SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES

REGIONAL VALLE

CENTRO DE TECNOLOGIAS AGROINDUSTRIALES-VALLE - SERVICIOS PRESTA

Código Regional	76
Código Centro	954310
Fecha Elaboración	Septiembre de 2020
Versión	AGOSTO 2020 - 5,20
ID de Proceso	63803-995825

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: / Correo electrónico contratista:	KELLY JOHANNA GIRALDO JARAMILLO giraldoj@sena.edu.co	C.C.	1.109.297.330	IP/N° de contacto	3104593893
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	Pertenece al régimen simple de tributación?	NO	Es declarante de renta?	NO
Es Pensionado?	NO				
Sus ingresos en el 2019 Superaron $47.978.000	NO	Inducción SST	SI	Presta Servicios Excluidos de IVA ?	NO
Banco al cual consignar:	DAVIVIENDA	Tipo de cta	AHORROS	N° Cuenta	550167600054917
Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?	NO	Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2020 supera los $ 117.503.000			NO
Tiene contratos de prestación de servicios con otras Entidades Públicas:	N/A				
Se acogió para el mes anterior, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558:	N/A				
Se acogió para el mes objeto de cobro, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558:	N/A				

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° del contrato:	1795922/2020			N° Compromiso SIIF	54720		
Valor Total del Contrato	$ 15.160.600	N ° Pago	Periodo objeto de pago				Valor Bruto Pago
Saldo Anterior del Contrato	$ 15.160.600	1	Del	01/09/2020	Al	30/09/2020	$ 3.790.150,00
Nuevo Saldo del Contrato	$ 11.370.450		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.790.150	Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°		0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo		$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 3.790.150**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.518.463**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 0**

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

	Septiembre	Agosto
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	----------	134786040
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.516.060	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 189.600	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 242.600	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 8.000	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.128.000	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.560.700	$ -	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Dependientes hasta $ 1.139.424	$ -	
Salud hasta $ 569.712	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 839.488	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.518.463,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.357.950,00	
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 - 8523	6.716,00	0,200%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Pro-UCEVA	18.951,00	0,500%
Universidad del Pacifico	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$ 3.764.483,00**	

SON: TRES MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y TRES PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ejecutar los lineamientos sobre programas, reglamentos, guías y material pedagógico adoptado por el SENA.
Impartir formación a aprendices en el programa de formación en las diferentes modalidades adopatadas por el SENA.
Realizar el seguimiento de cada aprendiz mediante la orientación y acompañamiento a las actividades de aprendizaje.
Planear y ejecutar actividades para el fortalecimiento de las competencias de manera virtual y con el apoyo de medios tecnológicos.
Participar y asistir a las sesiones programadas en los grupos de trabajo.
Mantenerse al tanto de los procesos de actualización y formación que requiera para el cumplimiento de las obligaciones contractuales.

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

1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas; 2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC y FVP, por los ingresos recibidos en el mes anterior del contrato objeto de cobro en esta planilla y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato; 3. El número de trabajadores contratados para cumplir con el desarrollo del objeto contractual corresponden a lo indicado en esta planilla; 4. Toda la información aquí suministra es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados.

KELLY JOHANNA GIRALDO JARAMILLO
EL CONTRATISTA

CERTIFICACIÓN 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,

JOSE GABRIEL GARAVITO APONTE
INSTRUCTOR G20

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

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

No. de Radicación

Fecha de Radicación: D D M M A A A A

134786030

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades

2. Tipo de Afiliación: A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia - 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

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Giraldo	Jaramillo	Kelly	Johanna

7. Tipo de documento de identidad: CN TI CE CD RC CC [X] PA SC

8. Número del documento de identidad: 1109297330

9. Sexo: Femenino [X] Masculino

10. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

11. Etnia

12. Discapacidad — Tipo F N M — Condición T P

13. Puntaje SISBÉN

14. Grupo de población especial

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL

16. Administradora de Pensiones: Protección

17. Ingreso base de cotización - IBC: 379150

18. Residencia

Dirección

Teléfono Fijo

Teléfono Celular: 310.459.3893

Correo Electrónico

Municipio / Distrito: Manizales

Zona: Urbana [X] Rural

Localidad / Comuna

Departamento: Caldas

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 de identidad: CN TI CE CD RC CC PA SC

21. Número del documento de identidad

22. Sexo: Femenino Masculino

23. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A

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

24. Apellidos y nombres

	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Datos Complementarios

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

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

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		

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 documento de Identificación (NIT, TI, CE, CC, PA, CD)	37. Número del documento de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicación
Dirección | Teléfono Fijo

Correo Electrónico | Municipio / Distrito | Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad (CN, RC, TI, CC, CE, PA, CD, SC)	Número del documento de identidad	Sexo (Femenino / Masculino)	Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	42. Fecha (D D M M A A A A)

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado (Código)	45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
Cruz		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio
X Kelly Giraldo J.	

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 de documento	Número de documento de identidad	71. Firma del Funcionario

Observaciones:

VS SALUD S.A.
21 AGO 2020
21 AGO 2020

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

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación	Sticker procesamiento

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14704967905

(415)7707212489984(8020) 000001470496790 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 0 9 2 9 7 3 3 0	7	Impuestos y Aduanas de Manizales 1 0	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 1 0 9 2 9 7 3 3 0	2 0 1 0 0 7 2 9

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Tolima 7 3	Fresno 2 8 3

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GIRALDO	JARAMILLO	KELLY	JOHANNA

35. Razón social

36. Nombre comercial | 37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Caldas 1 7	Manizales 0 0 1

41. Dirección principal: CL 51 19 69 BRR LA ARGENTINA

42. Correo electrónico: kelly07.giraldo@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 0 4 5 9 3 8 9 3	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 2 3	2 0 1 9 0 7 3 1	8 5 2 2	2 0 1 5 0 1 3 1					

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2020 - 08 - 25 / 11 : 31: 26

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre GIRALDO JARAMILLO KELLY JOHANNA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 25-08-2020 11:34:48AM

LABORATORIO CLINICO

Sandra Patricia Montoya Luna

BACTERIOLOGO Y LAB. CLINICO

Centro Médico La Enea



FECHA: JULIO 26 DE 2019 **COPIA**

NOMBRE: **KELLY JOHANNA GIRALDO JARAMILLO**

EXAMENES SOLICITADOS:

QUIMICA CLINICA

GLICEMIA BASAL: 80 mg/dl
VALOR DE REFERENCIA: 70-100 mg/dl

COLESTEROL TOTAL: 177 mg/dl
VALOR DE REFERENCIA: NORMAL: MENOR A 200 mg/dl
SOSPECHOSO: 200-239 mg/dl
ELEVADO MAYOR A: 240 mg/dl

COLESTEROL HDL: 72 mg/dl
VALOR DE REFERENCIA: HOMBRES: MAYOR A 35 mg/dl
MUJERES: MAYOR A 45 mg/dl

TRIGLICERIDOS: **240** mg/dl
VALOR DE REFERENCIA: 44- 150 mg/dl

INDICE ARTERIAL: 2.5
VALOR DE REFERENCIA: HASTA 5.0

BACTERIOLOGA

LABORATORIO CLÍNICO
Sandra Patricia
Montoya Luna
Reg 10030

CARRERA 35 # 100B - 33 TEL: 874 52 80 - CEL: 310 446 5579 LA ENEA - MANIZALES

TOMA DE MUESTRAS A DOMICILIO

1.109.297.330

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES
Giraldo	Jaramillo	Kelly Johanna

ANTECEDENTES LABORALES EXPOSICION A RUIDO/VISUAL

EMPRESA	OCUPACION	FECHA INGRESO	TIEMPO LABORADO	USO DE EPP
Instructoria bilingüismo.			5 D.	SI CUAL NO 9.
				SI CUAL NO
				SI CUAL NO

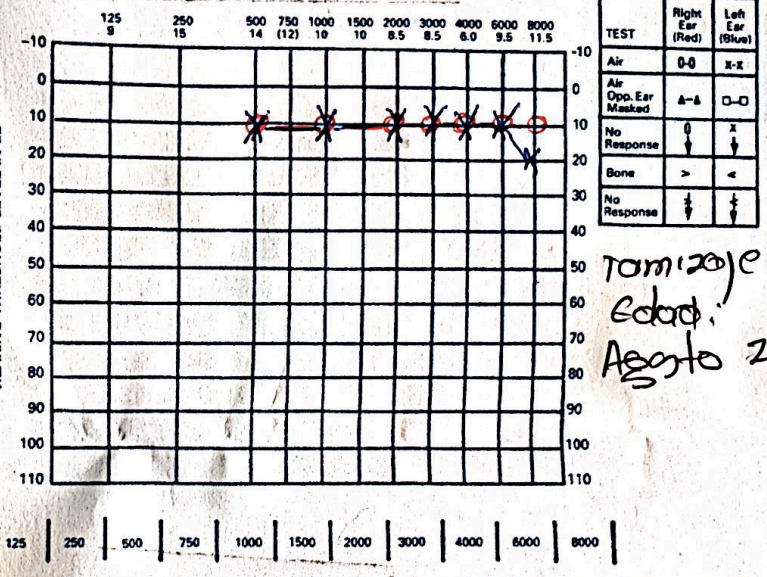
OBSERVACIONES: especifique los riesgos a los que ha estado expuesto: Uso auditivo.

ACTIVIDADES EXTRALABORALES	
SINTOMAS AUDITIVOS	NO

EXAMEN FISICO

AUDITIVO	EXTERNO	✓
	OTOSCOPIA	✓

AUDIOGRAM



SONOX

EQUIPO CALIBRADO AUDIÓMETRO
Norma: ANSI/ASA S3.6-2010

Certificado No. 577
Fecha de Calib. 28/11/19
Modelo. 650AB
Serie. AB10587
Calibrado Por: ING. EDILBERTO MATALLANA

Tamizaje Auditivo
Edad:
Agosto 24/2020

DIAGNOSTICO

Sano.

Liz E. Mora

LUZ E. MORALES G
RM 432-94
LSO 0174

FIRMA DEL PROFESIONAL
REGISTRO
LICENCIA

EXAMEN VISUAL

SINTOMASVISUALES	hipermatropia - astigmat	

EXAMEN FISICO VISUAL

VISUAL	EXTERNO	✓		
	F DE OJO	✓		

VISIOMETRIA

ASPECTO EVALUADO					
1. PERIMETRIA	GRADOS	85	70	55	NASAL ✓
	DERECHA		✓		✓
	IZQUIERDA				
2.FORIA II	✓	INTERPRETACION			
3. FORIA I	✓	INTERPRETACION	✓		
4.TEST DEL COLOR	✓				
5. ESTEROPSIS					
6. AGUDEZA VISUAL LEJANA	DERECHA	20/20.	IZQUIERDO	20/100	AMBOS OJOS 20/20 cc
7. AGUDEZA VISUAL CERCANA	DERECHA	20/30	IZQUIERDO	20/20.	AMBOS OJOS 20/20. cc

DIAGNOSTICO

Miopia - astigmatismo, hipermatropia. Corregido. Control anual.

Liz E. Mora

LUZ E. MORALES G
RM 432-94
LSO 0174

FIRMA DEL PROFESIONAL
REGISTRO
LICENCIA

Kelly Giraldo.
1.109.297.330.

Dra. Luz Elena Morales Gallego

Médica especialista en salud ocupacional

C.C. 30.309.562 R.M. 4523-94 LSO 0174

Dirección: Carrera 35 # 100 - 05 ENEA Manizales - Caldas

Cel: 310 500 1663 - Tel: 8904624 - E-mail: lemorales_68@hotmail.com

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 4.533

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
26 DÍA	07 MES	2019 AÑO	MANIZALES (CALDAS, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULARES CONTADO	SENA REGIONAL CALDAS
Nombre de la empresa	Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

GIRALDO JARAMILLO KELLY JOHANNA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	28 AÑOS 1 MESES 6 DÍAS	CC (Tipo)	1109297330 (Número)
Apellidos y Nombres				

Cargo
INSTRUCTORA BILINGUISMO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)

Observaciones: *NO APLICA*

NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos) **N/A**

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO		DIETA BALANCEADA
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO		

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico		Aspirante o Trabajador	
	Luz E. Morales G. Luz E. Morales G. RM 4523-94 LSO 0174		Kelly Giraldo.
Firma:		Firma:	
Nombre:	MORALES GALLEGO LUZ ELENA	Nombre:	GIRALDO JARAMILLO KELLY JOHANNA
R. M.:	4523-94 L.S.O.: 0174	CC:	1109297330

Casa de Psicología
Un lugar para Crecer

Bogotá; 24 de agosto de 2020

CERTIFICADO

Para:

A quien interese

Asunto:

Certificado Evaluación Psicosocial

Por medio del presente, en mi calidad de psicólogo evaluador (Modalidad virtual) de **KELLY JOHANNA GIRALDO JARAMILLO**, identificada con C.C. 1.109.297.330, certifico que presenta aspectos intelectuales, socioafectivos, emocionales y conductuales adecuados para desempeñarse en el cargo de **INSTRUCTORA BILINGÜISMO.**

Atentamente;

Andrés M. Narváez R

ANDRES NARVAEZ ROSERO
Ps. Esp. Psicologia Clinica
T.P. 160278

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) KELLY JOHANNA GIRALDO JARAMILLO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1109297330 realizó el día 16/09/2020 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

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

Compromiso SST:

Yo KELLY JOHANNA GIRALDO JARAMILLO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1109297330 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.
2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.
3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.
5. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.
6. Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivada de mi contrato.

_____

Firma

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General - SENA

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) KELLY JOHANNA GIRALDO JARAMILLO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1109297330 realizó el día 16/09/2020 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

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

Compromiso SST:

Yo KELLY JOHANNA GIRALDO JARAMILLO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1109297330 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.
2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.
3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.
5. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.
6. Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivada de mi contrato.

POSITIVA
Compañía de Seguros S.A.
N.I.T 860.011.153-6

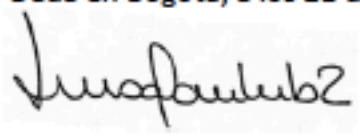
CERTIFICA

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que KELLY JOANNA GIRALDO JARAMILLO, con Cédula Ciudadanía No. 1109297330 contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con Nit No. 899999034. Registra como trabajador INDEPENDIENTE con fecha de inicio de cobertura 01/09/2020, para el contrato registrado con fecha desde 01/09/2020 y fecha hasta 30/12/2020, su estado actual de afiliación es ACTIVO y riesgo 1.

Recuerde que una vez cumplida la fecha hasta indicada en el presente certificado, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato deberá realizar una nueva afiliación para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202001019221872.

Dada en Bogotá, a los 21 días del mes de septiembre de 2020



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

MANIZALES, **20/08/2020**
CALDAS,
COLOMBIA,
A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor KELLY JOHANNA GIRALDO JARAMILLO** con **Cédula de Ciudadanía** número **1109297330**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550167600054917**
Fecha de apertura	**03/05/2011**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL DECRETO 1082 DE 2015

Ciudad de Expedición:	Sucursal:	Cód. Sucursal:	Nro. Póliza:	Anexo:
CALI	CALI	46	46-46-101008369	0

Fecha Expedición: Día:	Mes:	Año:	Vigencia Desde: Día:	Mes:	Año:	A las: Horas:	Vigencia Hasta: Día:	Mes:	Año:	A las: Horas:	Tipo Movimiento:
31	08	2020	01	09	2020	00:00	30	04	2021	00:00	EMISIÓN ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR/GARANTIZADO

Nombre o Razón Social: GIRALDO JARAMILLO KELLY JOHANNA		Identificación: 1109297330
Dirección: CRA 22 A NUM 55 A 65	Ciudad: MANIZALES - CALDAS	Teléfono: 3104593893

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

Nombre o Razón Social: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA		Identificación: 8999990341
Dirección: CR 9 12 141	Ciudad: CARTAGO - VALLE	Teléfono: 2119999

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN EN FOLIOS QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA: EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. CO1.PCCNTR.1795922 DE 2020 O PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTACIÓN TEMPORAL DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO INSTRUCTOR PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL, EJECUTANDO LAS ACCIONES DE FORMACIÓN PARA EL PROGRAMA REGULAR EN LA VIGENCIA 2020, DEL CENTRO DE TECNOLOGÍAS AGROINDUSTRIALES

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS:	Vigencia Desde:	Vigencia Hasta:	Suma Asegurada / Actual:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	01/09/2020	30/04/2021	$ 1,516,060.00

OBSERVACIONES:

Valor Prima Neta:	Gastos Expedición:	IVA:	Total a Pagar:	Valor Asegurado Total:	Fecha Límite de Pago:
$ 20,000.00	$ 7,000.00	$ 5,130.00	$ 32,130.00	$ 1,516,060.00	31/08/2020

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
Nombre:	Clave:	% DE PARTICIPACIÓN	Nombre Compañía:	% Participación:	Valor Asegurado:
JC ASESORES DE SEGUROS LTDA	164219	100,00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIEREN ÚNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTÍA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO

Para efecto de notificaciones la dirección de Seguros del Estado S.A. es CALLE 7N NO. 1N-15/1N-45 - Teléfono: 6672954 - CALI

Kelly Giraldo.

FIRMA AUTORIZADA COMO CONSTANCIA DE CONOCIMIENTO Y ACEPTACIÓN DEL TOMADOR

FIRMA TOMADOR

Verifique su póliza escaneando el código QR. Aplica únicamente para la versión original.

SEGUROS DEL ESTADO S.A.
NIT. 860.009.578-6

CONSTANCIADENOREVOCATORIANICANCELACIÓNPOR FALTADEPAGODELAPRIMA

Hacemosconstar,quelapólizaNo.45-46-101008369,anexo0,noexpirarápor faltade pago de la prima, ni por revocatoria unilateral del tomador de la póliza o de la aseguradora.

Loanterior de conformidad con lo establecido en el decreto 1082 de 2015, el cual regula las garantías ante entidades estatales.

Dado en CALI, a los 31 días del mes de Agosto de 2020

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Serviento - Vicepresidente de Fianzas

Oficina Principal: Cra. 11 No. 90-20 Bogotá D.C. Conmutador: 3078288 Fax Server 6511240
ASISTENCIACELULAR#388 - FUERA DE BOGOTA 018000123000
www.segurosdelestado.com