Bogotá, 30 de junio de 2020

Señores
**SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA**
La Ciudad

**Asunto: Información solicitada por el art. 1 del Decreto 1070 de mayo 28 de 2013 y art. 6 del decreto 3032 de 2013**

Dando cumplimiento a lo establecido con el art. 1 del Decreto 1070 de mayo 28 de 2013 y art. 6 del decreto 3032 de 2013, y como persona actualmente residente en Colombia que durante el año calendario actual les estará cobrando rentas de trabajo (salarios, u honorarios, o comisiones, o servicios personales, o emolumentos eclesiásticos, etc.), suministro a ustedes la siguiente información para efectos de que ustedes mismos definan el valor de la retención en la fuente que se ha de aplicar a los valores a mi favor por concepto de rentas de trabajo :

a. Durante el año gravable 2019, el 80% o más de mis ingresos brutos **si** provinieron la prestación de servicios de manera personal o el desarrollo de una actividad económica bajo cuenta y riesgo un empleador o contratante.
b. Durante el año gravable 2019, el 80% o más de mis ingresos brutos **si** provinieron de la prestación de servicios personales mediante el ejercicio de profesiones liberales o de la prestación de servicios técnicos que no requieren la utilización de materiales o insumos especializados, o de maquinaria o equipo especializado.
c. Por el año gravable 2019, soy una persona natural que **no** quedé obligado a presentar declaración anual del impuesto de renta al gobierno colombiano"
d. Por el año gravable 2019, soy una persona natural que **no** obtuvo ingresos brutos totales superiores a 1.400 UVT ($47'978.000)
e. Por el año gravable 2019, **no** desarrollé una de las actividades señaladas en el artículo 340 del Estatuto Tributario y si la desarrollé no representó más del veinte por ciento (20%) de mis ingresos brutos.
f. Por el año gravable 2019 **no** presté servicios técnicos que requirieron de materiales o insumos especializados, o maquinaria o equipo especializado, cuyo costo representa más del veinticinco por ciento (25%) del total de los ingresos percibidos por concepto de tales servicios técnicos.

En constancia de lo anterior, firmo en Bogotá a los 30 días del mes de junio de 2020.

***Paola Andrea Ramos Guerrero***

**C.C. 1032446919**

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES**
**REGIONAL DISTRITO CAPITAL**
**CENTRO DE SERVICIOS FINANCIEROS-BTA D C - SERVICIOS PRESTADOS A LA**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **11** |
| **Código Centro** | **940510** |
| **Fecha Elaboración** | **Junio de 2020** |
| **Versión** | **MAYO 2020 - 4,20** |
| **ID de Proceso** | **10042-355179** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | PAOLA ANDREA RAMOS GUERRERO | **C.C.** | 1.032.446.919 | **IP/Nº de contacto** | 1868633 |
| **Correo electrónico contratista:** | paola.ramosg@misena.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:** BANCOLOMBIA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 38811664127

**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

**Tiene contratos de prestación de servicios con otras Entidades Públicas:** NO

**Se acogió para el mes anterior, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558:** NO

**Se acogió para el mes objeto de cobro, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558:** N/A

## DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

**Nº del contrato:** 1636940/2020 **Nº Compromiso SIIF** **63120**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Valor Total del Contrato** | $ 22.993.576 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 22.993.576 | **1** | **Del** | **19/06/2020** | **Al** | **30/06/2020** | **$ 1.768.736,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 21.224.840 | | Comisiones | | | $ 0,00 | |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 1.768.736 | | 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** | **$ 1.768.736** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 1.138.827** | | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | Junio | Mayo |
|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | ---------- | **N/A** |
| **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 I | $ 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 | $ 379.609 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Valor Base retención en la fuente | 1.138.827,00 | TARIFA |
| Valor Base retención en la fuente ICA | 1.518.436,00 | |
| 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 | 14.668,00 | 0,966% |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| Aporte Voluntario Dec. 568/2020 | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Descuentos de Libranza | 0,00 | |
| Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| **VALOR A PAGAR** | **$ 1.754.068,00** | |

**SON: UN MILLÓN SETECIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL SESENTA Y OCHO PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ob 1. Cumplí con las horas asignadas para el desarrollo del curso de inglés complementaria según las horas asignadas (80 horas)
Ob 2. Entregué los documentos correspondientes para el trámite
Ob 3.Evalué los aprendizajes previos correspondientes a las fichas asignadas, de acuerdo con los procedimientos y plazos.
Ob 4.Ejecuté la formación profesional integral de acuerdo con el currículo,desarrollo curricular y proyecto formativo de los programas
Ob 5. Apliqué según la modalidad, estrategias de enseñanza, aprendizaje, seguimiento y evaluación de acuerdo a los lineamientos.
Ob 6. Participé cuando el centro de formación lo requiera, en proyectos de investigación técnica y/o pedagógica.
Ob 7.Emití juicio valorativo sobre el nivel de cumplimiento de los resultados de aprendizajes de las competencias del programa
Ob 20. Cumplí con la programación asignada de 80 horas de formación mensuales reportadas en el aplicativo para este mes de Junio.
Ob 21. Registré, verifiqué e hice seguimiento oportuno en el sistema de información que la entidad defina para la formación.

**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.

**PAOLA ANDREA RAMOS GUERRERO**
**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,

**RAUL VEGA URRIAGO**
**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**

**MIREYA PARRA PINTO**
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)**

**POSITIVA**
**COMPAÑIA DE SEGUROS S.A**
**NIT 860.011.153-6**

**CERTIFICA QUE:**

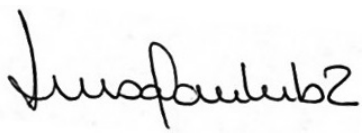
Verificada la base de datos de la compañía se encontró que la señora PAOLA ANDREA RAMOS GUERRERO, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1.032.446.919, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 17/06/2020 y fecha fin de contrato 18/12/2020 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): 202001016181590.

Esta certificación se expide a los 23 días del mes de Junio de 2020.

Cordialmente



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

## CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) PAOLA ANDREA RAMOS GUERRERO identificado(a) con CC 1032446919 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

| | |
|---|---|
| **Fecha de Activación de Servicios:** | **07/03/2014** |
| **Estado de la Afiliación:** | **ACTIVO** |
| **IPS:** | **BIENESTAR IPS SEDE FONTIBON** |
| **Categoría:** | **A** |

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE** , a los 23 días del mes de junio 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**

# Protección

**Fondo de Pensiones Obligatorias Protección**

**NIT 800.198.281**

**Hace constar que:**

El(la) Señor(a) **RAMOS GUERRERO PAOLA ANDREA** identificado(a) con **CC** número **1.032.446.919** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 29 de enero de 2014 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 23 de junio de 2020.

Cordialmente,




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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2020062309112

# Certificado Bancario

Lunes, 22 de Junio de 2020

A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que PAOLA ANDREA RAMOS GUERRERO identificado(a) con CC 1032446919, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

| Producto | No. Producto | Fecha Apertura | Estado |
|---|---|---|---|
| CUENTA DE AHORROS | 38811664127 | 2013/08/12 | ACTIVA |

*** 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.

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

Juan Camilo Moreno Gómez
Gerente Estrategia Canal Telefónico

Es el momento de todos Bancolombia

## Hace constar:

Que el Sr(a) PAOLA ANDREA RAMOS GUERRERO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1032446919 realizó el día 20/06/2020 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Articulo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

---

## Compromiso SST:

Yo PAOLA ANDREA RAMOS GUERRERO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1032446919 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

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

# POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

## DECRETO 1082 DE 2015

| CIUDAD DE EXPEDICIÓN | SUCURSAL | COD.SUC | NO.PÓLIZA | ANEXO |
|---|---|---|---|---|
| BOGOTA, D.C. | CHAPINERO | 14 | 14-46-101041588 | 0 |

| FECHA EXPEDICIÓN DÍA | MES | AÑO | VIGENCIA DESDE DÍA | MES | AÑO | A LAS HORAS | VIGENCIA HASTA DÍA | MES | AÑO | A LAS HORAS | TIPO MOVIMIENTO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 17 | 06 | 2020 | 17 | 06 | 2020 | 00:00 | 23 | 04 | 2021 | 23:59 | EMISION ORIGINAL |

### DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

| NOMBRE O RAZON SOCIAL | IDENTIFICACIÓN |
|---|---|
| RAMOS GUERRERO, PAOLA ANDREA | CC: 1032.446.919 |

| DIRECCIÓN | CIUDAD | TELÉFONO |
|---|---|---|
| CRA. 96 C NO. 22 H 30 INT 5 A | BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL | 3196995631 |

### DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

| ASEGURADO / BENEFICIARIO: | IDENTIFICACIÓN |
|---|---|
| SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE -SENA- CENTRO DE SERVICIOS FINANCIEROS - REGIONAL DISTRITO CAPITAL | NIT: 899.999.034-1 |

| DIRECCIÓN | CIUDAD | TELÉFONO |
|---|---|---|
| CARRERA 13 NO. 65 - 10 | BOGOTA, D.C., DISTRITO CAPITAL | 8077913 |

ADICIONAL:

### 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.1636940 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA PLANEAR Y ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, QUE PROGRAME EL CENTRO DE FORMACIÓN EN SUS DIFERENTES NIVELES Y MODALIDADES, ATENDIENDO LAS POLÍTICAS INSTITUCIONALES Y LA NORMATIVDAD VIGENTE EN EL ÁREA TEMÁTICA DE INSTITUCIONAL DE LA ENSEÑANZA DE IDIOMAS IDIOMAS.

### AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

| AMPAROS | VIGENCIA DESDE | VIGENCIA HASTA | SUMA ASEG/ACTUAL |
|---|---|---|---|
| CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO | 17/06/2020 | 23/04/2021 | $2,299,357.60 |

### ACLARACIONES

| VALOR PRIMA NETA | GASTOS EXPEDICIÓN | IVA | TOTAL A PAGAR | VALOR ASEGURADO TOTAL | PLAN DE PAGO |
|---|---|---|---|---|---|
| $ ******20,000.00 | $ *******7,000.00 | $ *******5,130.00 | $ **********32,130.00 | $ ********2,299,357.60 | CONTADO |

| INTERMEDIARIO | | | DISTRIBUCION COASEGURO | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE | CLAVE | % DE PART. | NOMBRE COMPAÑIA | % PART. | VALOR ASEGURADO |
| NERY LUCIA MARTIN BONELL | 999137 | 100.00 | | | |

**QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.**

***PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CRA. 7 NO. 57 -67 - TELEFONO: 2172417 - BOGOTA, D.C.***

14-46-101041588

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

Paola Ramos G

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SIPLAS
MIEMBRO DEL GRUPO SYNLAB

# CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

**Dirreción:** Calle 94 N 15 - 45
**Teléfono:** 5938393 Ext 100
**Web:** www.siplaslab.com
**Email:** saludocu@siplaslab.com

**FECHA DE EXAMEN** 2019-08-30
**TIPO DE EXAMEN** PREINGRESO

## IDENTIFICACION DEL PACIENTE



| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y Apellidos** | PAOLA ANDREA RAMOS GUERRERO | Identificación CC | Nro 1032446919 | | |
| **Fecha de Nacimiento** | 1991-10-21 | **Edad** | 28 | **Sexo** | F |
| **Empresa** | EXAMENES OCUPACIONALES CONTRATISTAS | | | | |
| **Cargo** | DOCENTE | | | | |
| **Profesión** | LICENCIADA EN LENGUAS MODERNAS | | | | |
| **Origen** | | **Fecha Ingreso** | 2019-08-30 10:15:13 | | |
| | | **Fecha Salida** | 2019-08-30 11:05:06 | | |

| | | |
|---|---|---|
| **CONCEPTO** | Sin restricciones médicas para desempeñar el cargo. | SEGUIR TODAS LAS RECOMENDACIONES MÉDICAS DADAS (GENERALES Y OCUPACIONALES). |
| **CONCEPTO ESPECIFICO** | | |

**RECOMENDACIONES**

| | |
|---|---|
| **GENERALES** | |
| REMISION A EPS | CONTROLES PYP EN SU EPS CON MEDICINA, ODONTOLOGÍA Y OPTOMETRÍA |
| CONTINUAR MANEJO MEDICO | CONTINUAR MANEJO MÉDICO EN SU EPS POR PATOLOGÍA DE BASE REFERIDA |
| COMPLETAR ESQUEMA DE VACUNACION | REVISAR CARNÉ DE VACUNAS Y COMPLETAR ESQUEMAS |
| INICIO O CONTINUAR ACTIVIDAD FISICA | EJERCICIO CARDIOVASCULAR MÍNIMO 150 MINUTOS SEMANALES, CON ESTIRAMIENTO |
| CONTROL DE PESO Y NUTRICION | DIETA BALANCEADA BAJA EN GRASAS SATURADAS, HARINAS Y AZÚCAR, GUIADA POR NUTRICIÓN PARA DISMINUCIÓN DE PESO |
| USO DIARIO DE BLOQUEADOR SOLAR | USAR BLOQUEADOR SOLAR DOS VECES AL DÍA CON SPF IGUAL O MAYOR A 30 |
| OTRAS | CCV ANUAL Y AUTOEXAMEN DE SENO MENSUAL |
| **OCUPACIONALES** | |
| USO DE EPP | USAR EPPS SEGÚN FACTORES DE RIESGO Y NIVEL DE EXPOSICIÓN |
| PAUTAS ERGONOMICAS | HIGIENE POSTURAL Y DE COLUMNA, NO ADOPTAR POSTURAS MANTENIDAS POR FUERA DE LOS ÁNGULOS DE CONFORT, ALTERNAR POSTURAS |
| PAUSAS ACTIVAS | REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CADA DOS HORAS CON ÉNFASIS EN MIEMBROS SUPERIORES Y COLUMNA Y VISUALES CADA HORA |
| USO DE CORRECCION VISUAL | PERMANENTE |

**RESTRICCIONES**

## EXAMENES REALIZADOS

| | |
|---|---|
| AUDIOMETRIA SOD | EVALUACION OPTOMETRICA EMPRESARIAL |
| EXAMEN MEDICO EMPRESARIAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR - INGRESOS | |

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada el día de hoy, los resultados de las pruebas paraclínicas y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante. **Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informó que recibiré notificación a mi correo@ para la consulta de los resultados de los exámenes de laboratorio y paraclínico realizados y que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.**

SIPLAS
MIEMBRO DEL GRUPO SYNLAB

# CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

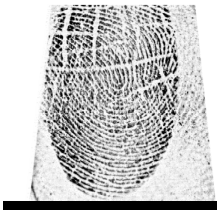
**Dirreción: Calle 94 N 15 - 45**
**Teléfono: 5938393 Ext 100**
**Web: www.siplaslab.com**
**Email: saludocu@siplaslab.com**

Giomar Bernal Yustes
Médica Esp. Salud Ocupacional
Licencia No. 256084/ 2014
U. El Bosque

**GIOMAR BERNAL YUSTES**
**RM: 53123206 L.S.O. 256084/2014**
**Firma y sello del médico siplasdor**

Paola Ramos G

**PAOLA ANDREA RAMOS GUERRERO**
**CC 1032446919**
**Firma del trabajador siplasdo**



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 14561339627

(415)7707212489984(8020) 000001456133962 7

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT): | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 0 3 2 4 4 6 9 1 9 | 5 | Impuestos de Bogotá 3 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 | 1 0 3 2 4 4 6 9 1 9 | 2 0 0 9 1 2 0 2 |

| Lugar de expedición / 28. País: | 29. Departamento: | 30. Ciudad/Municipio: |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Bogotá D.C. 1 1 | Bogotá, D.C. 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| RAMOS | GUERRERO | PAOLA | ANDREA |

35. Razón social:

36. Nombre comercial: | 37. Sigla:

## UBICACION

| 38. País: | 39. Departamento: | 40. Ciudad/Municipio: |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Bogotá D.C. 1 1 | Bogotá, D.C. 0 0 1 |

41. Dirección principal
CL 22 D 86 21 TO 1 AP 305

| 42. Correo electrónico: | 43. Código postal | 44. Teléfono 1: | 45. Teléfono 2: |
|---|---|---|---|
| paok08@hotmail.com | | 5 4 7 7 0 1 1 | 3 1 3 2 0 9 1 1 6 0 |

## CLASIFICACION

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código: | 47. Fecha inicio actividad: | 48. Código: | 49. Fecha inicio actividad: | 50. Código: 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8 5 2 3 | 2 0 1 4 0 5 1 3 | 8 5 4 3 | 2 0 1 4 0 5 1 3 | | | | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

### Obligados aduaneros

| 54. Código: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | |
| | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| | | | | | | | | | | |

### Exportadores

| 55. Forma | 56. Tipo |
|---|---|
| | |

| Servicio | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|
| 57. Modo | | | |
| 58. CPC | | | |

**IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación**

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 9 0 5 3 1

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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA
985. Cargo:

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO