SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL SANTANDER
CENTRO DE SERVICIOS EMPRESARIALES Y TURISTICOS - SANTANDER - SERV

Código Regional	**68**
Código Centro	**930910**
Fecha Elaboración	**30 noviembre de 2020**
Versión	**AGOSTO 2020 - 5,20**
ID de Proceso	**85781-735923**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	CAROLINA ZORRO VEGA	**C.C.**	37.746.912	**IP/Nº de contacto**	3188830394
Correo electrónico contratista:	czorrov@sena.edu.co				

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

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

Banco al cual consignar: BANCOLOMBIA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 29125315206

Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato? NO **Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2020 supera los $ 117.503.000** NO

Tiene contratos de prestación de servicios con otras Entidades Públicas: N/A

Se acogió para el mes anterior, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558: N/A

Se acogió para el mes objeto de cobro, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558: N/A

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato: 2017658/2020 **Nº Compromiso SIIF** **70120**

Valor Total del Contrato	$ 3.911.280	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 3.911.280	**1**	**Del**	**26/11/2020**	**Al**	**30/11/2020**	**$ 1.150.376,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 2.760.904		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 1.150.376	Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°		0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo		$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 1.150.376**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 675.057**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 0**

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

	Noviembre	**Octubre**
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**8346471315**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 877.803	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 109.800	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 140.500	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 4.600	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.128.000	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.560.700	$ -	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Dependientes hasta $ 1.139.424	$ -	
Salud hasta $ 569.712	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 225.019	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	675.057,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	900.076,00	
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	0,00	0,600%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$ 1.150.376,00**	

SON: UN MILLÓN CIENTO CINCUENTA MIL TRESCIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

APOYO TITULADA ETICA
INTERRACCION EN EL CONTEXTO PRODUCTIVO/SOCIAL. FICHA 2182367TECNICO APOYO ADMINISTRATIVO EN SALUDFECHA 26/11/2020 AL 30/11/2020 M
APOYO COMPLEMENTARIA
COMUNICACION ASERTIVA Y EFECTIVA EN EQUIPOS DE TRABAJO. FICHA 2243999 26/11/2020 AL 30/11/2020

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:
1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas; 2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC y FVP, por los ingresos recibidos en el mes anterior del contrato objeto de cobro en esta planilla y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato; 3. El número de trabajadores contratados para cumplir con el desarrollo del objeto contractual corresponden a lo indicado en esta planilla; 4. Toda la información aquí suministra es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados.

CAROLINA ZORRO VEGA
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,

BLANCA YANETH MURALLAS BUENO
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

CELIA PATRICIA RODRIGUEZ MARTINEZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): CAROLINA ZORRO VEGA
No. Identificación: CC37746912
Dirección: CALLE 20 32A 04
Telefono: 6342537
Correo: sebastian.juliozorro@hotmail.com
Ciudad: BUCARAMANGA
Número de Planilla: 8346471315

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	CAROLINA ZORRO VEGA	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC37746912	**Periodo de Cotización Salud**	noviembre de 2020
Número de planilla	8346471315	**Periodo de Cotización Pensión**	noviembre de 2020
Fecha pago	2020-11-06	**Número de Administradoras**	3
Número de autorización pago	2522332	**Total Pagado**	254900
Banco	1023	**Total Intereses de Mora**	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	4600	1
230301	Porvenir	140500	1
EPS005	Sanitas EPS	109800	1

8346471315

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 37746912
APELLIDOS Y NOMBRES: CAROLINA ZORRO VEGA

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS005	230301	877803	877803	877803	0	109800	0	140500	0	4600	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) CAROLINA ZORRO VEGA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 37746912 realizó el día 30/11/2020 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

El futuro es de todos — Gobierno de Colombia

FORMULARIO ÚNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

Periodo a declarar

Desde	Hasta
15-01-2019	16-12-2019

I. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, ZORRO VEGA CAROLINA

IDENTIFICADO CON: C.C. (●) C.E. ( ) OTRO ( ) No. 37746912 — **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN :**

DIRECCIÓN	TELÉFONOS
CALLE 20 #32 A 04 CASA SAN ALONSO	3188830394

MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAÍS
BUCARAMANGA	Santander	Colombia

Y TENIENDO COMO PARIENTES EN PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD (PADRES E HIJOS) A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
JULIO ZORRO DAREN SANTIAGO	RC 1098078929	Hijo (a)
JULIO ZORRO SEBASTIAN STHY	TI 1005260663	Hijo (a)

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3o., DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTÍCULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESIÓN** (●), **PARA RETIRARME** ( ), **PARA ACTUALIZACIÓN** ( ), **PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** ( ), QUE LOS ÚNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACIÓN:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	38,000,000
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	0
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	0
ARRIENDOS	
HONORARIOS	0
OTROS INGRESOS Y RENTAS	0
TOTAL	38,000,000

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son :

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

1.2 DE PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

b) A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

c) En la actualidad: SI (●) NO ( ) tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CÓNYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	N°
JULIO ALVERNIA JEHISSON	C.C. (●) C.E. ( ) OTRO ( )	13870972

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma ocasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN

3. FIRMA

Carolina Zorro Vega
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO

Bucaramanga 23/11/20
CIUDAD Y FECHA

DIAN®
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA
Modelo Unico de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto: 02 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14370889349

(415)7707212489984(8020) 000001437088934 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
3774691 2	9	Impuestos y Aduanas de Bucaramanga 4	

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	37746912	1998 01 19

Lugar de expedición / 28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 169	Santander 68	Bucaramanga 001

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ZORRO	VEGA	CAROLINA	

35. Razón social:

36. Nombre comercial:	37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 169	Santander 68	Bucaramanga 001

41. Dirección principal: CL 20 32 A 04 BRR SAN ALONSO

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
sebastian.juliozorro@hotmail.com		3188830394	6342537

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código:	1	2
8512	2010 01 18	8513	2010 01 18			

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos
2314	

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
	2	0																								

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 1 61. Fecha: 2016 05 12

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.

Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: DELGADO MORENO MARIA MELBA

985. Cargo: Gestor I

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Certificado Bancario

Domingo, 22 de Noviembre de 2020

Señor(a)
A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que CAROLINA ZORRO VEGA identificado(a) con CC 37746912, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	29125315206	2006/02/07	ACTIVA

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

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

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

Juan Camilo Moreno Gómez
Gerente Estrategia Canal Telefónico

Es el momento de todos Bancolombia

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

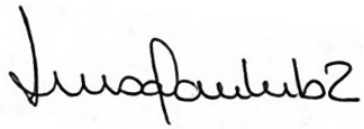
Verificada la base de datos de la compañía se encontró que la señora CAROLINA ZORRO VEGA, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 37.746.912, contratista de la empresa INDEPENDIENTE CONTRATANTE NO AFILIADO (DECRETO 723/2013), con NIT No. 899999995, tiene un registro como INDEPENDIENTE 723 desde el 01/11/2020 y fecha fin de contrato 30/05/2021 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): 202001021276240.

Esta certificación se expide a los 25 días del mes de Noviembre de 2020.

Cordialmente



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

INFORME INTERPRETATIVO

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombres y apellidos: Carolina Zorro Vega.

C.C: 37.746.912

Edad: 40 Años

Sexo: Femenino

Estado civil: Unión Libre

Fecha de Evaluación: 21/11/2020

Cargo: Instructor

II. MOTIVO DE CONSULTA:

Evaluación de la personalidad por motivo de examen médico ocupacional de ingreso.

III. PRUEBAS SUMINISTRADAS

Nombre de la prueba: Entrevista psicológica semi-estructurada.

Cuestionario de personalidad EPI 26/31

Escala de motivación de logro, poder y afiliación (MLPA).

LOGRO-19 PODER-10 AFILIACIÒN-17

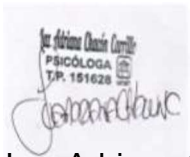
IV. ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

Posee pensamiento de tipo concreto, con razonamiento algo elaborado. Puede seguir instrucciones de complejidad baja o media. Su estilo intelectual es siempre práctico, de marcados intereses realistas. Convencional, alerta a las necesidades del día a día. Inquieto por intereses y hechos inmediatos. Sistemáticamente evita cualquier cosa a largo plazo. Guiado siempre por realidades objetivas, depende de un juicio práctico. Serio. Interesado o preocupado, pero estable. Valora lo concreto y sensatamente obvio. Desdeña las abstracciones o las inferencias conceptuales complicadas. No tiene tendencia hacia la introspección. Habla poco acerca de su vida subjetiva.

profesionales en evaluación, prevención y tratamiento en salud

Emocionalmente estable, maduro, se enfrenta a la realidad, siendo tranquilo y estable en sus intereses. Su carácter es sereno. No permite que las necesidades emocionales opaquen la realidad de una situación. Se autocontrola para evitar dificultades. Tolera la privación, resuelve problemas y no hace exigencias irrealizables. Suele ser apreciado como compañero en las tareas más habituales de la vida. Usualmente, es considerado por sus colaboradores como capaz de comportarse bien más allá del tiempo requerido, aun recibiendo trato duro. Maneja bien sus frustraciones y los retos que origina el día a día. La mayoría de las veces actúa sobre evidencias lógicas y prácticas, se mantiene en la idea. Tiende a rechazar los sentimientos que lo hacen vulnerable, como el miedo, la piedad y la dependencia. Tiende a mostrarse duro, masculino, práctico, maduro, generador de solidaridad de grupo y realista. En general, no es un compañero ideal para compartir momentos sentimentales o brindar simpatía o bienestar. Presenta buen perfil de líder. Muestra equilibrio entre introversión y extroversión. En general, es bastante indiferente al reforzamiento social. Normalmente no se le induce con facilidad a comprometer sus puntos de vista y valores, ni por aprobación ni por desaprobación o disgusto de los demás. Mientras que puede sentir solamente indiferencia hacia los demás, el efecto de su desinterés tiende a provocar no solo indiferencia sino desagrado por parte de aquellos con los que interactúa. Como fortalezas expresa ser organizada, cariñosa, responsable, honesta y sincera. En cuanto a sus debilidades menciona ser directa, gritona, afanada e impaciente. Finalmente, como proyecto de vida expresa comprar su casa propia, tener un trabajo estable, unión familiar, salud y carro propio.

PERFIL FAVORABLE __x__ PERFIL DESFAVORABLE ___



Luz Adriana Chacón carrillo
Psicóloga
T.P 151628

profesionales en evaluación, prevención y tratamiento en salud

Amplivox Audibase 5.3 Patient Record

Patient No:	37746912
Surname:	CAROLINA
Forename:	ZORRO VEGA
Posn/Rank:	-
Dept/Unit:	-
Company:	-
Location:	-
Date of Birth:	09/01/1980
Sex:	Male
Status:	-
Leaving Reason:	-

Address:
-
-
-
-
-

Date Joined:	
Date Left:	
Length of Service:	n/a

Test Type:	Upload
Date of Test:	21/11/2020
Time of Test:	07:54:08
Previous:	-
Examiner:	-
Serial no:	24021
Calibrated:	23/09/2016
Recall Date:	21/11/2022
Baseline:	

F1: -

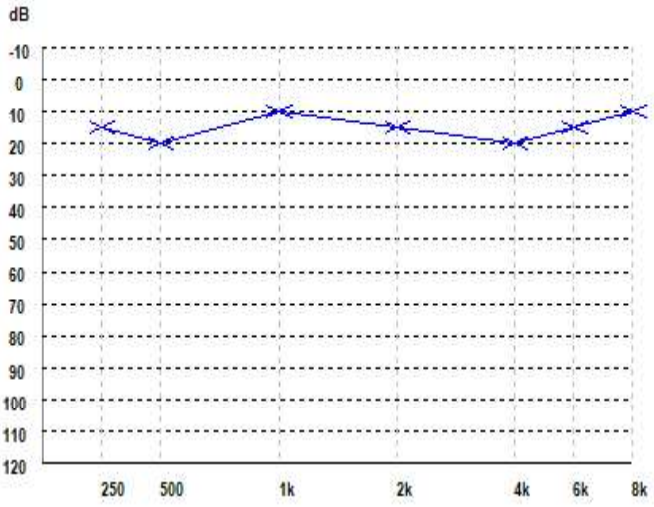
F2: -

F3: -

Categorisation: HSE2006: Data incomplete

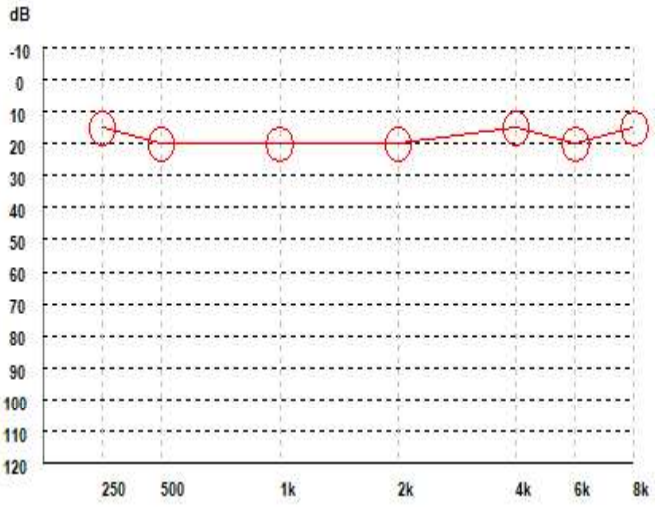
Left Ear

	125	250	500	750	1k	1.5k	2k	3k	4k	6k	8k
Prev.											
Cur.		15	20		10		15		20	15	10



Right Ear

	125	250	500	750	1k	1.5k	2k	3k	4k	6k	8k
Prev.											
Cur.		15	20		20		20		15	20	15



Notes: -PTA: OI: 15 dB OD: 20 dB
-OTOSCOPIA: CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO DESPEJADO, MEMBRANA TIMPANICA INTEGRA BILATERAL
AUDICION DENTRO DE LOS LIMITES DE NORMALIDAD BILATERAL

Patient No:	37746912
Surname:	CAROLINA
Forename:	ZORRO VEGA
Posn/Rank:	-
Dept/Unit:	-
Company:	-
Location:	-
Date of Birth:	09/01/1980
Sex:	Male
Status:	-
Leaving Reason:	-

Address:
-
-
-
-
-
-

Date Joined:	
Date Left:	
Length of Service:	n/a

Test Type:	Upload
Date of Test:	21/11/2020
Time of Test:	07:54:08
Previous:	-
Examiner:	-
Serial no:	24021
Calibrated:	23/09/2016
Recall Date:	21/11/2022
Baseline:	

Categorisation: HSE2006: Data incomplete

F1: -

F2: -

F3: -

Questionnaire:

Fecha
21/11/2020



NIT 900454102-6

Código de verificación
SJJA6HL2183347
Validar en:https://www.ocupasalud.com

CERTIFICADO MEDICO DE INGRESO
OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

INFORMACIÓN BÁSICA

Empresa:	INDEPENDIENTE	**Fecha de Nac.:**	09/01/1980
Nombre:	CAROLINA ZORRO VEGA	**Edad.:**	40
Documento:	C.C. 37746912	**Actividad Economica:**	EDUCACION
Estado Civil:	UNION LIBRE	**Genero:**	FEMENINO
Dirección:	CALLE 20 N 32A 04	**Municipio:**	BUCARAMANGA
Escolaridad:	PREGRADO	**Cargo:**	INTRUCTOR
Teléfono:	3188830394	**AFP:**	PORVENIR
EPS:	SANITAS	**ARL:**	POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

EXAMENES REALIZADOS

Servicio	Fecha	Resultado
AUDIÓMETRIA	21/11/2020	Normal
TEST PSICOTECNICO	21/11/2020	Normal
PERFIL LIPÍDICO	21/11/2020	Normal
CUADRO HEMATICO	21/11/2020	Normal
PARCIAL DE ORINA	21/11/2020	Normal
GLICEMIA	21/11/2020	Normal
CARDIOVASCULAR	21/11/2020	Normal
OPTOMETRIA	21/11/2020	Normal
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	21/11/2020	Normal

CONCEPTO MEDICO

SATISFACTORIO PARA INGRESO

RECOMENDACIONES

Higiene Postural
Usar Elementos de Protección Personal
Mantener las medidas de BIOSEGURIDAD de la empresa para mitigación de COVID 19.
Solicitar a la EPS evaluacion y plan de manejo de su patologia de origen comun

OBSERVACIONES FINALES

Paciente quien no presenta restricciones según resolución 666 del 2020 y circular externa 030 del MinSalud.
No presenta síntomas respiratorios, no presenta anomalías cardiovasculares,no se evidencia hallazgos asociados a infección por COVID 19 ni enfermedad respiratoria aguda.
pasar por medico general para diagnostico y tratamiento de enfermedad de base

RESTRICCIONES

Tipo de restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Tiempo

N/A

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

N/A

REMISIONES

N/A

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Las evaluaciones medicas ocupacionales , los examenes paraclinicos y las prueba complementarias que se van a realizar han sido diseñadas con el fin de evaluar su capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa. Esta pruebas le ayudaran a conocer su estado de salud fisico y mental en el momento en el que se le sean realizadas. En la fecha, como mayor de edad identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin preciones de ninguna indole y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declare que si he recibido toda la informacion acerca de la naturaleza y proposito de los examenes ocupacionales y pruebas complementarias. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expuesto, Autorizo a la IPS para realizarme los examenes clinicos y paraclinico solicitados segun el cargo a desempeñar y tambien autorizo a que los resultados de dichos examenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que sera entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemielogica o segun corespondan, que si he tenido ocasion de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realizacion de los examenes.

DECLARACIÓN DEL ASPIRANTE: Manifiesto con mi firma o huella que no omiti datos relevantes en mis antecedentes que pudieran influir sobre la evaluación de estado de salud. y asi mismo AUTORIZO a OCUPASALUD S.A.S. a realizar la evaluacion de salud.

Dra. Isabel Cristina González Medina
Especialista en Salud Ocupacional
y Riesgos Laborales
R.M. 1098687766 - Res. 18087

Carolina Zorro

CAROLINA ZORRO VEGA
(37746912)

ISABEL CRISTINA GONZÁLEZ MEDINA
Especialista en Salud Ocupacional y Riesgos Laborales
18559 / 1098687766

ANEXO OSTEOMUSCULAR



INFORMACIÓN BÁSICA

Empresa:	INDEPENDIENTE	**Fecha de Nac.:**	09/01/1980
Nombre:	CAROLINA ZORRO VEGA	**Edad.:**	40
Documento:	C.C. 37746912	**Actividad Economica:**	EDUCACION
Estado Civil:	UNION LIBRE	**Genero:**	FEMENINO
Dirección:	CALLE 20 N 32A 04	**Municipio:**	BUCARAMANGA
Teléfono:	3188830394	**AFP:**	PORVENIR
EPS:	SANITAS	**ARL:**	POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

Antecedentes Patológicos Osteomusculares

No refiere ninguna sintomatologia de enfermedad.

Exámen Físico General

Paciente orientado en las 3 esferas, con signos vitales dentro de limites normales, adecuado desarrollo muscular, marcha normal y estado mental aparentemente sano

Exámen Físico Miembros Superiores

Examen de miembros superiores se encuentra sin alteración

Exámen Físico Miembros Inferiores

Examen de miembros inferiores se encuentra sin alteración

Arcos de Movimiento en grado de los miembros superiores e inferiores

Examen fisico del arco de movimiento de sus miembros superiores o inferiores se encuentra sin alteración

Exámen Físico de Columna

Examen fisico de la columna y de la pelvis se encuentra sin alteración

Recomendación

Higiene Postural
Usar Elementos de Protección Personal
Mantener las medidas de BIOSEGURIDAD de la empresa para mitigación de COVID 19.
Solicitar a la EPS evaluacion y plan de manejo de su patologia de origen comun

Restricción

N/A

Conclusiones finales

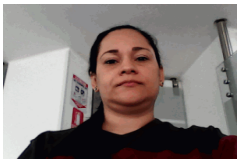
Este examen se realiza en condiciones de reposo. No se encontraron patologías o secuelas de estas que pudieran constituir una limitación o un riesgo para que el trabajador movilice cargas o realice actividades que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos.

Dra. Isabel Cristina González Medina
Especialista en Salud Ocupacional
y Riesgos Laborales
R.M. 1098687766 - Res. 18087

CAROLINA ZORRO VEGA
(37746912)

ISABEL CRISTINA GONZÁLEZ MEDINA
Especialista en Salud Ocupacional y Riesgos Laborales
18559 / 1098687766

Fecha de recepción
21/11/2020



OCUPASALUD
profesionales en evaluación, prevención y tratamiento en salud

NIT 900454102-6

Código de verificación
SJJA6HL2183346
Validar en:https://www.ocupasalud.com

CERTIFICADO MEDICO SALUD OCUPACIONAL
OPTOMETRÍA

INFORMACIÓN BÁSICA

Empresa:	INDEPENDIENTE	**Fecha de Nac.:**	09/01/1980
Nombre:	CAROLINA ZORRO VEGA	**Edad.:**	40
Documento:	C.C. 37746912	**Actividad Economica:**	EDUCACION
Estado Civil:	UNION LIBRE	**Genero:**	FEMENINO
Dirección:	CALLE 20 N 32A 04	**Municipio:**	BUCARAMANGA
Escolaridad:	PREGRADO	**Cargo:**	INTRUCTOR
Teléfono:	3188830394	**AFP:**	PORVENIR
EPS:	SANITAS	**ARL:**	POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

Antecedentes ocupacionales Si [ ] No [X]

Personales	Si	No		Si	No	**Oculares**	Si	No		Si	No
Hipertensión arterial		X	Cefalea		X	Cirugía Ocular		X	Renitopatía		X
Diabetes		X	Trauma craneoencefálico		X	Queratocono		X	Desprendimiento retina		X
Hipoglicemia		X	Otros:			Glaucoma		X	Ambliopía		X
Toxoplasmosis		X				Catarata		X	Estrabismo		X

Signos y sintomas

NO REPORTA

Usa corrección óptica: Si [ ] No [X]

Tipo:

Agudeza visual	Sin corrección		Con corrección		**Estado y motor cromático**		
	Lejos	Cerca	Lejos	Cerca	Cover Test	Lejos: normal	Cerca: normal
Ojo Derecho:	20/20	20/20	20/0	20/0	Oftalmoscopía	OD:	OI: APARENTEMENTE
Ojo Izquierdo:	20/0	20/0	20/0	20/0	Vision Cromática NORMAL		

Éxamen externo

Resequedad ocular	No presenta	Ptosis palpebral	No presenta	Pterigión	No presenta
Inyeccion conjuntival	No presenta	Edema palpebral	No presenta	Secreción	No presenta
Hiperemia conjuntival	No presenta	Pinguécula	No presenta	Blefaritis	No presenta

Otros:

Diagnóstico

Aparentemente sano	No presenta	Emetropía	Ambos Ojos	Defecto refractivo	No presenta
Posible alteración ocular	No presenta	Problema de motilidad	No presenta	Presbicia	No presenta

Interpretración		**Interpretración**	
Requiere utilizar corrección óptica	[ ]	Valoración por Optometría	[ ]
No requiere corrección óptica	[X]	Control en un año	[X]
Problema de refraccion no corregido	[ ]	Control en seis meses	[ ]
Problema de refracción corregido	[ ]	No requiere corrección óptica	[ ]
Problema de refracción inadecuadamente corregido	[ ]	Ejercicio regular 5 veces a la semana	[ ]
Otras:	[ ]		

Concepto: Normal.

Observaciones: APARENTE NORMALIDAD VISUAL AMBOS OJOS



Carolina Zorro

CAROLINA ZORRO VEGA
(37746912)

- El trabajador recibio orientación médica sobre las recomendaciones necesarias para prevenir probables efectos en la salud relacionados o asociados con los riesgos ocupacionales propios de su cargo.
- DECLARACIÓN DEL ASPIRANTE: Manifiesto con mi firma o huella que no omiti datos relevantes en mis antecedentes que pudieran influir sobre la evaluación de estado de salud. y asi mismo AUTORIZO a OCUPASALUD S.A.S. a relaizar la evaluacion de salud.

OCUPASALUD
profesionales en evaluación, prevención y tratamiento en salud

Fecha de recepción
21/11/2020

NIT 900454102-6

CERTIFICADO MEDICO SALUD OCUPACIONAL
LABORATORIOS CLÍNICOS

Empresa:	INDEPENDIENTE	**Fecha de Nac.:**	09/01/1980
Nombre:	CAROLINA ZORRO VEGA	**Edad.:**	40
Documento:	C.C. 37746912	**Actividad Economica:**	EDUCACION
Estado Civil:	UNION LIBRE	**Genero:**	FEMENINO
Dirección:	CALLE 20 N 32A 04	**Municipio:**	BUCARAMANGA
Escolaridad:	PREGRADO	**Cargo:**	INTRUCTOR
Teléfono:	3188830394	**AFP:**	PORVENIR
EPS:	SANITAS	**ARL:**	POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

ESPECIALES

Examen	Resultado	Unidades	Valores de referencia
Glicemia mg/dl			
RESULTADO:	82		70-110
	Toma muestra: 21/11/2020 7:18:31 a.m.		Fecha validación: 21/11/2020 8:23:04a. m.
Colesterol mg/dl			
RESULTADO:	170		<200
	Toma muestra: 21/11/2020 7:18:31 a.m.		Fecha validación: 21/11/2020 8:23:04a. m.
Trigliceridos mg/dl			
RESULTADO:	100		<150
	Toma muestra: 21/11/2020 7:18:31 a.m.		Fecha validación: 21/11/2020 8:23:04a. m.
COL HDL mg/dl			
RESULTADO:	49		>40
	Toma muestra: 21/11/2020 7:18:31 a.m.		Fecha validación: 21/11/2020 8:23:04a. m.
COL LDL mg/dl			
RESULTADO:	101		<130
	Toma muestra: 21/11/2020 7:18:31 a.m.		Fecha validación: 21/11/2020 8:23:04a. m.
COL VLDL mg/dl			
RESULTADO:	20		<40
	Toma muestra: 21/11/2020 7:18:31 a.m.		Fecha validación: 21/11/2020 8:23:04a. m.
Hemoglobina mg/dl			
RESULTADO:	14.3		M: 12- 16 H: 13-17
	Toma muestra: 21/11/2020 7:18:31 a.m.		Fecha validación: 21/11/2020 8:23:04a. m.
HEMATOCRITO %			
RESULTADO:	43		M :37-47 H: 40 - 54
	Toma muestra: 21/11/2020 7:18:31 a.m.		Fecha validación: 21/11/2020 8:23:04a. m.

ESPECIALES

Examen	Resultado	Unidades	Valores de referencia
R. LEUCOCITOS mm³			
RESULTADO:	7300		5.000-10.000
	Toma muestra: 21/11/2020 7:18:31 a.m.		Fecha validación: 21/11/2020 8:23:04a. m.
NEUTROFILOS %			
RESULTADO:	55		40- 65
	Toma muestra: 21/11/2020 7:18:31 a.m.		Fecha validación: 21/11/2020 8:23:04a. m.
LINFOCITOS %			
RESULTADO:	38		20 - 40
	Toma muestra: 21/11/2020 7:18:31 a.m.		Fecha validación: 21/11/2020 8:23:04a. m.
EOSINOFILOS %			
RESULTADO:	2		2 - 5
	Toma muestra: 21/11/2020 7:18:31 a.m.		Fecha validación: 21/11/2020 8:23:04a. m.
MONOCITOS %			
RESULTADO:	5		2 - 8
	Toma muestra: 21/11/2020 7:18:31 a.m.		Fecha validación: 21/11/2020 8:23:04a. m.
BASOFILOS %			
RESULTADO:	0		0 - 2
	Toma muestra: 21/11/2020 7:18:31 a.m.		Fecha validación: 21/11/2020 8:23:04a. m.
PLAQUETAS POR mm³			
RESULTADO:	319.600		150.000-450.000
	Toma muestra: 21/11/2020 7:18:31 a.m.		Fecha validación: 21/11/2020 8:23:04a. m.
(ORINA) COLOR:			
RESULTADO:	AMARILLO		
	Toma muestra: 21/11/2020 7:18:31 a.m.		Fecha validación: 21/11/2020 8:23:04a. m.
(ORINA) ASPECTO:			
RESULTADO:	LIGERAMENTE TURBIO		
	Toma muestra: 21/11/2020 7:18:31 a.m.		Fecha validación: 21/11/2020 8:23:04a. m.
(ORINA) pH:			
RESULTADO:	6.0		
	Toma muestra: 21/11/2020 7:18:31 a.m.		Fecha validación: 21/11/2020 8:23:04a. m.
(ORINA) DENSIDAD:			
RESULTADO:	1030		

ESPECIALES

Examen	Resultado	Unidades	Valores de referencia
	Toma muestra: 21/11/2020 7:18:31 a.m.		Fecha validación: 21/11/2020 8:23:04a. m.
(ORINA) LEUCOCITOS:			
RESULTADO:	NEGATIVO		
	Toma muestra: 21/11/2020 7:18:31 a.m.		Fecha validación: 21/11/2020 8:23:04a. m.
(ORINA) NITRATOS:			
RESULTADO:	NEGATIVO		
	Toma muestra: 21/11/2020 7:18:31 a.m.		Fecha validación: 21/11/2020 8:23:04a. m.
(ORINA) UROBILINOGENO:			
RESULTADO:	NEGATIVO		
	Toma muestra: 21/11/2020 7:18:31 a.m.		Fecha validación: 21/11/2020 8:23:04a. m.
(ORINA) PROTEINAS:			
RESULTADO:	NEGATIVO		
	Toma muestra: 21/11/2020 7:18:31 a.m.		Fecha validación: 21/11/2020 8:23:04a. m.
(ORINA) SANGRE:			
RESULTADO:	NEGATIVO		
	Toma muestra: 21/11/2020 7:18:31 a.m.		Fecha validación: 21/11/2020 8:23:04a. m.
(ORINA) CETONAS:			
RESULTADO:	NEGATIVO		
	Toma muestra: 21/11/2020 7:18:31 a.m.		Fecha validación: 21/11/2020 8:23:04a. m.
(ORINA) BILIRRUBINA:			
RESULTADO:	NEGATIVO		
	Toma muestra: 21/11/2020 7:18:31 a.m.		Fecha validación: 21/11/2020 8:23:04a. m.
(ORINA) GLUCOSA:			
RESULTADO:	NEGATIVO		
	Toma muestra: 21/11/2020 7:18:31 a.m.		Fecha validación: 21/11/2020 8:23:04a. m.
(ORINA) CELULAS EPITELIALES:			
RESULTADO:	0-2XC		
	Toma muestra: 21/11/2020 7:18:31 a.m.		Fecha validación: 21/11/2020 8:23:04a. m.
(ORINA) LEUCOCITOS:			
RESULTADO:	0-3XC		
	Toma muestra: 21/11/2020 7:18:31 a.m.		Fecha validación: 21/11/2020 8:23:04a. m.
(ORINA) HEMATIES:			

ESPECIALES

Examen	Resultado	Unidades	Valores de referencia
RESULTADO:	0-1XC		
	Toma muestra: 21/11/2020 7:18:31 a.m.	Fecha validación: 21/11/2020 8:23:04a. m.	

(ORINA) BACTERIAS:

RESULTADO:	ESCASAS		
	Toma muestra: 21/11/2020 7:18:31 a.m.	Fecha validación: 21/11/2020 8:23:04a. m.	

(ORINA) MOCOS:

RESULTADO:	+		
	Toma muestra: 21/11/2020 7:18:31 a.m.	Fecha validación: 21/11/2020 8:23:04a. m.	

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Las evaluaciones medicas ocupacionales , los examenes paraclinicos y las prueba complementarias que se van a realizar han sido diseñadas con el fin de evaluar su capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va a ser asignado en la empresa. Esta pruebas le ayudaran a conocer su estado de salud fisico y mental en el momento en el que se le sean realizadas. En la fecha, como mayor de edad identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin preciones de ninguna indole y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declare que si he recibido toda la informacion acerca de la naturaleza y proposito de los examenes ocupacionales y pruebas complementarias. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expuesto, Autorizo a la IPS para realizarme los examenes clinicos y paraclinico solicitados segun el cargo a desempeñar y tambien autorizo a que los resultados de dichos examenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud que sera entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemielogica o segun corespondan, que si he tenido ocasion de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de la realizacion de los examenes.

DECLARACIÓN DEL ASPIRANTE: Manifiesto con mi firma o huella que no omiti datos relevantes en mis antecedentes que pudieran influir sobre la evaluación de estado de salud. y asi mismo AUTORIZO a OCUPASALUD S.A.S. a realizar la evaluacion de salud.

Carolina Zorro

CAROLINA ZORRO VEGA
(37746912)



BLANCA DORIS QUINTANA QUINTANA

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

Somos la Primera Mejor Empresa para Trabajar en América Latina — Great Place to Work. — Los Mejores Lugares para Trabajar — AMERICA LATINA 2020

Somos la Segunda Mejor Empresa para Trabajar en Colombia — Great Place to Work. — Los Mejores Lugares para Trabajar — COLOMBIA 2019

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
4650135686

PÓLIZA No: 465 - 47 - 994000002508 ANEXO: 0

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS ASEGURANDOTE BUCARAMANGA CENTRO COD. AGENCIA: 465 RAMO: 47

TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION TIPO DE IMPRESIÓN: IMPRESION

FECHA DE EXPEDICIÓN			FECHA DE IMPRESIÓN		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
26	11	2020	26	11	2020

DATOS DEL AFIANZADO

NOMBRE:: CAROLINA ZORRO VEGA IDENTIFICACIÓN: CC 37.746.912

DIRECCIÓN: KR 31 17 37 CIUDAD: BUCARAMANGA, SANTANDER TELÉFONO: 3188830394

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

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

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

AMPAROS

GIRO DE NEGOCIO: CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

DESCRIPCION AMPAROS CONTRATO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA
CUMPLIMIENTO	26/11/2020	12/04/2021	391,128.00

BENEFICIARIOS
NIT 899999034 - SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA - REGIONAL SANTANDER

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 DE PRESTACION DE SERVICIOS NO. C01.PCCNTR2017658 , DE FECHA 26 DE NOVIEMBRE DE 2020 CELEBRADO ENTRE LAS PARTES, RELACIONADO CON CONTRATAR SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR PARA IMPARTIR FORMACION TITULADA, COMPLEMENTARIA Y/O VIRTUAL EN LAS DIFERENTES AREAS CONFORME A LOS MODELOS FORMATIVOS ESTABLECIDOS DEL CSET EN EL PERIODO ACADEMICO DEL 2020. TRANSVERSAL ETICA.

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
$ *******391,128.00	$ **********16,000	$*****9,000.00	$ ********4,750	$ **********29,750

NOMBRE INTERMEDIARIO	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA COASEGURO CEDIDO	%PART	VALOR ASEGURADO
BGA CONSULTORES DE SEGUROS LTDA	9633	100.00			

Aseguradora Solidaria pensando en su tranquilidad, lo invita a consultar la autenticidad de su póliza ingresando a la página ***www.solidaria.com.co*** servicios en línea, opción consulte su póliza de cumplimiento.

(415)7701861000019(8020)000000000007000465013568

Carolina Zorro Vega

FIRMA ASEGURADOR

FIRMA TOMADOR

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

CLIENTE

CADE25780E0CF97857

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

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