SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES**
**REGIONAL MAGDALENA**
**CENTRO ACUICOLA Y AGROINDUSTRIAL DE GAIRA-MAGDALENA-EMPRENDE**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **47** |
| **Código Centro** | **911810** |
| **Fecha Elaboración** | **Octubre de 2020** |
| **Versión** | **AGOSTO 2020 - 5,20** |
| **ID de Proceso** | **81656-013773** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

**Nombres y apellidos contratista:** CLAUDIA PATRICIA MENDOZA OROZCO
**Correo electrónico contratista:** cpmendoza28@misena.edu.co
**C.C.** 57.463.082 **IP/Nº de contacto** 54102

**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 ?** SI

**Banco al cual consignar:** BANCOLOMBIA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 77971730563

**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:** 1911243/2020 **Nº Compromiso SIIF** **189520**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Valor Total del Contrato** | $ 6.493.450 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 6.493.450 | **1** | **Del** | **14/10/2020** | **Al** | **31/10/2020** | **$ 1.770.941,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 4.722.509 | | Comisiones | | | $ 0,00 | |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 1.770.941 | | 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** | **$ 1.770.941** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 1.140.481** | | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | Octubre | Septiembre |
|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | ---------- | **4360007081** |
| **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 | $ 380.160 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Valor Base retención en la fuente | 1.140.481,00 | TARIFA |
| Valor Base retención en la fuente ICA | 1.520.641,00 | |
| Valor base IVA | 0,00 | |
| IVA (Si es RESPONSABLE) | 0,00 | 19% |
| Menos Retención en la Fuente | 0,00 | 0,00% |
| Menos Retencion IVA | 0,00 | 15% |
| Reteica - 8299 | 10.644,00 | 0,700% |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| Pro-Hospital | 35.419,00 | 2,000% |
| 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** | **$ 1.724.878,00** | |

**SON: UN MILLÓN SETECIENTOS VEINTICUATRO MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y OCHO PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se realizo actividades de Alistamiento de la Formación y lineamientos del programa.
Se realizo actualización de la información en el correo institucional de la plataforma SI CONTRATISTA.
Se estableció los lineamientos de divulgación y comunicación con el grupo de trabajo.
Recepción de correos por parte de profesional de apoyo SER.
Entrega de cuenta e informe correspondiente al mes de Octubre 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.

**CLAUDIA PATRICIA MENDOZA OROZCO**
**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,

**BADIR MANUEL FLOREZ GUERRERO**
**INSTRUCTOR**

**Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:**
**EL ORDENADOR DEL PAGO**

**BICHARA JOSE ZABLEH HASBUN**
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)**

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 57463082 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | CLAUDIA PATRICIA MENDOZA OROZCO |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | SANTA MARTA | DEPARTAMENTO: | MAGDALENA |
| DIRECCIÓN: | TRANS 10 34C-73 VILLA ELY | TELÉFONO: | 4200000 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | **4360007081** | | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES septiembre | AÑO | 2020 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES septiembre AÑO 2020 |
| DÍAS DE MORA: | | | 0 | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | | 2020/10/20 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 9992360315 |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 230201 | 230201- PROTECCION | 1 | $ 140.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 140.500 | $ 0 | $ 140.500 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 140.500** | **$ 0** | **$ 140.500** |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | UPC | COTIZACIÓN | UPC | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| ESSC24 | ESSC24-COOSALUD ESS | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 109.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 109.800 | $ 0 | $ 0 | $ 109.800 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 109.800** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 109.800** |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 9.200 | $ 9.200 | $ 0 | $ 0 | $ 9.200 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 9.200** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 9.200** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | FSP | | APORTES VOLUNTARIOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | SUBSISTENCIA | SOLIDARIDAD | EMPLEADOR | EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | Vr UPC | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DIAS COT | IBC | CCF | | SENA | ICBF | ESAP | MINEDU |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ADMIN | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE |
| 1 | CC 57463082 | MENDOZA OROZCO CLAUDIA PATRICIA | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 877.803 | | | | NO | 01 | | | | | | | | | | | | | | | | 230201-PROTECCION | 30 | $ 877.803 | $ 140.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 140.500 | ESSC24-COOSALUD ESS | 30 | $ 877.803 | $ 109.800 | $ 0 | $ 109.800 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 877.803 | 57463082 | $ 9.200 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| | |
|---|---|
| **TOTAL** | **$ 259.500** |

DIAN®
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

# Formulario del Registro Único Tributario
## Hoja Principal

MUISCA
Modelo Unico de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

**001**

2. Concepto 01 Inscripción

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14355226388

(415)7707212489984(8020) 000001435522638 8

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT): | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 57463082 | 8 | Impuestos y Aduanas de Santa Marta 19 | |

## IDENTIFICACION

| 24. Tipo de contribuyente: | 25. Tipo de documento: | 26. Número de Identificación: | 27. Fecha expedición: |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de ciudadanía 13 | 57463082 | 2003 03 13 |

| Lugar de expedición | 28. País: | 29. Departamento: | 30. Ciudad/Municipio: |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 169 | Magdalena 47 | Santa Marta 001 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| MENDOZA | OROZCO | CLAUDIA | PATRICIA |

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

## UBICACION

| 38. País: | 39. Departamento: | 40. Ciudad/Municipio: |
|---|---|---|
| COLOMBIA 169 | Magdalena 47 | Santa Marta 001 |

41. Dirección principal: TV 10 34 C 73 BRR VILLA ELY

| 42. Correo electrónico: | 43. Código postal | 44. Teléfono 1: | 45. Teléfono 2: |
|---|---|---|---|
| jmc1074@hotmail.com | | 3185350013 | |

## CLASIFICACION

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código: | 47. Fecha inicio actividad: | 48. Código: | 49. Fecha inicio actividad: | 50. Código: | 1 | 2 |
| 8299 | 20151027 | | | | | |

### Ocupación

| 51. Código | 52. Número establecimientos |
|---|---|
| | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

| 53. Código: | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

# 12- Ventas régimen simplificado

### Obligados aduaneros

| 54. Código: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | |
| | 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 [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 1 61. Fecha: 2015 1027

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.
Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013
Firma del solicitante:

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

984. Nombre: BRITO PADILLA KAREN MARGARITA
985. Cargo: Analista IV

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

**SOLAB SAS**
Nit. 900724151 - 6
Dirección: CR 3 A 24 113
Tel: (5) 4235858 - 4361949

# INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

| Tipo certificación: | Ingreso ⊗ | Periódico ○ | Retiro ○ | Post incapacidad ○ | Caso ocupacional ○ |
|---|---|---|---|---|---|
| | Control ○ | Reubicación ○ | Ingreso al SVE ○ | Trabajo en alturas ○ | |



## DATOS DEL PACIENTE

Fecha **30/09/2020 08:24:00** Empresa **PARTICULAR**

Nombre **CLAUDIA PATRICIA MENDOZA OROZCO**

Cargo **INSTRUCTORA** Doc. Identidad **CC 57463082**

## SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

| | | |
|---|---|---|
| 1 EXAMEN FISICO OSTEOMUSCULAR | 2 CUADRO HEMATICO | 3 GLICEMIA |
| 4 OPTOMETRIA | 5 PERFIL LIPIDICO | 6 TEST DE PERSONALIDAD |
| 7 AUDIOMETRIA (VIA AEREA Y VIA OSEA) | 8 | 9 |

| EXAMEN DE INGRESO | SI | NO | NO APLICA | FALTA INFORMACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| Apto para el cargo | ⊗ | ○ | ○ | ○ |
| Aplazado | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Apto con restricciones | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Apto para trabajar en alturas | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Apto para trabajar en espacios confinados | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Apto para Manipulación de Alimentos | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Apto para conducir | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista | ○ | ○ | ○ | ○ |

| EXAMEN PERIÓDICO | SI | NO |
|---|---|---|
| Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones | ○ | ○ |
| Requiere restricciones de actividades | ○ | ○ |
| Requiere reubicación laboral temporal | ○ | ○ |
| Requiere reubicación laboral permanente | ○ | ○ |
| Apto para conducir | ○ | ○ |
| Apto para Manipulación de Alimentos | ○ | ○ |
| Apto para trabajar en alturas | ○ | ○ |

| EXAMEN DE RETIRO | SI | NO |
|---|---|---|
| Sospecha de enfermedad Profesional | ○ | ○ |
| Secuelas de Accidentes de Trabajo | ○ | ○ |
| Enfermedad Común | ○ | ○ |

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual ○ Auditivo ○ Respiratorio ○ Cardiovascular ⊗ Psicosocial ○ Ergonómico ○ Otros ○

| REMISIÓN | SI ⊗ | NO ○ | ARL | SI ○ | NO ○ | EPS | SI ⊗ | NO ○ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, HABITOS SALUDABLES, USO DEL EPP PARA LA LABOR
CONTROL DE PESO Y VALORACION CON NUTRICION POR EPS

NOTAS:
- SE REALIZO ENCUESTA PARA COVID 19
- DEBE CUMPLIR CON EL PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD DISEÑADO POR LA EMPRESA PARA EVITAR EL CONTAGIO DE COVID 19

DR. PEDRO MANJARRES PALACIO
RM. 70584
LIC. OCUPACIONAL 0730

Trabajador: CLAUDIA PATRICIA MENDOZA
CC: 57463082
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

**INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD**

## RESTRICCIONES

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

DR. PEDRO MANJARRES PALACIO
RM. 70584
LIC. OCUPACIONAL 0730

Trabajador: CLAUDIA PATRICIA MENDOZA
CC: 57463082
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

**NOMBRE DEL PACIENTE: CLAUDIA PATRICIA MENDOZA OROZCO**
**IDENTIFICACIÓN: 57.463.082**
**EDAD: 36**
**PROFESION: TECNICO EN ARTESANIAS**
**ÁREA /CARGO A OCUPAR: INSTRUCTORA DE ARTESANIAS**

## INFORME PSICOLOGICO – PRUEBA DE PERSONALIDAD

Fecha de Atención: 30 Septiembre del año 2020
Empresa: Servicio Nacional de Aprendizaje - SENA

**CONCEPTO**

Según la valoración psicológica realizada, la evaluada ***Claudia Mendoza Orozco,*** Se considera una persona responsable, honesta y segura de sí misma. Expresa sentirse a gusto con su profesión y su rol de instructor, de poder aportar conocimientos hacia los demás. Así mismo, manifiesta contar con la experiencia y habilidades necesarias para ejercer correctamente sus funciones. Se percibe una persona comprometida con su trabajo, creativa, sociable, con adecuado dominio de liderazgo, facilidad para acoplarse a grupos de trabajo y para solución de conflictos. Como expectativa espera que la institución valore el trabajo y esfuerzo de los instructores.

Según el resultado de la prueba Valanti, se describen los siguientes rasgos:

- ✓ El área intuitiva (Valor AMOR) es la más importante para la evaluada. Impacta en su vida el amor un poco más que al resto de las personas. Resalta la parte intuitiva de sus valores, dándole buena prioridad a cualidades como amabilidad, amistad, ayuda, compartir, cuidado, simpatía y tolerancia.
- ✓ El valor verdad está dentro de la norma de la población. La parte intelectual de sus valores está equilibrada, dándole adecuada importancia a cualidades como veracidad, raciocinio, curiosidad y honestidad intelectual.
- ✓ El valor rectitud recibe una calificación dentro de lo esperado. La parte física de sus valores se muestra equilibrada, dándole adecuada importancia a cualidades como compromiso, confiabilidad, deber, cumplir metas, respeto, responsabilidad y sacrificio.
- ✓ La valoración de la paz no es tan prioritaria. La parte emocional de sus valores es puesta en segundo plano, dándole un poco menos importancia a cualidades como calma o paciencia.
- ✓ El valor no violencia está dentro de lo normal. La parte espiritual de sus valores está equilibrada, dándole adecuada importancia a cualidades como amor universal, aprecio por las demás culturas y creencias, hermandad, justicia social y unidad humana.

Durante la entrevista y aplicación del test se mostró tranquila, con un lenguaje fluido sin dificultad y una presentación y postura adecuada.

**NOMBRE DEL PACIENTE: CLAUDIA PATRICIA MENDOZA OROZCO**
**IDENTIFICACIÓN: 57.463.082**
**EDAD: 36**
**PROFESION: TECNICO EN ARTESANIAS**
**ÁREA /CARGO A OCUPAR: INSTRUCTORA DE ARTESANIAS**

**OBSERVACIÓN:**

Los resultados de la prueba pueden tener un margen de sesgo o error debido posiblemente a síntomas de ansiedad de la evaluada durante la prueba, a no contestar con total honestidad las preguntas o a interpretaciones erróneas de las mismas. Recuerde que esta descripción del perfil no define con plena exactitud los rasgos de la evaluada, sino que es lo más semejante posible.



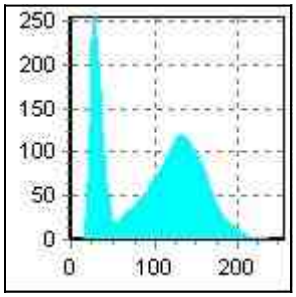
**JULIA CARRASCAL NAVARRO**
**Psicóloga**
**Especialista en Psicología Ocupacional y Organizacional**
**Lic. 6482/10**

SOLAB
SALUD OCUPACIONAL - LABORATORIO CLINICO - MEDICINA GENERAL

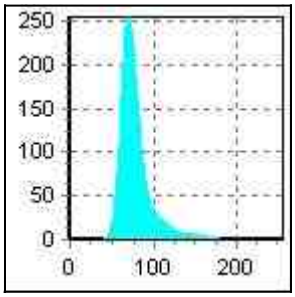
| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Impreso | 30 sept. 2020 03:01:32 pm | | RESULTADOS | | | Software Baxlab v20161109 | |
| **Sede** | **PRINCIPAL** | | | | | Página 1 de 3 | |
| **Paciente** | **MENDOZA OROZCO CLAUDIA PATRICIA** | | | Sexo F | Edad 36A 0M 13D | **Nro. De Recepción** | **102136** |
| Identif. | CC 57463082 | Teléfono 3185350013 | | | Fecha De Recepción | 30 sept. 2020 08:04:54 am | |
| Entidad | SOLAB | | | SubEntidad | SIN SUBENTIDAD | | |
| Sala | **CONSULTA EXTERNA** | | Cama | Médico | ASIGNADO NO . | | |

| | Resultados | Unidades | Valores Referencia |
|---|---|---|---|
| HEMATOLOGIA | | | |
| 1 . HEMOGRAMA TIPO IV | | | |
| Hemoglobina | 13,60 | gr/dl | 12 a 16 |
| Hematocrito | 40,40 | % | 36 a 48 |
| Recuento de Eritrocitos(RBC) | 4,12 | x10^6/uL | 4 a 5 |
| Volumen Medio Corpuscular (MCV) | 98,00 | fL | 70 a 96 |
| Hemoglobina Corpuscular Media(MCH) | 33,00 | pg | 23 a 35 |
| Conc Media de Hb Corpuscular (MCHC) | 33,70 | gr/dl | 31 a 36 |
| Indice de distribución eritrocitaria (RDW-CV) | 13,90 | % | 11 a 16 |
| Indice de distribución eritrocitaria (RDW-SD) | 47,30 | fL | 20 a 42 |
| Recuento de Leucocitos(WBC) | 11,50 | x10^9/L | 4 a 10 |
| Neutrófilos(%) | 62,10 | % | 50 a 75 |
| Neutrofilos (/mmc) | 7,10 | x10^9/L | 2 a 7 |
| Linfocitos(%) | 30,30 | % | 25 a 45 |
| Linfocitos(/mmc) | 3,50 | x10^9/L | 0,80 a 4 |
| Monocitos(%) | 7,60 | % | 3 a 12 |
| Monocitos(/mmc) | 0,90 | x10^9/L | 0,12 a 1,20 |
| Recuento de Plaquetas(PLT) | 296 | x10^9/L | 150 a 450 |
| Plaquetocrito (PCT) | 2,49 | mL/L | 1 a 2,82 |
| Volumen plaquetario medio (MPV) | 8,40 | fL | 6,50 a 12 |
| Indice de distribuciónPlaquetario (PDW) | 15,00 | fL | 9 a 17 |

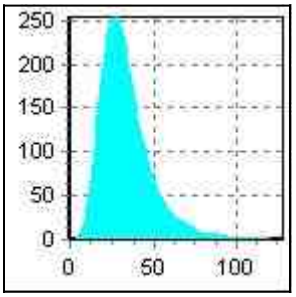
WBC




RBC




PLT




QUIMICA

SOLAB
SALUD OCUPACIONAL - LABORATORIO CLINICO - MEDICINA GENERAL

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Impreso | 30 sept. 2020 03:01:32 pm | | RESULTADOS | | | Software Baxlab v20161109 | |
| **Sede** | **PRINCIPAL** | | | | |  | |
| **Paciente** | **MENDOZA OROZCO CLAUDIA PATRICIA** | | | Sexo F | Edad 36A 0M 13D | **Nro. De Recepción** | **102136** |
| Identif. | CC 57463082 | Teléfono 3185350013 | | | Fecha De Recepción | 30 sept. 2020 08:04:54 am | |
| Entidad | SOLAB | | | SubEntidad | SIN SUBENTIDAD | | |
| Sala | **CONSULTA EXTERNA** | | Cama | Médico | ASIGNADO NO . | | |

| | | Resultados | Unidades | Valores Referencia |
|---|---|---|---|---|
| QUIMICA | | | | |
| 2 . | COLESTEROL TOTAL | | | |
| | Colesterol total sérico | 180 | mg/dl | |

```
Colorimetria

Valores de Refencia:

Optimo:          Menor de 200 mg/dl
Intermedio Alto: De 200 a 239 mg/dl
Alto:            Mayor de 240 mg/dl

NIÑOS Y ADOLESCENTES:

Optimo Menor de.....170 mg/dL
Limitrofe .............170 a 199 mg/dL
Alto mayor de.....200 mg/dL
```

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 3 . | Glicemia en Ayunas | 75 | mg/dl | 70 a 105 |

```
Colorimetria

INTERPRETACION:

Prematuro:        20 a 60
0 a 1 dia:        40 a 60 mg/dl
> 1 dia:          50 a 80 mg/dl
Niños Y Adultos:  70 a 105mg/dl
```

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 4 . | Colesterol HDL | 46,60 | mg/dL | 40 a 55 |
| 5 . | Colesterol LDL | 119 | mg/dl | |

```
Colorimetria

Valor de Referncia:
Optimo:          Menor de 100 mg/dl
Intermedio Alto: De 100 a 150 mg/dl
Alto:            Mayor de 150 mg/dl
```

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 6 . | Trigliceridos sérico | 72 | mg/dl | |

```
Colorimetria

Valor de Referencia:

Optimo:         Menor de 150 mg/dl
Intrmedio Alto: De 150 a 199 mg/dl
Alto:           Mayor de 200 mg/dl
```

SOLAB
SALUD OCUPACIONAL - LABORATORIO CLINICO - MEDICINA GENERAL

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Impreso | 30 sept. 2020 03:01:32 pm | | RESULTADOS | | | Software Baxlab v20161109 | |
| **Sede** | **PRINCIPAL** | | | | |  | |
| **Paciente** | **MENDOZA OROZCO CLAUDIA PATRICIA** | | | Sexo F | Edad 36A 0M 13D | **Nro. De Recepción** | **102136** |
| Identif. | CC 57463082 | Teléfono 3185350013 | | | Fecha De Recepción | 30 sept. 2020 08:04:54 am | |
| Entidad | SOLAB | | | SubEntidad | SIN SUBENTIDAD | | |
| Sala | **CONSULTA EXTERNA** | | Cama | Médico | ASIGNADO NO . | | |

| Resultados | Unidades | Valores Referencia |
|---|---|---|

Dra Victoria Herrera Arias.
Bacterióloga

**SOLAB SAS**
*Nit. 900724151 - 6*
*Dirección: CR 3 A 24 113*
*Tel: (5) 4235858 - 4361949*

**AUDIOMETRÍA**

Control ☐ Ingreso ☒ Retiro ☐

Nombre **CLAUDIA PATRICIA MENDOZA OROZCO** Doc. Identidad **57463082**

Teléfono Edad **36** Cargo **INSTRUCTORA**

Empresa **PARTICULAR** Fecha **30/09/2020** Reposo Auditivo SI 12 HORAS

## ANTECEDENTES OCUPACIONALES

**Exposición al ruido actual**

◯ SI Tiempo
⊗ NO EPP

**Exposición al ruido en trabajos anteriores**

Cargo Años EPP

◯ SI I
⊗ NO

## ANTECEDENTES OTOLÓGICOS

⊗ Ninguno ◯ Otitis ◯ Acúfeno ◯ Vértigo ◯ Trauma ◯ Perforación Timpánica ◯ Otalgia ◯ Otorrea ◯ Hipoacusia
◯ Prurito ◯ Cirugía ◯ Detonación - Explosión ◯ Ototóxicos ◯ Otros:

Observaciones

## ANTECEDENTES SOCIOACÚSTICOS

⊗ Ninguno ◯ Polígono ◯ Servicio Militar ◯ Buceo ◯ Moto ◯ Instrumento Musical ◯ Discoteca y/o bares
◯ Otros: Obs.

## ANTECEDENTES PERSONALES

⊗ Ninguno ◯ Afección Renal ◯ Parotiditis ◯ TBC ◯ Diabetes
◯ Hipotiroidismo ◯ Meningitis ◯ Paludismo ◯ Reumatismo ◯ HTA
◯ Otros:

## ANTECEDENTES FAMILIARES

⊗ Ninguno Parentesco
◯ Congénito ◯ Adquirido

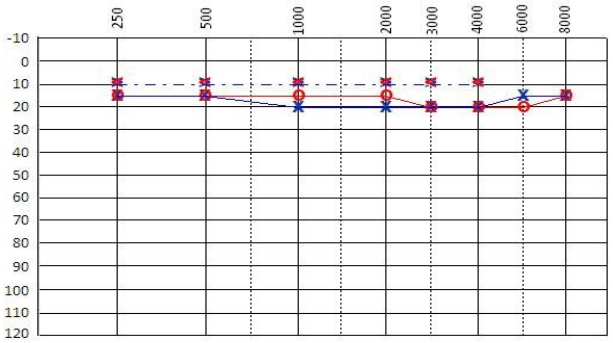
## DIAGNÓSTICO CIE-10

Z011 - AUDICION NORMAL

## OTOSCOPIA

⊗ Normal ◯ Anormal

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| OD | CAE | NORMAL | OI | CAE | NORMAL |
| | MT | NORMAL | | MT | NORMAL |




**Diagnóstico Hipoacusia:**

| | 125 | 250 | 500 | 750 | 1000 | 1500 | 2000 | 3000 | 4000 | 6000 | 8000 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **VA OI** | | 15 | 15 | | 20 | | 20 | 20 | 20 | 15 | 15 |
| **OD** | | 15 | 15 | | 15 | | 15 | 20 | 20 | 20 | 15 |
| **VO OI** | | 10 | 10 | | 10 | | 10 | 10 | 10 | | |
| **OD** | | 10 | 10 | | 10 | | 10 | 10 | 10 | | |

**NBN** **WN** **SN**

Observaciones
CONTROL SEMESTRAL
PROTECCION AUDITIVA

Nasly Buenahora R.

FONOAUDIOLOGA
ESP. AUDIOLOGIA

**SOLAB SAS**
*Nit. 900724151 - 6*
*Dirección: CR 3 A 24 113*
*Tel: (5) 4235858 - 4361949*

**OPTOMETRÍA**

Ingreso [X] Egreso [ ] Periódico [ ] Caso ocupacional [ ]

Fecha historia 30/09/2020 11:29:00

Doc. Identidad **CC 57463082** Nombre **CLAUDIA PATRICIA MENDOZA OROZCO** Fecha Nacimiento. **17/09/1984**
Entidad **PARTICULAR** Edad **36** Ocupación **I**
Fondo de pensión **PROTECCION** EPS ARL **ARP - POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS**

**Anamnesis**

Último examen visual **1 AÑO** | Usa anteojos: Si [ ] No [X] | V.L. [ ] V.P. [ ] PC [ ] Bifocal [ ] Progresivo [ ] Filtros [ ]

Frecuencia de uso: Permanente: [ ] Ocasional [ ] Usa protección ocular gafas de seguridad o máscara? Si [ ] No [X]

Cirugías Si [ ] No [X] Cuál?

Accidentes oculares Si [ ] No [X] Cuál?

Signos y síntomas: Asintomático [X] Disminución visual de cerca [ ] Disminución visual de lejos [ ] Cefaleas [ ] Resequedad ocular [ ]

Ardor ocular [ ] Lagrimeo [ ] Cansancio ocular [ ] Irritación [ ] Fotofobia [ ] Prurito ocular [ ] Salto de renglón [ ]

Antececentes personales y/o familiares Trae corrección óptica [ ]

**Agudeza Visual**

| C.C. | V.L | V.P. | S.C. | V.L. | V.P. |
|---|---|---|---|---|---|
| O.D. | | | | **20/20** | **0.5 M** |
| O.I. | | | | **20/20** | **0.5 M** |

**Lensometría**

| | ESF | CIL | EJE | ADD |
|---|---|---|---|---|
| O.D. | | | | |
| O.I. | | | | |

**Examen Externo**

| | O.D. | O.I. |
|---|---|---|
| **Segmento Anterior:** | Hiperemia conjuntiva [ ] Pterigio N [ ] | Hiperemia conjuntiva [ ] Pterigio N [ ] |
| | Pterigio T [ ] Pinguécula [ ] Nevus [ ] Bleafaratis [ ] | Pterigio T [ ] Pinguécula [ ] Nevus [ ] Bleafaratis [ ] |
| | Blefaritis seborreica [ ] Secreción [ ] Leucoma corneal [ ] | Blefaritis seborreica [ ] Secreción [ ] Leucoma corneal [ ] |
| | Ptosis palpebral [ ] Otros: **SANO** | Ptosis palpebral [ ] Otros: **SANO** |

**Motilidad Ocular**

**CVT:** VL **ORTHOFORICO** VP HISHBERG **CENTRADO**
Ducciones **NORMALES** Versiones **NORMALES** PPC **8 CM**

**Oftalmoscopia**

| O.D. | O.I. |
|---|---|
| F.O.A.N. [ ] Papila normal [ ] Brillo foveal normal [ ] Catarata [ ] | F.O.A.N. [ ] Papila normal [ ] Brillo foveal normal [ ] Catarata [ ] |
| Esclerosis de cristalino [ ] Opacidad de medios [ ] Lesión retinal [ ] | Esclerosis de cristalino [ ] Opacidad de medios [ ] Lesión retinal [ ] |

**Test Ocupacionales**

| Visión cromática | Visión de profundidad | Campo visual por vonfrontación |
|---|---|---|
| O.D: **NORMAL** | O.D: **40 SEG DE** | O.D: |
| O.I: **NORMAL** | O.I: **40 SEG DE** | O.I: |

**Refracción**

| | Esfera | Cilindro | EJE | Adición |
|---|---|---|---|---|
| **O.D:** | **+0.25** | **-** | | **+** |
| **O.I:** | **0.00** | **-** | | **+** |

**Refracción final**

| | Esfera | Cilindro | EJE | Adición | AV VL | AV VP |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **O.D:** | **0.00** | **-** | | **+** | **20/20** | **0.5 M** |
| **O.I:** | **0.00** | **-** | | **+** | **20/20** | **0.5 M** |

**Interpretación**

| | O.D | O.I |
|---|---|---|
| No requiere correción óptica | [ ] | [ ] |
| Defecto refractivo adecuadamente corregido | [ ] | [ ] |
| Defecto refractivo inadecuadamente corregido | [ ] | [ ] |
| Defecto refractivo no corregido | [ ] | [ ] |
| Gafas no formuladas | [ ] | [ ] |

**Diagnóstico**

**Recomendaciones**

Corrección Óptica Permanente [ ] Corrección Óptica Ocasional [ ] Control 6 meses [X] Control 1 año [ ]
Optometría Clínica [ ] Valoración por oftalmología [ ] Valoración por ortóptica [ ]

**Valoración** Normal [ ] Anormal [ ]

**CONCEPTO**

Apto [X] No apto [ ] **Observaciones:** EMETROPE
NO SE REALIZA FUNDOSCOPIA POR PROTOCOLO COVID-19

CARMEN MABEL GRANDA RODRIGUEZ
OPTOMETRA
TP: 2189
RM: 03458

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

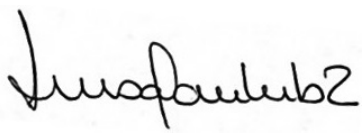
Verificada la base de datos de la compañía se encontró que la señora CLAUDIA MENDOZA OROZCO, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 57.463.082, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 14/10/2020 y fecha fin de contrato 18/12/2020 con riesgo 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 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): 202001020233368.

Esta certificación se expide a los 22 días del mes de Octubre de 2020.

Cordialmente



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Un compromiso de Todos.

## Hace constar:

Que el Sr(a) CLAUDIA PATRICIA MENDOZA OROZCO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 57463082 realizó el día 18/10/2020 la Capacitación Módulo 1 - Generalidades en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

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

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas

Escaneado con CamScanner

# Certificado Bancario

Lunes, 28 de Septiembre de 2020

A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que CLAUDIA PATRICIA MENDOZA OROZCO identificado(a) con CC 57463082, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

| Producto | No. Producto | Fecha Apertura | Estado |
|---|---|---|---|
| CUENTA DE AHORROS | 77971730563 | 2017/01/31 | 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.

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

Paula Andrea Vélez Gómez

Gerente Estrategia Canal Telefónico

Es el momento de todos
Bancolombia

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: | Cod. Sucursal: | Nro. Póliza: | Anexo: |
|---|---|---|---|---|
| SANTA MARTA | AGENCIA SANTA MARTA | 46 | 46-46-101002933 | 0 |

| Fecha Expedición: | | | Vigencia Desde: | | | A las: | Vigencia Hasta: | | | A las: | Tipo Movimiento: |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Día: | Mes: | Año: | Día: | Mes: | Año: | Horas: | Día: | Mes: | Año: | Horas: | |
| 14 | 10 | 2020 | 14 | 10 | 2020 | 00:00 | 18 | 04 | 2021 | 00:00 | EMISIÓN ORIGINAL |

**DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO**

| Nombre o Razón Social: MENDOZA OROZCO CLAUDIA PATRICIA | | | Identificación: 57463082-8 |
|---|---|---|---|
| Dirección: TV 10 NRO. 34 C - 73 VILLA EL | Ciudad: SANTA MARTA - MAGDALENA | | Teléfono: 3185350013 |

**DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO**

| Nombre o Razón Social: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA | | | Identificación: 899999034-1 |
|---|---|---|---|
| Dirección: AV. FERROCARRIL 27-97 | Ciudad: SANTA MARTA - MAGDALENA | | Teléfono: 4212064 |

**OBJETO DEL SEGURO**

CON SUJECIÓN 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 CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. . CO1.PCCNTR.1911243 DE 2020 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN EL PROGRAMA SENA EMPRENDE RURAL DEL CENTRO ACUÍCOLA Y AGROINDUSTRIAL DE GAIRA EN LA ESPECIALIDAD DE ARTESANIA

**AMPAROS**

**RIESGO:** PRESTACION DE SERVICIOS

| AMPAROS: | Vigencia Desde: | Vigencia Hasta: | Suma Asegurada / Actual: |
|---|---|---|---|
| CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO | 14/10/2020 | 18/04/2021 | $ 649,345.00 |

**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 | $ 649,345.00 | 14/10/2020 |

| INTERMEDIARIO | | | DISTRIBUCIÓN COASEGURO | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Nombre: | Clave: | % DE PARTICIPACI ÓN: | Nombre Compañía: | % Participaci ón: | Valor Asegurado: |
| LV SEGUROS LTDA | 184554 | 100,00 | | | |

**QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE 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 20 NO. 11-75 L103 C.C. SANTA MARTA ACUARIUM - Teléfono: 42**

**FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas**

**FIRMA TOMADOR**

**Usted puede consultar esta póliza en www.segurosdelestado.com**

Oficina Principal: Cra. 11 No. 90-20 Bogotá D.C. Teléfono: 2186977

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

NO EFECTUAR RETENCIÓN EN LA FUENTE POR NINGUN CONCEPTO * RESPONSABLE IVA

**COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A**
**NIT 900.226.715 – 3**

**CERTIFICA:**

El suscrito afiliado relacionado a continuación se encuentra o ha estado registrado en la EPS, con los siguientes datos:

| | |
|---|---|
| Tipo y No. de documento: | CC - 57463082 |
| Nombres: | CLAUDIA PATRICIA |
| Apellidos: | MENDOZA OROZCO |
| No. de carnet: | 47001438917 |
| Tipo de afiliado: | COTIZANTE |
| Fecha de afiliación: | 2019/04/01 |
| Estado de afiliación: | ACTIVO |
| Régimen: | CONTRIBUTIVO |
| IPS: | SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD DEL MAGDALENA SAS |
| Departamento - Municipio: | MAGDALENA - SANTA MARTA |
| Nivel Sisben: | |

**OBSERVACIONES:**

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS NO VALIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

La presente se expide a solicitud del interesado en Cartagena, a los 14 días del mes de septiembre de 2020.

**CARLOS ALBERTO TORRES SALAZAR**
**Subdirector Nacional De Aseguramiento**

# Protección

**Fondo de Pensiones Obligatorias Protección**

**NIT 800.198.281**

**Hace constar que:**

El(la) Señor(a) **MENDOZA OROZCO CLAUDIA PATRICIA** identificado(a) con **CC** número **57.463.082** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de febrero de 2017 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 28 de Septiembre de 2020.

Cordialmente,

**Laura Patricia Merchan Metaute**
Dirección servicios transaccionales para clientes
**Protección S.A.**

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

202009141743