SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL CUNDINAMARCA
CENTRO INDUSTRIAL Y DESARROLLO EMPRESARIAL DE SOACHA-CUNDINAM

Código Regional	**25**
Código Centro	**923210**
Fecha Elaboración	**Marzo de 2020**
Versión	**FEBRERO 2020 - 2,20**
ID de Proceso	**77643-529536**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	LINA VIANEY SANDOVAL SANTOS	**C.C.**	1.022.350.884	**IP/Nº de contacto**	0
Correo electrónico contratista:	lvsandoval48@misena.edu.co				
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**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:	DAVIVIENDA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**	2300183239
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	

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato:	259232030/2020			**Nº Compromiso SIIF**		**5020**	
Valor Total del Contrato	$ 39.796.575	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 39.796.575	**1**	**Del**	**27/01/2020**	**Al**	**31/01/2020**	**$ 505.353,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 39.291.222		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 505.353		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	**$ 505.353**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 153.389**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Enero	Diciembre			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**8818150960**	Valor Base retención en la fuente	153.389,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 877.803	$ 0	Valor Base retención en la fuente ICA	255.053,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 109.800	$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 140.500	$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL I	$ 4.600	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8299	1.530,00	0,600%
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -		-	0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.128.000	$ -		-	0,00	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.560.700	$ -		-	0,00	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta $ 1.139.424	$ 50.535		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 569.712	$ -				
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 51.130		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 503.823,00**	

SON: QUINIENTOS TRES MIL OCHOCIENTOS VEINTITRES PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

2057075 PROMOVER 5 HORAS
2024256 PROMOVER 5 HORAS
27 enero acta alistamiento horas 4
28 enero acta alistamiento horas 4
29 enero acta alistamiento horas 4
30 enero acta alistamiento horas 4
TOTAL 26 HORAS

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.

LINA VIANEY SANDOVAL SANTOS
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,

NELSON OCTAVIO GOMEZ BOTERO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

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

ROBERTO PRIETO LADINO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

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

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) LINA VIANEY SANDOVAL SANTOS identificado(a) con cedula ciudadania 1.022.350.884, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro	Semanas Cotizadas
20180220	No Registrada	504

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 20 días del mes de Enero de 2.020

Observaciones:

Con destino a:
A QUIÉN CORRESPONDA

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

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO CER-AFI
12866135

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 13 Actualización de oficio

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14627415663

(415)7707212489984(8020) 000001462741566 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1022235088 4	6	Impuestos de Bogotá 32	

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	1022235088 4	2006 07 18

Lugar de expedición / 28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 169	Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
SANDOVAL	SANTOS	LINA	VIANEY

35. Razón social:

36. Nombre comercial:	37. Sigla

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 169	Cundinamarca 25	Soacha 754

41. Dirección principal: CR 2 33 20 BRR SAN MATEO

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
linasandoval0711@hotmail.com		3204009714	

CLASIFICACION

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
7220	2008 03 03					3223	

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
	49																									

49 - No responsable de IVA

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 [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2019 06 18

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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA
985. Cargo:

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de Especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

Salud Ocupacional Licencia No. 9511 de 23/08/2013

Lic. Anterior No. 9706 de 05/10/2009

Nit: 830.015.894-4

Código de prestador de servicios de la salud No.110010565901
Aprobado por la Secretaria de Salud de Bogotá según
Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997
Dra. María Luisa Molina M. CPTP No. 13958-T
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Res. 5594 01/08/2005 de la Secretaria de Salud



Nro. 25323

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

FECHA : 1/02/2019 HORA::49:4	EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO	
NOMBRES: LINA VIANEY SANDOVAL SANTOS	CEDULA: 1022350884	EDAD: 30 GENERO: F
EMPRESA: INDEPENDIENTE	CARGO: INSTRUCTORA HUMANIDADES	TELEFONO: 3204009714 -

EXAMENES LABORALES REALIZADOS

Valoración Medica Laboral	Si		Respiratorio	Si	
Espirometria	--		Dermatología	Si	
Audiometria	Si	NORMAL	Osteomuscular	Si	
Visiometria	--	ASTIGMATISMO	Cardiovascular	Si	
Optometria	Si		Prueba de equilibrio	--	
Electrocardiograma	--		Radiologia Tunel/carpo	--	
Psicología Laboral	--		Radiologia Columna	--	
Lacunas	--		Radiologia Torax	--	

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

Cuadro Hematico IVG	--		Parcial de Orina	--	
Glicemia	--		RH-Grupo Sanguineo	--	
Colesterol	--		KOH Uñas	--	
Triglicéridos	--		Frotis Faringeo	--	
Serologia	--		Coprologico	--	

CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

APTO PARA TRABAJOS EN ALTURA Y ESPACIOS CONFINADOS (CURSO SENA)	--	Segun Res.1409 del 3 de Julio de 2012			
Apto Para el cargo sin Restricciones			Si	Aplazado	--
Apto Para el Cargo con Restricciones que Intervienen con su Trabajo			--	No Apto Para Este Cargo	--
Apto Para Trabajos en Superficies sin Infradesnivel			--		--
Examen PERIODICO Satisfactorio	--		Examen de EGRESO Satisfactorio		--

PACIENTE PARA EL CARGO
EXAMEN CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

Higiene Postural	Si	Uso de Doble Protección Auditiva	--	Evitar Posturas Prolongadas	--
Pausas Activas	Si	Control Optometrico Periodico	--	Uso de Medias de Compresión Graduado	--
Ergonomia del Puesto de trabajo	Si	Uso de Lentes Permanentes	Si	Valoración y Manejo en IPS	--
Uso de Elementos de Protección Personal	Si	Uso de Lentes Visión Cercana	--	Dieta - Ejercicio Físico	Si
Valoración por IPS de Medicina Laboral	--	Control de Tension Arterial	--	Control Espirómetria	--
Control Audiometrico	--	Estilos de Vida Saludable	--	Control Médico Ocupacional Anual	--
					--

CONSENTIMIENTO INFORMADO (De Lectura Obligatoria)

He comprendido el proposito,los beneficios,la interpretación y los riesgos del examen medico, paraclinico(s) y/o ocupacioneales que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mi en estos exámenes y presentes en este documento son precisas y completas.Entendiendo que este proceso es voluntario y libre de toda cohesión y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de que se realizaran las pruebas, fui informado de las medidas que el profesional de Salud ocupacional de UMED LTDA. tomará para proteger la confidencialidad de la información allí expuesta,los autorizo para que den a conocer por cualquier medio electrónico o físico la información registrada a la persona o entidad contemplada en la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional de la Empresa y de losexamenes recibiré los resultados y aseguro estar de acuerdo con el proceso. Hago constar con mi firma que he leido y comprendido a la perfecciónio anterior y que estoy en capacidad de manifestar mi libre consentimiento.

Maritza Umaña B.
Medico Especialista en la Gerencia de Salud Ocupacional
LICENCIA No. RM 10265/2014

MARITZA UMAÑA BASTIDAS
LICENCIA No. RM 10265/2014
Medico Especialista en Salud Ocupacional

Realice sus exámenes en Instituciones medicas aprobadas por la Secretaria Distrital de Salud:
UMED LTDA. I.P.S. Salud Ocupacional

Firma Trabajador

1022350884
C.C. No

Carrera 21 No. 26-00/06 Sur
Tels: 278 5555 - 366 5291 - 239 1657 - 272 9937
Fax: 239 0086
umedltda@gmail.com
www.umedips.com

Laboratorio - Medicina - Radiología - Ecografía - Audiometría - Salud Ocupacional

Scanned by CamScanner

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de Especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

Salud Ocupacional Licencia No. 9511 de 23/08/2013

Lic. Anterior No. 9706 de 05/10/2009

Nit: 830.015.894-4

Código de prestador de servicios de la salud No.110010565901
Aprobado por la Secretaria de Salud de Bogotá según
Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997
Dra. María Luisa Molina M. CPTP No. 13958-T
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Res. 5594 01/08/2005 de la Secretaria de Salud



EXAMEN DE AUDIOMETRIA LABORAL

INGRESO	Fecha de Realizacion: 1/02/2019
NOMBRE: LINA VIANEY SANDOVAL SANTOS	CEDULA: 1022350884

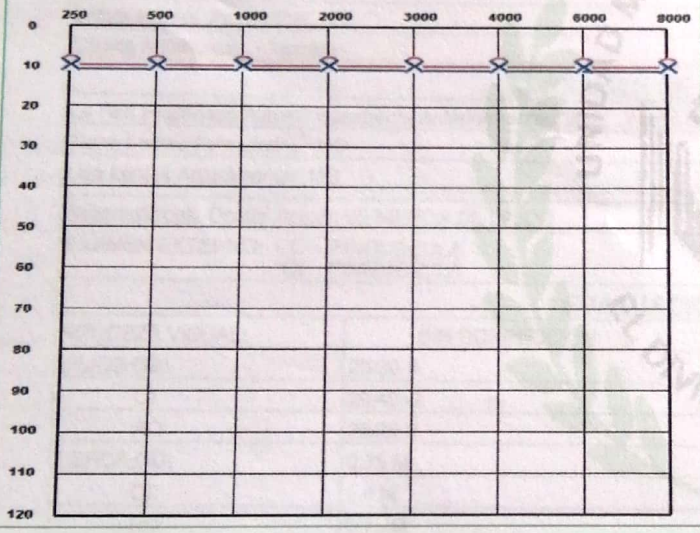
GENERO: FEMENINO	FECHA NACIMIENTO: 11/07/1988	EDAD: 30 Años
EMPRESA: INDEPENDIENTE		EPS: COMPENSAR
CARGO: INSTRUCTORA		ARP:

CONSENTIMIENTO INFORMADO EXAMEN DE AUDIOMETRIA

Certifico que he sido informado(a) con claridad y veracidad debidamente, respecto a la valoración audiológica que se me va a realizar; que actúo consecuentemente , libre y voluntariamente como paciente. Soy conocedor(a) de la autonomía suficiente que poseo para retirarme u oponerme a la valoración audiológica si así lo deseo y asumiré las consecuencias que esto acarrea. Que se respetará la buena fé, la confiabilidad e intimidad de la información por mí suministrada, igualmente certifico que todos los datos que he entregado son totalmente veraces. Y que posteriormente se me hablará del tratamien to(s) o procedimiento(s) que se consideren idóneos para tratar de solucionar las posibles alteraciones encontradas en la valoración. Conozco que si decido no realizar los exámenes diagnósticos solicitados o no cumplo los tratamientos ordenados pueden presentase reacciones adversas para mi salud auditiva.. (APLICA RESOLUCION 1995 H.C. UMED Ltda.)

Ha Trabajado en Ambientes Ruidosos - Si	Utiliza Protectores Auditivos - No

AUDIOGRAMA



IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:

OI: AUDICION NORMAL

OD: AUDICION NORMAL

Observaciones:

ANTECEDENTES FAMILIARES

ANTECEDENTES AUDITIVOS

Otalgia - No -	Otitis - No -	Otorrea - No -
Traumas - No -	Cirugias - No -	Acufenos - No -
Transtornos del Equlibrio - No -	Hipertención Arterial - No -	Sinusitis - No -
Diabetes - No -		

HABITOS

OTOSCOPIA

OD NORMAL -	OI NORMAL -

RECOMENDACIONES DE AUDIOLOGIA EN MEDICINA LABORAL

Control Auditivo en un año	Reposo Auditivo después de la Jornada Laboral	

Fonoaudiologa Esp Salud Ocúpacional

JULIETA REINA CAMACHO

LICENCIA No. RES 13472-21/10/2015

TRABAJADOR

Realice sus exámenes en Instituciones medicas aprobadas por la Secretaria Distrital de Salud:
UMED LTDA. I.P.S. Salud Ocupacional

Carrera 21 No. 26-00/06
Tels: 278 5555 - 366 5291 - 239 1657 - 272 9
Fax: 239
umedltda@gmail.
www.umedips.

Radiología - Ecografía - Audiometría - Salud Ocupacional

Scanned by CamScanner

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de Especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

Salud Ocupacional Licencia No. 9511 de 23/08/2013

Lic. Anterior No. 9706 de 05/10/2009

Nit: 830.015.894-4

Código de prestador de servicios de la salud No.110010565901
Aprobado por la Secretaria de Salud de Bogotá según
Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997
Dra. María Luisa Molina M. CPTP No. 13958-T
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Res. 5594 01/08/2005 de la Secretaria de Salud



VALORACIÓN VISUAL LABORAL

EXAMEN DE: OPTOMETRIA COMPLETA	Fecha de Realizacion: 01/02/2019	
NOMBRE: LINA VIANEY SANDOVAL SANTOS	CEDULA: 1022350884	
GENERO: FEMEMNINO	FECHA NACIMIENTO: 11/07/1988	EDAD: 30 Años
EMPRESA: INDEPENDIENTE		CARGO: INSTRUCTORA
EPS: COMPENSAR		ARP:

CONSENTIMIENTO INFORMADO VALORACIÓN VISUAL LABORAL

Certifico que he sido informado(a) con claridad y veracidad debidamente, respecto a la valoración visual que se me va a realizar; que actúo consecuentemente , libre y voluntariamente como paciente. Soy conocedor(a) de la autonomía suficiente que poseo para retirarme u oponerme a la valoración visual si así lo deseo y asumire las consecuencias que esto acarrea. Que se respetará la buena fe, la confiabilidad e intimidad de la información por mi suministrada, igualmente certifico que todos los datos que he entregado son totalmente veraces. Y que posteriormente se me hablará del tratamiento(s) o procedimiento(s) que se consideren idóneos para tratar de solucionar las posibles alteraciones encontradas en la valoración. Conozco que si decido no realizar los exámenes diagnosticos solicitados o no cumplo los tratamientos ordenados pueden presentase reacciones adversas para mi salun visual. (APLICA RESOLUCION 1995 H.C. UMED Ltda.)

ANTECEDENTES LABORALES

Ocupación: INSTRUCTORA - Tiempo en este Oficio: 2 AÑOS
Exigencia Visual del Oficio - Cercana (20/) Lejana (20/)

Considera que las condiciones en que trabaja son adecuada para sus ojos: SI
Por que

Utiliza Alguna Protección: NO

Oficios Anteriores - Tiempo:

EXAMEN DE AGUDEZA VISUAL

Le Han Practicado Alguna Visiometria Anteriormente: SI - Fecha del Examen HACE UN AÑO

Tiene Lentes Formulados: NO

Usa Lentes Actualmente: NO - -

Sintomatologia Ocular Actual: VE MENOS DE LEJOS

EXAMEN EXTERNO: OD - PINGUECULA OI - PINGUECULA	ESTADO MOTOR: NORMAL

EVALUACIÓN DE PRUEBA

AGUDEZA VISUAL:	SIN CORRECCIÓN	CON CORRECCIÓN
LEJOS OD:	20/30-3	
OI:	20/40+2	
AO:	20/25-2	
CERCA OD:	0.75 M	
OI:	1.0 M	
AO:	0.75 M	

Oftalmoscopia Directa: Medios Transparentes	DX - ASTIGMATISMO MIOPICO OD ASTIGMATISMO MIXTO OI
Cromatica: Normal - Observaciones: RX PERMANENTE	
Keratrometria OD: 41.25/43.25* 180 **OI: 40.75/44.50 *180**	Retinoscopia OD: -0.25-2.00*5 20/20 OI: +1.00-2.25*5 20/25+2
Test Estereopsis: 80 Seg de Arco	
Interpretación: VISION LEJANA DISMINUIDA, MEJORA CON CORRECCION RETINOSCOPICA SE RECOMIENDA USO PERMANENTE DE CORRECCION OPTICA	

RECOMENDACIONES LABORALES

Control Anual	Usar Elementos de Protección Visual Adecuados	Ingresar al Programa de Vigilancia Epidemiológica

OPTOMETRA Esp Salud Ocupacional

LESLIE JOHANA GALINDO GALINDO

LICENCIA No. 12140

UNIDAD MEDICA DE ESPECIALISTAS
EL DIVINO NIÑO JESUS
Dra. Leslie Johana Galindo Galindo
Optometra
UMED LTDA. IPS Esp. Gerencia en Salud Ocupacional
Licencia No. 12140 24/09/2015

TRABAJADOR

Realice sus exámenes en Instituciones medicas aprobadas por la Secretaria Distrital de Salud: UMED LTDA. I.P.S. Salud Ocupacional

Carrera 21 No. 26-00/06 Sur
Tels: 278 5555 - 366 5291 - 239 1657 - 272 9937
Fax: 239 0086
umedltda@gmail.com
www.umedips.com

Scanned by CamScanner

45

LABORATORIO CLINICO MEDICO
COLCAN

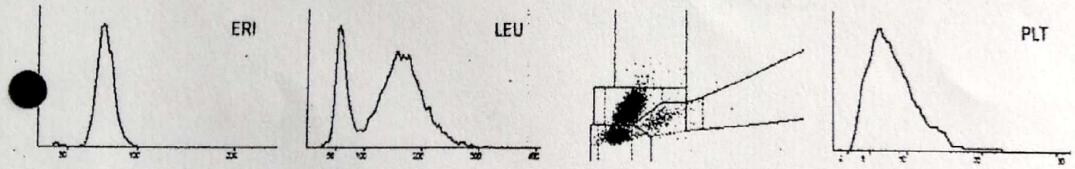
53107775

Nombre	SANDOVAL SANTOS LINA VIANEY		
Identificacion	CC 1022350884	Tel.	
Edad	29 Años 10 Meses 20 Dias	Sexo	F
Medico	MEDICOS VARIOS		
No. Ordenamiento	353991		

Fecha de recepcion:	31-may-2018 10:13 pm
Fecha de impresion:	01-jun-2018 12:23 pm
Empresa	URUEÑA JARAMILLO LUIS HERNAN DR.
Sede	REFERENCIA
Fecha Validacion	01-jun-2018 8:32:00a.m.

Copia

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
CUADRO HEMATICO			
Método: Impedancia Electrica			
ERITROCITOS	5.12	millones	4.20 a 5.40
HEMOGLOBINA	15.1	gr %	12.0 a 16.0
HEMATOCRITO	45.2	%	37.0 a 47.0
VOLÙMEN CORPUSCULAR MEDIO (VMC)	88	fl	80 a 98
HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA (HCM)	29.6	pg	27.0 a 31.0
CONCENTRAC. CORPUSC. MEDIA DE Hb.(CCMH)	33.5	gr/dl	32.0 a 35.0
ANCHO DE DISTRIB. DE LOS ERITROCITOS (IDE)	11.2	%	11.0 a 15.0
LEUCOCITOS	9.6	miles/mm3	4.5 a 10.0
FORMULA LEUCOCITARIA			
Segmentados	70.2	%	50.0 a 67.0
Linfocitos	23.8	%	27.0 a 40.0
Monocitos	4.7	%	3.0 a 12.0
Eosinòfilos	1.1	%	1.0 a 4.0
Basòfilos	0.2	%	0.0 a 1.0
Linfocitos Reactivos	0.6	%	0.0 a 2.5
Segmentados	6.77	10/mm3	2.00 a 7.50
Linfocitos	2.29	10/mm3	1.00 a 4.00
Monocitos	0.45	10/mm3	0.20 a 1.20
Eosinòfilos	0.11	10/mm3	0.00 a 0.50
Basòfilos	0.02	10/mm3	0.00 a 0.20
Linfocitos Reactivos	0.06	10/mm3	0.00 a 0.25
PLAQUETAS RECUENTO	301	miles/mm3	150 a 450
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	8.70	um3	7.5 a 8.5
PCT	0.262	%	
IDP	15.3	%	
ERITROSEDIMENTACION	17	mm/h	1 a 15



FIRMA PROFESIONAL - Reg.
LABORATORIO CLINICO
Cra 6 No. 13A 15 - Tel: 712 2
Soacha, Cundi

Scanned by CamScanner

LABORATORIO CLINICO RSS 257545106701 257545106701
Carrera 6 # 13a-15 Soacha - Centro Telefono: 7122345

46

USUARIO: LINA VIANEY SANDOVAL SANTOS
DOCUMENTO: CC 1022350884 EDAD: 29 años y 9 meses.
TELEFONO 3204009714 CONSECUTIVO: 2571 FECHA: 31/05/2018
DIRECCION: CRA2 N 233-20 genero F

ECOMPROMISO

SOACHA Juntos Formando Ciudad

QUIMICA SANGUINEA

	Observaciones	resul	unid	valor Ref.
METODO colorimetrico				
GLICEMIA BASAL		**86,8**	mg/dL	Deseable 70 a 110 Umbral alto 110,1 a 125
COLESTEROL		**164,2**	mg/dL	Deseable menor de 200 Riesgo moderado 200 -239 Alto riesgo mayor 240
TRIGLICERIDOS		**110,7**	mg/dL	Deseable menor de 150 Umbral alto 150 - 199 Alto 200 - 499 Muy alto > 500
COL HDL		**81,9**	mg/dL	mayor de 40 Mujeres mayor de 45 Hombres
COL NO HDL		**82,3**	mg/dL	menor de 130
COL LDL		**60,2**	mg/dL	Optimo menor de 100 Cercano al optimo 100 - 129 Intermedio alto 130 - 159 Alto 160 - 189 Muy alto mayor 190

FIRMA PROFESIONAL - Reg.
LABORATORIO CLINICO
Cra 6 No. 13A 15 - Tel: 712 23..

Scanned by CamScanner

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) LINA VIANEY SANDOVAL SANTOS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1022350884 realizó el día 07/02/2020 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

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

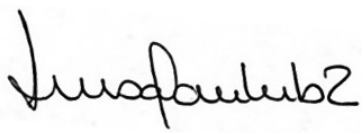
Verificada la base de datos de la compañía se encontró que la señora LINA VIANEY SANDOVAL SANTOS, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1.022.350.884, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 27/01/2020 y fecha fin de contrato 11/12/2020 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): 202001013285803.

Esta certificación se expide a los 30 días del mes de Marzo de 2020.

Cordialmente



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA, D.C., **20/01/2020**
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora LINA VIANEY SANDOVAL SANTOS** con **Cédula de Ciudadanía** n#mero **1022350884**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

N#mero	**0550002300183239**
Saldo a la fecha	**2,988.44 Pesos**
Fecha de apertura	**19/01/2013**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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
BOGOTA, D.C.	CENTRO INTERNACIONAL	12	12-44-101191498	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	01	2020	27	01	2020	00:00	07	05	2021	23:59	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL		IDENTIFICACIÓN	
	SANDOVAL SANTOS, LINA VIANEY		CC: 1022.350.884
DIRECCIÓN: KR 12 NRO. 2 - 40 MZ 139 COMPARTIR	CIUDAD: SOACHA, CUNDINAMARCA	TELÉFONO:	7817954

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:		IDENTIFICACIÓN NIT:	
	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA CENTRO INDUSTRIAL Y DESARROLLO EMPRESARIAL DE SOACHA REGIONAL CUNDINAMARCA		899.999.034-1
DIRECCIÓN: CL 13 NRO. 10 - 60	CIUDAD: SOACHA, CUNDINAMARCA	TELÉFONO	5757220
ADICIONAL:			

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:

GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No 25-9232-030-2020 CUYO OBJETO ES: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE CARACTER TEMPORAL PARA PLANEAR Y ORIENTAR LA FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL, QUE PROGRAME EL CENTRO DE FORMACION EN SUS DIFERENTES NIVELES Y MODALIDADES, ENTENDIENDO LAS POLITICAS INSTITUCIONALES Y LA NORMATIVIDAD VIGENTE DEL PERFIL INSTITUCIONAL DE INTEGRALIDAD DE LA FORMACION-INTERACCION CONSIGO MISMO, CON LOS DEMAS , CON LA NATURALEZA

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	27/01/2020	07/05/2021	$3,979,657.50

ACLARACIONES

GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No 25-9232-030-2020 CUYO OBJETO ES: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE CARACTER TEMPORAL PARA PLANEAR Y ORIENTAR LA FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL, QUE PROGRAME EL CENTRO DE FORMACION EN SUS DIFERENTES NIVELES Y MODALIDADES, ENTENDIENDO LAS POLITICAS INSTITUCIONALES Y LA NORMATIVIDAD VIGENTE DEL PERFIL INSTITUCIONAL DE INTEGRALIDAD DE LA FORMACION - INTERACCION CONSIGO MISMO, CON LOS DEMAS , CON LA NATURALEZA

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******20,323.00	$ *******7,000.00	$ *******5,191.00	$ **********32,514.00	$ ********3,979,657.50	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑÍA	% PART.	VALOR ASEGURADO
PUBLISEGUROS LTDA	48758	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 AVENIDA 39 NO 7-88 - TELEFONO: 2881662 - BOGOTA, D.C.

12-44-101191498

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

PUBLISEGUROS LTDA.
NIT. 830.142.764-9
CELS. 781 20 36 -341 67 34

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

OFICINA PRINCIPAL: CRA. 11 NO. 90-20 BOGOTA D.C. TELEFONO: 2180877

DLF0487580

Scanned by CamScanner

PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

FORMATO INFORME MENSUAL EJECUCIÓN CONTRACTUAL

Soacha 30 de ENERO 2020

Señor (a)
NELSON OCTAVIO GOMEZ BOTERO
SUPERVISOR(A) CONTRATO No. CTO-25-9232-041-2020
Coordinador
Formación Titulada
Ciudad

Asunto: Informe mensual de ejecución contractual Mes Enero el año 2020

Referencia: No. CTO-25-9232-041-2020 del año 2020

LINA VIANEY SANDOVAL SANTOS, identificado con la cédula de ciudadanía No.**1022.350.884** de Bogotá, en mi calidad de Contratista del SENA, en formación en el programa de titulada y complementaria en el área de humanidades en cumplimiento del Contrato de Prestación de Servicios No CTO-25-9232-041-2020 de 27 de enero del año 2020, a continuación, presento el Informe de actividades realizadas en el mes objeto de cobro. entre el 27 al 31 de enero del año 2020.

Valor y forma de Pago: Se fija como valor total para el contrato la suma de TREINA Y NUEVE MILLONES SETECIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS SETENTA Y CINCO PESOS M/CTE ($39.796.575). Esta suma será pagada por el SENA al contratista de la siguiente manera: a) Un primer pago correspondiente al mes de enero de 2020 por valor de QUINIENTOS CINCO MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS M/CTE ($ 505.353) b) Diez (10) pagos iguales por los meses de febrero a noviembre de 2020, por valor de TRES MILLONES SETECIENTOS NOVENTA MIL CIENTO CINCUENTA PESOS M/CTE ($ 3.790.150) cada uno. c) Un pago correspondiente al mes de diciembre de 2020 por valor de UN MILLON TRESCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS VEINTIDOS PESOS M/CTE ($1.389.722)
, Los honorarios serán pagados por el SENA al contratista de acuerdo al cronograma definido por la Coordinación Administrativa del Grupo Mixto de la Regional Cundinamarca, en la cuenta de AHORROS No 0550002300183239 de BANCO DAVIVIENDA, cuyo titular es la contratista.
PARAGRAFO PRIMERO: Para que el SENA pueda adelantar los trámites administrativos para el pago, el (la) contratista debe acreditar previamente el cumplimiento de los requisitos de pago, tales como la certificación expedida por el supervisor de contrato, en la que acredite el cumplimiento a entera satisfacción del objeto y obligaciones del contrato en el respectivo periodo y la certificación de aportes al sistema general de salud, pensión y riesgos profesionales, así como los demás documentos necesarios para el pago. el cambio de cuenta por parte del contratista deberá ser informada al supervisor de contrato con el fin de surtir los trámites pertinentes. PARAGRAFO SEGUNDO: el cambio de cuenta por parte del contratista deberá ser informada al supervisor de contrato con el fin de surtir los trámites pertinentes

Plazo: Hasta el ONCE (11) de diciembre de 2020, sin exceder el calendario académico para la presente vigencia

OBJETO:
Prestar servicios profesionales de carácter temporal para planear y orientar la Formación Profesional Integral, que programe el centro de formación en sus diferentes niveles y modalidades, atendiendo las políticas institucionales y la normatividad vigente del perfil INSTITUCIONAL DE INTEGRALIDAD DE LA FORMACIÓN - INTERACCIÓN CONSIGO MISMO, CON LOS DEMÁS, CON LA NATURALEZA

CLÁUSULA (No. de cláusula donde se encuentren las obligaciones del contratista)

No	**Obligaciones**	**Acciones realizadas**	**Evidencias**
1	Participar en la planeación de los procesos formativos de acuerdo con los lineamientos institucionales, para el área temática del objeto contractual	Asistencia a la inducción ficha 2057075	Se anexa listado de asistencia a inducción 2057075
2	Participar cuando el centro de formación lo requiera, en jornadas de diseño y desarrollo curricular de programas de Formación Profesional Integral, conforme a las necesidades nacionales y a los lineamientos institucionales requeridos para el área temática objeto del contrato.	Se está realizando el procedimiento de ejecución de la formación profesional integral de acuerdo a la planeación académica asignada con las fichas para este mes de Enero no se realizo. según la planeación pedagógica se realizó alistamiento: revisión de proyectos formativos, planeaciones pedagógicas, guías y actividades de aprendizaje, correspondientes a los programas de formación orientados	Para este mes de Enero no se realizo. Se adjunta Planeación Pedagógica Proyecto Formativo en versión vigente. Se anexa copia de acta del área, listas de asistencia de las reuniones de área y las listas de asistencia del trabajo realizado en las semanas de alistamiento.
3	Evaluar los aprendizajes previos correspondientes a las fichas asignadas, de acuerdo con los procedimientos, plazos y herramientas tecnológicas que la entidad defina	A la fecha toda via no se han enrutado los aprendices por inico de formación.	A la fecha toda via no se han enrutado los aprendices por inico de formación

4	Ejecutar la formación profesional integral de acuerdo con el currículo, desarrollo curricular y proyecto formativo de los programas del área temática objeto del contrato y la programación establecida por las coordinaciones	Se está realizando el procedimiento de ejecución de la formación profesional integral de acuerdo a la planeación académica asignada con las fichas para el mes de enero no se realizo según la planeación pedagógica se realizó alistamiento: revisión de proyectos formativos, planeaciones pedagógicas, guías y actividades de aprendizaje, correspondientes a los programas de formación orientados	No aplica Se adjunta formato Planeación Pedagógica. Se anexa copia de acta del área, listas de asistencia de las reuniones de área y las listas de asistencia del trabajo realizado en las semanas de alistamiento.
5	Aplicar según la modalidad, estrategias de enseñanza, aprendizaje, seguimiento y evaluación de acuerdo a los lineamientos pedagógicos y metodológicos de la entidad.	A la fecha toda via no se han eval uado los aprendices por inico de formación	A la fecha toda via no se han evaluado los aprendices por inico de formación

6.	Participar cuando el centro de formación lo requiera, en proyectos de investigación técnica y/o pedagógica para fortalecer el proceso de formación del área temática objeto del contrato.	No he sido convocado para este mes	No he sido convocado para este mes
7.	Emitir juicio valorativo según la normatividad de la entidad sobre el nivel de cumplimiento de los resultados de aprendizajes de las competencias del programa, adquiridos por los aprendices en el desarrollo de su formación, aplicando los procedimientos, plazos y herramientas tecnológicas que la entidad defina.	A la fecha toda via no se han evaluado los aprendices por inico de formación	A la fecha toda via no se han evaluado los aprendices por inico de formación
8.	Entregar los soportes del procedimiento de Ingreso de aprendices al programa de formación tales como: Ficha de matrícula; fotocopia del documento de identidad, y/o requisitos definidos en el diseño curricular, cuando ejecute formación cerrada empresarial y/o complementaria.	Para el mes de enero no fui convocada para actividades de apoyo de matriculas de aprendices. Nuevos	Para el mes de enero no fui convocada para actividades de apoyo de matriculas de aprendices. nuevos
9.	Registrar, verificar y hacer seguimiento oportuno en el sistema de información que la entidad defina para la Gestión de la Formación	A la fecha toda via no se han evaluado ni verificado enrutamiento de los aprendices por inico de formación	A la fecha toda via no se han evaluado ni verificado enrutamiento de los aprendices por inico de formación

	Profesional Integral mediante las siguientes actividades: a). Verificando que la totalidad de los aprendices seleccionados y matriculados queden en ese estado. b). Registrando juicios evaluativos del reconocimiento de aprendizajes previos, los juicios evaluativos, rutas de aprendizaje, para los beneficiarios nuevos, reintegrados o trasladados. e). Comunicando al Coordinador Académico oportunamente anomalías, inconsistencias, novedades de aprendices y hallazgos en el registro de la información, según cronograma establecido con las coordinaciones academicas	No aplica No aplica No aplica	No aplica No aplica No aplica
10.	Participar cuando el centro lo requiera en el proceso de selección, diseño de talleres e instrumentos que alimenten los bancos de pruebas para la selección de aprendices	No he sido convocado por el equipo de contratación para el presente mes.	No he sido convocado por el equipo de contratación para el presente mes.
11.	Aplicar y hacer cumplir el reglamento del aprendiz, así como el manual de convivencia	En el mes de Enero no se hicieron llamados de atención.	En el mes de Enero no se hicieron llamados de atención.

	del Centro de Formación.		
12.	Apoyar procesos de Registro calificado para los programas en nivel tecnólogo del área temática objeto del presente contrato, cuando el centro lo requiera.	Para el mes de enero no fui convocado a reunión de registro calificado por el líder del área.	Para el mes de enero no fui convocado a reunión de registro calificado por el líder del área.
13.	Acatar los lineamientos del Sistema Integrado de Gestión y el Sistema de Seguridad de Salud en el Trabajo y asistir a las convocatorias que el centro programa.	Se realizó curso de Seguridad y Salud en el Trabajo	Se adjuntan certificaciones.
14.	Apoyar al centro de formación cuando este lo requiera, en la promoción del portafolio de servicios.	No he sido convocado para el presente mes	No he sido convocado para el presente mes
15.	Realizar seguimiento en la etapa productiva a los los aprendices que le sean asignados, cuando el centro de formación lo requiera.	No he sido convocado para el presente mes	No he sido convocado para el presente mes
16.	Responder por los bienes y elementos puestos a su disposición para el cumplimiento del objeto del contrato y una vez finalizado, quedar a paz y salvo con el Almacén..	No tengo asignados bienes y elementos.	Se adjunta evidencia toma virtual de inventarios http://miinventario.sena.edu.co.aspxx
17.	Aplicar al proceso de certificación de la norma de competencia “ORIENTAR PROCESOS	Se realizó el proceso de certificación de competencia: “ORIENTAR FORMACIÓN PRESENCIAL DE ACUERDO CON	Se adjunta certificado de la aprobación de la competencia "ORIENTAR FORMACIÓN PRESENCIAL DE ACUERDO CON

	FORMATIVOS CON BASE EN LOS PLANES DE FORMACIÓN CONCERTADOS, o la actualización "ORIENTAR FORMACIÓN PRESENCIAL DE ACUERDO CON PROCEDIMIENTO TÉCNICO Y NORMATIVO" o en su defecto deberá aplicar al proceso de certificación de la norma y aportar el respectivo certificado de aprobación, o la evidencia de la inscripción efectiva a mismo, al informe de ejecución contractual, con plazo máximo a julio 31 de 2020.	PROCEDIMIENTO TECNICO Y NORMATIVO, 240201056"."CON VIGENCIA HASTA 20/09/2021– actualización	PROCEDIMIENTO TECNICO Y NORMATIVO, 240201056". Con vigencia hasta 20/09/2021.
18.	Acompañar a los aprendices a las actividades que se encuentren planeadas por el equipo de Bienestar al Aprendiz	Para este mes no fui convocado para apoyar proceso de bienestar	Para este mes no fui convocado para apoyar proceso de bienestar
19.	Apoyar y acompañar los procesos de autoevaluación de programas de formación en nivel tecnólogo del Centro de Formación..	Para este mes no fui convocado para apoyar proceso de autoevaluacion	Para este mes no fui convocado para apoyar proceso de autoevaluacion
20.	Apoyar el proceso de certificación de aprendices, cuando el centro de formación lo requiera..	Para este mes no fui convocado para apoyar proceso de certificación de aprendices	Para este mes no fui convocado para apoyar proceso de certificación de aprendices
21.	Las demás necesarias para el cabal	Planilla pago salud, pensión, ARL del mes de dicembre	Planilla pago salud, pensión, ARL del mes de diciembre

.	cumplimiento del objeto contractual.		

A continuación relaciono los desplazamientos que realicé previo a la presentación de este informe. Una vez finalizado cada desplazamiento presenté al ordenador del gasto el informe en el Formato Informe Legalización Desplazamiento Contratista GTH-F-087, en el que se describieron las actividades desarrolladas y los resultados de cada desplazamiento. Cada informe cuenta con el visto bueno del Supervisor.
Se lista a continuación el soporte de la legalización de los desplazamientos realizados, los cuales forman parte integral del presente informe de ejecución contractual.

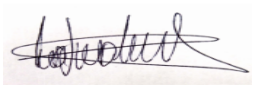
ITEM	No DE LA ORDEN DE VIAJE	LUGAR DE DESPLAZAMIENTO	FECHAS DE DESPLAZAMIENTOS	
			INICIO	FINALIZACIÓN
1.				
2.				

Nota 1: *Por cada desplazamiento que haya realizado el contratista, adjuntará el respectivo informe que la soporte. En caso de haber realizado el desplazamiento en fecha posterior a la presentación del informe de ejecución contractual, deberá reportarlo en el siguiente informe de ejecución contractual.*

Para el trámite de la cuenta me permito adjuntar: Documentos enunciados como evidencias del cumplimiento de las obligaciones contractuales y los desplazamientos realizados y el No. **8818150960** de la planilla, expedido por Aportes en línea correspondiente al mes de **diciembre** del año **2019**. . (Decreto Ley 2106 de 2019 – " *Decreto Ley Antitrámites"*)

Evidencias en ( ) folios

Cordialmente,



LINA VIANEY SANDOVAL SANTOS
Contratista
C.C. No. 1.022.350.884 DE BOGOTA

Recibí a satisfacción:

NELSON OCTAVIO GOMEZ BOTERO
Supervisor Contrato CTO-25-9232-041-2020

siga

060

ACTA No. 06		
NOMBRE DEL COMITÉ O DE LA REUNIÓN: a alistamiento de la formación de promover la interacción idónea consigo mismo con los demás la naturaleza y el medio ambiente		
CIUDAD Y FECHA: 29 de enero de 2020 cide Soacha	**HORA INICIO:** 8.:00 am	**HORA FIN:** 12:00
LUGAR: Cide salón 307	**DIRECCIÓN GENERAL / REGIONAL / CENTRO** Cundinamarca	
TEMA (S): 1. alistamiento de la formación		
OBJETIVO(S) DE LA REUNIÓN: Realizar el alistamiento de la formación con las indicaciones correspondientes para el inicio de formación para el día 04 de enero 2020, Se revisan guías de aprendizaje de la competencia promover revisión de currículo de formación de la competencia.		

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

Nos reunimos los instructores del área de promover para revisar las guisa de aprendizaje y socializarlas con los compañeros nuevos de resultados de aprendizaje y guías de la competencias

COMPROMISOS

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA
Revisión de guías y resultados de aprendizaje	Nancy contreras	29/01/2020

ASISTENTES: (Incorporar registro de asistencia)

GD-F-067 V.02

siga

060

REGISTRO DE ASISTENCIA DEL ACTA No- DEL DÍA 29 DEL MES DE enero DEL AÑO 2020

OBJETIVO (S): Alistamiento de la formación y socialización de guías y resultados de aprendizaje de promover la interacción idónea consigo mismo con los demás y con la naturaleza

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	TIPO DE VINCULACIÓN PLANTA	TIPO DE VINCULACIÓN CONTRATISTA	EMPRESA/DEPENDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO	CELULAR/EXT. SENA	FIRMA
	Jaime Rivera	79 657 694		X	Sena	Jrivera@Sena.edu.co	314 200 5861	
	Lina Sandoval	1022350886		X	Sena	Lsandoval@Sena.edu.co	310 7997719	
	Sonia Gutierrez	1030524063		X	Sena	Sgutierrez@Sena.edu.co	312 2168057	
	Nancy Contreras	52836314		X	Sena	Contreras.2@hotmail.com	316 5417599	

SENA siga

ACTA No. 012		
NOMBRE DEL COMITÉ O DE LA REUNIÓN: GRUPO DE PROMOVER LA INTERACCION IDONEA CONSIGO MISMO CON LOS DEMAS CON LA NATURALEZA Y EL MEDIO AMBIENTE		
CIUDAD Y FECHA: SOACHA 28/01/2020	HORA INICIO: 2:00 am	HORA FIN: 18:00 pm
LUGAR: CIDE SOACHA	DIRECCIÓN GENERAL / REGIONAL / CENTRO Cl. 13 #10-93, Soacha, Cundinamarca	
TEMA (S): 1 programación de fichas para el primer trimestres		
OBJETIVO(S) DE LA REUNIÓN: programación de fichas para el primer trimestres entrega de programación a los instructores de promover por el área de coordinación		
DESARROLLO DE LA REUNIÓN		
nos reunimos los instructores con la señora Erika Ramírez apoyo de coordinación nos entrega la programación del primer trimestre.		

COMPROMISOS		
ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA
entrega de programación de primer trimestre	Erika Ramírez	28/01/2020
ASISTENTES: (Incorporar registro de asistencia)		

GD-F-007 V.02

Scanned by CamScanner

SENA siga

REGISTRO DE ASISTENCIA DEL ACTA No- DEL DÍA 28 DEL MES DE enero DEL AÑO 20

OBJETIVO (S)

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	TIPO DE VINCULACIÓN		EMPRESA/DEPENDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO	CELULAR/EXT. SENA	FIRMA
			PLANTA	CONTRATISTA				
1	Lina Sandoval	1022350884		X	Sena	linasandoval0711@hotmail	3109097314	
2	Jaime Ricardo Rivera	79'654'659		X	SENA-CEDE	jerivera@sena.edu.co	3142001561	
3	Carlos F Vásquez	1941477110	X		SENA-CIDESoache	carvasquez@sena.edu.c	3166003056	Carlos F Vásquez
4	Sonia Gutierrez	1030524063		X	Sena-Cide	sgutierrezc@sena.edu.co	3178055660	
5	Nancy Contreras	52836314		X	CIDE	contreras.77@hotmail	3163457699	

GD-F-007 V.02

Scanned by CamScanner