

<div><div>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</div></div>	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO) REGIONAL BOYACÁ CENTRO DE LA INNOVACION AGROINDUSTRIAL Y DE SERVICIOS -BOYACA -ACCIONES REGULARES Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional		15	
			Código Centro		955110	
			Fecha Elaboración		Octubre de 2024	
			Versión		MARZO 2024 - 2,24	
			ID de Proceso		69742-199879	
DATOS DEL CONTRATISTA						
Nombres y apellidos: MARIA FERNANDA BARRETO CORREALES			Banco a consignar: DAVIVIENDA			
Cédula de Ciudadanía 1.049.615.894			Tipo de cuenta: AHORROS			
Correo electrónico: mfbarroto@sena.edu.com			Número de Cuenta: 0550488407966701			
IP/N° de contacto: 3203987680			Presta Servicios Excluidos de IVA:		SI	
Inducción SST: SI			Pertenece al régimen simple de tributación:		NO	
Régimen del IVA: NO RESPONSABLE			Es declarante de renta por el año gravable 2023		NO	
¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?					NO	
Sus ingresos en el 2023 fueron iguales o superiores a \$59.377.000					NO	
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2024 es igual o superior a \$188.260.000 (debe registrarse como responsable del IVA)					NO	
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?					NO	
Concepto del pago corresponde a:					Ninguno	
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.					0,00%	
DATOS DEL CONTRATO						
N° del contrato: 6869252/2024		N° Compromiso SIIF 16624		Número de pagos durante la vigencia del contrato 3		
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		Prestar los servicios personales de carácter temporal, para apoyar la formación profesional integral, según programación establecida en los diferentes niveles de formación de acuerdo a las competencias requeridas en cada uno de los programas técnicos, tecnológicos y/o complementarios, según las actividades derivadas de la formación que se le asignen, aplicando las metodologías y				
DATOS PERIODO DEL PAGO						
Del 08/10/2024 Al 31/10/2024		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 9.973.050		
Número de pago 1		Valor Total del Contrato:		\$ 9.973.050		
Valor Bruto Pago: \$ 3.572.436,00		Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 6.400.614		
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
Ingresos por honorarios \$ 3.572.436		Ninguno		0,00%		
Ingresos por comisiones \$ 0		Retencion en la Fuente del Periodo		\$ 0		
Ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ 0						
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 3.572.436		Menos, Retefuente Otros Ingresos		\$ 0		
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 2.399.036		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0		
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR						
		Octubre	Setiembre	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.399.036,00	TARIFA
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----	DECRETO 1273	Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.572.436,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.286.077	\$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 160.800	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 205.800	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -	\$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
ARL I		\$ 6.800	\$ 0	Reteica - 308 - PUERTO BOYACA	35.724,00	1,000%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -			0,00	0%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -			0,00	0%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -			0,00	0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -			0,00	0%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta		\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta \$ 753.040		\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25% \$ 9.295.337		\$ 800.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. \$ 0				Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente \$				VALOR A PAGAR	\$3.536.712,00	
SON: TRES MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y SEIS MIL SETECIENTOS DOCE PESOS M/CTE						
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
1.Elabore programación de inducción de una (1) ficha de formación titulada Técnico instalación de sistemas eléctricos residenciales y						
2. Planee la FPI en una (1) ficha de formación de acuerdo con la programación asignada						
3. Oriente formación profesional integral en la ficha 3066221 asignada en proceso de inducción.						
4. Evalué las evidencias en una (1) ficha de la formación asignada.						
5.Participe en la socialización en el lineamiento de entrega de informes y otros.						
6 Elaboré el informe correspondiente al mes de octubre y cargué a la carpeta drive los archivos de GC y GF con sus respectivos soporte						
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						
			MARIA FERNANDA BARRETO CORREALES EL CONTRATISTA			
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO						
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:			Autorizo el presente pago. El Supervisor,			
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.			KEYLA KARINA GONZALEZ MARTINEZ INSTRUCTOR G16			
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 KEYLA KARINA GONZALEZ MARTINEZ SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)						

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación

Fecha de Radicación

26/09/2024



182629841

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite A. Afiliación ☒ B. Reporte de Novedades	2. Tipo de Afiliación A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia ☒ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De Oficio ☐	3. Régimen A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐
4. Tipo de Afiliado A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	5. Tipo de Cotizante A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐	Código (a registrar por la EPS)

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres Primer Apellido: Barreto Segundo Apellido: Corrales	Primer Nombre: María Segundo Nombre: Fernanda
7. Tipo de documento de identidad CN TI CE CD RC CC X PA SC	8. Número del documento de identidad: 1.049.615.894
9. Sexo Femenino ☒ Masculino ☐	10. Fecha de nacimiento: 30/01/1989

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia	12. Discapacidad Tipo F N M Condición T P	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: Poverir		17. Ingreso base de cotización - IBC: 1300.000	
18. Residencia Dirección: Diagonal 66#10-72 Teléfono Celular: 3203987680 Correo Electrónico: mafabarzo092@gmail.com Municipio / Distrito: Tunja Zona Urbana ☒ Rural ☐ Departamento: Boyacá			

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

19. Apellidos y nombres del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante Primer Apellido: Segundo Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre:			
20. Tipo de documento de identidad CN TI CE CD RC CC PA SC	21. Número del documento de identidad	22. Sexo Femenino Masculino	23. Fecha de nacimiento

Datos Básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco
B1		Femenino Masculino	DDMMAAAA	
B2		Femenino Masculino	DDMMAAAA	
B3		Femenino Masculino	DDMMAAAA	
B4		Femenino Masculino	DDMMAAAA	
B5		Femenino Masculino	DDMMAAAA	

30. Etnia	31. Discapacidad Tipo Condición	32. Datos de Residencia Municipio/Distrito Zona Departamento Teléfono Fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)
B1	F N M T P	Urbana Rural	
B2	F N M T P	Urbana Rural	
B3	F N M T P	Urbana Rural	
B4	F N M T P	Urbana Rural	
B5	F N M T P	Urbana Rural	

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS C Centro Médico Juanita Universidad EPS Sanitas	Código de la IPS (a registrar por la EPS) 279911 13555
---	---

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO			
35. Nombre o razón social <div></div>	36. Tipo documento de identificación MT CC TI PA CE CD	37. Número del documento de identificación <div></div>	38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS) <div></div>
39. Ubicación Dirección <div></div>			Teléfono Fijo <div></div>
Correo Electrónico <div></div>	Municipio / Distrito <div></div>	Departamento <div></div>	

B. REPORTE DE NOVEDADES	
40. Tipo de Novedad ☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación. ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación. ☐ 3. Actualización del documento de identidad. ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios. ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código <div></div> ☒ 6. Reinscripción en la EPS. ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar. ☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando	☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐ 13. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado ☐ 14. Traslado: ☐ A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen ☐ 15. Reporte de fallecimiento. ☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante ☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado. ☐ 18. Reporte de la calidad de Pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD			
41. Datos básicos de identificación			
Primer Apellido <div></div>	Segundo Apellido <div></div>	Primer Nombre <div></div>	Segundo Nombre <div></div>
Type de documento de identidad CN TC CE CD RC TI PA SC	Número del documento de identidad <div></div>	Sexo Femenino Masculino	Fecha de nacimiento <div></div>
43. EPS anterior <div>Santitas Retirado R1</div>		44. Motivo de traslado Código <div>X</div>	42. Fecha <div>26/09/2024</div>
		45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones <div></div>	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES	
☒ 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. ☒ 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. ☒ 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. ☒ 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. ☒ 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. ☒ 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. ☒ 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. ☒ 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.	

VIII. FIRMAS	
54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario <div>[Firma]</div>	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio <div>[Firma]</div>

IX. ANEXOS	
☒ 56. Anexo copia del documento de identidad: Cándida CN RC TI CC PA CE CD SC TOTAL <div>1</div> ☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. ☐ 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. ☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. ☐ 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. ☐ 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. ☐ 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. ☐ 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. ☐ 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. ☐ 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.	

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL			
66. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio Código del Departamento <div></div>	67. Datos del SISBEN Número de ficha Puntaje Nivel <div></div>	68. Fecha de Radicación <div></div>	69. Fecha de Validación <div></div>

70. Datos del funcionario que realiza la validación			
Primer Apellido <div></div>	Segundo Apellido <div></div>	Primer Nombre <div></div>	Segundo Nombre <div></div>
Type de documento <div></div>	Número de documento de identidad <div></div>	71. Firma del Funcionario <div></div>	
Observaciones: <div>Santitas Retirado R1. Independiente Tipo Cotizante = 03 Voluntario</div>			

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el formulario.

Doc. Identificación y nombre del Ejecutivo Comercial

7173.703 Wilson Parada

Sello de Radicación

26 SEP 2024

Sticker procesado en

26 SEP 2024



**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

MARIA FERNANDA BARRETO CORREALES, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.049.615.894**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 17 de Septiembre del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **MARIA FERNANDA BARRETO CORREALES** identificado con CC No. **1049615894**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	Fecha de inicio de cobertura: 08/10/2024 Estado Afiliación: ACTIVO Fecha de inicio de Contrato: 07/10/2024 Fecha fin de Contrato: 13/12/2024 Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE Clase de 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 o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401020195938.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 7 días del mes de octubre de 2024.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

		Formulario del Registro Único Tributario				001	
2. Concepto ☐ 0 ☒ 2 Actualización				4. Número de formulario 141126394502			
							
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 1 0 4 9 6 1 5 8 9 4		6. DV 7		12. Dirección seccional Impuestos y Aduanas de Tunja		14. Buzón electrónico 2 0	
IDENTIFICACIÓN							
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía		26. Número de identificación 1 0 4 9 6 1 5 8 9 4		27. Fecha expedición	
Lugar de expedición COLOMBIA		28. País 1 6 9		29. Departamento Boyacá		30. Ciudad/Municipio Tunja	
31. Primer apellido BARRETO		32. Segundo apellido CORREALES		33. Primer nombre MARIA		34. Otros nombres FERNANDA	
35. Razón social				37. Sigla			
36. Nombre comercial				UBICACIÓN			
38. País COLOMBIA		39. Departamento Boyacá		40. Ciudad/Municipio Tunja		0 0 1	
41. Dirección principal DG 66 N 10 72							
42. Correo electrónico mafebar2009@hotmail.com							
43. Código postal				44. Teléfono 3 2 0 3 9 8 7 6 8 0			
45. Teléfono 2 3 1 2 4 3 1 3 9 9 6				CLASIFICACIÓN			
Actividad económica							
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código 8 5 5 1		47. Fecha inicio actividad 2 0 2 3 0 5 1 5		48. Código 4 7 6 1		49. Fecha inicio actividad 2 0 1 9 1 1 0 1	
50. Código 1 2		51. Código 4 1 2 3		52. Número establecimientos			
Responsabilidades, Calidades y Atributos							
53. Código 5 4 9							
05- Impto. renta y compl. régimen ordinario							
49 - No responsable de IVA							
Usuarios aduaneros				Exportadores			
54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20				55. Forma 56. Tipo Servicio 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 ☒				60. No. de Folios: 0		61. Fecha 2024 - 09 - 17 / 19 : 47: 00	
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 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012. Firma del solicitante:				Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice. Firma autorizada: 984. Nombre BARRETO CORREALES MARIA FERNANDA 985. Cargo CONTRIBUYENTE			



DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

**TUNJA, BOYACA,
COLOMBIA,
A quien interese**

15/09/2024

Por medio de la presente hacemos constar que la **señora MARIA FERNANDA BARRETO CORREALES** con **Cédula de Ciudadanía** número **1049615894**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	0550488407966701
Fecha de apertura	08/08/2019

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA



Hace constar:

Que el Sr(a) MARIA FERNANDA BARRETO CORREALES Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1049615894 realizó el día 10/10/2024 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 MARIA FERNANDA BARRETO CORREALES Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1049615894 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.

Firma

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo - Secretaría General



Hace constar:

Que el Sr(a) MARIA FERNANDA BARRETO CORREALES Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1049615894 el día 10/10/2024 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el

La presente constancia tiene validez al interior de la entidad, en la generación de una cultura institucional incluyente, como acción afirmativa para promover acciones integrales y accesibles para las Personas con Discapacidad, de acuerdo con lo contenido en la Resolución 1726 de 2014, mediante la cual el SENA adopta su Política Institucional para la atención de personas con discapacidad.

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA

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



MEDILAB OC
CONSULTA MÉDICA OCUPACIONAL Y LABORATORIO CLÍNICO
Carrera 1F Numero 40-149 Consultorio 406 Edificio Marca
Bussines Servicio al cliente 24h (Whatsapp 310-759-0233)
Síguenos Medilab OC medilab.o

CERTIFICADO OCUPACIONAL DE EXAMEN MEDICO DE INGRESO
CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

EMPRESA	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA				
NOMBRE	MARIA FERNANDA BARRETO CORREALES				
EDAD	34 Años				
DOCUMENTO	CC	Nº	1.049.615.894		
CARGO	INSTRUCTOR				
FECHA	28 Abril 2023		HORA	7:15 am	

1. Tipo de evaluación

Ingreso: X	Periódico:	Egreso:
Otro:	Cual:	

2. Riesgos a los que va a estar o estuvo expuesto el trabajador

Riesgo Físico	X	Riesgo Psicosocial	X	Riesgos Biológicos	
Riesgo Químico		Condiciones de Seguridad		Ergonómico	X
Riesgo Biomecánico	X	Fenómenos Naturales		Otros Riesgos	

3. Concepto de aptitud según el perfil requerido para el cargo

Apto y Satisfactorio para Desempeñar las Funciones Propias del Cargo	X
Apto y Satisfactorio para Desempeñar las Funciones Propias del Cargo con Condición de Salud que no Limita su Capacidad Laboral	
Satisfactorio para Desempeñar las Funciones Propias del Cargo con Condición de Salud que Limita su Capacidad Laboral	
Satisfactorio para Desempeñar las Funciones Propias del Cargo con Condición de Salud que Puede Agravarse con la Ejecución de Actividades Propias del Cargo	

4. Exámenes y pruebas complementarias

	Satisfactorio/ no satisfactorio		Satisfactorio/ no satisfactorio		Satisfactorio/ no satisfactorio
Examen Medico	Satisfactorio	Serología		RA Test	
Espirometría		Gravindex		Cuadro Hemático	Satisfactorio
Audiometría	Satisfactorio	Perfil Lipídico	Satisfactorio	Parcial de Orina	Satisfactorio
Visiometría	NO Satisfactorio	Triglicéridos	Satisfactorio	Glicemia Pre	Satisfactorio
Pruebas Laberínticas		Osteomuscular - Cardiovascular	Satisfactorio	TGO/ALT	
Valoración por Psicología: Satisfactorio					

Página 1 de 2

MEDILAB OC
Carrera 1F Numero 40-149 Consultorio 406 Edificio Marca Bussines Tunja –Boyacá Tel: 3107590233
medilaboc@gmail.com



MEDILAB OC
CONSULTA MÉDICA OCUPACIONAL Y LABORATORIO CLÍNICO
Carrera 1F Numero 40-149 Consultorio 406 Edificio Marca
Bussines Servicio al cliente 24h (Whatsapp 310-759-0233)
Síguenos Medilab OC medilab.o

CERTIFICADO OCUPACIONAL DE EXAMEN MEDICO DE INGRESO
CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

EMPRESA	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA				
NOMBRE	MARIA FERNANDA BARRETO CORREALES				
EDAD	34 Años				
DOCUMENTO	CC	Nº	1.049.615.894		
CARGO	INSTRUCTOR				
FECHA	28 Abril 2023		HORA	7:15 am	

5. Recomendaciones de orden ocupacional

Uso de Elementos de Protección Personal		Continuar incapacitado	
Capacidad para el Cargo	X	Otro	

6. Recomendaciones de Orden General

Manejo de Patología por EPS o ARL		Medicación Transitoria o Permanente	
Dejar Hábitos Perjudiciales, Licor, Cigarrillo		Uso de Elementos de Ortesis o Prótesis	
Practicar Deporte		Valoración por Medicina y Otros	
Hábitos Saludables en Alimentación	X	Otras Recomendaciones. ¿Cuáles?	
Uso de gafas/lentes para desarrollo de la capacidad laboral		Capacitar en Higiene Postural, Manejo Adecuado de Cargas y Pausas Activas para el Cargo	X

7. Ampliación de Recomendaciones

Se sugiere control por optometría por la EPS.
Se sugiere uso de media-anti vórice

Declaro que los datos que le he suministrado al médico que ha practicado el presente examen son verdaderos en todas sus partes y autorizo a dicho facultativo para que informe a la empresa todo lo relacionado con el estado actual de mi salud.

Firma del Profesional CARMEN CRISTINA LOPEZ CARRASCO C.C. 45.528.370 de Cartagena Resolución Licencia SSO. 1524 de 14/Sep/2020	Firma del Trabajador Firma del Trabajador 1.049.615.894
---	--



**MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS
COMUNICACIONES - MINTIC**

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1049615894 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

Esta certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

Se expide en Bogotá el 10/10/2024 11:45 AM



Código Verificación: **ZY9JG47KUS**

Válida hasta: 08/01/2025

Dirección de Gobierno Digital

**MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS
COMUNICACIONES - MINTIC**

funcionpublica.gov.co/eva/admon/index.php

RED DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS

Maria Fernanda Barreto correales

Mis Cursos

Estado/Avances del Curso Seleccionado

Progreso del Curso

Porcentaje de Avance del 12%

Para mayor información, por favor comuníquese al correo curso mipg@funcionpublica.gov.co

Evaluaciones realizadas

Evaluación	Fecha	Porcentaje
EVALUACION DIMENSION TALENTO HUMANO	09/10/24	100%
EVALUACION DIMENSION DE DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	09/10/24	100%
EVALUACION DIMENSION GESTION CON VALORES PARA EL RESULTADO	09/10/24	100%
EVALUACION MODULO INSTRUCTIVO MIPG	09/10/24	100%
EVALUACION DIMENSION POLITICA DE GESTION DEL CONOCIMIENTO Y LA INNOVACION		0%
EVALUACION DIMENSION DE INFORMACION Y COMUNICACION		0%
EVALUACION DIMENSION CONTROL INTERNO		0%

questionario-mipgauditoria



modelo integrado
de planeación
y gestión



Función Pública

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Hace constar que:

María Fernanda Barreto correales

C.C 1.049.615.894

Participó y completó con éxito el Módulo de Fundamentos Generales del curso virtual del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG

MIPG VERSIÓN II (2021)

Bogotá D.C., 09 de octubre 2024

Henry Humberto Villamarín Serrano
Director de Gestión y Desempeño Institucional



Código: 765850613206



Verificados los resultados del participante en el curso virtual
Función Pública certifica que:

María Fernanda Barreto correales

C.C 1.049.615.894

Participó y completó el curso virtual:

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción.

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 10 de octubre 2024

Aura Isabel Mora

Código: 761784701000

Directora de Participación, Transparencia y Servicio al Ciudadano