



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 QUINDÍO

CENTRO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO-QUINDIO

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

Código Regional	63
Código Centro	953810
Fecha Elaboración	Mayo de 2025
Versión	ENERO - 2.25
ID de Proceso	78530-743244

**DATOS DEL CONTRATISTA**

Nombres y apellidos:	VIVIANA MARCELA CALLEJAS PARRA	Banco a consignar:	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	1.094.921.651	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	marcecal3020@gmail.com	Número de Cuenta:	136270141304
IP/Nº de contacto:	345	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?			
Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a \$65.891.000			
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)			
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?			
Concepto del pago corresponde a:			
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.			

**DATOS DEL CONTRATO**

Nº del contrato:	7824644/2025	Nº Compromiso SIIF	52125	Número de pagos durante la vigencia del contrato	2
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	EXPERTO EN LA FUNCIÓN PRODUCTIVA PARA CONSTRUCCIÓN DE INSTRUMENTOS DE ECCL Prestar temporalmente los servicios profesionales para la construcción de instrumentos de evaluación de competencia laboral en la función productiva NSCL: Código 210303041 Evaluar Resultados Financieros de Acuerdo con Indicadores y Metodologías.				

**DATOS PERIODO DEL PAGO**

Del	05/05/2025	Al	31/05/2025	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 4.840.000
Número de pago	1			Valor Total del Contrato:	\$ 4.840.000
Valor Bruto Pago:	\$ 4.194.667,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 645.333

**RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO**

Ingresos por honorarios	\$ 4.194.667	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0		
<b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b>	<b>\$ 4.194.667</b>	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
<b>BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE</b>	<b>\$ 2.466.100</b>	<b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b>	<b>\$ 0</b>

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

	Mayo	Abril	Base retención en la fuente a título de RENTA	2.466.100,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	-----	decreto 1273	Base retención en la fuente a título de ICA	0,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.677.867	\$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 209.800	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 268.500	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención IVA	0,00	15%
ARL	\$ 8.800	\$ 0	Reteica - 8299 - ARMENIA	0,00	0,000%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	-		0,00	0%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	-		0,00	0%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	-		0,00	0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -	-		0,00	0%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC	\$ -	-	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias	\$ -	-	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda	\$ -	-	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta	\$ 419.467	-	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 796.784	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$ 6.556.868	\$ 822.000	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 0	-	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	-	<b>VALOR A PAGAR</b>	<b>\$4.194.667,00</b>	

**SON: CUATRO MILLONES CIENTO NOVENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS M/CTE**

**ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO**

Se inicia construcción de instrumento del proyecto 8707 NSCL 210303041 Evaluar resultados financieros de acuerdo con indicadores y met
Se asiste a transferencia de conocimiento sobre la metodología de construcción de instrumentos de evaluación.
Se asiste a transferencia de conocimiento sobre la metodología de construcción de instrumentos de evaluación.
Se entrega reporte de construcción de instrumentos.

**PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:**

1. Cumpli 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

**VIVIANA MARCELA CALLEJAS PARRA  
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 periodo de cobro;  
3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.

Autorizo el presente pago.  
El Supervisor,

**MARIA FERNANDA ECHEVERRI JIMENEZ  
PROFESIONAL G04**

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  
CESAR AUGUSTO OSPINA PUERTAS  
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02**



**CERTIFICA QUE:**

El(La) Señor(a) VIVIANA MARCELA CALLEJAS PARRA identificado(a) con CC 1094921651 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

<b>Fecha de Activación de</b>	<b>01/09/2019</b>
<b>Estado de la Afiliación:</b>	<b>ACTIVO</b>
<b>IPS:</b>	<b>INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO S.A. IDIME SA ARMENIA SEDE NORTE</b>
<b>Categoría:</b>	<b>B</b>

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 22 días del mes de mayo del año 2025.

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 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **CALLEJAS PARRA VIVIANA MARCELA** identificado(a) con **CC** número **1.094.921.651** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de noviembre de 2012 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 22 de mayo 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:

Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web [www.proteccion.com](http://www.proteccion.com) y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:

Bogotá (601) 744 44 64 – Medellín (604) 510 90 99 – Cali (602) 386 00 80 -

Barranquilla (605) 319 79 99 – Cartagena (605) 642 49 99 – WhatsApp +57 310 220 5575

o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a <https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/>

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, **VIVIANA MARCELA CALLEJAS PARRA** identificado con **CC No. 1094921651**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	<b>Fecha de inicio de cobertura:</b> 21/04/2025 <b>Estado Afiliación:</b> ACTIVO <b>Fecha de inicio de Contrato:</b> 01/06/2025 <b>Fecha fin de Contrato:</b> 04/06/2025 <b>Tipo Vinculación:</b> TRABAJADOR INDEPENDIENTE <b>Clase de Riesgo:</b> 1

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal [www.positivaenlinea.gov.co](http://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): 202501015275228.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 22 días del mes de mayo de 2025.

Cordialmente,

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

Positiva Compañía de Seguros S.A.  
Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

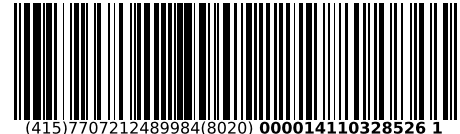
Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) | defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. - 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva. Más información <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>. Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autorregulación.

LA ASEGURADORA  
DE TODOS LOS  
COLOMBIANOS

2. Concepto   Actualización de oficio

4. Número de formulario

141103285261



(415)7707212489984(8020) 000014110328526 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 9 4 9 2 1 6 5 1

6. DV

1

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Armenia

14. Buzón electrónico

1

## IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

1 0 9 4 9 2 1 6 5 1

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Quindío

6 3

30. Ciudad/Municipio

Armenia

0 0 1

31. Primer apellido

CALLEJAS

32. Segundo apellido

PARRA

33. Primer nombre

VIVIANA

34. Otros nombres

MARCELA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

## UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Quindío

6 3

40. Ciudad/Municipio

Armenia

0 0 1

41. Dirección principal

BRR PARAISO MZ A CA DOSCIENTOS UNO P 2

42. Correo electrónico

marcecal3020@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 3 7 8 8 4 1 0 9

45. Teléfono 2

3 1 4 6 2 8 9 1 0 8

## CLASIFICACIÓN

## Actividad económica

## Ocupación

## Actividad principal

46. Código

8 5 5 1

47. Fecha inicio actividad

2 0 2 4 0 1 1 5

## Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

## Otras actividades

50. Código

1 2

51. Código

3 3 1 1

52. Número establecimientos

## 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 ordinario

49 - No responsable de IVA

## Usuarios aduaneros

## Exportadores

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

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 

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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo



NIT. 860.009.578-6

# POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

## DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN <b>ARMENIA</b>			SUCURSAL <b>ARMENIA</b>			COD.SUC <b>60</b>		NO.PÓLIZA <b>60-44-101015257</b>		ANEXO <b>0</b>		
FECHA EXPEDICIÓN DÍA <b>30</b>	MES <b>04</b>	AÑO <b>2025</b>	VIGENCIA DESDE DÍA <b>05</b>		MES <b>05</b>	AÑO <b>2025</b>	A LAS HORAS <b>00:00</b>	VIGENCIA HASTA DÍA <b>04</b>	MES <b>10</b>	AÑO <b>2025</b>	A LAS HORAS <b>23:59</b>	TIPO MOVIMIENTO <b>EMISION ORIGINAL</b>

### DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL <b>CALLEJAS PARRA, VIVIANA MARCELA</b>	IDENTIFICACIÓN <b>CC: 1094.921.651</b>
DIRECCIÓN: <b>BARRIO PARAISO MZA A CASA 201</b>	CIUDAD: <b>ARMENIA, ANTIOQUIA</b>
TELÉFONO: <b>3137884109</b>	

### DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO: <b>SENA REGIONAL QUINDIO GRUPO DE APOYO ADMINISTRATIVO MIXTO</b>	IDENTIFICACIÓN <b>NIT: 899.999.034-1</b>
DIRECCIÓN: <b>CR 6 NRO. 47 M - 15 AVENIDA CESTENARIO</b>	CIUDAD: <b>ARMENIA, QUINDIO</b>
TELÉFONO <b>7461417</b>	

ADICIONAL:

### OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECCIÓN 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 PAGO DE LOS PERJUICIOS CAUSADOS CON OCASION DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES, EN DESARROLLO DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. COL.PCINTR.7824644, CUYO OBJETO ES: EXPERTO EN LA FUNCION PRODUCTIVA PARA CONSTRUCCION DE INSTRUMENTOS DE ECCL PRESTAR TEMPORALMENTE LOS SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA CONSTRUCCION DE INSTRUMENTOS DE EVALUACION DE COMPETENCIA LABORAL EN LA FUNCION PRODUCTIVA NSCL: CODIGO 210303041 EVALUAR RESULTADOS FINANCIEROS DE ACUERDO CON INDICADORES Y METODOLOGIAS.

### AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	05/05/2025	04/10/2025	\$484,000.00

### ACLARACIONES

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
\$ *****20,000.00	\$ *****8,000.00	\$ *****5,320.00	\$ *****33,320.00	\$ *****484,000.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
PATRIMONIO SEGURO AGENCIA DE SEGURO	184497	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.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

60-44-101015257

FIRMA AUTORIZADA: Jose Luis Ojeda - Vicepresidente de Fianzas



FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



NIT. 860.009.578-6

**POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL**

**DECRETO 1082 DE 2015**

CIUDAD DE EXPEDICIÓN <b>ARMENIA</b>			SUCURSAL <b>ARMENIA</b>			COD.SUC <b>60</b>		NO.PÓLIZA <b>60-44-101015257</b>		ANEXO <b>0</b>	
FECHA EXPEDICIÓN DÍA MES AÑO		VIGENCIA DESDE DÍA MES AÑO		A LAS HORAS		VIGENCIA HASTA DÍA MES AÑO		A LAS HORAS		TIPO MOVIMIENTO	
30 04 2025		05 05 2025		00:00		04 10 2025		23:59		EMISION ORIGINAL	

**DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO**

NOMBRE O RAZON SOCIAL <b>CALLEJAS PARRA, VIVIANA MARCELA</b>								IDENTIFICACIÓN <b>CC: 1094.921.651</b>			
DIRECCIÓN: <b>BARRIO PARAISO MZA A CASA 201</b>						CIUDAD: <b>ARMENIA, ANTIOQUIA</b>				TELÉFONO: <b>3137884109</b>	

**DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO**

ASEGURADO / BENEFICIARIO: <b>SENA REGIONAL QUINDIO GRUPO DE APOYO ADMINISTRATIVO MIXTO</b>								IDENTIFICACIÓN NIT: <b>899.999.034-1</b>			
DIRECCIÓN: <b>CR 6 NRO. 47 M - 15 AVENIDA CESTENARIO</b>						CIUDAD: <b>ARMENIA, QUINDIO</b>				TELÉFONO <b>7461417</b>	

ADICIONAL:

Recuerda que puedes actualizar tus datos de contacto conforme a la Ley 2300, a través de nuestras páginas:

[www.segurosdelestado.com](http://www.segurosdelestado.com)  
o [www.segurosdevidadelestado.com](http://www.segurosdevidadelestado.com)

Ve a la opción PQR y selecciona el tipo de solicitud:  
**Acceso a la información**

**CONOCE LOS MEDIOS DE PAGO**

**PÁGINA WEB** | | | |

**CORRESPONSALES BANCARIOS**

| | |

| | |

**PAGOS CON CONVENIO \*No aplica para transferencias**

Seguros del Estado  
Cuenta Convenio 47189

Seguros del Estado  
Cuenta Convenio 008465445

VALOR PRIMA NETA \$ *****20,000.00		GASTOS EXPEDICIÓN \$ *****8,000.00		IVA \$ *****5,320.00		TOTAL A PAGAR \$ *****33,320.00		VALOR ASEGURADO TOTAL \$ *****484,000.00		PLAN DE PAGO CONTADO	
INTERMEDIARIO						DISTRIBUCION COASEGURO					
NOMBRE		CLAVE		% DE PART.		NOMBRE COMPAÑIA		% PART.		VALOR ASEGURADO	
PATRIMONIO SEGURO AGENCIA DE SEGURO		184497		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.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 14 NO. 14 N - 30 - TELEFONO: 7358800 - ARMENIA

**FORMA DE PAGO**

<b>BANCO</b>	<b>CHEQUE No.</b>	<b>VALOR</b>
<b>EFFECTIVO</b>		
<b>CHEQUE</b>		
<b>TOTAL \$</b>		



REFERENCIA PAGO:  
**1100020197520-5**

(415) 7709998021167 (8020) 11000201975205 (3900) 000000033320 (96) 20260505

**COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



## **Comprobante**

### **Estado de la transacción Aprobada**

Código PSE: 1446545886

Referencia de pago: 10000059945981

Fecha de la transacción: 30/04/2025 05:52

Importe: 33.320,00

Entidad bancaria: DAVIPLATA


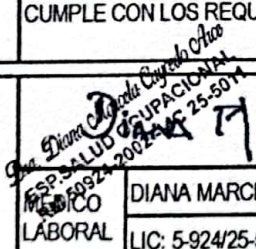
Razon social: 8600095786



CamScanner



## CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

1	EMPRESA	SENA	CIUDAD	ARMENIA
	EMPRESA USUARIA			
2	TRABAJADOR	NOMBRE	VIVIANA MARCELA CALLEJAS PARRA	
		CARGO	INSTRUCTOR VIRTUAL	
		IDENTIFICACIÓN	1094921651	EDAD
3	TIPO DE EXAMEN	INGRESO -		
4	FECHA	13/01/2024 12:11 P. M.		
5	RECOMENDACIONES RELACIONADAS CON EL DIAGNOSTICO	EVITAR ALERGENOS, CONTROL Y TRATAMIENTO EPS MEDICINA GENERAL O ENDOCRINOLOGIA, TSH Y T4 PERIODICOS SEGUN CONCEPTO DE MEDICO TRATANTE, DIETA Y EJERCICIO VALORACION POR OPTOMETRIA ANUAL, USA LENTES PERMANENTES, ACTUALES CORRIGEN ADECUADAMENTE. ,		
6	RESULTADOS EXAMENES COMPLEMENTARIOS	ENFASIS OSTEOMUSCULAR NORMAL, PERFIL LIPIDICO NORMAL, OPTOMETRIA ANORMAL, GLICEMIA NORMAL, AUDIOMETRIA NORMAL, EVALUACION DE VOZ NORMAL		
7	RECOMENDACIONES Y/O RESTRICCIONES RELACIONADOS CON EL TRABAJO	ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DE ACUERDO CON EL PERFIL DEL CARGO, PROFESIOGRAMA Y LA MATRIZ DE IDENTIFICACION DE LOS PELIGROS Y VALORACION DE LOS RIESGOS DE LA EMPRESA., SVE OSTEOMUSCULAR NO CASO		
8	SISTEMA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	En los casos en los que la normatividad vigente lo exija ingresar al (los) sistema (s) de vigilancia epidemiológica implementado (s) por la empresa de acuerdo con la matriz de identificación de peligros y valoración de los riesgos y el diagnóstico de condiciones de salud.		
9	CLASIFICACIÓN DE APTITUD	CUMPLE CON LOS REQUERIMIENTOS MEDICOS PARA EL CARGO		
10	FIRMAS	 1094921651		
		 DIANA MARCELA CAYCEDO ARCE LIC: 5-924/25-5011	TRABAJADOR	IDENT No.

FMGPS 003 - 004 - ABRIL 2021

Quien declara que la información suministrada es completa y verídica en su totalidad

<b>Fecha:</b> 2024-01-13	<b>Hora llegada:</b> 07:33
<b>Paciente:</b> VIVIANA MARCELA CALLEJAS PARRA	<b>Sexo:</b> F
<b>Identificación:</b> 1094921651	<b>Fecha Nacimiento:</b> 17/07/1991
<b>Empresa:</b> SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)	<b>Edad:</b> 32 años

QUIMICA SANGUINEA

Método Analítico: COLORIMETRIA

Analito	Resultado	Unidad	L Inferior	L Superior	
Glicemia	79	mg/dl	70.00	110.00	
Colesterol total	180	mg/dl	0.00	200.00	
Trigliceridos	102	mg/dl	0.00	150	
Colesterol VLDL	20	mg/dl	5.00	40	
Colesterol HDL	57	mg/dl	40	60	
Colesterol LDL	103	mg/dl	70.00	100.00	**

Fecha y Hora de Impresion: 13/01/2024 12:11:13 p. m.

*Carina Paola Perea Caballero*  
Bacteriología  
UES No. 3157

CARINA PAOLA PEREA CABALLERO  
BACTERIOLOGO(A)

N° de registro: 3157

*Nota: la empresa no se responsabiliza por enfermedades realizadas a este reporte*  
*\* La interpretación del resultado de sus exámenes corresponde exclusivamente al médico \**  
*\* La interpretación del resultado de sus exámenes corresponde exclusivamente al médico \**  
 Carrera 14 #9-18 Edificio Tarantela Piso 2 Ofi 202A Cel 310 496 62 60 Armenia Quindío

1	EMPRESA	SENA				
2	TRABAJADOR	NOMBRE	VIVIANA MARCELA CALLEJAS PARRA		EDAD	32 AÑOS
		IDENTIFICACIÓN	1094921651		SEXO	FEMENINO
		DIRECCION	PARAISO MZ A NUMERO 201		TEL	3137884109
		CARGO OFICIO	DOCENTE			
3	FECHA	13/01/2024	CIUDAD	ARMENIA		

4	ANAMNESIS VISUAL	PATOLOGIA VISUAL FAMILIAR	NO REF					
		PATOLOGIA Y/O CIRUGIA VISUAL PERSONAL	NO REF					
		JORNADA LABORAL	DIURNA					
		EXPOSICION A FACTORES DE RIESGO VISUAL	A. ILUMINACION INCADECUADA					NO
			B. USO DE COMPUTADOR - VIDEOTERMINALES					SI
			C. QUIMICOS (Humos, gases, vapores, polvos, liquidos, material particulado).					NO
			D. VIBRACION					NO
			E. RADIACION IONIZANTE					NO
			F. RADIACION ULTRAVIOLETA O INFRAROJA (soldadura - homos)					NO
			G. MECANICO (proyección de particulas)					NO
		CONTROL VISUAL ANTERIOR	7 MESES					
		USA CORRECCION VISUAL	SI	GAFAS				
ULTIMO CAMBIO DE CORRECCION	7 MESES							
SIGNOS / SINTOMAS OCULARES	NO REF							

5	EXAMEN FISICO	VISION	SIN CORRECCION			CON CORRECCION			
				OD	OI	AO	OD	OI	AO
			LEJANA	20/120	20/50	20/50	20/20	20/30	20/20
		CERCANA	0.50M	0.50M	0.50M	0.50M	0.50M	0.50M	
		SEG. ANTERIOR	NORMAL		COORD. OCULAR			NORMAL	
		OFTALMOSCOPIA	NORMAL		VISION CROMAT.			NORMAL	
		ESTEREOPSIS	NORMAL		CAMPO VISUAL			NORMAL	

6	REFRACCION	OD	-2.00-0.50X85	AV	20/20	RX FINAL	-2.00-0.50X85	ADD	0.50M
		OI	-0.75-1.50X105		20/20		-0.75-1.50X105		0.50M

7	IMPRESION DIAGNOSTICA	ASTIGMATISMO AO
---	-----------------------	-----------------

8	INTERPRETACION	PROBLEMA DE REFRACCION INADECUADAMENTE CORREGIDO
---	----------------	--

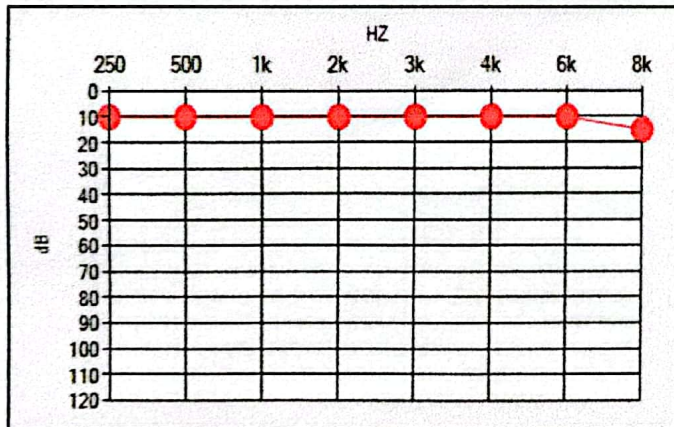
	RECOMENDACIONES	USO DE RX, CONTROL 1 AÑO
--	-----------------	--------------------------

9	FIRMAS				
		OPTOMETRA	LICENCIA No 51725218	TRABAJADOR	IDENT No. 1094921651

TIPO DE EXAMEN		PREEMPLEO	FECHA		2024-01-13 08:01 A. M.						
1	EMPRESA	SENA	CARGO/OFCIO	DOCENTE	TIEMPO VINCULACION	TIEMPO	HORAS/DIAS	8			
2	TRABAJADOR	NOMBRE	VIVIANA MARCELA CALLEJAS PARRA		EDAD	32 AÑOS					
		IDENTIFICACION	CC 1094921651		SEXO	FEMENINO					
		DIRECCION	PARAISO MZ A NUMERO 201		TELEFONO	3137884109					
3	HISTORIA OCUPACIONAL CON EXPOSICION A ALTA EXIGENCIA VOCAL	EMPRESA	CARGO	TIEMPO DE EXPOSICION	TRATAMIENTO DE VOZ	AT/EL					
4	ANTECEDENTES PERSONALES ASOCIADOS AL ORGANNO VISUAL	PATOLOGIA			PATOLOGIA						
		TRATAMIENTOS HORMONALES	NO	CIRUGIAS	NO						
		SECUELAS DE ENFERMEDADES	NO	DEPRESION	NO						
		REFLUJO GASTROESOFIGICO	NO	REUMATOLOGICAS	NO						
		TRASTORNOS GINECOLOGICOS	SI	NUTRICIONALES	NO						
		POLIPOS LARINGEOS	NO	AMIGDALITIS	SI						
		NODULOS LARINGEOS	NO	LEUCOPLAQUIA	NO						
		ULCERAS LARINGEAS	NO	EDEMA LARINGEO	NO						
		LARINGITIS	NO	REHABILITACION FONOAUDIOLO	NO						
5	SIGNOS Y SINTOMAS EN EL ORGANNO VOCAL	SIGNO / SINTOMA			SIGNO / SINTOMA						
		RESEQUEZAD GARGANTA	NO	PREDIDA DE LA VOZ	SI						
		SENSACION CUERPO EXTRAÑO	NO	DOLOR AL HABLAR	NO						
		IRRITACION LARINGE	NO	CARRASPERA	NO						
		DOLOR/TIRANTEZ CUELLO	NO	SECRECION GARGANTA	NO						
		OPRESION RESPIRATORIA	NO	VOZ QUEBRADA	NO						
		VERTIGO/HABLA PROLONGADA	NO	RONQUERA	NO						
6	HIGIENE VOCAL	HABITOS			SIGNO / SINTOMA						
		VOZ MODERADA SIEMPRE	NO	CAMBIOS DE TEMPERATURA	NO						
		HABLA Y HACE ESFUERZO FISICO	NO	HABLA EN EXCESO	NO						
		HACE RELAJACION	NO	CONSUME BEBIDAS MUY CALIENTES	NO						
		SE EXPONE A IRRITANTES	NO	CONSUME ALCOHOL	NO						
		ESTORUNDA CORRECTAMENTE	SI	ACLARA LA VOZ	NO						
		HABLA CUANDO ESTA AGRIPIADO	SI	COMBINA BEBIDAS FRIAS/CALIENTES	NO						
		AMBIENTE RUIDOSO A DIARIO	NO	FUMA	NO						
		CONSUME COMIDAS PICANTES	NO	CONSUME MENTOLADOS	NO						
		REALIZA PAUSAS VOCALES	NO	HABLA EN LUGARES RUIDOSOS	NO						
7	PRUEBA RESPIRATORIA	MODO DE RESP	NASAL		TIPO DE RES	DIAFRA					
		COORDINACION NEUMOFONICA	ADECUADA		RENDIMIENTO VOCAL (CONTEO)	40	FR	16 SEG			
		HOMB 20-25 SEG	TME	s 19	s 17	INDICE s/z	0,78 NORMAL	1,3 NORMAL			
		MUJE 15-21 SEG	TMF	a 22	a 24	GLATZER	ND	NI	AM	X	
		TIEMPO DE RESPIRACION	17 RESP/ 1 MIN								
8	CUALIDADES VOCALES	NORMAL	X	RONQUERA	RASPOSIDAD	SOPLOSIDAD	TENSION	ASTENIA			
		ACTIVIDADES	CANTO	TEATRO	LOCUCION	HABLA MUCHO POR TELEFONO					
9	AUTOPERCEPCION	¿La gente me oye con dificultad debido a mi voz?		NO	¿La calidad de mi voz es impredecible?		NO				
		¿Su voz cambia durante la jornada laboral?		NO	Califique su voz de 1 a 10						
10	EVALUACION OFA	labios	N	lengua	N	Paladar blando	N	Paladar duro	N	ATM	N
11	PRUEBA LECTORA	CUANDO LA LUZ DEL SOL ATRAVIESA LAS GOTAS DE LLUVIA EN EL AIRE ÉSTAS ACTÚAN COMO UN PRISMA Y FORMAN UN ARCO IRIS. EL ARCO IRIS ES UNA DIVISION DE LUZ BLANCA CREANDO MUCHOS COLORES HERMOSOS. ESTOS TOMAN LA FORMA DE UN ARCO ALTO Y GLORIOSO CON SUS DOS EXTREMOS APARENTEMENTE MÁS ALLÁ DEL HORIZONTE. HAY, DE ACUERDO A LAS ÚLTIMAS LEYENDAS, LA POSIBLE EXISTENCIA DE UNA OLLA DE ORO HRVIENTE EN UNO DE LOS ECTREMOS. LA GENTE LA BUSCA PERO FRACASA PORQUE NADIE LO ENCUENTRA. CUANDO UN HOMBRE BUSCA ALGO MÁS ALLÁ DE SU ALCANCE SUS COMPAEROS DICEN QUE ESTÁ BUSCANDO LA OLLA DE ORO JUSTO AL FINAL DEL ARCO IRIS.									
9	DIAGNOSTICO, RECOMENDACIONES Y/O RESTRICCIONES	CUALIDADES VOCALES NORMALES ACORDE A LA EDAD Y GENERO									
11	OTROS										

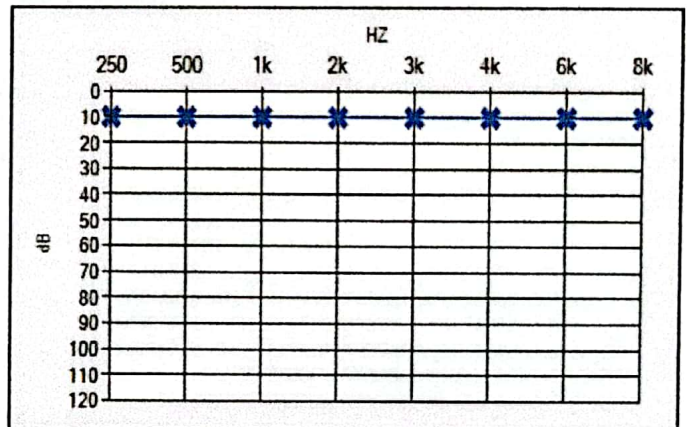
1	EMPRESA	SENA	CIUDAD	ARMENIA	FECHA	2024-01-13 08:04 A.			
2	TRABAJADOR	NOMBRE	VIVIANA MARCELA CALLEJAS PARRA			EDAD	32 AÑOS		
		IDENTIFICACION	CC 1094921651			SEXO	FEMENINO		
		CARGO	DOCENTE						
3	TIPO DE EXAMEN	INGRESO							
4	ANTECEDENTES DE EXPOSICION LABORAL A RUIDO	EMPRESA	CARGO	TIEMPO DE EXPOSICION	PROTECCION AUDITIVA	INSERCION	COPA	DOBLE	
		NIEGA							
		NIEGA							
5	ANTECEDENTES AUDITIVOS EXTRA LABORALES PERSONALES Y SINTOMAS AUDITIVOS	SERVICIO MILITAR	NO	ARMAS DE FUEGO	NO	OTITIS	NO	OIDOS TAPADOS	NO
		MUSICA FUERTE	NO	PAROTIDITIS	NO	HIPERTENSION ARTERIAL	NO	SECRECION POR OIDO	NO
		EXPLOSIONES	NO	RUBEOLA	NO	VERTIGO	NO	TINITUS	NO
		MOTO	NO	DIABETES	NO	CIRUGIA OIDO	NO	CREE QUE OYE BIEN	SI
		AUDIFONOS	NO	SARAMPION	NO	OTOTOXICOS	NO	FAMILIARES SORDOS	NO
		TEJO	NO	PARALISIS FACIAL	NO	DOLOR DE OIDO	NO	REPOSO AUDITIVO	SI
		OTRO	NO						
6	OTOSCOPIA	NORMAL							
7	AUDIOGRAMA	REFERENCIA AUDIOMETRO	AMPLIVOX 270	ULTIMA CALIBRACION	24 MARZO 2023				

OD



PTA OD (0.5-1-2-3): 10

OI



PTA (0.5-1-2-3) OI: 10

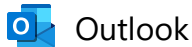
		250	500	1K	2K	3K	4K	6K	8K
VIA AEREA	OD	10	10	10	10	10	10	10	15
	OI	10	10	10	10	10	10	10	10
VIA OSEA	OD								
	OI								

8	ESCALA	ELI					SAL							LARSEN MODIFICADO				CAHOC			
		A	B	C	D	E	A	B	C	D	E	F	G	N	GI	GII	GIII	N	L	M	A
	OD		X				X								X				X		
OI		X												X				X			

9	IMPRESIÓN DIAGNOSTICA	OD: Z011 EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION	OI: Z011 EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION
---	-----------------------	---	---

10	RECOMENDACIONES	CUIDADOS DE OÍDOS, CONTROL SEGÚN SVE (SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICO)
----	-----------------	---

11	FIRMAS	<i>Beatriz Lorena Rodríguez</i>	<i>Viviana Marcela Callejas Parra</i> 1094921651
----	--------	---------------------------------	---



---

**Re: SOLICITUD CONCEPTO MEDICO**

---

Desde Luz Andrea Romero Arango <lromeroa@sena.edu.co>

Fecha Vie 11/04/2025 17:42

Para Luis Miguel Orozco Cardona <lmorozcoc@sena.edu.co>

Buenas tardes Respetado Luis

Cordial saludo, recibí paquete de exámenes completos y vigentes por eso emito visto bueno por este medio.

Ingreso programa de vigilancia (-).

Gracias.

Obtener [Outlook para Android](#)

---

**From:** Luis Miguel Orozco Cardona <lmorozcoc@sena.edu.co>

**Sent:** Friday, April 11, 2025 9:16:23 PM

**To:** Luz Andrea Romero Arango <lromeroa@sena.edu.co>

**Subject:** SOLICITUD CONCEPTO MEDICO

Buenos días Dra. Romero,

Solicito comedidamente revisión y concepto de los exámenes médicos del aspirante, **VIVIANA MARCELA CALLEJAS PARRA**

Cordialmente,



**Luis Miguel Orozco Cardona**

Centro De Comercio, Industria Y Turismo - Contratista

lmorozcoc@sena.edu.co

PBX:+(57) 601 5461500 Ext:62654

Carrera 18 No. 7-58



[www.sena.edu.co](http://www.sena.edu.co)

@SENAcomunica

Este mensaje y cualquier archivo adjunto pueden contener información pública clasificada y/o reservada bajo custodia o propiedad del SENA, destinada exclusivamente a su(s) destinatario(s). Dicha información debe ser utilizada únicamente para la finalidad con la que fue enviada y en cumplimiento de la normativa aplicable.

Si usted no es el destinatario autorizado o ha recibido este mensaje por error, le solicitamos que omita su contenido, informe de inmediato al remitente por correo electrónico con copia a [servicioalciudadano@sena.edu.co](mailto:servicioalciudadano@sena.edu.co) y elimine el mensaje. La retención, difusión, distribución o copia de este mensaje está prohibida y puede acarrear sanciones legales.

Para más información, consulte nuestras [Políticas de Seguridad y Privacidad de la Información](#) y las [Políticas de Tratamiento para la Protección de Datos Personales](#), disponibles en el sitio web del SENA.



## Luz Andrea Romero Arango

Regional Quindío - Contratista  
lromeroa@sena.edu.co  
PBX:+(57) 601 5461500  
Avenida Centenario 42N-02



[www.sena.edu.co](http://www.sena.edu.co)

@SENAcomunica

Este mensaje y cualquier archivo adjunto pueden contener información pública clasificada y/o reservada bajo custodia o propiedad del SENA, destinada exclusivamente a su(s) destinatario(s). Dicha información debe ser utilizada únicamente para la finalidad con la que fue enviada y en cumplimiento de la normativa aplicable.

Si usted no es el destinatario autorizado o ha recibido este mensaje por error, le solicitamos que omita su contenido, informe de inmediato al remitente por correo electrónico con copia a [servicioalciudadano@sena.edu.co](mailto:servicioalciudadano@sena.edu.co) y elimine el mensaje. La retención, difusión, distribución o copia de este mensaje está prohibida y puede acarrear sanciones legales.

Para más información, consulte nuestras [Políticas de Seguridad y Privacidad de la Información](#) y las [Políticas de Tratamiento para la Protección de Datos Personales](#), disponibles en el sitio web del SENA.