Cra 49 No. 74 - 77 Tel. 3603103 - 3450379
Email: administrativa@ssobq.com
Web: www.ssobq.com
Barranquilla - Colombia

ISO 9001
Certificado SC 7231 - 1

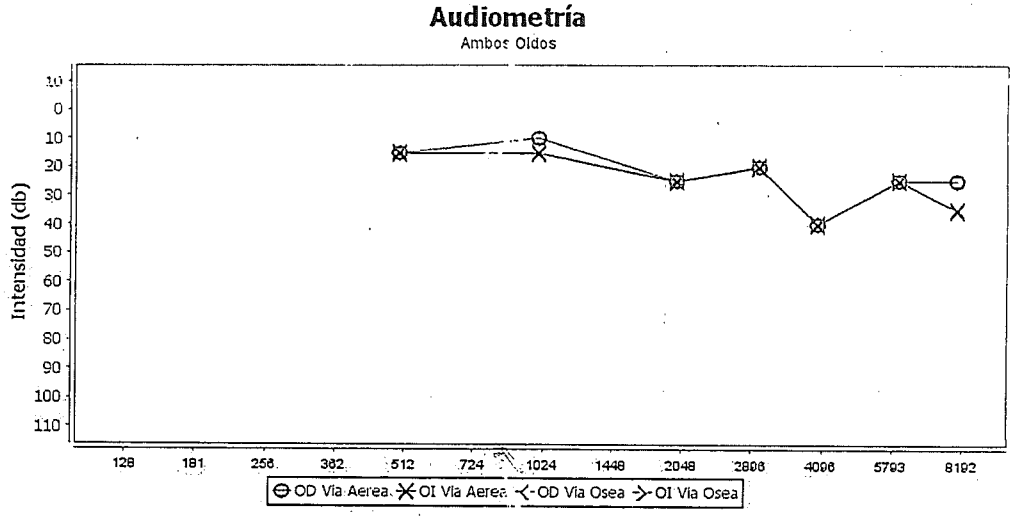
GRAFICA AUDIOMETRIA

DATOS GENERAL

Tipo Evaluación realizada:	Examen medico ocupacional de Ingreso	**Fecha de evaluación:**	20171128 16:16:13
Lugar de realización:	Barranquilla - Atlàntico	**Orden servicio No.:**	00218055
Nombre de la Empresa:	PARTICULAR		

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellidos:	CARMEN MARIA DE LA HOZ HOYER	**No. de identificación:**	CC 32641885
Genero (sexo):	F **Edad:** 57 A **Teléfono:** 3012448541		
Profesión:	QUIMICO FARMACEUTICO		



SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL S.A.S	EXAMEN OPTOMETRICO	Fecha: 21/03/2015
		EMO-FTO-03
		Pagina 1 de 1

TIPO DE EXAMEN [I] [P] [R] OTRO [ ]

FECHA: 28-11-17 EMPRESA: Particular

NOMBRE: Carmen de la Hoz Hoyer EDAD: 57 C.C. 32641885

CARGO: Docente AREA: ANTIGÜEDAD:

ANTECEDENTES PERSONALES VISUALES: Usuaria de lentes Qx:

ANTECEDENTES FAMILIARES VISUALES: No

ANTECEDENTES OCUPACIONALES VISUALES: No HORAS EXPOSICION:

EXPOSICION LABORAL VISUAL: VDT

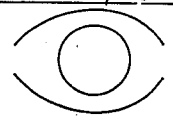
USA ANTEOJOS: SI [X] NO [ ] BIFOCAL O PROGRESIVO SI [X] NO [ ] LC SI [ ] NO [X]

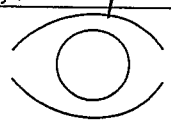
TIPO DE USO: Vision proxima TRAE SU RX: SI [ ] NO [ ] ULTIMO EXAMEN: + 12 meses

ANAMNESIS:

SINTOMATOLOGIA: Control Anual, disminución de AV VP.

EXAMEN EXTERNO: OD. Normal OI. Normal





AGUDEZA VISUAL	SIN CORRECCION		CON CORRECCION		Ph
	V/LEJANA	V/PROXIMA	V/LEJANA	V/PROXIMA	
O.D.	20/30	20/200	20/20-	20/20	
O.I.					
A.O.					

MOTILIDAD PPC Neu CT 20 Cm X' 40 Cm ∅ ∞ ∅

OFTALMOSCOPIA: O.D. FON

O.I. FON

OBSERVACIONES:

REFRACCION:

O.D. +200 AV 20/30 Rx Final: OD +125 + 275 AV. 20/20 DP

O.I. +025 AV OI +125 + 275 AV. 20/20 DP

ADD

VISION COLOR OD Normal OI Normal

ESTEREOPSIS NORMAL [✓] ANORMAL [ ]

ESTADO DE CORRECCION. NORMAL [ ] ANORMAL CORREGIDO [✓] ANORMAL NO CORREGIDO [ ] ANORMAL MAL CORREGIDO [ ]

PATOLOGIA OCULAR [ ]

IMPRESION DIAGNOSTICA:

EMETROPE [ ]	ASTIG. MIXTO [ ]	PRESBICIA [✓]	PTERIGIO [ ]	QUERATOCONO [ ]	
ASTIG. MIOPICO [ ]	MIOPIA [ ]	AMBLIOPIA [ ]	BLEFARITIS [ ]	OTROS:	
ASTIG. HIPERMETROPICO [ ]	HIPERMETROPIA [✓]	DISCROMATOPSIA [ ]	CATARATA [ ]		

RECOMENDACIONES:

USO PERMANENTE DE RX OPTICA [✓]	USO DE EPP VISUAL [ ]	PAUSAS ACTIVAS [ ]
USO DE RX PARA VISION PROXIMA [ ]	USO DE AR VIDEOTERMINALES [ ]	PVE [ ]
USO DE RX DE DESCANSO [ ]	USO DE PROTECCION SOLAR [ ]	OTROS:

REMISIONES:

VALORACION OFTALMOLOGICA [ ]	TRATAMIENTO ORTOPTICA [ ]	CONTROL	
TOPOGRAFIA CORNEAL [ ]	OTROS: [ ]	6 MESES [ ]	1 AÑO [✓]

OPTOMETRA REG

PACIENTE C.C.

Optica Multivision S.A.S NIT: 900791320-1

RESULTADO GENERACIÓN PLANILLA

OPERADOR DE INFORMACIÓN ASOPAGOS

Razón social: CARMEN MARIA DE LA HOZ HOYER **Identificación:** CC-32641885 **Código dependencia o sucursal:** 0 **Nombre dependencia o sucursal:** 0 **Fecha de generación del reporte:** 2020-05-14 **Período pensión:** 2020-01 **Período salud:** 2020-01 **Clase de planilla:** Asistida	**Pagada**

REFERENCIA DE PAGO (PIN)	TIPO DE PLANILLA	TOTAL A PAGAR	FECHA LÍMITE DE PAGO	ESTADO
8601218292	I	$254.900	2020-02-20	Pagada
8606778586	N	$17.600	2020-04-21	Pagada

Activar planillas para pago

Recuerde que los pagos realizados en horario adicional, se aplican para el siguiente día hábil.

Puntos de Recaudo:

Banco AvVillas	Banco Bogotá	REDEBAN	Davivienda	Banco de Occidente	Bancolombia	Baloto	Grupo Exito

RAZON SOCIAL :	CARMEN MARIA DE LA HOZ HOYER
IDENTIFICACION:	CC-32641885
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2020-05-13
FECHA LIMITE DE PAGO:	2020-02-20
FECHA DE PAGO:	2020-04-21
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO AV VILLAS
PERIODO PENSION:	2020-01
PERIODO SALUD:	2020-01
NUMERO PLANILLA:	8606778586
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8606778586
TIPO DE PLANILLA:	N

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 0	$ 0	$ 800	$ 16.800	$ 17.600
		Total a pagar		$ 0	$ 0	$ 800	$ 16.800	$ 17.600

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	19/03/2020

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

001

Espacio reservado para la DIAN

2. Concepto: 02 Actualización

4. Número de formulario: 14225206611

(415)7707212489954(8020) 000001422520661 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
3264188 5	8	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 13	3264188 5	19790526

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	169	Atlántico 08	Barranquilla 001

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
DE LA HOZ	HOYER	CARMEN	MARIA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Atlántico 08	Barranquilla 001

41. Dirección: CR 7 G 36 B 66

42. Correo electrónico:	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
		3012448541	

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	
8551	2013 01 23	8523	2013 01 23	4773		

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos
	1

Responsabilidades

53. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
	12																	

12- Ventas régimen simplificado

Usuarios aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI X NO | 60. No. de Folios: 2 | 61. Fecha: 2013 01 23

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponden exactamente a la realidad; por lo anterior, cualquier falsedad en que incurra podrá ser sancionada.

Artículo 15 Decreto 2788 del 31 de Agosto de 2004.

Firma del solicitante

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: FONSECA CABALLERO PEDRO SEGUNDO

985. Cargo: ABOGADO V

Fecha generación documento PDF: 23-01-2013 03:28:34PM