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 DISTRITO CAPITAL

CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD- BTÁ D.C.

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

Código Regional	**11**
Código Centro	**940310**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**25564-814593**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	ELBA CELINA PEREZ FAURA	**Banco a consignar:**	BANCO CAJA SOCIAL
Cédula de Ciudadanía	39.530.418	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	elbacelinap@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	26501101439
IP/Nº de contacto:		**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 2024**	SI

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	SI
Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a $65.891.000	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2025 es igual o superior a $164.336.700 (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:	7410715/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**7325**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR:PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL PROGRAMADA POR EL CENTRO DE FORMACIÓN DE TALENTO HUMANO EN SALUD EN LA RED DE CONOCIMIENTO SALUD EN LAS ÁREAS TEMÁTICAS DE SALUD PÚBLICA, APOYO

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**06/02/2025 Al 28/02/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 38.598.120
Número de pago	**1**	**Valor Total del Contrato:**	$ 38.598.120
Valor Bruto Pago:	**$ 2.859.120,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 35.739.000

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.859.120	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	**$ 2.859.120**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.836.620**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Febrero	Enero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**0**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.423.500	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 178.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 0	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	III	$ 34.700	$ 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	$ 796.784	$ 197.800	
Renta Exenta 25%	$ 36.062.775	$ 612.000	
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	1.836.620,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	2.681.120,00	
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 - BOGOTÁ	25.900,00	0,966%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Otras Retenciones	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%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$2.833.220,00**	

SON: DOS MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y TRES MIL DOSCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

ASISTIR A TALLER DE ESTANDARIZACION DE PLATAFORMA TEAMS Y ASOCIACION RUTA SOFIA PLUS EN UNIDAD SAN ANTONIO, REALIZAR SESION SINCRONICA SOCIALIZACION REGLAMENTO DEL APRENDIZ, REALIZAR TALLER FORMATIVO CON EQUIPO EJECUTOR DE PLAN DE SESION, FORMATOS INSTAURADOS POR APOYO PEDAGOGICO, REALIZAR EJECUCION DE LA FORMACIÓN ACTIVIDADES DE PROYECTO E INICIO DE INDUCCION PRESENCIAL Y VIRTUAL CON FICHA 3107366, EN HOSPITAL SAN JOSE INFANTIL. REALIZAR TALLER DE REGISTROS DE ENFERMERIA CON CASO SIMULADO DESARROLLO DE GUIA DE PRACTICA CLINICA EN MEDICINA INTERNA 5B. EN EL HUSJI, REALIZAR FUNDAMENTACIÓN TEORICA DE CONSTANTES VITALES REGISTROS CLINICOS E INICIO DE PRACTICA, EN HUSJI CON EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES BASICAS CUIDADOS DE LA VIDA DIARIA, RECIBO DE TURNO CONTROL DE CONSTANTES VITALES REGISTROS CLINICOS DE ENFERMERIA CON GRUPO 1 DE ROTACIÓN EN EL 5B.

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

ELBA CELINA PEREZ FAURA
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,

EDINSON ELJADUE CASTILLA
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
CARLOS ARTURO SALGAR RAMÍREZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

17/02/25 20:56:41 USUARIO: SIC - C.C. 39530418

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) ELBA CELINA PEREZ FAURA identificado(a) con Cedula Ciudadania 39530418, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20180903	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 19 días del mes de Febrero de 2.025

Observaciones:

Con destino a:
A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO CER-AFI
27929100

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 900.379.921

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **ELBA CELINA PEREZ FAURA** identificado(a) con **CC** número **39.530.418**, es pensionado(a) por **VEJEZ** en nuestro FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN S.A., desde el día **18 de abril de 2022**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 19 de febrero de 2025

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***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

2025021919002

Protección

Bogotá, 31 de marzo de 2022

Apreciado
ELBA CELINA PEREZ FAURA
CC 39530418
cra 62 #64 - 75 apto 1120 torre 5
Telefono 3203794506
BOGOTÁ, D.C., BOGOTÁ, D.C.

En Protección estamos para guiarte en cada paso del camino hacia la materialización de tus metas, por lo que nos complace notificarte el **Reconocimiento de la Pensión de Vejez Anticipada**, solicitada ante nuestra entidad.

De acuerdo con el análisis efectuado para determinar el derecho a la prestación económica, la misma será reconocida a partir 01-mar-2022.

Bajo la modalidad de **Retiro Programado**, el detalle de la prestación reconocida es:

Valor Mesada Pensional*	2.203.907,15	13 mesadas por año
Valor Retroactivo **	**2.203.907,15**	Desde 01-mar-2022 Hasta 30-mar-2022

*Del valor de la mesada pensional se descontará:

- Descuento Fondo Solidaridad Pensional - FSP	Ver anexo 2- Artículo 8 Ley 797 de 2003
Descuento para cotización a la EPS (Entidad Promotora de salud	Ver anexo 1

***Del pago retroactivo anteriormente mencionado se realizará el descuento del aporte al Sistema General de Seguridad Social en Salud dando cumplimiento a la Resolución 2388 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social.*

Los beneficiarios que se tuvieron en cuenta para la definición de tu pensión son:

Sin beneficiarios de ley.

Es importante recordar que la modalidad que seleccionaste es Retiro Programado sin Negociación por lo que, es importante tener en cuenta que, como consecuencia de las actualizaciones de tu historia laboral, el valor del bono pensional a la fecha de la redención normal puede ser diferente al valor con el que se calculó inicialmente generando un recalculo de la pensión.

Adicionalmente, es importante que tenga en cuenta que los excedentes de libre disponibilidad se calcularán

Scanned with CamScanner

únicamente en el momento en que el bono pensional se encuentre redimido como es indicado en la Circular 013 de 2012 de la Superintendencia Financiera.

Cabe advertir, que a partir del momento en que el bono pensional a cargo de la Nación y de COLPENSIONES sea pagado por las entidades competentes, se acreditará en la cuenta de ahorro individual para completar el capital que financie la pensión.

Para garantizar el ingreso a la nómina de pensionados, te invitamos a consultar el Anexo 1 - Reconocimiento Pensión de Vejez en donde encontrarás los pasos a seguir; así mismo, todas las consideraciones legales para la determinación del derecho a la prestación reconocida en esta notificación en el Anexo 2 - Consideraciones Legales.

Es importante que registres directamente ante tu EPS la novedad de tu condición como pensionado, considerando lo establecido en el artículo 2.1.6.5 del Decreto 780 de 2016 (Decreto Reglamentario del Sector Salud y Protección Social), realizar este cambio es necesario para garantizar la presentación del servicio de salud, y queda bajo la responsabilidad del pensionado.

Ten en cuenta que, si en la actualidad tienes una relación laboral activa, informaremos del reconocimiento de esta prestación a tu empleador.

En caso de encontrarte en desacuerdo con esta notificación, puedes presentar una solicitud de reconsideración, por escrito, a través de nuestros canales de servicio. No dudes en comunicarte con nosotros a nuestra línea de servicio en Bogotá 7444464, Medellín y Cali 5109099, Barranquilla 3197999, Cartagena 6424999 o a nivel nacional 01 8000 52 8000 a través de un fijo, o ingresando a www.proteccion.com

Agradecemos la confianza depositada en nosotros durante estos años y te reiteramos nuestro deseo de seguir acompañándote en tu camino.

Cordialmente,

Equipo Definición de Beneficios Pensionales
Proteccion S.A.

Analizo: MADVANCE

Scanned with CamScanner

Importante,

De acuerdo con lo establecido en la Ley 1204 de 2008, en caso de su fallecimiento, la pensión le será sustituida, de manera provisional, a quienes ha señalado como sus beneficiarios para el reconocimiento y cálculo de esta pensión, y cuyos nombres y parentescos fueron enunciados en la primera parte de este documento.

Acepto,

ELBA CELINA PEREZ FAURA
CC 39530418

Huella

Nota:
En caso de cambio y/o retiro de los beneficiarios, deberá informarlo a PROTECCION S.A. a través de comunicación escrita, adjuntando los respectivos documentos que acrediten el ingreso o retiro de beneficiarios. De no hacerlo, la ley 1204 de 2008 establece en favor de la cónyuge supérstite o compañero(a) permanente del anterior reporte, la presunción legal de no haberse separado de él o ella por su culpa.

Debe tener en cuenta que adicional a esta solicitud, los beneficiarios deberán presentar en su oportunidad la solicitud de sustitución definitiva, acompañando el registro civil de defunción y esta constancia de presentación de la solicitud de traspaso provisional de la pensión.

Scanned with CamScanner

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14891559194

(415)7707212489984(8020) 000001489155919 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
3 9 5 3 0 4 1 8	0	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	3 9 5 3 0 4 1 8	

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
PEREZ	FAURA	ELBA	CELINA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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: CR 62 64 75 AP 1120 TO 5 CON EL LABRADOR BRR JOSE JOAQUIN VARGAS

42. Correo electrónico: elperfaura@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	6 4 1 0 0 0 3	3 2 0 3 7 9 4 5 0 6

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		**Actividad secundaria**		**Otras actividades**			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	1 9 8 6 0 2 0 3	8 5 4 1	2 0 1 9 0 6 1 2	8 5 4 2	8 5 4 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	5	4 9																								

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	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

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 PEREZ FAURA ELBA CELINA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	39530418	ELBA CELINA PEREZ FAURA	CARRERA 62 No. 64 - 75 APT 120 TORRE 5	6410003	ELPERFAURA@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-12	2024-12	I	07/01/2025	82494306	$220.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	31.700				31.700	0	0	31.700			317	31.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	26.000	0	0	26.000	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.500	162.500
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	31.700	31.700
CCF	1	26.000	26.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	220.200	220.200

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	39530418	ELBA CELINA PEREZ FAURA	CARRERA 62 No. 64 - 75 APT 120 TORRE 5	6410003	ELPERFAURA@HOTMAIL.COM	

FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-12	2024-12	I	07/01/2025	82494306	$220.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado
1	CC	39530418	PEREZ FAURA ELBA CELINA	59	4			N

No.	INFORMACIÓN NOVEDADES: ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN
1																

No.	PENSIÓN: Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia
1		0	0	0	0	0	0

No.	SALUD: Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	RIESGOS LABORALES: Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización
1	EPS008	1.300.000	162.500	14-23	1.300.000	3	31.700

No.	CCF: Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	PARAFISCALES: IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CCF24	1.300.000	26.000	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

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, **ELBA CELINA PEREZ FAURA** identificado con **CC** No. **39530418**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de inicio de cobertura:** 06/02/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 06/02/2025 **Fecha fin de Contrato:** 23/12/2025 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de 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 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): 202501012706903.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 19 días del mes de febrero de 2025.

Cordialmente,

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_13_2_2_FR01 v_09
MIS_4_1_3_FR15 v_010

SERVISALUD
OCUPACIONAL IPS S.A.S.

NIT. 830.136.321-5
LIC.SST Res 14910 de 28-11-2018 de la SDS

CONCEPTO DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL



FECHA 27-ene.-2023 **HORA** 09:29:40
EMPRESA SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
TIPO DE EXAMEN: INGRESO
INFORMACIÓN GENERAL:
Nombre del Trabajador: Elba Celina Perez Faura
Edad 59 años 4 meses 18 dias
Documento de Identificación: CC Número: 39530418
Cargo INSTRUCTORA

APTO PARA LABORAR EN EL CARGO ASIGNADO

Diagnóstico 1: Z100 Examen de salud ocupacional

EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

Audiometria: Su capacidad auditiva es adecuada para la ocupación.

Optometria
Vision Lejana: CUMPLE CON LAS CONDICIONES DEL CARGO, DEFECTO VISUAL PARA CERCA, QUE REQUIERE EXAMEN DE OPTOMETRIA
Vision Cercana: CUMPLE CON LAS CONDICIONES DEL CARGO, SE RECOMIENDA USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION VISUAL DE ACUERDO A LA LABOR QUE DESEMPEÑE .

LABORATORIO: GLICEMIA: NORMAL / PERFIL LIPIDICO: ANORMAL

Otras Recomendaciones: 1/ / Hábitos de vida y convivencia saludables que mejoren la carga laboral y disminuyan el riesgo psicosocial. 2/ Autocuidado en el sitio de trabajo y uso de EPP acorde a la actividad laboral . 3/ Reportar todo accidente o incidente que ocurra en el trabajo . 4/ Reportar las condiciones de trabajo que puedan ser generadoras de accidentes laborales . 5/ Práctica de Gimnasia laboral como recesos saludables durante la jornada. 6/ Adecuados hábitos posturales para conservar un buen estado de la columna y evitar alteraciones osteomusculares. 7/ Cuidados con la alimentación e hidratación constante , 8/ Control anual con odontología y medicina general por EPS. 9/ Técnica de lavado de manos con el fin de evitar enfermedades respiratorias y diarreicas.

No se detectó ninguno de los diagnósticos listados como comorbilidades. Tener en cuenta las indicaciones y recomendaciones de los protocolos del ministerio de salud para el entorno laborar y grupos riesgos COVID-19 según circular 030 del 08 de mayo del 2020.

AYUDAS DIAGNOSTICAS PRACTICADAS
MEDICO: Normal. / MUSCULOESQUELETICO: Normal / CARDIOVASCULAR: CON HALLAZGO ./ DERMATOLÓGICO: Normal.// PSICOSOCIAL: Normal,./ CUADRO HEMÁTICO: Normal./ ANTICUERPOS HB: (-)./ NIEVLES DE INMUNIDAD. / P ORINA : (-) / NORMAL. / REMISION A EPS?: SI, VALORACION POR NUTRICION, MEDICINA GENERAL Y OPTOMETRIA.

"El examinado certifica que no omitió ningún dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales , personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud, y que toda la información expresada en este documento es cierta"
LOS RESULTADOS FUERON CONSIGNADOS EN UNA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL QUE REPOSA EN NUESTRA IPS

Médico

Firma Reg. Med. 72173322 LIC.SST 3508 19/07/22
Nombre: JOSE GERARDO GUZMAN ROMANO
RM. SST3508-19-07-22 Lic.SO:

Trabajador

Firma Elba Perez
Nombre: Elba Celina Perez Faura
CC N° 39530418

Huella

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: Autorizo a **Servisalud ocupacional IPS.,** a realizar en mí, el examen médico y/o paraclinico(s) ocupacional (es) registrado(s) en este documento. **Servisalud ocupacional IPS.,** me ha explicado la naturaleza y propósito del exámen médico y/o paraclinico(s) opcional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones, los riesgos y consecuencias del examen y/o paraclinico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de pruebas.

Entiendo que la realización de estas pruebas es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que realizara(n) el (los) exámenes. Fui informado de las medidas que tomara SERVISALUD OCUPACIONAL IPS., para asegurar la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este (os) examen (es) están completas y son verídicas. Autorizo a SERVISALUD OCUPACIONAL IPS., para que suministre a las entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo contempladas en la legislación vigente.

AUTORIZACIÓN DE PROTECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Autorizo de manera voluntaria, previa, explicita, informada e inequívoca a SERVISALUD OCUPACIONAL IPS, la recolección, almacenamiento de datos y que sean usados, circulados y en general tratados, con la finalidad de desarrollar nuestro objeto social, el cual es el servicio de salud ocupacional, la realización de exámenes de laboratorio, igualmente para la identificación de las personas y para la suscripción de contratos.

Con el objetivo de verificar la autenticidad de la identidad de los usuarios y con la finalidad de garantizar la seguridad de la identidad, evitar suplantaciones, fraudes y para efectos de carácter probatorio, SERVISALUD OCUPACIONAL IPS S.A.S, realizará la recolección de la firma digitalizada, fotografía digitalizada y la huella dactilar digitalizada, los cuales están clasificados como datos sensibles, que son almacenados en la historia clínica y por lo tanto no se almacenarán en bases de datos que serán tratadas por EL RESPONSABLE, garantizando así el derecho a la intimidad y confidencialidad.

Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Trabajador:

Firma: _____

Nombre: Elba Cristina Perez Tovar

CC No. 39530418



Powered by CamScanner

SERVISALUD OCUPACIONAL IPS SAS

SERVISALUD OCUPACIONAL IPS S.A.S.
NIT 830.136.321-5
Código Prestador Servicios No. 1100112762 - 01
Licencia en Salud Ocupacional No.10722 de 08/11/08

N° Identificación: CC 39530418
Paciente Elba Celina Perez Faura **Edad** 59 años 4 meses 18 dias
Direccion CONJUNTO RESIDENCIAL EL LABRADOR (BARRIOS UNIDOS) **Telefono** 3203794506
Entidad SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA **Fecha** viernes, 27 de enero de 2023

LABORATORIO

QUIMICA SANGUINEA

Examen	Resultado	Técnica	Unidad	Vr.Normal
GLICEMIA	85	Enzimático	mg/dL	70-110
COLESTEROL TOTAL	341*	Enzimático	mg/dL	< 200
COLESTEROL HDL	64	Enzimático	mg/dL	H >55 M > 65
COLESTEROL LDL	252*	Semiautomatizado	mg/dL	< 130
TRIGLICÉRIDOS	124	Enzimático	mg/dL	< 150

REALIZADO POR:
FRANCY MILENA CHAVARRIO CAÑAS
BACTERIOLOGA UCMC
T.P. 1022981858

Francy M. Chavarrio C.
Bacterióloga UCMC
T.P. 1022981858

MARIA CAROLINA GALVIS ROMERO
RM.. 52125928

Powered by CamScanner

LABORATORIO BIOCLÍNICO 99
Dra. Ana Myriam Pérez Faura
NIT. 51.800.920-1
*Cra.99 No. 16 J Bis – 03 * Local 2 **
Tel: 601-298 5266

FECHA: ENERO 15 DE 2.025 **No.:** 0083.

PACIENTE: ELBA CELINA PÉREZ FAURA.

DOCUMENTO: CC # 39.530.418

EXÁMEN SOLICITADO

GLICEMIA BASAL: 79,2 mg/dl.

V/Referencia: 70-105 mg/dl.

TÉCNICA: Oxidasa/Peroxidas.

Dra. Ana Myriam Pérez Faura
Bacteriologa U.
Reg. 2482

Atentamente

Este carné es válido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

Consérvelo

En caso de requerir el certificado Internacional de Vacunación o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: ELBA CECINA

Apellidos: PEREZ FAURA

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 39530418

Fecha de Nacimiento: Día 09 Mes 09 Año 1963

Nombre: Perez Faura Elba Celina Doc. de identidad: 39 530418

Empresa

	1ª cita	Fecha vacuna	2ª cita	Fecha vacuna	3ª cita	Fecha vacuna	Refuerzo Cita	Refuerzo Fecha
Hepatitis B	Dra	11.03.97	[illegible]	06.05.97	[illegible]	12.06.97	[illegible]	10.07.2[illegible]
T.D. (Dif. Tet.)								
Influenza		21-10-02						
F. Amarilla								
Otras Sarampión		21 05 02						

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubeola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

MSD PNEUMOVAX 23 (VACUNA ANTINEUMOCOCCICA POLIVALENTE, MSD) X020714 04-05-2025

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1			
	2			
	3			
Antirrábica	1			
	2			
	3			
Influenza estacional	Anual	05/11/21	Sanofi	
Otras				

INFLUENZA 11 OCT. 2023 Z300416 Compensar Carolina Valencia Cimperxer

INFLUENZA OCT 6 NOV 2024 ANUAL Z3[illegible] Compensar Luisa Cruz Salud

NEUMO 23 25-5-24 X020714 Cronal

Scanned with CamScanner

Tipo de Vacuna Engerix B

1a. dosis, Fecha 19 VI 93 Firma [illegible]

2a. dosis, Fecha 23 8 93 Firma [illegible]

3a. dosis, Fecha feb-3/94. Firma [illegible]

Refuerzo, Fecha 12 VI 98 Firma _____

Nota: Porte siempre este carné y asista en las fechas programadas para su vacunación.

Certificado de Vacunación

Institución: H.U.S.J. Edna C. Perez

Nombre: _____

Identificación: _____ Tel: _____

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
AHN	1	6 Mayo 10	SI70114	[illegible]

VACUNA	Dosis Refuerzo	Lote	Fecha Aplicación	Firma Vacunador
Hepatitis B	1a. dosis			
	2a. dosis			
	3a. dosis			
	Refuerzo			
Hepatitis A	1a. dosis			
	2a. dosis			
Triple-Viral	1 dosis			
Varicela	1 dosis			
Neumococo*	1 dosis			
T. Tetánico Diftérico	1a. dosis			
	2a. dosis			
	3a. dosis			
	Refuerzo			
Influenza**	1	afluria LOTE: 0906-32302 VENCE: 12/12	01-03-12	[illegible]
Otros				

HOSPITAL UNIVERSITARIO VACUNACIÓN SAN IGNACIO

*Neumococo refuerzo cada 5 años **Influenza (Gripe) refuerzo anual

Scanned with CamScanner

COLCAN
LABORATORIO CLÍNICO

21009849

Nombre	PEREZ FAURA ELBA CELINA		
Identificación	CC 39530418	Tel.	8040796-3203794506
Edad	59 Años 5 Meses 3 Dias	Sexo	F
Médico	MEDICOS VARIOS		
No. Ordenamiento	CL000621—3972–6694-		

Fecha de recepción:	10-feb.-2023 8:14 pm
Fecha de impresion:	11-feb.-2023 8:22 am
Empresa	PEREZ FAURA ANA MYRIAM DRA.
Sede	REFERENCIA
Fecha Validación	11-feb.-2023 6:54:00a.m.

Copia

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
VARICELA-HERPES ZOSTER VIRUS: Ac. Ig G	**1644**	mUI/ml	
Metodo: Quimioluminiscencia			

V. de Referencia:
Negativo: Menor de 50 mUI/ml
Indeterminado: De 50 a 100 mUI/ml
Positivo: Mayor de 100 mUI/ml

CARLOS FERNANDO BLANCO ORTEGA
CC 1.090.382.114
BACTERIOLOGO

STEFANY MARIA URBANO
C.C 1014308681
BACTERIOLOGO

Scanned with CamScanner

compensar | salud
Plan Complementario

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

El(la) señor(a) ELBA CELINA PEREZ FAURA identificado(a) con Cedula Ciudadania No. 39530418, funcionario(a) de FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCION RETIRO PROGRAMADO, tiene un contrato de PC ESPECIAL CON POS con COMPENSAR EPS, con una vigencia desde 01/08/2024 hasta 31/07/2025 por el cual ha cancelado la suma de TRES MILLONES OCHENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS OCHENTA PESOS ($3.086.580,00) A continuación se relacionan los pagos efectuados desde el 01/08/2024 a la fecha.

.

Número de Recibo	Fecha de Pago	Valor Pagado
21963185	20241105	$ 425,250
21963183	20240905	$ 425,250
21963184	20241007	$ 425,250
21963186	20241206	$ 425,250
21963182	20240805	$ 425,250
22518717	20250205	$ 480,165
22518716	20250107	$ 480,165
Total		**$ 3,086,580**

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), en Bogotá a los 17 días del mes de febrero de 2025.

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS. Cualquier aclaración, con gusto será atendida en nuestra Línea de Atención de Servicios de Salud (601) 3078088, exclusiva para Plan Complementario Especial y Plan Complementario Vital.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO COMPENSAR

CER-PAS 13354765

VIGILADO Supersalud

VIGILADO SuperSubsidio