SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)

REGIONAL CAUCA

CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS REGIONAL CAUCA

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

Código Regional	**19**
Código Centro	**930710**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**63701-315189**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	MARILIN VELASCO VELEZ	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.061.541.075	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	marilinvelascovelez@gmail.com	**Número de Cuenta:**	26100033380
IP/Nº de contacto:		**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	NO
Inducción SST:	SI	**Pertenece al régimen simple de tributación:**	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta por el año gravable 2025**	NO

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2025 fueron iguales o superiores a $69.718.600	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2026 es igual o superior a $209.496.000 (debe registrarse como responsable del IVA)	NO
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?	NO
Concepto del pago corresponde a:	Ninguno
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	8937160/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**4026**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES TEMPORALES EN EL ROL DE INSTRUCTOR APORTANDO EN LA PLANEACIÓN, EJECUCIÓN, EVALUACIÓN Y MEJORA CONTINUA DE LOS PROCESOS DE FORMACIÓN CON MODALIDAD PRESENCIAL Y/O VIRTUAL, PERTENECIENTES A LA RED DE INFORMÁTICA , DISEÑO Y DESARROLLO DE SOFTWARE, A NIVEL MUNICIPAL

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**02/02/2026 Al 28/02/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 48.006.636
Número de pago	**1**	**Valor Total del Contrato:**	$ 48.006.636
Valor Bruto Pago:	**$ 4.579.580,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 43.427.056

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.579.580	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.579.580**		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 3.035.880**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Febrero	Enero			
				Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.035.880,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9498827522**	Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.579.580,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.831.832	$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 229.000	$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 293.100	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
ARL I		$ 9.600	$ 0	Reteica - 8299 - POPAYAN	9.159,00	0,200%
		$		-	0,00	0%
		$		-	0,00	0%
		$		-	0,00	0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -		-	0,00	0%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	$ 837.984	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	$ 37.927.505	$ 1.012.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 0			Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		$		**VALOR A PAGAR**	**$4.570.421,00**	

SON: CUATRO MILLONES QUINIENTOS SETENTA MIL CUATROCIENTOS VEINTIUNO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se participa en proceso de formación al programa Articulación con la Media,
Orientar formación etapa lectiva tco.sistemas tele informáticos de datos ficha 3159912 I.E Jose Maria Cordoba de Santander de Quilichao, tco.sistemas tele informáticos de datos ficha 3159755 I.E Liborio Mejia, Tambo.

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

Marilin Velasco Velez
Firmado digitalmente por Marilin Velasco Velez
Fecha: 2026.02.12 18:45:33 -05'00'

MARILIN VELASCO VELEZ
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,

Alexandra
Firmado digitalmente por ANA ALEXANDRA RODRIGUEZ VARGAS
Fecha: 2026.02.17 14:35:58 -05'00'

ANA ALEXANDRA RODRIGUEZ VARGAS
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
HENRY ARMANDO MORALES FERNANDEZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1061541075		VELASCO VELEZ MARILIN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 13 13-25	PIENDAMO-CAUCA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-01	2026-01	53271204	9498827522	I	2026/02/17	2026/02/11	NEQUI	0	$545,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES														PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,839,904	$294,400			$1,839,904	$230,000			$1,839,904	$11,100			$1,839,904		$9,700		$0	$0		$545,200
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,839,904	$294,400			$1,839,904	$230,000			$1,839,904	$11,100			$1,839,904		$9,700		$0	$0		$545,200
Ciudad: PIENDAMO Depto: CAUCA (1 Afiliados)																						$1,839,904	$294,400			$1,839,904	$230,000			$1,839,904	$11,100			$1,839,904		$9,700		$0	$0		$545,200
1	CC	1061541075	VELASCO MARILIN																	23030 1	30	$1,839,904	$294,400	EPS037	30	$1,839,904	$230,000	CCF14	30	$1,839,904	$11,100	14-23	30	$1,839,904	0.522%	$9,700	30	$0	$0	No	$545,200
Total	**Afiliados(1)**																					$1,839,904	$294,400			$1,839,904	$230,000			$1,839,904	$11,100			$1,839,904		$9,700		$0	$0		$545,200

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$294,400	$0	$0	$294,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$294,400	$0	$0	$294,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,700	$0	$0	$9,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$9,700	$0	$0	$9,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$11,100	$0	$0	$11,100
COMFACAUCA	CCF14	891,500,182	0	1	$11,100	$0	$0	$11,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$230,000	$0	$0	$230,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$230,000	$0	$0	$230,000
TOTAL				**1**	**$545,200**	**$0**	**$0**	**$545,200**

Nequi

Resumen de pago

Descripción de compra
Pago de la Planilla de aportes con clave: 9498827522

Tienda
APORTES EN LINEA

Estado de la transacción
Transacción éxitosa

Fecha de la transacción
10 de febrero de 2026 a las 7:10 p. m.

CUS
53271204

Referencia Nequi
M17570317

¿Cuánto?
$ 545.200,00

Valor de los impuestos
$ 0,00

Número de referencia 1
10.129.7.4

Número de referencia 2
CC

Número de referencia 3
1061541075

Factura de comercio
9498827522

Tu plata salió de:



Disponible

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) MARILIN VELASCO VELEZ identificado(a) con CC 1061541075 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	**01/09/2024**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**REHABILITAR SEDE PIENDAMO**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 9 días del mes de enero del año 2026.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

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

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

MARILIN VELASCO VELEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.081.641.076**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 09 de Enero del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

CERTIFICACION CUMPLIMIENTO CIRCULAR NO 01-03-2025- 0000017

Certifico que el señor (a) contratista **MARILIN VELASCO VÉLEZ** IDENTIFICACIÓN cedula de ciudadanía No. **1061541075** cumple con los documentos del siguiente perfil

CIUU	Área del contratista	Labor	Exámenes preempleo	Énfasis	Vacunación obligatoria hepatitis B
3331201	Instructor	Contratista	Optometría Audiometría Glicemia	Psicosocial Musculoesquelético	Si ( ) No (X)

Documentos solicitados en la circular 01-03-2025- 0000017: "Exámenes Preocupacionales para Contratos de Prestación de Servicios Personales emitido por la secretaria general". Este soporte debe ser entregado con la facturación inicial en cumplimiento del artículo 2.2.4.2.2.18.3 del Decreto 1072 de 2015.



VICTORIA EUGENIA SALAZAR MEDINA
Médico Especialista en Seguridad y Salud en el trabajo
Universidad del Cauca
Registro 12510-10-2018

Se firma en Popayán el 23 de enero de 2026

SoluIntegral SAC S.A.S.

Soluintegral SAC SAS
Nit. 90720154-1
Clinica Reina Victoria Consultorio 517
Popayán, Cauca
Cels. 3126327091 -3175097518
E-mail soluintegralsac@gmail.com, soluintegralsac@gmail.com soluintegralemo@gmail.com

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 4.633

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
08 DÍA	02 MES	2023 AÑO	POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

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

PARTICULARES CONTADO	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)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
VELASCO. VELEZ. MARILIN.	FEMENINO	26 AÑOS 9 MESES 5 DÍAS	CC (Tipo)	1061541075 (Número)

Cargo
INSTRUCTORA SENA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO SIN RESTRICCIONES

Observaciones: *NO APLICA*

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:

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL ✓	----------

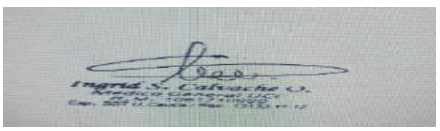
RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
	CAPACITACIÓN : RELACIONADAS CON EL CARGO Y CON EL SGSST	HACER DEPORTE
	OTROS : MEDIDAS PREVENTIVAS FRENTE AL COVID 19	DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

ADULTA EN BUEN ESTADO GENERAL, SIN LIMITACIONES NI RESTRICCIONES PARA EL DESEMPEÑO NORMAL DEL CARGO AL QUE APLICA

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: CALVACHE OCAMPO INGRID SORAYA

R. M.: 1061710999 **L.S.O.:** 13133/2019

Código de Seguridad
V1003B1H4633

Aspirante o Trabajador

Firma: Marilin Velasco Velez

Nombre: VELASCO. VELEZ. MARILIN.

CC: 1061541075

SoluIntegral SAC S.A.S.

Soluintegral SAC SAS
Nit. 90720154-1
Clinica Reina Victoria Consultorio 517
Popayán, Cauca
Cels. 3126327091 -3175097518
E-mail soluintegralsac@gmail.com, soluintegralsac@gmail.com soluintegralemo@gmail.com

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 4,633

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
08 DÍA	02 MES	2023 AÑO	POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

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

PARTICULARES CONTADO	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)

VELASCO. VELEZ. MARILIN.	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	26 AÑOS 9 MESES 5 DÍAS	CC	1061541075
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo: _____ Area: _____ Antiguedad: _____

A. Personales Visuales: No Refiere

A. Familiares Visuales: No Refiere

A. Ocupacionales Visuales: No refiere

Exposicion Laboral Visual: No refiere Antecedentes de Exposicion Laboral

Usa Anteojos: ○ Si ● No Bifocal: ○ Si ● No LDC: ○ Si ● No

Tipo de Uso : _____ Trae Rx: ○ Si ● No

Ultimo Examen: 4 MESES Ultimo Diagnostico: _____

RX EN USO TIPO DE LENTE: NINGUNO

OD: No **AV:** No

OI: No **AV:** No

Sintomatologia: _____

II. AGUDEZA VISUAL

Agudeza Visual	Con Correcion		Sin Correcion			PH
	V. LEJANA	V. PROXIMA	V. LEJANA		V. PROXIMA	
O.D.:			O.D.:	20/20	0.5M	O.D.:
O.I:			O.I:	20/20	0.5M	O.I:
A.O:			A.O:	20/20	0.5M	A.O:

Reflejos: Normales

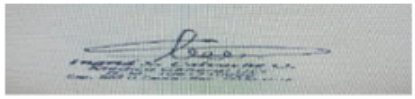
IV. MOTILIDAD OCULAR

COVER TEST: VL: ORTO VP: EXO

Motilidad Ocular: Normal PPC: _____

Observaciones Motilidad Ocular: NORMAL

Médico



Firma:

Nombre: CALVACHE OCAMPO INGRID SORAYA

R. M.: 1061710999 L.S.O.: 13133/2019

Código de Seguridad
V1003B1H4633

Aspirante o Trabajador

Firma: Marilin Velasco Velez

Nombre: VELASCO. VELEZ. MARILIN.

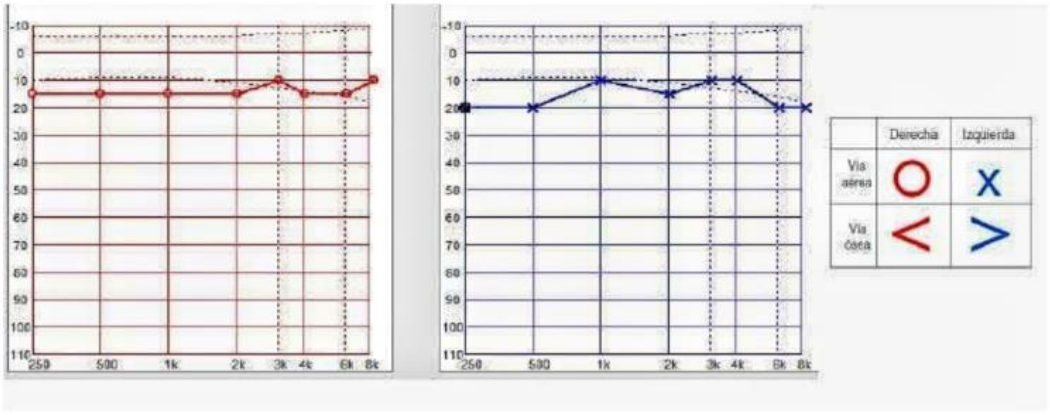
CC: 1061541075

SoluIntegral SAC S.A.S.

Soluintegral SAC SAS
Nit. 90720154-1
Clínica Reina Victoria Consultorio 517
Popayán, Cauca
Cels. 3126327091 -3175097518
E-mail soluintegralsac@gmail.com, soluintegralsac@gmail.com soluintegralemo@gmail.com

Historia Clínica		**Ficha audiológica**				**Audiómetro**	Marca	REDUS 85	
Fecha de examen		EXAMEN	INGRESO	X	Periódico			Modelo	
			Retiro		Otro			Calibración	
Apellidos y Nombres	MARILIN VELASCO VELEZ								
Edad		Sexo	F	Empresa					
Ocupación		Años de trabajo		Horas de Exposición					
Uso de protectores auditivos	Tapones	X	Orejeras	X	**Apreciación del ruido**	Ruido muy intenso		Ruido moderado	X	Ruido no molesto	

ANTECEDENTES relacionados	SI	NO	**SINTOMAS actuales**	SI	NO
Consumo de tabaco			Disminución de la audición		X
Servicio militar		X	Dolor de oídos		X
Hobbies con exposición al ruido: discotecas, audífonos	X		Zumbidos		X
Exposición laboral a químicos		X	Mareos		X
Infección de oído: OMA, Otitis crónica		X	Infección de oído		X
Uso de ototóxicos		X	Otras		
Comentarios:					
OTOSCOPIA:					



Médico

Firma:

Nombre: CALVACHE OCAMPO INGRID SORAYA

R. M.: 1061710999 L.S.O.: 13133/2019

Código de Seguridad
V1003B1H4633

Aspirante o Trabajador

Firma: Marilin Velasco Velez

Nombre: VELASCO. VELEZ. MARILIN.

CC: 1061541075

IPS VIVIR
"Su Salud en las Mejores Manos"
www.vivirips.com.co
Av5n # 46-10 - Barrio La flora
Santiago de Cali - Valle Del cauca
Cel: +57 315 2218136

No Orden: 081813015
Paciente: MARILIN - VELASCO VELEZ
Identificacion: 1061541075
Dirección: PIENDAMO
Edad: 27 Años
Observaciones:

Medico:
Género: Femenino
Telefono: 3153849976
Fecha Hora Ingres: 02-01-2024
Fecha Impresión:
Sede: PIENDAMO

HEMATOLOGIA

CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA

EXAMEN	RESULTADOS	UNIDADES	VALORES REFERENCIA	
Glucosa Pre	61	mg/dl	70	110
Glucosa Post 1 Hora	94	mg/dl	120	170
Glucosa Post 2 Horas	90	mg/dl	70	140
Glucosa Post 3 Horas		mg/dl	70	120

Carga: 75 gr Glucosa Anhidra

IPS VIVIR
"La Salud en las Mejores Manos"
www.vivirips.com.co
Av5n # 46-10 - Barrio La flora
Santiago de Cali - Valle Del cauca
Cel: +57 315 2218136

Informe de Resultados

Laboratorio Clínico

FORMATO No. 971

Formato	HC 36
Fecha	2026
Versión	0

Formato	HC 36
Versión	0

FOLIO: 108

Nº Historia Clínica: 1061541075 **Fecha:** 2026/01/10 7:40:01 a. m. **Nº Ingreso:** 56641

DATOS PERSONALES

Nombres y Apellidos	MARILIN VELASCO VELEZ	**Documento:**	1061541075	**Sexo:**	Femenino
Fecha Nacimiento:	04/mayo/1996	**Edad:**	28 Años		
Dirección:	CALLE 13 # 13-25	**Teléfono:**	3153849976 3172282168		
Lugar Residencia:	PIENDAMO	**Ocupación:**	AMA DE CASA		

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad:	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.	**Régimen:**	Regimen_Simplificado

DATOS DEL INGRESO

Responsable:		**Teléfono Resp:**			
Parentesco Resp:		**Nº Ingreso:**	5664115	**Fecha:**	25
Finalidad Consulta:	No_Aplica	**Causa Externa:**	Enfermedad_General		
Acompañante:		**Teléfono Acomp:**			

EXAMEN	RESULTADOS	UNIDADES	VALORES REFERENCIA	
CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA				
Glucosa Pre	81	mg/dl	70	110
Glucosa Post 1 Hora	94	mg/dl	120	170
Glucosa Post 2 Horas	90	mg/dl	70	140
Glucosa Post 3 Horas		mg/dl	70	120

Carga: 75 gr Glucosa Anhidra

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141228526981

(415)7707212489984(8020) 000014122852698 1

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 6 1 5 4 1 0 7 5	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cauca 1 9	Piendamó 5 4 8

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
VELASCO	VELEZ	MARILIN	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cauca 1 9	Piendamó 5 4 8

41. Dirección principal: CL 13 13 25 BRR OASIS

42. Correo electrónico: marilinvelascovelez@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 5 3 8 4 9 9 7 6	3 1 4 7 1 5 3 2 2 4

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 5 9	2 0 1 5 0 6 0 4	8 5 4 2	2 0 2 5 0 1 0 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 2 0																									

20- Obtención NIT

Usuarios 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: ☐

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre

985. Cargo

BORRADOR DOCUMENTO SIN COSTO

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A**, se identificó que **MARILIN VELASCO VELEZ** con **CC** No. **1061541075**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
Contratante: NI 899999034 - SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	**Fecha de última cobertura:** 10/02/2026 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Fecha de inicio de Contrato:** 01/02/2026 **Fecha fin de Contrato:** 18/12/2026 **Clase de Riesgo:** 1 **Cargo :** INSTRUCTOR **Fecha fin de Retiro:** SIN FECHA DE RETIRO

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal **www.positivaenlinea.gov.co**, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202301012648084.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 10 días del mes de febrero de 2026.

Cordialmente

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

MIS_4_1_3_FR15 v_06

Hace constar:

Que el Sr(a) MARILIN VELASCO VELEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1061541075 realizó el día 10/02/2026 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 MARILIN VELASCO VELEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1061541075 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.

Marilin Velasco Velez

Firmado digitalmente por Marilin Velasco Velez
Fecha: 2026.02.17 12:05:52 -05'00'

Firma

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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) MARILIN VELASCO VELEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1061541075 el día 10/02/2026 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

La presente constancia tiene validez al interior de la entidad, en la generación de una cultura institucional incluyente, como acción afirmativa para promover acciones integrales y accesibles para las Personas con Discapacidad, de acuerdo con lo contenido en la Resolución 1726 de 2014, mediante la cual el SENA adopta su Política Institucional para la atención de personas con discapacidad.

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA

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

Certificado Bancario

Viernes, 09 de enero de 2026

Señor(a)
Servicio Nacional de Aprendizaje

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que MARILIN VELASCO VELEZ identificado(a) con CC 1061541075, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado	Saldo
CUENTA DE AHORROS	26100033380	2019/04/01	ACTIVA	22,074.82

***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: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 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.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia

VIGILADO BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario

Número Póliza: 4433609

SEGURO DE CUMPLIMIENTO

Hola, MARILIN

Este documento es la carátula de tu seguro y contiene la información del compromiso que SURA adquiere contigo.



INFORMACIÓN DEL TOMADOR

Nombre y apellidos o razón social	Tipo de identificación	Número de identificación
MARILIN VELASCO VELEZ	CEDULA	1061541075

Dirección	Ciudad	Teléfono
PIENDAMO CAUCA	PIENDAMO	3153849976

INFORMACIÓN DEL GARANTIZADO

Nombre y apellidos o razón social	Tipo de identificación	Número de identificación	Dirección	Ciudad	Teléfono
MARILIN VELASCO VELEZ	CEDULA	1061541075	PIENDAMO CAUCA	PIENDAMO	3153849976

INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO Y/O ASEGURADO

Nombre y apellidos o razón social	Tipo de identificación	Número de identificación
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	NIT	8999990341

INFORMACIÓN BÁSICA DE LA PÓLIZA

Número de documento	Operación	Oficina	Ciudad expedición	Fecha de expedición
17128565	POLIZA NUEVA	050	POPAYAN	2026-01-17

Forma de pago	Número de riesgos vigentes	Referencia de pago	Producto	Moneda
CONTADO	1	0121712856 5	SEGURO DE CUMPLIMIENTO A FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES (GARANTÍA ÚNICA)	PESO COLOMBIANO

COBERTURAS

Nombre	Fecha inicial	Fecha vencimiento	Valor asegurado	Prima
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	17-ENE-2026	30-ABR-2027	$4.800.664,00	$25.000

VALORES A PAGAR

Valor prima sin IVA	Valor IVA	Total a pagar	Valor asegurado	Total valor asegurado
$25.000	$4.750	$29.750	$4.800.664,00	$4.800.664,00

VALOR A PAGAR EN LETRAS : VEINTI NUEVE MIL SETECIENTOS CINCUENTA PESOS M/L

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. NIT 890.903.407-9
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

VIGENCIAS MOVIMIENTO Y PÓLIZA

Vigencia movimiento desde	Vigencia movimiento hasta	Número de días	Vigencia póliza desde	Vigencia póliza hasta
17-ENE-2026	30-ABR-2027	468	17-ENE-2026	30-ABR-2027

Ramo	Producto	Oficina	Usuario
012	NDX	050	CUM001

INTERMEDIARIO

Nombres y apellidos o razón social	Código	Compañía	Categoría	% participación	Prima
LEIDY MARCELA PORTILLA CAMAYO	58090	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.	NATURAL	100%	25.000

COASEGURO

Tipo coaseguro	Número póliza líder	Documento compañía líder
DIRECTO		

CONDICIONES GENERALES APLICABLES

Nombre	Fecha a partir de la cual se utiliza	Tipo y número de la entidad	Tipo de documento	Ramo al cual pertenece	Identificación interna de la proforma	Canal de comercialización
CLAUSULADO	2017-01-01	13 - 18	P	05	F-01-12-084	D00I
NOTA TÉCNICA	2017-06-25	13 - 18	NT-P	5	N-01-012-011	

TEXTOS Y ACLARACIONES ANEXAS :

SE AMPARA EL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS NRO. CO1.PCCNTR.8937160, CUYO OBJETO ES: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES TEMPORALES EN EL ROL DE INSTRUCTOR APORTANDO EN LA PLANEACIÓN, EJECUCIÓN, EVALUACIÓN Y MEJORA CONTINUA DE LOS PROCESOS DE FORMACIÓN CON MODALIDAD PRESENCIAL Y/O VIRTUAL, PERTENECIENTES A LA RED DE INFORMÁTICA , DISEÑO Y DESARROLLO DE SOFTWARE, A NIVEL MUNICIPAL Y DEPARTAMENTAL SEGÚN LA NECESIDAD DEL SERVICIO.

Seguros Generales Suramericana S.A NIT 890.903.407-9.Somos Grandes Contribuyentes. Por favor no efectuar retención sobre IVA. Las primas de seguros no están sujetas a retención en la fuente (Decreto reglamentario 2509/85 Art 17). Autorretenedores Resolución 009961 de 2010. Responsable de impuesto sobre las ventas régimen común agentes de retención. En virtud del numeral 28 del artículo 530 del Estatuto Tributario, el presente documento se encuentra exento del impuesto de timbre.

INFORMACIÓN ADICIONAL

LA PRESENTE PÓLIZA SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA PROFORMA. F-01-12-084 LAS CUALES SE ADJUNTAN.

PARA EFECTOS DE CUALQUIER NOTIFICACIÓN, LA DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA ES CR 63 49 A 31 P 1 ED CAMACOL MEDELLIN SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. NIT 890.903.407-9 RESPONSABLE DEL IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS RÉGIMEN COMÚN.

Firma autorizada

Marilin Velasco Velez

Firmado digitalmente por Marilin Velasco Velez
Fecha: 2026.01.17 19:59:53 -05'00'

Firma tomador

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. NIT 890.903.407-9
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.

IMPORTANTE: ESTE DOCUMENTO SÓLO ES VÁLIDO COMO RECIBO DE PRIMA, SI ESTÁ FIRMADO POR UN CAJERO O COBRADOR AUTORIZADO POR LA SURAMERICANA. SI SE ENTREGA A CAMBIO DE UN CHEQUE. LA PRIMA SÓLO SERÁ ABONADA AL RECIBIR SURAMERICANA SU VALOR.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. NIT 890.903.407-9

Nequi

Resumen de pago

Descripción de compra
Pago Seguros generales

Tienda
Seguros Generales Suramericana

Estado de la transacción
Transacción éxitosa

Fecha de la transacción
17 de enero de 2026 a las 7:57 p. m.

CUS
2091120772

Referencia Nequi
M19308413

¿Cuánto?
$ 29.750,00

Valor de los impuestos
$ 0,00

Número de referencia 1
1721872653

Número de referencia 2
NIT

Número de referencia 3
8909034079

Factura de comercio
1721872653

Tu plata salió de:


Disponible