SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**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 VALLE**

**SENA REGIONAL VALLE-DIRECCION REGIONAL - ACCIONES REGULAES ECONOMIA CAMPESINA Y PO**

**Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **76** |
| **Código Centro** | **101076** |
| **Fecha Elaboración** | **Diciembre de 2024** |
| **Versión** | **MARZO 2024 - 2,24** |
| **ID de Proceso** | **77763-555936** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos:** | VERA MARIA PEÑA QUINTERO | **Banco a consignar:** | BANCO CAJA SOCIAL |
| **Cédula de Ciudadanía** | 66.675.991 | **Tipo de cuenta:** | AHORROS |
| **Correo electrónico:** | vpeña@sena.edu.co | **Número de Cuenta:** | 24056783575 |
| **IP/Nº de contacto:** | 0 | **Presta Servicios Excluidos de IVA:** | NO |
| **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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nº del contrato:** | 7148015/2024 | **Nº Compromiso SIIF** | **288724** | **Número de pagos durante la vigencia del contrato** | 1 |

| | |
|---|---|
| **OBJETO CONTRACTUAL:** (Descripciòn del servicio prestado) | SERVICIOS PERSONALES: PRESTAR LOS SERVICIOS COMO APOYO ADMINISTRATIVO PARA LA ATENCIÓN A POBLACIONES ESPECIALES CON EL PROPÓSITO DE APOYAR LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE ECONOMÍA POPULAR. |

## DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Del** | **18/12/2024 Al 31/12/2024** | **Saldo Anterior del Contrato:** | $ 1.979.408 |
| **Número de pago** | **1** | **Valor Total del Contrato:** | $ 1.979.408 |
| **Valor Bruto Pago:** | **$ 1.979.408,00** | **Nuevo Saldo del Contrato:** | $ 0 |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 1.979.408 | 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** | **$ 1.979.408** | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 1.201.108** | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | | Diciembre | Noviembre |
|---|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | | ---------- | **123456789** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | | $ 1.300.000 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | | $ 162.500 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | | $ 208.000 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | | $ - | $ 0 |
| ARL I | | $ 6.800 | $ 0 |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ - | |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ - | |
| Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ - | |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias | | $ - | |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC | | $ - | |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias | | $ - | |
| Intereses Prestamo de Vivienda | | $ - | |
| Dependientes hasta | | $ - | |
| Salud hasta | $ 753.040 | $ - | |
| Renta Exenta 25% | $ 3.098.445 | $ 401.000 | |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | $ 0 | | |
| Retención en la Fuente Contingente | | $ | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 1.201.108,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 0,00 | |
| 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 - CALI | 0,00 | 0,000% |
| - | 0,00 | 0% |
| - | 0,00 | 0% |
| - | 0,00 | 0% |
| - | 0,00 | 0% |
| Pro-UCEVA | 9.897,00 | 0,500% |
| Universidad del Pacífico | 0,00 | 0,500% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| | 0,00 | |
| Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| **VALOR A PAGAR** | **$1.969.511,00** | |

**SON: UN MILLÓN NOVECIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS ONCE PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

A.- Apoyar la socialización de la oferta en los diferentes espacios convocados por la Unidad para las Víctimas y demás entidades que entidades que conforman el SNARIV y apoyar la estrategia de economía popular. B.- Apoyar el proceso de verificación de la caracterización de la población víctima incluida en el Registro Único de Víctimas y apoyar la estrategia de economía popular. C.- Hacer presencia y brindar atención en los Centros Regionales de Atención a víctimas CRAV, Puntos de atención, microferias, y demás espacios. por el SNARIV, según cronograma establecido y validado por el enlace regional de población victima o el coordinador de la agencia publica de empleo. D. Apoyar la implementación de acciones y estrategias para el cumplimiento de los indicadores de producto de atención a la población victima y apoyar la estrategia de economia popular. E. Apoyar sistematización de la información de la gestión adelantada para atender a la población victima y vulnerable. F. Apoyar en el levantamiento de bases de datos y en la ubicación de los beneficiarios de fallos de restitución de tierras y de sentencias de justicia y paz y apoyar la estrategia de economia popular.

**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

**VERA MARIA PEÑA QUINTERO**
**EL CONTRATISTA**

## CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí 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,

**JUAN BAUTISTA LONDONO PINEDA**
**PROFESIONAL G01**

**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**
**ALEX AMED VALENCIA ROJAS**
**DIRECTOR REGIONAL**

Servicio Occidental de Salud

SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

# FORMULARIO UNICO Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



| No. De Radicación | Fecha de Radicación |
|---|---|
| 2139136 | 11/21/21/07/24 |

## I. DATOS DEL TRÁMITE

**1. Tipo de Trámite:** A. Afiliación [ ] B. Novedad [X]

**2. Tipo de Afiliación:** A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia [X] - Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]

**3. Régimen:** A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

**4. Tipo de afiliado:** A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]

**5. Tipo de cotizante:** A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]

**Código a registrar por la EPS:**

## A. AFILIACIÓN

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

| 6. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| PEÑA | CARREÑO | VERA | MARIA |

| 7. Tipo de documento de identidad | 8. Número de documento de identidad | 9. Sexo | 10. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| CC | 66675991 | F [X] M [ ] | 09/11/1964 |

### III. DATOS COMPLEMENTARIOS

**Datos personales**

| 11. Etnia | 12. Discapacidad | 13. Puntaje SISBÉN | 14. Grupo de población especial |
|---|---|---|---|
| | Tipo [F][N][M] Condición [T][P] | | |

| 15. Administradora de Riesgos Laborales -ARL | 16. Administradora de Pensiones | 17. Ingreso base de cotización -IBC |
|---|---|---|
| | | 1300000 |

| 18. Residencia | | | |
|---|---|---|---|
| CONJUNTO LA RUEA | Teléfono fijo | 3163683233 | Correo electrónico |
| PALMIRA | Zona Urbana [ ] Rural [X] | CRA 10 CA PUERTA | VALLE |

### IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

| 19. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| Primer apellido | Segundo apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |

| 20. Tipo de documento | 21. Número de documento de identidad | 22. Sexo | 23. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| | | F [ ] M [ ] | D D M M A A A A |

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

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

| | 25. Tipo de Documento de Identidad | 26. Número de documento de Identidad | 27. Sexo | 28. Fecha de Nacimiento |
|---|---|---|---|---|
| B1 | | | F [ ] M [ ] | D D M M A A A A |
| B2 | | | F [ ] M [ ] | D D M M A A A A |
| B3 | | | F [ ] M [ ] | D D M M A A A A |
| B4 | | | F [ ] M [ ] | D D M M A A A A |
| B5 | | | F [ ] M [ ] | D D M M A A A A |

Datos complementarios

| | 29. Parentesco | 30. Etnia | 31. Discapacidad Tipo F | N | M | Condición T | P |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | |

| | 32. Datos de residencia Municipio/Distrito | Zona Urbana | Zona Rural | Departamento | Teléfono Fijo y/o celular | 33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | | | |
| B2 | | | | | | |
| B3 | | | | | | |
| B4 | | | | | | |
| B5 | | | | | | |

Selección de la IPS Primaria

| | 34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud -IPS | Código de la IPS (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|
| C | IPS CAFAMDI PALMIRA | 91850 |
| B1 | | |
| B2 | | |
| B3 | | |
| B4 | | |
| B5 | | |

### 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 | 36. Tipo de documento de Identificación | 37. Número de Identificación | 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 39. Ubicación | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Dirección | Teléfono | Departamento | Municipio/Distrito | Zona |
| | | | | |

OPEX SOLUCIONES Y LOGÍSTICA SAS - NIT 900.556.826-1

# B. REPORTE DE NOVEDADES

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 [ ]
- [ ] 6. Reinscripción en la EPS.
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [x] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de 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 | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo de Documento de Identidad | Número de documento de Identidad | Sexo | Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|
| | | F [ ] M [ ] | D D M M A A A A |

| 42. Fecha | 43. EPS anterior | 44. Motivo de traslado Código | 45. Caja de Compensación Familiar o pagador de Pensiones |
|---|---|---|---|
| D D M M A A A A | | | |

## 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 acrediten la condición de beneficiarios.
- [x] 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución prestadora de servicios de salud.
- [x] 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.
- [x] 51. Autorización para que la EPS reporte información que se genere de la afiliación o del reporte de no novedades o la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [x] 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.
- [x] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto.

## VIII. FIRMAS

| 54. Cotizante , cabeza de familia o beneficiario | 55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio. |
|---|---|
| | |

## IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] Cantidad: [ ] Total: [ ]
- [ ] 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 | 67. Datos del SISBÉN Número de ficha | Puntaje | Nivel | 68. Fecha de radicación |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | D D M M A A A A |

69. Fecha de Validación D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo documento de identidad | Número de documento de identidad | 71. Firma del funcionario |
|---|---|---|
| | | |

OBSERVACIONES:

**La firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capitulo VII del formulario.**

**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:

**VERA MARIA PEÑA QUINTERO,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **66.675.991**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 24 de Noviembre del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Banco Caja Social
Su banco amigo.

UNA EMPRESA DE FUNDACIÓN GRUPO SOCIAL

**HACE CONSTAR:**

Que el (los) cliente(s)

VERA MARIA PENA QUINTERO Identificado con CC 66675991

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina CR 27 PALMIRA, con las siguientes características:

**Cuentamiga**

| | |
|---|---|
| **Número:** | 24056783575 |
| **Fecha de apertura:** | 8 de Octubre de 2015 |
| **Condiciones de uso:** | Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector |
| **Estado:** | Cuenta activa |

Esta constancia se expide con destino a QUIEN PUEDA INTERESAR, realizada en la Oficina 0344 CR 27 PALMIRA de la ciudad de PALMIRA, el día Lunes, 25 de Noviembre de 2024.

Cordialmente,

**Vicepresidencia de Banca Masiva**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA | Banco Caja Social

## LABORATORIO CLINICO LA MERCED

Calle 32 No. 27 – 50 Tel. 2847198 Palmira (Valle)
e-mail: laboratoriolamerced32@gmail.com
Dra. Constanza Morales Rojas – Universidad Javeriana.
NIT: 41614554-3



| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombre/Apellido:** | VERA MARIA PEÑA QUINTERO | **Fecha de ingreso:** | 2024-11-25 08:14 |
| **Numero de Identificación:** | CC 66675991 | **Numero de orden:** | 241125009 |
| **Edad/Sexo:** | 60 Año(s)/F | **Entidad:** | PARTICULAR |
| **Dirección:** | PRADERA | **Fecha de nacimiento:** | 1964-02-01 |

## BIOQUIMICA SANGUINEA

| Parametro | Resultado | Referencia |
|---|---|---|
| **PERFIL LIPIDICO** | | |
| Fecha de validación: 2024-11-25 10:47 | | |
| COLESTEROL TOTAL | 254* | 150 - 220 mg% |
| COLESTEROL DE HDL | 74 | 46 O Mayor mg/dl |
| TRIGLICERIDOS: | 159 | 0 - 160 mg% |
| COLESTEROL VLDL: | 31.8 | 20 - 30 mg% |
| COLESTEROL LDL: | 148.2 | 150 - 190 mg% |
| INDICE ARTERIAL: | 3.4 | 3.5 - 5.9 mg% |
| **GLICEMIA PRE** | | |
| Fecha de validación: 2024-11-25 10:47 | | |
| NIVEL DE GLICEMIA | 94 | 60 - 110 mgr% |

## HEMATOLOGIA

| Parametro | Resultado | Referencia |
|---|---|---|
| **HEMOGRAMA SISTEMATIZADO III-IV-V** | | |
| Fecha de validación: 2024-11-25 10:47 | | |
| WBC | 5.58 | 5 - 10.0 x10^9/L |
| LYM# | 1.53 | 1.3 - 2.9 x10^9/L |
| MID# | 0.53 | 0.3 - 1.1 x10^9/L |
| GRA# | 3.52 | 2.2 - 7.7 x10^9/L |
| LYM% | 27.51 | 20.5 - 51.1 % |
| MID% | 9.47 | 6.6 - 15.6 % |

Laboratorio Clínico LA MERCED

Dra. Constanza Morales Rojas
Bacterióloga T.P 593

**LABORATORIO CLINICO LA MERCED**

Calle 32 No. 27 – 50 Tel. 2847198 Palmira (Valle)
e-mail: laboratoriolamerced32@gmail.com
Dra. Constanza Morales Rojas – Universidad Javeriana.
NIT: 41614554-3



| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombre/Apellido:** | VERA NARIA PEÑA QUINTERO | **Fecha de ingreso:** | 2024-11-25 08:14 |
| **Numero de Identificación:** | CC 66675991 | **Numero de orden:** | 241125009 |
| **Edad/Sexo:** | 60 Año(s)/F | **Entidad:** | PARTICULAR |
| **Dirección:** | PRADERA | **Fecha de nacimiento:** | 1964-02-01 |

| | | |
|---|---|---|
| GRA% | 63.02 | 43 - 74 % |
| RBC | 5.46 | 3.65 - 5.39 x10^12/L |
| HGB | 15.5 | 12 - 16 g/dL |
| MCHC | 32.24 | 32 - 35 g/dL |
| MCH | 28.41 | 24 - 32 pg |
| MCV | 88.13 | 80 - 94 fL |
| RDW-CV | 11.09 | 11.5 - 15.5 % |
| RDW-SD | 39.81 | 35 - 56 fL |
| HCT | 48.08 | 36 - 50 % |
| PLT | 306 | 150 - 450 x10^9/L |
| MPV | 8.32 | 6 - 10.4 fL |
| PDW | 16.15 | 10 - 18 % |
| PCT | 0.25 | 0.1 - 0.5 % |
| P-LCR | 23.94 | 13 - 43 % |

## LIQUIDOS CORPORALES

| Parametro | Resultado | Referencia |
|---|---|---|
| **PARCIAL DE ORINA** | | |
| Fecha de validación: 2024-11-25 09:54 | | |
| *FISICO QUIMICO* | | |
| COLOR: | AMARILLA PALIDA | |
| ASPECTO | TRANSPARENTE | |
| DENSIDAD | 1015 | |
| pH | 5.5 | |
| BILIRUBINAS | NEGATIVO | |

Laboratorio Clínico LA MERCED

Dra. Constanza Morales Rojas
Bacterióloga T.P 593

**LABORATORIO CLINICO LA MERCED**

Calle 32 No. 27 – 50 Tel. 2847198 Palmira (Valle)
e-mail: laboratoriolamerced32@gmail.com
Dra. Constanza Morales Rojas – Universidad Javeriana.
NIT: 41614554-3



| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombre/Apellido:** | VERA MARIA PEÑA QUINTERO | **Fecha de ingreso:** | 2024-11-25 08:14 |
| **Numero de Identificación:** | CC 66675991 | **Numero de orden:** | 241125009 |
| **Edad/Sexo:** | 60 Año(s)/F | **Entidad:** | PARTICULAR |
| **Dirección:** | PRADERA | **Fecha de nacimiento:** | 1964-02-01 |

| | |
|---|---|
| UROBLINOGENO | NORMAL |
| CUERPOS CETONICOS | NEGATIVO |
| GLUCOSA | NEGATIVO |
| ALBUMINA | NEGATIVO |
| SANGRE: | NEGATIVO |
| LEUCOCITOS | NEGATIVO |
| NITRITOS | NEGATIVO |
| ***MICROSCOPICO*** | |
| LEUCOCITOS: | NO SE OBSERVA |
| ERITROCITOS | NO SE OBSERVA |
| CEL. EP. ALTAS | NO SE OBSERVA |
| CEL. EP. BAJAS | ESCASOS |
| HIFAS | NO SE OBSERVA |
| CILINDROS LEUCOCITARIOS | NO SE OBSERVA |
| CILINDROS EPITELIALES | NO SE OBSERVA |
| CILINDROS HIALINOS | NO SE OBSERVA |
| CILINDROS GRANULOSOS | NO SE OBSERVA |
| BACTERIAS: | ESCASOS |
| MOCO | NO SE OBSERVA |
| LEVADURAS. | NO SE OBSERVA |
| PSEUDOMICELIOS: | NO SE OBSERVA |
| FOSFATOS AMORFOS | NO SE OBSERVA |
| URATOS AMORFOS | NO SE OBSERVA |
| OXALATO DE CALCIO | NO SE OBSERVA |

Laboratorio Clínico LA MERCED

Dra. Constanza Morales Rojas
Bacterióloga T.P 593

**LABORATORIO CLINICO LA MERCED**

Calle 32 No. 27 – 50 Tel. 2847198 Palmira (Valle)
e-mail: laboratoriolamerced32@gmail.com
Dra. Constanza Morales Rojas – Universidad Javeriana.
NIT: 41614554-3



| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombre/Apellido:** | VERA NARIA PEÑA QUINTERO | **Fecha de ingreso:** | 2024-11-25 08:14 |
| **Numero de Identificación:** | CC 66675991 | **Numero de orden:** | 241125009 |
| **Edad/Sexo:** | 60 Año(s)/F | **Entidad:** | PARTICULAR |
| **Dirección:** | PRADERA | **Fecha de nacimiento:** | 1964-02-01 |

| | |
|---|---|
| CRISTALES DE ACIDO URICO | NO SE OBSERVA |
| CRISTALES FOSFATO TRIPLE | NO SE OBSERVA |
| *Trichomona vaginalis:* | NO SE OBSERVA |
| ESPERMATOZOIDES | NO SE OBSERVA |

Laboratorio Clinico LA MERCED

Dra. Constanza Morales Rojas
Bacterióloga T.P 593

| Unidad de Salud Ocupacional | VALORACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR | Cód.:FT-MO-Vm-21<br>Versión : 5<br>Fecha: 01/12/2023<br>Página: 1 |
|---|---|---|

## CERTIFICADO MEDICO LABORAL

**Fecha Valoración Médica:**2024-11-25
**Fecha Cierre Concepto:**2024-11-25
**Nombre:** VERA MARIA PEÑA QUINTERO
**Empresa:**Particular
**En Misión:**
**Ciudad del Exámen:**PALMIRA
**Cedula de Ciudadanía:**66675991

**Tipo de examen:**PREINGRESO

**Cargo:**MONITORA 70022



**Para tomar el concepto de aptitud se tuvieron en cuenta los siguientes paraclínicos:**

HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL DE INGRESO, OPTOMETRIA,

**CONCEPTO MÉDICO LABORAL DE APTITUD:**SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

## REMISIÓN

NINGUNA
**Observación:** NINGUNA

## RESTRICCIÓN

NO

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Hábitos de vida saludables,Ejercicio Regular,Control de Peso,Dieta, Uso de E.P.P según matriz de riesgos,Realizar pausas activas,Autocuidado,Higiene postural,Reportar accidentes de trabajo oportunamente,Prevención de accidentalidad,Incluir en PVE de acuerdo al perfil de riesgo del cargo

## TRABAJOS ESPECIALES

**Trabajo en alturas:**NO APLICA
**Trabajo en altitudes > 2500 mts:**NO APLICA
**Trabajo en espacios confinados:**NO APLICA
**Trabajo con energía peligrosa:**NO APLICA
**Trabajo con radiaciones ionizantes:**NO APLICA
**Trabajo en altas temperaturas:**NO APLICA
**Trabajo con Izaje de Cargas:**NO APLICA

**Manipulación de alimentos:**NO APLICA
**Trabajo en ambientes hiperbáricos:**NO APLICA
**Trabajo como brigadista:**NO APLICA
**Conducción de vehículos:**NO APLICA
**Manipulación de sustancias químicas:**NO APLICA
**Trabajo en bajas temperaturas:**NO APLICA
**Manipulación de Productos para el Consumo Humano (Productos de : Limpieza, Cosméticos, Cuidado Personal):** NO APLICA

**Trabajo en caliente:**NO APLICA

| | | |
|---|---|---|
| **PVE VISUAL:** ☐ | **PVE AUDITIVO:** ☐ | **PVE RESPIRATORIO:** ☐ |
| **PVE ERGONÓMICO:** ☐ | **PVE CARDIOVASCULAR:** ☐ | **PVE PSICOSOCIAL:** ☐ |
| **PVE QUIMMICO:** ☐ | **PVE RADIACIONES IONIZANTES:** ☐ | **PVE BIOLOGICO:** ☐ |

## OBSERVACIONES GENERALES

CAMBIO DE CORRECCIÓN ÓPTICA.

*VERA MARIA PEÑA QUINTERO*
**C.C:**66675991

JUAN CARLOS BARCELO NIETO
**Registro:** 27426
**Lic:** 30313/2015

| Unidad de Salud Ocupacional | OPTOMETRIA | Cód.:FT-MO-OP-01<br>Versión : 5<br>Fecha: 01/12/2023<br>Página: 1 |
|---|---|---|

## INFORMACIÓN GENERAL

**Fecha:** 2024-11-25
**Nombre:** VERA MARIA PEÑA QUINTERO
**Empresa:** Particular
**En Misión:**
**Ciudad del Exámen:** PALMIRA
**Cédula:** 66675991

**Tipo de examen:** PREINGRESO

**Cargo:** MONITORA



## ANEMNESIS

**Primera vez:** NO
**Usa rx:** SI
**RX en uso OD:** +200
**Clase:** NO APLICA
**Observaciones:**

**Tipo:** GAFAS
**RX en uso OI:** +200
**Anti Reflejo:** ☐

**Ultimo Examen visual:** Años: 2 Meses: 00 Dias: 00
**Uso:** NO APLICA
**ADD:** +250
**Policarbonato:** ☐
**Otros:**

## ANTECEDENTES PERSONALES

**HTA:** NO
**Pterigio:** NO
**Observaciones:** NO REPORTA

**Diabetes:** NO
**Glaucoma:** NO

**Triglicéridos:** NO
**CX_Ocular:** NO

## ANTECEDENTES LABORALES(factor de riesgo)

### Fisicos

**Radiaciones (UV-IR):** SI
**Soldadura:** NO
**Fundición:** NO
**Iluminación:** NO
**Calor:** SI

### Quimicos

**Polvo:** SI
**Humo:** NO
**Liquido:** SI
**Gases y/o vapores:** SI

### Fisico - quimicos

**Madera:** NO
**Metal:** NO
**Papel:** NO
**Plásticos:** NO
**Textiles:** NO
**Vidrios:** NO
**Sust inflam:** NO
**Arco Eléctrico:** NO

### Eléctricos

**Aparatos eléctricos:** NO

### Biologicos

**Material de laboratorio:** NO
**Secrecciones:** NO
**Otros:**

### Ergonómicos

**Fijación permanente:** NO
**Otros:**

**Observaciones:**

## SÍNTOMAS ACTUALES

**Disminución AV lejos:** SI
**Disminución AV cerca:** SI
**Enrojecimiento:** SI
**Desviación ocular:** NO
**Asintomáticos:** SI

**Cansancio:** SI
**Lagrimeo:** SI
**Ardor:** NO
**Fotofobia:** SI

**Cefalea:** SI
**Prurito:** NO
**Secreción:** NO
**Sequedad:** NO

USO CONFIDENCIAL

## Agudeza visual

### Sin corrección

**Lejos OD:** 20/menor
**Cerca OD:** 1.00 M
**Lejos OI:** 20/menor
**Cerca OI:** 1.00 M

### Con Corrección

**Lejos OD:** 20/40
**Cerca OD:** 1.00 M
**Lejos OI:** 20/40
**Cerca OI:** 1.00 M

## Examen externo

**Ojo derecho:**
**Observaciones:** NORMAL

**Ojo izquierdo:**

## Estado motor

**CVX Confrontación:** NORMAL
**Visión lejana:** ORTHO
**Mono vision:**

**Visión próxima:** ORTHO
**PPC:** 9

## Oftalmoscopia

**Ojo derecho:** NORMAL
**Observaciones:** NORMAL

**Ojo izquierdo:** NORMAL

## Refracción

**Ojo derecho:** +300-075X105
**Ojo izquierdo:** +350

**AV:** 20/20
**AV:** 20/20

## Subjetivo

**Subjetivo (Rx final) OD:** +300-075X105
**Subjetivo (Rx final) OI:** +350
**ADD:** +300

**AV L:** 20/20
**AV L:** 20/20

**AV C:** 0.50 M
**AV C:** 0.50 M

## Visión cromática

**Ojo derecho:** NORMAL
**Observaciones:** NORMAL

**Ojo izquierdo:** NORMAL

**Estereopsis:** NORMAL

USO CONFIDENCIAL

## DIAGNÓSTICO

**Diagnostico OD:** ASTIGMATISMO,PRESBICIA
**Diagnostico OI:** HIPERMETROPIA,PRESBICIA
**Recomendaciones:**

## CONDUCTA A SEGUIR

**Conducta a seguir:** CAMBIO DE CORRECCION
**Corrección uso:** PERMANENTE
**Correccion tipo:** POLI Y AR
**Filtro UV:** ☑
**Gafas con filtro UV:** ☐
**Control en (1) año:** ☑
**Control en (6) meses:** ☐
**Continuar uso EPP:** ☑
**Dotar EPP(Gafas de seguridad):** ☐
**Remisión oftalmologia:** ☐
**Remisión ortoptica:** ☐

VERA MARIA PEÑA QUINTERO
**C.C:**66675991

Angela Patricia Moreno Rodriguez
**Registro:**0203
**Lic:**

USO CONFIDENCIAL

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

## Hace constar:

Que el Sr(a) VERA MARIA PEÑA QUINTERO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 66675991 realizó el día 19/12/2024 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, Articulo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

---

## Compromiso SST:

Yo VERA MARIA PEÑA QUINTERO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 66675991 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.

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

## Hace constar:

Que el Sr(a) VERA MARIA PEÑA QUINTERO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 66675991 el día 19/12/2024 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

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

De acuerdo con los registros del Sistema para la Administración y Control de Bienes SACB, el documento 66675991 NO ha sido registrado en la Base de Datos y por tanto NO registra bienes a cargo.

Fecha de emisión del reporte: 19 de Diciembre de 2024 a las 15:26:34

El cuentadante responde administrativa y fiscalmente por los bienes aquí relacionados y rendirá cuentas de su utilización. Todo ello según lo dispuesto sobre este particular en la Constitución Política Nacional Art. 124 y en especial lo establecido en los numerales 21 y 22 del Art. 34 de la Ley 734 de 2002; Resolución 1378 de 2018 y en las obligaciones generales de los Contratos de Prestación de Servicios.

CUFE: 0de06091bea3266cc1d38ddeac3c0b4e7f5dee99a0607ee853f73c0e64d6bc5cc540dd549171023618e835a44ac77f43

SEGUROS DEL ESTADO

NIT. 860.009.578

Factura Electrónica
De Venta

N°. 45G-311976

Grandes Contribuyentes
RESPONSABLES DE IVA
Agente Retenedor de I.V.A.
Código CIIU 6511

Fecha: 17 | 12 | 2024

Hora: 00:00:00

Somos Gran Contribuyente de ICA para Bogotá según Resolución Número DDI-023769 29 de noviembre de 2021.
Resolución Dían No. 18764055722085. Fecha de vigencia desde 2023/09/08 hasta 2025/03/08 Con Prefijo 45G, Desde 212675 A 500000.
Autoriza DE 212675 AL 500000

**Fecha validación Dian:**2024/12/17 21:53:10

La factura no es constancia del recaudo o pago de la póliza

| | |
|---|---|
| **Razón Social:** | PENA QUINTERO VERA MARIA |
| **Cédula de ciudadanía:** | 66675991 |
| **Dirección:** | CL 35 C NRO. 4 - 22 |
| **Teléfono:** | 3152192152 |
| **E-mail:** | VEMAPE164@GMAIL.COM |

| No. | Cód Ramo Comercial | Descripción | Unidad | Cantidad | Valor Uni | Valor |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 46 | POLIZA DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL ONLINE - 45 - 101027656 - 0 | unidad | 1 | 28.000,00 | 28.000,00 |

**Total**
1

Observaciones:

Valor en letras: SON: TREINTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS

| | |
|---|---|
| Subtotal | 28.000,00 |
| Impoconsumo | 0.00 |
| IVA | 5.320,00 |
| Total | 33.320,00 |

Forma de Pago: Contado

Medio de Pago: Efectivo

Firma Autorizada

IFactura Transfiriendo
Proveedor Tecnológico Autorizado DIAN Nit: 900.032.159-4

Referencia pago
1101164035311-1

(415)7709998021167(8020)110116403531111(3900)000000033320(96)20251218

| | |
|---|---|
| | Versión: 05 |
| | Código: GTH- F- 074 |

## Proceso Gestión de Talento Humano

## Formato Entrega de Bienes e Información de Ejecución Contractual por el Contratista

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **vera maria peña quinetero** | | | | | | **IDENTIFICACIÓN 66675991** |
| **CIUDAD** | cali | **FECHA** | **20/12/2024** | **REGIONAL** | **VALLE** | |
| **DIRECCIÓN U OFICINA DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO:** | | | **REGIONAL VALLE SENA** | | | |
| **NÚMERO Y FECHA DE CONTRATO:** | **CO1. PCCNTR.7148015** | | | | | |

## CAUSAL DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO** | x | **CESIÓN** | | **LIQUIDACIÓN ANTICIPADA POR MUTUO ACUERDO** | | **TERMINACIÓN UNILATERAL** | |

| **DEPENDENCIA SENA** | **Marcar con x** | **RESPONSABLES** | |
|---|---|---|---|
| | | **NOMBRES Y APELLIDOS** | **FIRMA** |
| GESTIÓN DE TIC | x | **Carlos Molina** | |
| ADMINISTRACIÓN DE DOCUMENTOS | x | **Juan Bautista Londoño Pineda** | |
| ENTREGA CARNÉ (A Supervisor del Contrato en las Regionales y Centros de Formación) SECRETARÍA GENERAL | x | **Juan Bautista Londoño Pineda** | |
| ALMACÉN E INVENTARIOS | x | **Generar reporte de https://miinventario.sena.edu.co/Inicio.aspx y anexar al formato, garantizando que no tiene elementos a su cargo.** | |
| SERVICIOS GENERALES, ADQUISICIONES (Administración de edificio; Contratación) | | | |
| CONTABILIDAD | | | |
| TESORERIA | | | |
| COORDINACIÓN DE: ÁREA/GRUPO/ ACADEMICA | | | |
| BIBLIOTECA | x | Jhon Miguel Parra Hernandez | |
| OTRO | | | |
| OTRO | x | **Juan Bautista Londoño Pineda** | |
| SUPERVISOR DE CONTRATO | x | **Juan Bautista Londoño Pineda** | |

ELEMENTOS FALTANTES U OBLIGACIONES PENDIENTES (Relacionar con su respectivo valor)

OTROS : _____

Firma del Contratista