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 CESAR**

**CENTRO BIOTECNOLÓGIOCO DEL CARIBE-CESAR**

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

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **20** |
| **Código Centro** | **911410** |
| **Fecha Elaboración** | **Febrero de 2026** |
| **Versión** | **ENERO - 1,26** |
| **ID de Proceso** | **62170-541855** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos:** | ANA KATRINA RUIZ BELTRAN | **Banco a consignar:** | BANCOLOMBIA |
| **Cédula de Ciudadanía** | 30.688.985 | **Tipo de cuenta:** | AHORROS |
| **Correo electrónico:** | akruiz5@misena.edu.co | **Número de Cuenta:** | 68114172506 |
| **IP/Nº de contacto:** | 3015359243 | **Presta Servicios Excluidos de IVA:** | SI |
| **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:** | 9273890/2026 | **Nº Compromiso SIIF** | **16926** | **Número de pagos durante la vigencia del contrato** | 6 |

| | |
|---|---|
| **OBJETO CONTRACTUAL:** (Descripciòn del servicio prestado) | INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES PARA IMPARTIR FORMACIÓN TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA, PARA EL FORTALECIMIENTO DE LAS COMPETENCIAS Y EL APRENDIZAJE DE POBLACIÓN CAMPESINA, VULNERABLE, ÉTNICA Y COMUNITARIA - FORMACIÓN REGULAR, CBC Y MUNICIPIOS |

## DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Del** | **09/02/2026 Al 28/02/2026** | **Saldo Anterior del Contrato:** | $ 23.687.485 |
| **Número de pago** | **1** | **Valor Total del Contrato:** | $ 23.687.485 |
| **Valor Bruto Pago:** | **$ 3.158.331,00** | **Nuevo Saldo del Contrato:** | $ 20.529.154 |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 3.158.331 | Ninguno | 0,00% |
| Ingresos por comisiones | $ 0 | Retencion en la Fuente del Periodo | $ 0 |
| **TOTAL INGRESOS DEL PERIODO** | **$ 3.158.331** | | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 1.980.931** | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | | Febrero | Enero |
|---|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | | ---------- | **4642551015** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | | $ 1.750.905 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | | $ 218.900 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | | $ 280.200 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | | $ - | $ 0 |
| ARL | II | $ 18.300 | $ 0 |
| | | $ | |
| | | $ | |
| | | $ | |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias | | $ - | |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC | | $ - | |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias | | $ - | |
| Intereses Prestamo de Vivienda | | $ - | |
| Dependientes hasta | | $ - | |
| Salud hasta | $ 837.984 | $ - | |
| Renta Exenta 25% | $ 20.687.730 | $ 660.000 | |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | $ 0 | | |
| Retención en la Fuente Contingente | | $ | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 1.980.931,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 0,00 | |
| 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 - VALLEDUPAR | 0,00 | 0,000% |
| - | 0,00 | 0% |
| - | 0,00 | 0% |
| - | 0,00 | 0% |
| - | 0,00 | 0% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Pro Universidad Popular del Cesar | 15.792,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| | 0,00 | |
| Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| **VALOR A PAGAR** | **$3.142.539,00** | |

**SON: TRES MILLONES CIENTO CUARENTA Y DOS MIL QUINIENTOS TREINTA Y NUEVE PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Asociar a los aprendices a la ruta de aprendizaje a través de Sofía plus

Presentar informe de actividades, planillas de pago y demás documentos requeridos

Configurar las evaluaciones de los cursos asignados

Publicar anuncios que indiquen la apertura y cierre de cada semana y/o unidad temática

Realice la apertura de los responder a los foros: social, de dudas e inquietudes y temáticos Impartir formación en los curso de Auditoria interna de calidad NTC ISO 9001 3421865-3421877 y en Gestión de redes de datos fichas 3070254-3186132-3186133

**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

**ANA KATRINA RUIZ BELTRAN**
**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,

**JIMENEZ CUJIA CIRO CARLOS**
**COORDINADOR ACADÉMICO**

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

**EL ORDENADOR DEL PAGO**
**CARLOS RAFAEL MELO FREYLE**
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02**

24/02/26 09:32:49 USUARIO: SIC - C.C. 30688985

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 30688985 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | ANA KATRINA RUIZ BELTRAN |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | CERETE | DEPARTAMENTO: | CORDOBA |
| DIRECCIÓN: | CR 11A N 9-83 | TELÉFONO: | 5744444 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Otras actividades de servicios personales n.c.p. |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **4642551015** | | | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES enero AÑO 2026 | | | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES enero AÑO 2026 |
| DÍAS DE MORA: | 0 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2026/02/11 | | | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 9995702260 |

**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 |
| 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 280.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 280.200 | $ 0 | $ 280.200 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 280.200** | **$ 0** | **$ 280.200** |

**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 | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS037 | EPS037-NUEVA EPS | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 218.900 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 218.900 | $ 0 | $ 0 | $ 218.900 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 218.900** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 218.900** |

**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 | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DÍAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
| 1 | CC 30688985 | RUIZ BELTRAN ANA KATRINA | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.839.805 | | | | NO | | | | | | | | 01-30 | | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 1.750.905 | $ 280.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 280.200 | EPS037-NUEVA EPS | 30 | $ 1.750.905 | $ 218.900 | $ 0 | $ 218.900 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A | 30 | $ 1.750.905 | 30688985 | $ 9.200 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

**TOTAL PAGADO: $ 508.300**

Planilla Pagada

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141159569732

(415)7707212489984(8020) 000014115956973 2

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 3 0 6 8 8 9 8 5 | 1 | Impuestos y Aduanas de Valledupar 2 4 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 3 0 6 8 8 9 8 5 | |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Córdoba 2 3 | Cereté 1 6 2 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| RUIZ | BELTRAN | ANA | KATRINA |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Cesar 2 0 | Valledupar 0 0 1 |

41. Dirección principal: CL 4 C 24 71

42. Correo electrónico: ankarube@msn.com

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

## CLASIFICACIÓN

| Actividad económica | | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|
| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | |
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8 5 5 1 | 2 0 0 9 0 1 2 9 | 8 5 6 0 | 2 0 0 9 0 2 0 3 | | | | 1 4 1 8 | |

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

| 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 | | | |

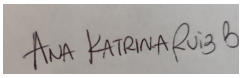
**IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación**

## Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

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 RUIZ BELTRAN ANA KATRINA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

# CERTIFICADO MÉDICO DE PREINGRESO OCUPACIONAL

Fecha: 2026-01-08

## 1. INFORMACIÓN GENERAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| Empresa Usuaria: | PARTICULAR/INDEPENDIENTE | Actividad económica: | Servicios |
| Nombre: | ANA KATRINA RUIZ BELTRAN | Documento: | CC 30688985 |
| Fecha de nacimiento: | 1984-08-31 | Lugar de nacimiento: | CERETE (CORDOBA) |
| Edad: | 41 años | Identidad de Género: | Femenino |
| Estado civil: | Soltero | No. hijos vivos: | 0 |
| Dirección actual: | CRA 11 N 9-83 | Municipio: | CERETE |
| Teléfono: | 3015359243 | Escolaridad: | Estudios_posgrado |
| Ocupación: | INSTRUCTORA VIRTUAL | EPS: | Nueva EPS |
| Responsable**: | SANDRA RUIZ (HERMANA) | Teléfono: | 3106426477 |
| Acompañante: | El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante. | | |



*** La información de responsable se encuentra actualizada de acuerdo a la última suministrada por el paciente en la historia para efectos de un contacto oportuno ante cualquier eventualidad.*

## INMUNIZACIONES Relación de biológicos aplicados:

1. Vacuna:Covid-19 - Dosis 1 - Ultima dosis:

## PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

| | |
|---|---|
| Visiometría: | NO APLICA. |
| Optometría: | Su capacidad visual actual es adecuada para el desempeño de su trabajo habitual |
| Audiometría: | Su capacidad auditiva es adecuada para la ocupación |
| Espirometría computarizada: | NO APLICA. |

## CONCLUSIONES OCUPACIONALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a ANA KATRINA RUIZ BELTRAN con documento de identificación No. 30688985 se considera No presenta restricciones para desempeñar la ocupación de INSTRUCTORA VIRTUAL del sector económico Servicios

## RECOMENDACIONES MEDICO LABORALES

1. Adoptar buena higiene postural..

## RECOMENDACIONES MEDICAS Y TERAPEUTICAS (Para el manejo de enfermedades generales o comunes)

1. Solicitar en su entidad de salud valoración de su alteración del peso por Nutricionista..
2. Solicitar en su entidad de salud valoración de su defecto de refracción por Optometría..
3. DIETA BAJA EN GRASAS.

## CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

## OBSERVACIONES FINALES

CONSIDERACIONES OCUPACIONALES ESPECIALES POR CONDICIÓN METABÓLICA: Su alteración del peso constituye una condición metabólica de origen común que NO le genera ningún tipo de restricción ocupacional directa actualmente para el desempeño de su labor,pero se requiere que sea evaluada y manejada en la EPS en que esté afiliado,para su control y seguimiento.

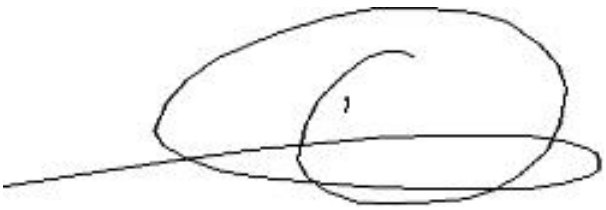
VALORACIÓN PSICOLÓGICA DE INGRESO: De acuerdo a la valoración psicológica realizada se considera que NO PRESENTA ALTERACIONES que puedan afectar su desempeño en las labores a desarrollar.

---

RESULTADO DE EXAMENES DE LABORATORIO CLÍNICO PARA EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA OCUPACIONAL: Los exámenes de Laboratorio Clínico realizados presentaron los siguientes resultados: - Glucosa en suero: Dentro de valores límites normales; - Triglicéridos: Dentro de valores límites normales; - Colesterol total: alterado; - Colesterol de alta densidad (HDL): Dentro de valores límites normales; - Colesterol de baja densidad (LDL): alterado; - Colesterol de muy baja densidad (VLDL): Dentro de valores límites normales.

---

ENFASIS EN EL EXAMEN DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR: En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.



Marco Fidel de Jesus Perez Serge
Medico Cirujano
Universidad Metropolitana
Especialista Salud Ocupacional
Universidad del Norte
RES. 219 - 2016



*Firma para identificación de usuario*
ANA KATRINA RUIZ BELTRAN
Documento: 30688985

Indice der

Escanee el código si desea verificar datos

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES MéDICOS: La Resolución 1843 de 2025 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección Social) reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales, con el objeto de determinar la existencia de restricciones para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo. También establece que la Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MéDICO correspondiente del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clinica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, segun lo establecido en la Resolución 1843 de 2025 el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hacen parte integral de su historial médico.



Impreso por: mauricio.vargas
Fecha: 2026-01-08 Hora: 12:25

# EXAMEN DE AUDIOMETRIA DIGITAL No. 30688985

Este documento es propiedad exclusiva del titular de la historia clínica que en él figura en virtud de lo consignado en la resolución 1995 de 1999 que establece las normas para el manejo de historias clínicas generales y la resolución 1843 de 2025 para historias clínicas relacionadas con procesos de salud ocupacional. Para la protección y confidencialidad de la historia clínica del paciente este documento sólo podrá ser entregado a terceras personas o empresas con la autorización previa y escrita del titular de la historia.

## 1. INFORMACIÓN GENERAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| Empresa Usuaria: | PARTICULAR/INDEPENDIENTE | Fecha: | 2026-01-08 |
| Nombre: | ANA KATRINA RUIZ BELTRAN | Documento: | 30688985 |
| Edad: | 41 años | Género: | Femenino |
| Ocupación: | INSTRUCTORA VIRTUAL | Teléfono: | 3106426477 |
| Nivel de ruido en el puesto de trabajo: | Desconocido | | |



## 2. ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES (P=Positivo, N=Negativo)

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Acufenos | N | Diabetes | N | Otitis media | N | Hipertensión arterial | N |
| Adenoidectomía | N | Epilepsia | N | Otorrea | N | Reumatológicos | N |
| Alergias | N | Labio y paladar hendido | N | Ototóxicos | N | Sordera familiar | N |
| Amigadalitis | N | Mareos | N | Patología infecciosa | N | Tabaquismo | N |
| Amigdalectomía | N | Meningitis | N | Patología viral | N | Vertigos | N |
| Cirugías de oido | N | Otalgia | N | Trauma craneo encefálico | N | Otros | N |

Observaciones: No refiere patologías personales de importancia audiológica.

## 3. EXPOSICION AL RUIDO NO INDUSTRIAL

Conducción de vehículos Diario.

## 4. EXPOSICION OCUPACIONAL AL RUIDO

Ocupación(Ocup)-Tiempo de exposición(Te)-Protección auditiva(PA)

No refiere antecedentes de importancia de exposición ocupacional a ruido

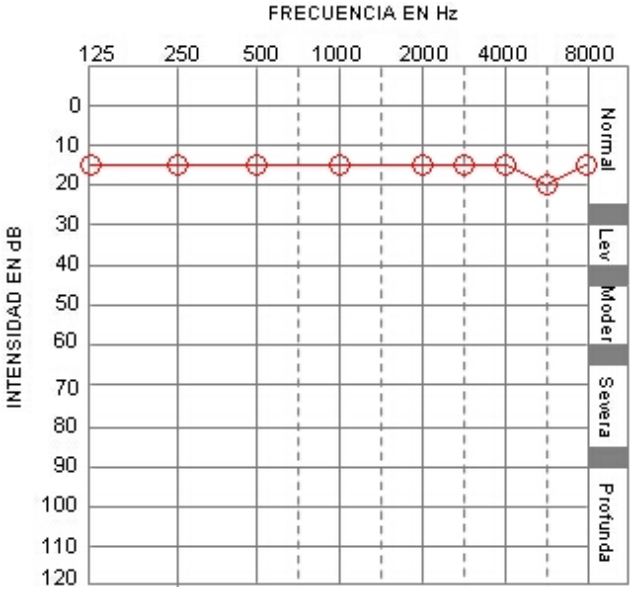
## 5. EVALUACIÓN DEL OIDO (N=Normal, A=Anormal)

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pabellón | N | Conductos | N | Tímpanos | N | Lóbulos | N |

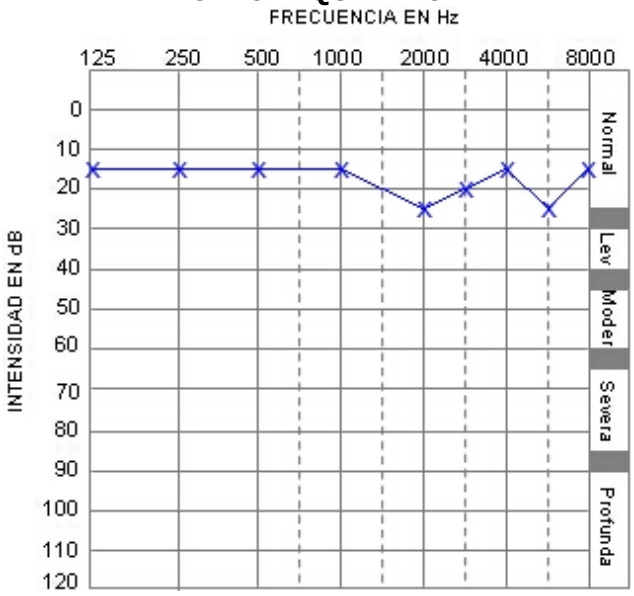
Ampliación de hallazgos: El examen de los oidos es normal y no se evidencian patologÃas.

## 6. AUDIOMETRIA TONAL

**OIDO DERECHO**




**OIDO IZQUIERDO**




| | PROMEDIO (Frec. 500-1k-2k-3k) | CLASIFICACION ELI | INTERPRETACION |
|---|---|---|---|
| Oído derecho: | 15 | B | Normal bueno |
| Oído izquierdo: | 19 | B | Normal bueno |

CLASIFICACION S.A.L.: B — Casi normal

PRESBIACUSIA: 6 dB

## 7. CONCEPTO AUDIOLOGICO
Audición normal bilateral.

## 8. RECOMENDACIONES
Realizar control de acuerdo al programa de vigilancia epidemiológica de la empresa.

Paulina Lucia Gonzalez Pineda
CC. 1.102.882.101
Fonoaudiloga
Esp. Audilogía

*Firma para identificación de usuario*
ANA KATRINA RUIZ BELTRAN
Documento: 30688985



Indice der

Escanee el código si desea verificar datos

**Carrera 16 No. 31-17 Barrio Majagual Sincelejo - Sucre - Colombia** **PBX: 2807883**
cerinpros.rednacional.com.co info@cerinpros.com

Impreso por: mauricio.vargas
Fecha: 2026-01-08 Hora: 12:26

# EXAMEN DE OPTOMETRIA No. 30688985

Fecha: 2026-01-08

Este documento es propiedad exclusiva del titular de la historia clínica que en él figura en virtud de lo consignado en la resolución 1995 de 1999 que establece las normas para el manejo de historias clínicas generales y la resolución 1843 de 2025 para historias clínicas relacionadas con procesos de salud ocupacional. Para la protección y confidencialidad de la historia clínica del paciente este documento sólo podrá ser entregado a terceras personas o empresas con la autorización previa y escrita del titular de la historia.

## 1. INFORMACIÓN GENERAL



| | | | |
|---|---|---|---|
| Empresa Usuaria: | PARTICULAR/INDEPENDIENTE | Actividad económica: | Servicios |
| Nombre: | ANA KATRINA RUIZ BELTRAN | Documento: | 30688985 |
| Fecha de nacimiento: | 1984-08-31 | Lugar de nacimiento: | CERETE (CORDOBA) |
| Edad: | 41 años | Género: | Femenino |
| Dirección actual: | CRA 11 N 9-83 | Municipio: | |
| Teléfono: | 3106426477 | Escolaridad: | Secundaria_completa |
| Ocupación: | INSTRUCTORA VIRTUAL | EPS: | NO SABE |
| Responsable: | SANDRA RUIZ (HERMANA) | Teléfono: | 3106426477 |
| Acompañante: | El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante. | | |

## 2. ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES - FAMILIARES DE IMPORTANCIA VISUAL Y OCULAR (P=Positivo, N=Negativo)

| | Per. | Fam. | | Per. | Fam. | | Per. | Fam. | | Per. | Fam. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Congénitos | N | N | 4. Musculares | N | N | 7. Autoinmunes | N | N | 10. Cáncer | N | N |
| 2. Quirurgicos | N | N | 5. Tóxicos o alérgicos | N | N | 8. Cardiovasculares | N | N | 11. Tiroides | N | N |
| 3. Traumáticos | N | N | 6. Dermatológicos | N | N | 9. Metabólicos | N | N | 12. Otros | N | N |

Antecedentes patológicos personales: No refiere antecedentes patológicos personales.
No refiere antecedentes patológicos familiares.

## ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES - OCULARES Y VISUALES (P=Positivo, N=Negativo)

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Congénitos | N | 5. Patologías de los párpados | N | 9. Patologías del iris | N | 13. Patologías musculares | N |
| 2. Quirúrgicos | N | 6. Patologías de la conjuntiva | N | 10. Patologías del cristalino | N | 14. Patologías de la visión | N |
| 3. Traumáticos | N | 7. Patologías de la córnea | N | 11. Patologías de la retina | N | 15. Glaucoma | N |
| 4. Infecciosas | N | 8. Patologías cámara anterior | N | 12. Patologías aparato lagrimal | N | 16. Otras Patologías | N |

Ampliación de antecedentes patológicos oculares y visuales: No refiere ningún antecedente de importancia de patología ocular o visual.

## ANTECEDENTES PERSONALES SOBRE EL USO DE LENTES

| | | | |
|---|---|---|---|
| Usa actualmente lentes? | No | Desde qué edad usa lentes? | 0 |
| Tipo de lentes | | Frecuencia de uso | |
| Último cambio de lentes? | | Trae los lentes al exámen? | No aplica |

Ampliación de información
no usa lentes

## 3. ANTECEDENTES DE EXPOSICION OCUPACIONAL DE IMPORTANCIA VISUAL

Ocupación(Ocup)-Factores de riesgo(Fr)-Tiempo de Exposición(Te)-Protección ocular(PO)

No refiere ningún antecedente de exposición ocupacional de importancia visual

## 4. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS OCUPACIONALES

Area afectada (AA) - Tipo de lesión (TL) - Tiempo en años (TO) - Secuelas (Sec)

No refiere ningún antecedente patológico ocupacional.

## 5. REVISION DE SINTOMATOLOGIA OCULAR O VISUAL ACTUAL

No refiere ninguna sintomatología de enfermedad ocular o visual actualmente.
.

## 6. EVALUACION DE LA VISION Y LOS OJOS

| VISIÓN LEJANA | | | | VISIÓN CERCANA | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Sin lentes | Con lentes | Agujero estenopeico | | Sin lentes | Con lentes | Agujero estenopeico |
| Ojo derecho | 20/20 | | | Ojo derecho | 0.75 m | | |
| Ojo izquierdo | 20/20 | | | Ojo izquierdo | 0.75 m | | |
| Ambos ojos | 20/20 | | No aplica | Ambos ojos | 0.75 m | | No aplica |

Ampliación de hallazgos
La agudeza visual para cerca y lejos (monocular y binocularmente) está dentro de parámetros normales.

## EXAMEN FISICO DE LOS OJOS Y ANEXOS (N=Normal, A=Anormal)

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Cejas | N | Conjuntiva tarsal | N | Pupilas | N | Papila óptica | N |
| Pestañas | N | Conjuntiva bulbar | N | Cristalino | N | Mácula | N |
| Párpados | N | Córnea | N | Humor vitreo | N | Vasos sanguíneos | N |
| Aparato lagrimal | N | Cámara anterior | N | Retina | N | Coroides y Esclera | N |
| Órbita | N | Iris | N | | | | |

Ampliación de hallazgos:
El examen físico de los ojos está dentro de parámetros normales.

## LENSOMETRIA

| | Esfera | Cilindro | Eje | Ampliación de hallazgos |
|---|---|---|---|---|
| Ojo derecho | | | | no usa lentes |
| Ojo izquierdo | | | | |
| ADICION | | | | |

## EXAMEN DEL PARALELISMO Y LA MOTILIDAD OCULAR (N=Normal, A=Anormal)

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Reflejo de Hirschberg sin lentes | N | Cover test visión lejana sin lentes | N | Ducciones ojo derecho | N |
| Reflejo de Hirschberg con lentes | N | Cover test visión lejana con lentes | N | Ducciones ojo izquierdo | N |
| Versiones ojo derecho | N | Cover test visión cercana sin lentes | N | Punto próximo de convergencia con objeto real | N |
| Punto próximo de convergencia con luz | N | Cover test visión cercana con lentes | N | Versiones ojo izquierdo | N |

Ampliación de hallazgos:
Las pruebas realizadas para evaluar el paralelismo, la motilidad ocular y la convergencia son normales.

## QUERATOMETRIA

Ojo derecho: / X 0 grados
Ojo izquierdo: / X 0 grados
Anotaciones acerca de los resultados:

## REFRACCION

Tipo de retinoscopia realizada: Estática

| | Esfera | Cilindro | Eje | Agudeza visual |
|---|---|---|---|---|
| Ojo derecho | Neutro | | | 20/20 |
| Ojo izquierdo | Neutro | | | 20/20 |

## SUBJETIVO

| | Esfera | Cilindro | Eje | Agudeza visual |
|---|---|---|---|---|
| Ojo derecho | Neutro | | | 20/20 |
| Ojo izquierdo | Neutro | | | 20/20 |

Visión cromática: Policromacia Normal
Estereopsis: 40 seg/arco

Ampliación de hallazgos:

## 7. CORRECCION OPTICA RECOMENDADA

| | Esfera | Cilindro | Eje | AVL | AVC |
|---|---|---|---|---|---|
| Ojo derecho | Neutro | | | 20/20 | 0.50 m |
| Ojo izquierdo | Neutro | | | 20/20 | 0.50 m |
| Adición | | | | | |

- Distancia pupilar:
- Distancia nasopupilar ojo derecho:
- Distancia nasopupilar ojo izquierdo:
- Altura bifocal:
- Filtro/Tratamiento:

- Material de los lentes:
- Uso recomendado de los lentes:
- Tipo de lentes recomendado:
- Remisiï¿½n a la EPS:
- Control en la fecha: 0000-00-00 (AAAA-MM-DD)

## 8. DIAGNOSTICOS

Z010 - Exámen de ojos y de la visión

## 9. CONCLUSIONES DEL EXAMEN OPTOMETRICO

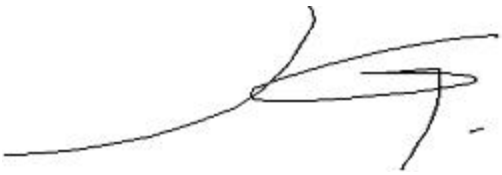
Su capacidad visual actual es adecuada para el desempeño de su trabajo habitual

## 10. RECOMENDACIONES

Cuando trabaje con pantallas de video terminales, tenga en cuenta las siguientes recomendaciones: Parpadee cada 5 segundos o cada vez que lo recuerde; Aproximadamente cada 20 minutos de trabajo con el computador dirija su mirada a un punto lejano (6 metros); Cada 3 horas de trabajo en computador, cierre los ojos suavemente e imagine una visión panorámica, como el mar, durante un minuto; Sitúese siempre a por lo menos 40 cms. de la pantalla de videoterminal y evite reflejos molestos; Procure que el puesto de trabajo tenga adecuadas condiciones de iluminación, acorde con las exigencias del oficio.
control en 1 año

## 11. OBSERVACIONES FINALES

presbicia,



Geder Nadin Buelvas Povea
Optometra
Universidad Metropolitana
RES. 2556 - 2003



*Firma para identificación de usuario*
ANA KATRINA RUIZ BELTRAN
Documento: 30688985

Indice der

Escanee el código si desea verificar datos



Impreso por: mauricio.vargas
Fecha: 2026-01-08 Hora: 12:25

CERINPROS
laboratorio clinico

| | |
|---|---|
| **Orden** | **260108022** |
| Fecha Registro | 08/01/2026 8:19:59 |
| Fecha Impresión | 08/01/2026 12:11:38 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Paciente** | ANA KATRINA RUIZ BELTRAN | | | **Sexo** | Femenino |
| **Documento** | CC 30688985 | | | **Teléfono** | |
| **Fecha Nacimiento** | 1984-08-31 | **Edad** | 41 Años | **Correo** | |

**Servicio** *Consulta externa*
**Empresa** *Particular*

| Prueba | | Resultado | Unidad | Valor Referencia |
|---|---|---|---|---|
| | | **QUÍMICA** | | |
| GLUCOSA EN SUERO | | 99.00 | mg/dl | 70-106 |
| | | **PERFIL LIPIDICO** | | |
| COLESTEROL TOTAL | * | 228.00 | mg/dl | 120-200 |
| *INTERVALO IDEAL PARA EL COLESTEROL MENOR DE 200 mg/dl*<br>*INTERVALO LIMITE PARA EL COLESTEROL ELEVADO 200-239 mg/dl*<br>*COLESTEROL ALTO: MAYOR 240 mg/dl* | | | | |
| COLESTEROL HDL | * | 72.70 | mg/dl | 35-65 |
| *SIN RIESGO HOMBRES: MAYOR DE 55 mg/dl*<br>*ALTO RIESGO HOMBRES: MENOR DE 35 mg/dl*<br>*SIN RIESGO MUJERES: MAYOR DE 65 mg/dl*<br>*ALTO RIESGO MUJERES: MENOR DE 45 mg/dl* | | | | |
| TRIGLICERIDOS | | 58.00 | mg/dl | 0-150 |
| COLESTEROL VLDL | | 11.60 | mg/dl | 0-120 |
| COLESTEROL LDL | * | 143.70 | mg/dl | 0-100 |

*Fecha Recepción:* 08/01/2026 9:31:02
*Fecha Validación:* 08/01/2026 11:23:41



**Leidys Teresa Hernández Padilla**
**Bacterióloga**
**Registro 64726666**

CERINPROS
salud y seguridad

NIT: 830508650-0

# RESULTADOS DE PRUEBA PSICOLOGICA

**FECHA:** 2026-01-08

# 30688985

Este documento es propiedad exclusiva del titular de la historia clínica que en él figura en virtud de lo consignado en la resolución 1995 de 1999 que establece las normas para el manejo de historias clínicas generales y la resolución 1843 de 2025 para historias clínicas relacionadas con procesos de salud ocupacional. Para la protección y confidencialidad de la historia clínica del paciente este documento sólo podrá ser entregado a terceras personas o empresas con la autorización previa y escrita del titular de la historia.



| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **PACIENTE:** | ANA KATRINA RUIZ BELTRAN | **DOCUMENTO:** | 30688985 | **EDAD:** | 41 Años |
| **DIRECCIÓN:** | CRA 11 N 9-83CERETE | **TELÉFONO:** | 3106426477 | **GENERO:** | F |
| **ESCOLARIDAD:** | Secundaria_completa | **CATEGORIA DE LICENCIA:** | N/A | | |

| BLOQUE | Resultados | NumeroPreguntas | Calificación |
|---|---|---|---|
| Trastornos amnesicos y otros trastornos congnoscitivos | 3 | 3 | Aprobado |
| Control de impulsos | 3 | 3 | Aprobado |
| Trastorno limitrofe de la personalidad | 3 | 3 | Aprobado |
| Trastorno de personalidad por evitacion | 2 | 3 | Aprobado |
| Trastorno relacionado con sustancias | 4 | 4 | Aprobado |
| Esquizofrenia | 3 | 3 | Aprobado |
| Narcisista | 3 | 3 | Aprobado |
| Ansiedad | 3 | 3 | Aprobado |
| Paranoide | 3 | 3 | Aprobado |
| Trastornos del estado de ánimo | 3 | 3 | Aprobado |
| Dependiente | 3 | 3 | Aprobado |
| Esquizoide | 3 | 3 | Aprobado |
| Trastornos por comportamiento perturbador | 3 | 3 | Aprobado |
| Disociativa | 3 | 3 | Aprobado |
| Antisocial | 3 | 3 | Aprobado |
| Obsesivo Compulsivo | 3 | 3 | Aprobado |
| Trastornos del sueño | 3 | 3 | Aprobado |
| Histrionico | 3 | 3 | Aprobado |
| Adaptativo | 3 | 3 | Aprobado |
| Trastornos mentales debido a enfermedad médica | 2 | 2 | Aprobado |
| Trastornos del desarrollo intelectual | 5 | 5 | Aprobado |

Observaciones: NO PRESENTA ALTERACIONES EN LAS AREAS EVALUADAS HASTA LA FECHA.

Responsable: Lauren Beatriz Gonzalez Carvajal



*Firma para identificación de usuario*
ANA KATRINA RUIZ BELTRAN

Indice der

Escanee el código si desea verificar datos

## Hace constar:

Que el Sr(a) ANA KATRINA RUIZ BELTRAN Identificado(a) con cédula de ciudadanía 30688985 realizó el día 16/02/2026 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 ANA KATRINA RUIZ BELTRAN Identificado(a) con cédula de ciudadanía 30688985 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.

Firma

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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

# Hace constar:

Que el Sr(a) ANA KATRINA RUIZ BELTRAN Identificado(a) con cédula de ciudadanía 30688985 realizó el día 18/02/2026 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 -

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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

## Hace constar:

Que el Sr(a) ANA KATRINA RUIZ BELTRAN Identificado(a) con cédula de ciudadanía 30688985 realizó el día 18/02/2026 la Capacitación Módulo 2 - Riesgos en el puesto de trabajo y medidas de prevención de la entidad y aprobó la respectiva

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

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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

## Hace constar:

Que el Sr(a) ANA KATRINA RUIZ BELTRAN Identificado(a) con cédula de ciudadanía 30688985 realizó el día 18/02/2026 la Capacitación de protocolos de bioseguridad.

De acuerdo a lo establecido en la Resolución 666 de 2020 del ministerio de salud y protección y social, la circular 01-03-2020-000098 del 29 de mayo de 2020 del SENA, mediante la cual se establece el protocolo de medidas generales y de bioseguridad para prevenir y mitigar la propagación del COVID-19, Circular 01-03-2020-000156 del 02 de septiembre del 2020 del Sena, mediante el cual se establece el alcance a la circular 01-03-2020-000098 del 29 de mayo de 2020 del

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

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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

# Hace constar:

Que el Sr(a) ANA KATRINA RUIZ BELTRAN Identificado(a) con cédula de ciudadanía 30688985 el día 16/02/2026 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

# LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

## CERTIFICA QUE:

ANA KATRINA RUIZ BELTRAN identificado con CC. 30688985 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

| INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE | |
|---|---|
| **Nombres y/o Razón** | SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA |
| **Tipo y Numero de Documento** | NI - 899999034 |

| INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de inicio de cobertura** | 2026/02/09 | **Fecha inicio contrato** | 2026/02/09 |
| **Tipo de vinculación** | Independiente con Contrato | **Fecha de fin contrato** | 2026/07/09 |
| **Riesgo** | 2 | **Código actividad económica** | 2015001 - EXPLOTACION MIXTA (AGRICOLA Y PECUARIA), INCLUYE LA EXPLOTACION MIXTA DE CULTIVOS Y ANIMALES SIN |
| **Estado afiliación** | Activo | | |
| **Fecha retiro** | | **Estado del contrato** | Activo |

Esta certificación se expide a los 16 días del mes de febrero del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC16022026A30688985R9138564.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
**POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS**

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) ANA KATRINA RUIZ BELTRAN identificado(a) con CC 30688985 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

| | |
|---|---|
| **Fecha de Activación de** | **19/03/2010** |
| **Estado de la Afiliación:** | **ACTIVO** |
| **IPS:** | **DAMOSALUD LTDA** |
| **Categoría:** | **A** |

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 6 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

**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ANA KATRINA RUIZ BELTRAN** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **30688985,** se encuentra afiliado/a desde **01/11/2018** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 06 de enero de 2026.



**Rosa Mercedes Nino Amaya**
**Dirección de Afiliaciones**

**Nota:** Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

# Certificación Bancaria

Martes, 06 de enero de 2026

A quien le interese

Bancolombia S.A. se permite informar que ANA KATRINA RUIZ BELTRAN identificado(a) con CC 30688985, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

| Producto | No. Producto | Fecha Apertura aaaa-mm-dd | Estado | Saldo |
|---|---|---|---|---|
| Cuenta de ahorros | 68114172506 | 2013-10-07 | Activo | ***** |

***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 a 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.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

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

Bancolombia

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

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 860.524.654-6

# PÓLIZA DE GARANTÍA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES - DECRETO 1082 DE 2015 - PATRICLSUSP09V4

**NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS**
**3202763557**

## PÓLIZA No:320 - 47 - 994000035901 ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: **BARRANQUILLA** COD. AGENCIA: 320 RAMO: 47

TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION

| FECHA DE EXPEDICIÓN | | | FECHA DE IMPRESIÓN | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DÍA | MES | AÑO | DÍA | MES | AÑO |
| 30 | 1 | 2026 | 30 | 1 | 2026 |

DATOS DEL AFIANZADO

NOMBRE: **ANA KATRINA RUIZ BELTRAN** IDENTIFICACIÓN: CC **30.688.985**

DIRECCIÓN: TV 18 10 A 10 CIUDAD: CERETÉ,CÓRDOBA TELÉFONO: 3015359242

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA** IDENTIFICACIÓN: NIT **899.999.034-1**

BENEFICIARIO: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA** IDENTIFICACIÓN: NIT **899.999.034-1**

AMPAROS

Giro de Negocio: CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

| Descripción Amparos Contrato | Vigencia Desde | Vigencia Hasta | Suma Asegurada |
|---|---|---|---|
| CUMPLIMIENTO | 09/02/2026 | 09/04/2027 | 2,368,749 |

BENEFICIARIOS
NIT 899999034 - SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

POLIZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

OBJETO DE LA GARANTIA

EL OBJETO DE LA PRESENTE POLIZA ES GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DEL CONTRATISTA DERIVADAS DEL CONTRATO No.CO1.PCCNTR.9273890 CELEBRADO ENTRE LAS PARTES RELACIONADO CON PRESTAR SERVICIOS PERSONALES PARA IMPARTIR FORMACIÓN, ASÍ COMO LA PLANEACIÓN Y EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DE APRENDIZAJE DEFINIDOS EN LOS DISEÑOS CURRICULARES DE OBJETO DEL CONTRATO FORMACIÓN TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA PRESENCIAL Y/O VIRTUAL ASIGNADOS, EN LAS DIFERENTES REDES DE CONOCIMIENTO Y ÁREAS TEMÁTICAS, PARA EL FORTALECIMIENTO DE LAS COMPETENCIAS Y EL APRENDIZAJE DE LA POBLACIÓN CAMPESINA, VULNERABLE, ÉTNICA Y COMUNITARIA - FORMACIÓN REGULAR, EN EL CENTRO BIOTECNOLÓGICO DEL CARIBE Y SUS MUNICIPIOS.

| VALOR ASEGURADO TOTAL: | VALOR PRIMA: | GASTOS EXPEDICION: | IVA | TOTAL A PAGAR: |
|---|---|---|---|---|
| $*** 2,368,748.50 | $*** 25,000.00 | $*** 11,000.00 | $*** 6,840.00 | $*** 42,840.00 |

| NOMBRE INTERMEDIARIO | CLAVE | %PART | NOMBRE COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO | %PART | VALOR ASEGURADO |
|---|---|---|---|---|---|
| MAC ASESORIAS EN SEGUROS LTDA | 10502 | 100.00 | | | |

**MEDIANTE LA SOLICITUD Y CONTRATACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO, USTED EN CALIDAD DE TITULAR(ES) DE LA INFORMACIÓN; DE MANERA LIBRE, EXPRESA, VOLUNTARIA E INFORMADA, AUTORIZA A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA O A LA PERSONA NATURAL O JURÍDICA A QUIÉN ESTE ENCARGUE, A RECOLECTAR, ALMACENAR, UTILIZAR, CIRCULAR, SUPRIMIR Y EN GENERAL, A REALIZAR CUALQUIER OTRO TRATAMIENTO A LOS DATOS PERSONALES POR USTED SUMINISTRADOS, PARA TODOS AQUELLOS ASPECTOS INHERENTES A LAS ACTIVIDADES COMERCIALES Y PROMOCIONALES, Y CUALQUIER OTRO RELACIONADO CON EL DESARROLLO DEL OBJETO SOCIAL PRINCIPAL DEL REFERIDA SOCIEDAD, LO QUE IMPLICA EL USO DE LOS DATOS EN ACTIVIDADES DE MERCADEO, PROMOCIÓN Y DE SER EL CASO, CUANDO LA ACTIVIDAD COMERCIAL LO REQUIERA, LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN DE LOS MISMOS A UN TERCERO (INCLUYENDO TERCEROS PAÍSES), BAJO LOS PARÁMETROS DE LA LEY 1581 DE 2.012, DECRETO 1074 DE 2015 Y DEMÁS NORMATIVIDAD VIGENTE QUE REGULE LA MATERIA. EN TODO CASO, ASEGURADORA SOLIDARIA GARANTIZA LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD, PRIVACIDAD Y DEMÁS PRINCIPIOS QUE IMPLIQUEN EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES ACORDE CON LA LEGISLACIÓN APLICABLE. ESTA AUTORIZACIÓN SE MANTENDRÁ POR EL TIEMPO DE DURACIÓN DEL VÍNCULO O LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y POR EL TIEMPO DE DURACIÓN DE LA SOCIEDAD RESPONSABLE, CONFORME LO ESTABLECIDO EN SUS MANUALES Y POLÍTICAS. IGUALMENTE DECLARO QUE HE CONOCIDO LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DISPONIBLE EN_HTTPS://ASEGURADORASOLIDARIA.COM.CO/ENLACES-DE-INTERES/POLITICA-DE-PRIVACIDAD.ASPX**

Las condiciones generales de su póliza se pueden descargar de nuestra Página Web www.solidaria.com.co en la opción SEGUROS – TU RESPALDO – SEGUROS PATRIMONIALES. Aseguradora Solidaria pensando en su tranquilidad, lo invita a verificar la validez de esta póliza ingresando a nuestra Página Web www.solidaria.com.co en la opción SERVICIOS – CONSULTA POLIZA DE CUMPLIMIENTO.

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)000000000007000320276355 7

Ana Katrina Ruiz B

FIRMA TOMADOR

**DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 8 y 12 Bogotá**

CLIENTE

**Defensor del Consumidor Financiero:** Manuel Guillermo Rueda * **Dirección:** Carrera 13 A # 28-38 Oficina 221, Bogotá * **Teléfono:** (601) 791 9180
**Fax:** (601) 458 7174 * **Celular:** 312 342 6229 * **Correo electrónico:** defensoria@solidaria.com.co
**Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web:**
https://aseguradorasolidaria.com.co/servicios/defensoria-del-consumidor-financiero.aspx

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

GRAN CONTRIBUYENTE RES.2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

# PÓLIZA DE GARANTIA ÚNICA DE CUMPLIMIENTO EN FAVOR DE

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: BARRANQUILLA COD. AGENCIA: 320 RAMO: 47 No PÓLIZA: **994000035901** ANEXO: 0

DATOS DEL AFIANZADO

NOMBRE: **ANA KATRINA RUIZ BELTRAN** IDENTIFICACIÓN: CC **30.688.985**

ASEGURADO: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA** IDENTIFICACIÓN: NIT **899.999.034-1**

BENEFICIARIO: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA** IDENTIFICACIÓN: NIT **899.999.034-1**

**TEXTO ITEM 1**

CLIENTE

**RECIBO DE CAJA No. 320137540**

| AGENCIA | TRANSACCIÓN Nro. | FECHA DE RECAUDO | TIPO PAGADOR |
|---|---|---|---|
| BARRANQUILLA | 320238277 | 30/01/2026 | ASEGURADO |

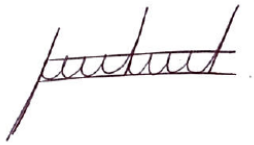
| NOMBRE PAGADOR | C.C o NIT |
|---|---|
| RUIZ BELTRAN ANA KATRINA | 30688985 |

**TOMADOR PÓLIZA**
RUIZ BELTRAN ANA KATRINA

**DETALLE DE PAGO**
PAGO POLIZA DE CUMP. ENT. ESTATALES 994000035901 - NRO. ELECTRÓNICO 3202763557

| VALOR EN LETRAS (en Pesos) | VALOR RECIBO |
|---|---|
| CUARENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS CUARENTA PESOS | $ 42,840.00 |

PAGO PÓLIZA DE CUMP. ENT. ESTATALES 994000035901 - ANEXO 0 AGENCIA BARRANQUILLA, TOMADOR PÓLIZA: CC-30688985 RUIZ BELTRAN ANA KATRINA. VALOR PAGADO $ 42,840.00 RELACIONADO CON EL NRO. DE RECIBO 320238277



FIRMA RECIBIDO PAGO

**RECIBO GENERADO POR: MAC ASESORIAS EN SEGUROS LTDA**