SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL CAUCA
CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS - CAUCA - SERVICIOS PRESTADOS A LA

Código Regional	**19**
Código Centro	**930710**
Fecha Elaboración	**Septiembre de 2020**
Versión	**AGOSTO 2020 - 5,20**
ID de Proceso	**43723-366247**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	JADITH OMAR ASTUDILLO LOPEZ	**C.C.**	10.543.143	**IP/Nº de contacto**	1000
Correo electrónico contratista:	jastudillol@sena.edu.co				

Régimen del IVA: NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** NO **Es Pensionado?** NO

Sus ingresos en el 2019 Superaron $47.978.000 NO **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** NO

Banco al cual consignar: BANCOLOMBIA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 86834544981

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

Nº del contrato: 1801237/2020 **Nº Compromiso SIIF** **124320**

Valor Total del Contrato	$ 13.566.666	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 13.566.666	**1**	**Del**	**31/08/2020**	**Al**	**31/08/2020**	**$ 493.333,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 13.073.333		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 493.333	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	**$ 493.333**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 182.275**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 0**

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

	Agosto	Julio
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**9409947517**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 877.803	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 109.800	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 140.500	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 4.600	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.128.000	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.560.700	$ -	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Dependientes hasta $ 1.139.424	$ -	
Salud hasta $ 569.712	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 60.758	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	182.275,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	243.033,00	
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 - 300	486,00	0,200%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$ 492.847,00**	

SON: CUATROCIENTOS NOVENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y SIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Inducción procesos de la formación profesional integral. 26-08-2020 al 28-08-2020
Jornada de Desarrollo Curricular a la ficha 2143082 ESPEJO con Código de proyecto 121202 versión 101 31-08-2020

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.

JADITH OMAR ASTUDILLO LOPEZ
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:

1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;

2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;

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

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

HAROL ARMANDO ROSERO SALAZAR
COORDINADOR ACADÉMICO

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

FERNANDO ALFONSO ESCOBAR QUIRA
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 10543143		ASTUDILLO LOPEZ JADITH OMAR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 13A # 1E09	POPAYAN-CAUCA	8222222	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-08	2020-08	729973623	9409947517	I	2020/09/10	2020/09/02	BANCOLOMBIA	0	$254,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$4,600		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$4,600		$0	$0
Ciudad: POPAYAN Depto: CAUCA (1 Afiliados)					$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$4,600		$0	$0
1	CC	10543143	ASTUDILLO JADITH	230301	30	$877,803	$140,500	ESSC18	30	$877,803	$109,800		0	$0	$0	14-23	30	$877,803	$4,600	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$4,600		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 10543143		ASTUDILLO LOPEZ JADITH OMAR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 13A # 1E09	POPAYAN-CAUCA	8222222	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-08	2020-08	729973623	9409947517	I	2020/09/10	2020/09/02	BANCOLOMBIA	0	$254,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$140,500	$0	$0	$140,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$140,500	$0	$0	$140,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$4,600	$0	$0	$4,600
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$4,600	$0	$0	$4,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$109,800	$0	$0	$109,800
EMSSANAR	ESSC18	901,021,565	8	1	$109,800	$0	$0	$109,800
TOTAL				1	$254,900	$0	$0	$254,900

Comprobante

de pago en línea

APORTES EN LINEA

Pago realizado por: JADITH OMAR ASTUDILLO LOPEZ

Nro. de recibo: 9409947517

Descripción del pago: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9409947517

Identificación del contribuyente: 186.80.127.241

Concepto: CC

Razón Social: 10543143

Fecha y hora de la transacción: Martes 1 de Septiembre de 2020 11:51:18 PM

Nro. de comprobante: 0000053813

Valor pagado: $ 254,900.00

Cuenta: *******4981

Bancolombia S.A.

Comuníquese con nuestra Sucursal Telefónica Bancolombia: Bogotá 343 0000 - Medellín 510 9000 - Cali 554 0505 - Barranquilla 361 8888 - Cartagena 693 4400 - Bucaramanga 697 2525 - Pereira 340 1213 - El resto del país 01 800 09 12345 - Sucursales Telefónicas en el exterior: España 900 995 717 - Estados Unidos 1866 379 9714, en caso de recibir una alerta o notificación de una transacción que presenta alguna irregularidad.

Bancolombia nunca le solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14705200513

(415)7707212489984(8020) 000001470520051 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 5 4 3 1 4 3	1	Impuestos y Aduanas de Popayán 1 7	

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 0 5 4 3 1 4 3	1 9 8 1 0 7 1 5

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cauca 1 9	Popayán 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ASTUDILLO	LOPEZ	JADITH	OMAR

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cauca 1 9	Popayán 0 0 1

41. Dirección principal: CL 13 A 1 E 09 URB LAS FERIAS

42. Correo electrónico: joastudillo@misena.edu.co

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

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
7 0 2 0	2 0 0 5 0 9 0 8	8 5 5 9	2 0 1 0 0 9 1 4	7 3 1 0	8 2 9 9	2 4 4 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
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 ☐ 60. No. de Folios: ☐ 61. Fecha ☐

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

985. Cargo

DOCUMENTO EN TRAMITE SIN COSTO

Dr. Leonardo Africany Villamil
Optómetra

Ficha de Evaluacion Ocupacional

comfacauca IPS

Fecha: 25-ago.-20 Nombre: Jadith Omar Astudillo Löpez ID: 10543143 Edad: 58 ☑ Sexo Tel: 3105045114

Entidad: SENA Area de Trabajo: Cargo: INSTRUCTOR

Antecedentes ☐ Diabetes ☐ HTA ☐ Tto Qx ☐ Trauma Ocular ☐ LASIK ☐ Gafa ☐ VL ☐ VP

Tipo de gafa que usa: Monofocal último control : Entre 6 meses y un añ

Sintomatología

☐ Cefalea ☐ Lagrimeo ☐ Ardor ☐ Ojo Rojo ☐ Escosor ☐ Baja Av Vl ☐ Baja AV Vp ☐ Dolor Ocular

☐ Astenopía ☐ Secreción ☐ Fosfenos ☐ Fotofobia ☐ Salto de renglones ☐ Confusión de letras o Renglones

Riesgos Ocupacionales ☐ Humo ☐ Radiación Infra Roja ☐ Radiación Ultra Violeta ☐ Iluminacion Baja ☐ Iluminacion Alta

☐ Polvo ☐ Disolventes ☐ Vapores ☐ Liquidos ☐ Riesgos Ergonomicos ☐ Monitores Nivel de estress:

☐ Esquirlas ☐ Aire Acondicionado Tiempo de Exposicion dia: Tiempo de exposicion acumulado:

Agudeza Visual Habitual en Visión Lejana

☑ AV VL CC Av OD: 20/20 AV OI: 20/20 AV A.O : 20/20 Stereopsis: Normal

Visión del Color: Normal Visión Binocular Foria VL: Orto

Agudeza Visual Habitual en Visión Próxima

☑ AVVPCC A.V OD: 0.50M A.V OI: 0.50M A.V AO: 0.50M Stereopsis: 60 Seg VB Foria VP:

Rx OD: Sin cambios Rx OI: Sin cambios Av OI: Add OD: Av:

Visión del Contraste OD: Normal Visión del Contraste OI: Normal Add OI: AV:

Gafa Recomendada: Monofocal

Presión Intra Ocular:

PIO OD: 11 PIO OI: 11 Papila OD: Normal Papila OI: Normal

Dx Refractivo: Presbicie Dx Vision Binocular: Dx Patologia:

Evaluado Por: Africany ☐ Remitido a Optometría ☐ Remitido a Oftalmologia

Notas: Paciente que al llegar se hizo proceso de desinfección en zapatos y manos, se tomó temperatura y saturación, datos registrados en el formato adecuado para ese fin, se le atendió,cumpliendo con todo el protocolo de EPP, gorro, careta, gafa, tapabocas, bata antifluido y guantes. Previamente se ha hecho desinfección del area de atención del paciente, equipos y áreas de contacto del paciente con el medio ambiente del consultorio. Usa ODI N Add 2,00. Se recoeminda lubricar a necesidad.



Escaneado con CamScanner

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA

comfacauca

al servicio del trabajador y su familia

NIT. 891500182-0

Calle 2 N # 6 A 54 Barrio Modelo

Popayán - Santander de Quilichao - Puerto Tejada



AUDIOMETRIA

DATOS PERSONALES — Atención N°. 3896

Fecha: 25/08/2020 Ciudad: POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA)

Tipo Exámen: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR Eps:

CC: 10543143 Nombre: ASTUDILLO LOPEZ JADITH OMAR Edad: 58 AÑOS 6 MESES 18 DÍAS Genero: MASCULINO

Fecha Nacimiento: 05/02/1962 Empresa: PARTICULARES Ocupacion: INSTRUCTOR CONTRATISTA

ANTECENDENTES AUDITIVOS LABORALES

Empresa	Cargo	Tipo de Proteccion	Tolerancia	Años	Meses
NINGUNA	NINGUNA	NINGUNA	NO APLICA	0	0

ANTECEDENTES FAMILIARES

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
OTITIS	NO REFIERE	HIPOACUSIA SUBJETIVA	NO REFIERE
TRAUMA	NO REFIERE	ACÚFENOS	NO REFIERE
CIRUGÍA	CIRUGIA FACIAL CON PLATINA Y POLIPOS VOCA	OTROS	VIRUELA
INGESTA OTOTÓXICOS	NO REFIERE		

EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
TEJO	NO REFIERE	POLÍGONO	NO REFIERE
MOTO	OCASIONAL	AUDÍFONOS	ESPORÁDICO
DISCOTECA	NO REFIERE	OTRO	
SERVICIO MILITAR	SI		

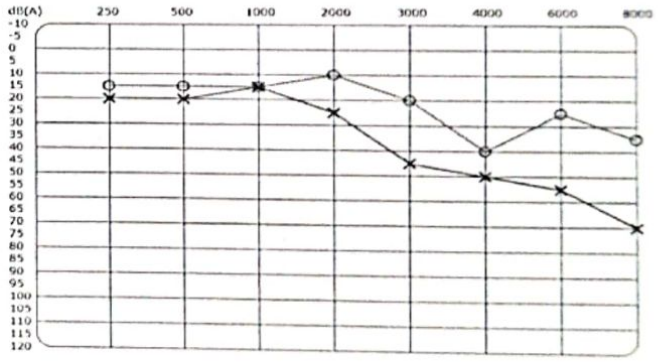
CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA

Descanso auditivo(Horas) : Realizó re test: NO Uso Cabina Sonoamortiguada: SI

Marca y Referencia audiometró utilizado: MAICO MA41 F. Ultima Calibración: 2019-11-15

○ : Vía aérea del OD × : Vía aérea del OI

< : Vía ósea del OD (sin enmascarar OI) > : Vía ósea del OI (sin enmascarar OD)



OTOSCOPIA

Oído derecho: NORMAL

Oído izquierdo: NORMAL

dB(A)	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
VAOD	15	15	15	10	20	40	25	35
VAOI	20	20	15	25	45	50	55	70

PTA Oido Derecho	PTA Oido Izquierdo
15.00	26.25

SEVERIDAD - CAOHC

Oído derecho: Leve(25 - 40 dB) Oído izquierdo: Moderada - Severa(56 - 70 dB)

Código	Nombre del Diagnóstico	Oído	Origen	Tipo
Z011	EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION	AMBOS	PROFESIONAL	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

RECOMENDACION	OBSERVACION
CONTROL AUDITIVO EN SEIS MESES CONTROL POR OTORINOLARINGOLOGÍA	

Observaciones

PREVIA APLICACIÓN DE PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD Y USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, SE OBTIENE:
IDX: OD: HIPOACUSIA LEVE EN FRECUENCIAS 4000 A 8000 HZ, OI: HIPOACUSIASEVERA EN FRECUENCIAS 4000 A 8000 HZ

FONOAUDIÓLOGO

Firma:

Nombre: GARCIA RIVERA SANDRA PATRICIA

R. M.: 655365 L.S.O.:

Código de Seguridad

F670L2R3896

TRABAJADOR

Firma:

Nombre: ASTUDILLO LOPEZ JADITH OMAR

CC 10543143

Escaneado con CamScanner

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA
comfacauca
al servicio del trabajador y su familia

NIT. 891500182-0
Calle 2 N # 6 A 54 Barrio Modelo
Popayán - Santander de Quilichao - Puerto Tejada
Cel: 3174366516 - 3174378962 Tel: (032) 8206860
E-mail: ips@comfacauca.com



ANEXO DE EXAMEN FÍSICO DE VALORACIÓN OSTEOMUSCULAR

DATOS PERSONALES

Ciudad y Fecha: POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA) 25/08/2020 - 11:11 A. M.
Tipo Evaluacion Medica: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR
Empresa: PARTICULARES **Cargo:** INSTRUCTOR CONTRATISTA
Nombres y Apellidos: ASTUDILLO LOPEZ JADITH OMAR **:CC** 10543143 **de** POPAYÁN **Fecha de Nacimiento:** 05/02/1962 12:00
Edad: 58 AÑOS 6 M **Lugar de Nacimiento:** **Dir. Residencia:** CLL 13A 1E-09 LAS FERIAS
Estudios: UNIVERSITARIO **Estado Civil:** DIVORCIADO(A) **E.P.S:** NO REFIERE **A.F.P:** NO REFIERE **A.R.L:** NO REFIERE

ANTECEDENTES RIESGOS ERGONOMICOS

Empresa	Cargo	Manipulación	Postura Habitual	Movimiento	Tiempo

POSTURA ESTÁTICA

ABDOMEN	FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL
CABEZA	FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL
HOMBROS	FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL
MIEMBROS INFERIORES	FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL
MIEMBROS SUPERIORES	FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL
OTRA ¿CUÁL?	FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL
PELVIS	FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL
TRONCO	FLEXIÓN, EXTENSIÓN E INCLINACIÓN NORMAL

ARCOS DE MOVILIDAD

CODO EXTENSIÓN 180°	NORMAL
CODO FLEXIÓN 145°	NORMAL
CODO PRONACIÓN 90°	NORMAL
CODO SUPINA 90°	NORMAL
CUELLO-REGION CERVICAL EXTENSIÓN 30°	NORMAL
CUELLO-REGION CERVICAL FLEXIÓN 30°	NORMAL
CUELLO-REGION CERVICAL INCLINACIÓN 30°	NORMAL
CUELLO-REGION CERVICAL ROTACIÓN 30°	NORMAL
DEDOS DE LA MANO ABDUCCIÓN 20°	NORMAL
DEDOS DE LA MANO ADUCCIÓN 20°	NORMAL
DEDOS DE LA MANO EXTENSIÓN 40°	NORMAL
DEDOS DE LA MANO FLEXIÓN 90°	NORMAL
HOMBRO ABDUCCIÓN 180°	NORMAL
HOMBRO ADUCCIÓN 30-45°	NORMAL
HOMBRO CIRCUNDUCCIÓN 360°	NORMAL
HOMBRO EXTENSIÓN 30°	NORMAL
HOMBRO FLEXIÓN 180°	NORMAL
HOMBRO ROTACIÓN EXTERNA 90°	NORMAL
HOMBRO ROTACIÓN INTERNA 90°	NORMAL
MUÑECA DESVIACIÓN EXTERNA 45°	NORMAL

Escaneado con CamScanner

MUÑECA DESVIACIÓN INTERNA 15°	NORMAL
MUÑECA FLEXIÓN DORSAL 80°	NORMAL
MUÑECA FLEXIÓN PALMAR 85°	NORMAL
OTRA ¿CUÁL?	

EXTREMIDADES SUPERIORES	
FINKELSTEIN DERECHO	NEGATIVO
FINKELSTEIN IZQUIERDO	NEGATIVO
OTRA ¿CUÁL?	
PHALEN DERECHO	NEGATIVO
PHALEN IZQUIERDO	NEGATIVO
TINEL DERECHO	NEGATIVO
TINEL IZQUIERDO	NEGATIVO

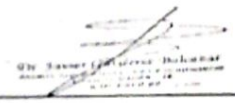
EXTREMIDADES INFERIORES	
LASSEGUE DERECHO	NEGATIVO
LASSEGUE IZQUIERDO	NEGATIVO

COLUMNA VERTEBRAL	
CIFOSIS DORSAL	NO
ESCOLIOSIS	NO
ESPALDA PLANA	NO
LORDOSIS CERVICAL	NO
LORDOSIS LUMBAR	NO
OTRA ¿CUÁL?	
PRUEBA DE SCHOBER	CMS
RECTIFICACIÓN (SEGMENTO?)	NO
ROTOESCOLIOSIS	NO
TEST DE WELLS	NORMAL

OBSERVACIONES

EVALUACION OSTEOMUSCULAR NORMAL.

MÉDICO

Firma: 

Nombre: GUTIERREZ BALCAZAR JAVIER

R. M.: 6860/89 L.S.O.: 03069/16

TRABAJADOR

Firma: 

Nombre: ASTUDILLO LOPEZ JADITH OMAR

CC 10543143

Escaneado con CamScanner

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CAUCA
comfacauca
al servicio del trabajador y su familia

NIT. 891500182-0
Calle 2 N # 6 A 54 Barrio Modelo
Popayán - Santander de Quilichao - Puerto Tejada
Cel: 3174366516 - 3174378962 Tel: (032) 8206860
E-mail: ips@comfacauca.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 18.411

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
25 DÍA	08 MES	2020 AÑO	POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR

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

PARTICULARES POPAYAN	PARTICULARES
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)

ASTUDILLO LOPEZ JADITH OMAR	Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres	MASCULINO	58 AÑOS 6 MESES 18 DÍAS	CC Tipo	10543143 Número

Cargo
INSTRUCTOR CONTRATISTA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
CON DEFECTO FÍSICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *APTO PARA EL CARGO CON RECOMENDACIONES ESPECIFICAS*

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

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRIA	✓	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR	✓
PAQUETE OPTOMETRICO	✓	----------	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : SOLICITAR PRUIEBAS AUDIOMETRICAS COMPLEMENTARIAS Y DE CONTROL		HABITOS SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS : VALORACION MEDICO NUTRICIONAL EN SU EPS, PARA MANEJO INTEGRAL CONDICION DE OBESIDAD		CONTROL DE PESO
ESPECIALISTA : VALORACION POR OTORRINO.-		HACER DEPORTE
		NO FUMAR
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

TENIENDO EN CUENTA LA SITUACIÓN ACTUAL POR LA PANDEMIA DE COVID 19 SE TIENE COMO OBJETIVO CUIDAR AL PERSONAL DE SALUD ASISTENCIAL, ADIMINISTRATIVO Y AL PACIENTE ATENDIDO. LA PRESENTE VALORACIÓN MEDICO LABORAL SE REALIZA APLICANDO AL 100 % LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD UTILIZANDO PARA ELLO GAFAS DE PROTECCIÓN , TAPABOCAS NO 95 , BATA DESECHABLE , GORRO DESECHABLE Y PROTECCIÓN CON GUANTES PARA SU ATENCIÓN, IGUALMENTE SE SOLICITA EL USO DE TAPABOCAS Y LAVADO DE MANOS CON ALCOHOL GLICERINADO. SE REALIZA DESINFECCION PERIODICA DEL CONSULTORIO.

CONDICIONES MEDICO-OCUPACIONALES ENCONTRADAS EN JADITH OMAR ASTUDILLO LOPEZ AL MOMENTO DE LA PRESENTE VALORACIÓN DE INGRESO, REVELAN LA PRESENCIA DE: 1. OBESIDAD GRADO I (LEVE) , VICIO DE REFRACCION INCIPIENTE CORREGIDO CON LENTES. 3. HIPOACUSIA LEVE EN OD Y SEVERA EN OI. PATOLOGIAS DE ORIGEN COMUN QUE EN EL MOMENTO SI BIEN NO GENERAN RESTRICCIÓN PARA SU TRABAJO, SÍ REQUIEREN DEL CUMPLIMIENTO OBLIGATORIO DE RECOMENDACIONES ESPECIFICAS. NO EVIDENCIA DE OTRA PATOLOGÍA CRÓNICA Ó AGUDA DE ORIGEN LABORAL ESTABLECIDA NO SE IDENTIFICARON TAMPOCO CAUSALES DE RESTRICCIÓN DE ORDEN FÍSICO Ó MENTAL NI SECUELAS POR ACCIDENTES DE TRABAJO.

PCTE ASINTOMATICO DESDE EL PUNTO DE VISTA RESPIRATORIO. NIEGA ANTECEDENTES DE FIEBRE ALTA. MALESTAR Ó DECAIMEINTO GENERAL NI DE CONTACTO CON PERSONAS SINTOMATICAS O SOSPECHOSAS DE COVID -19
CONCEPTO: PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO DE INSTRUCTOR SENA: BANCA Y SEGUROS. TIENE RECOMENDACIONES ESPECIFICAS. EVALUACION OSTEOMUSCULAR NORMAL.

1. VALORACIOIN EN SU EPS POR MEDICINA GENERAL PARA ORDEN DE PRUEBAS AUDIOMETRICAS COMPLEMENTARIAS COMO IMPEDANCIOMETRIA. 2,. RTEMISION A OTORRINO CON REPORTE DE PRIEBAS AUDIOMETRICAS. 3. VALORACION MEDICO NUTRICIONAL EN SU EPS PARA MANEJO INTEGAL DE SU CONDICION DE OBESIDAD 4. CAMBIO A ESTILOS DE VIDA SALUDABLE Y EJERCICIO PROGRAMADO MINIMO 3 VECES POR SEMANA. DIETA Y RECREACION SANA 3. VALORACIONES PERIODICAS (ANUALES) POR OPTOMETRIA

Escaneado con CamScanner

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

Firma:

Nombre: GUTIERREZ BALCAZAR JAVIER

R. M.: 6860/89 L.S.O.: 03069/16

Código de Seguridad
L670R1X18411

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: ASTUDILLO LOPEZ JADITH OMAR

CC: 10543143

Escaneado con CamScanner

Hace constar:

Que el Sr(a) JADITH OMAR ASTUDILLO LOPEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 10543143 realizó el día 10/09/2020 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 JADITH OMAR ASTUDILLO LOPEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 10543143 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

POSITIVA

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

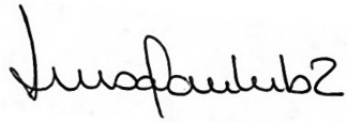
CERTIFICA

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que JADITH OMAR ASTUDILLO LOPEZ, con Cédula Ciudadanía No. 10543143 contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con Nit No. 899999034. Registra como trabajador INDEPENDIENTE con fecha de inicio de cobertura 28/08/2020, para el contrato registrado con fecha desde 27/08/2020 y fecha hasta 16/12/2020, 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): 202001019150277.

Dada en Bogotá, a los 14 días del mes de septiembre de 2020



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Certificado Bancario

Sabado, 22 de Agosto de 2020

A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que JADITH OMAR ASTUDILLO LOPEZ identificado(a) con CC 10543143, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	86834544981	2014/11/28	ACTIVA

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

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

Juan Camilo Moreno Gómez
Gerente Estrategia Canal Telefónico

Es el momento de todos
Bancolombia

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
POPAYAN	POPAYAN	40	40-44-101053278	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
27	08	2020	27	08	2020	00:00	16	04	2021	23:59	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	
	ASTUDILLO LOPEZ, JADITH OMAR		CC: 10.543.143
DIRECCIÓN: CL 13 A NRO. 1 E - 09 B. URB.LAS FERIAS	CIUDAD: POPAYAN, CAUCA	TELÉFONO:	8224713

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:		IDENTIFICACION NIT:
	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - REGIONAL CAUCA	899.999.034-1
DIRECCIÓN: CL 4 NRO. 2 - 80	CIUDAD: POPAYAN, CAUCA	TELÉFONO 8246910
ADICIONAL:		

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECUOUS, 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 OCACION DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES ADQUIRIDAS EN DESARROLLO DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. 19 - 00170078 1801237 DE 2020, CUYO OBJETO ES: PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL PARA ORIENTAR FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL EN MODALIDAD PRESENCIAL O VIRTUAL, CONFORME A LAS NECESIDADES DEL CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS - SENA REGIONAL CAUCA EN EL DEPARTAMENTO DEL CAUCA. PROGRAMA: FINANZAS Y GESTION BANCARIA Y DE ENTIDADES FINANCIERAS Y APOYO A OTRAS REDES DE CONOCIMIENTO DEL CENTRO.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	27/08/2020	16/04/2021	$1,335,666.60

ACLARACIONES

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******15,000.00	$ ******7,003.00	$ ******4,180.00	$ ******26,180.00	$ ******1,356,666.60	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART	NOMBRE COMPAÑIA	% PART	VALOR ASEGURADO
DIRECTA	4013	100.00			

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

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 4 NO. 9 - 31 - TELEFONO: 8242925 - POPAYAN

40-44-101053278

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

EMPRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT.830.[redacted]
Calle 96 No. 12-55 Bogota

PAGO DE FACTURAS

4361 PAGUESTADO SEGUROS DEL ESTADO SA

CORRESPONSAL BANCARIO OCCIDENTE

REFERENCIA4157709998021167802011009102604512390000000002618096202108 27

NUMERO DE APROBACION	736080
Fecha:	28/08/2020 09:13:05
DV:	502518
NUM. TRANSACCION	1017063482
Valor	$26.180,00

CORRESPONSAL BANCARIA PARA CORRESPONSAL BANCARIO OCCIDENTE, LA IMPRESION DE ESTE TIQUETE IMPLICA SU ACEPTACION. VERIFIQUE LA INFORMACION. ESTE ES EL UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO. REQUERIMIENTOS 01 8000 512825

PS Recaudador: 903536 B/ SANTA INES

Cajero: MIANFRTO

Recibi Conforme:_____

C.C._____

Escaneado con CamScanner