SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)
REGIONAL ATLÁNTICO
CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS- ATLÁNTICO
Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1
Resoluciòn DIAN Nº 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)

Código Regional	**8**
Código Centro	**930210**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2021**
Versión	**ENERO 2021 - 1,21**
ID de Proceso	**32521-140756**
No. de documento	**11476**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	HERIKA MARIA DE LOS REYES GOMEZ	**C.C.**	32.850.788	**IP/Nº de contacto**	3053253947
Correo electrónico contratista:	hmdel8@misena.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 2020 Superaron $49'849.000	NO	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**		SI	
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		12071216908	
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 2021 supera los $ 119´806.000**		NO			

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato:	2186048/2021			**Nº Compromiso SIIF**		**30721**	
Valor Total del Contrato	$ 28.143.185	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 28.143.185	**1**	**Del**	**01/02/2021**	**Al**	**28/02/2021**	**$ 2.786.454,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 25.356.731		Comisiones			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTORES-IMPARTIR FORM PROF EN AREA DE NOMINA Y PREST SOCIALES EN DIVERSOS PROG FORM TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA QUE MANEJA CCYS SENA REG ATICO EN EL MARCO PROGRAMA DE ARTICULACIÓN CON LA MEDIA, SEGUN RADICADO 9-2021-000000...PZO 3 DIC 2021

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.786.454	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	**$ 2.786.454**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.851.491**	**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	----------	**9415820300**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.114.582	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 139.400	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 178.400	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 5.900	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.522.064	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.630.800	$ -	
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 $ 1.161.856	$ -	
Salud hasta $ 580.928	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 617.164	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	1.851.491,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	2.468.654,00	
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	24.687,00	1,000%
-	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	**$ 2.761.767,00**	

SON: DOS MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y UN MIL SETECIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

apoyo a la formacion ficha 2057332
apoyo a la formacion ficha 2057264
apoyo a la formación ficha 2057378
apoyo a la formación grado 10 nuestra señora de la candelaria

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.

HERIKA MARIA DE LOS REYES GOMEZ
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,

GABIS DE JESUS AMAYA TORRES
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

ERIKA ROJAS SANJUANELO
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 32850788		DELOSREYES GOMEZ HERIKA MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cl17 16 68	SABANALARGA-ATLANTICO	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-01	2021-01	1000001433	9415820300	I	2021/02/19	2021/02/09	BANCO BOGOTA	0	$259,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$0	$0			$0	$0		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$0	$0			$0	$0		$0	$0
Ciudad: SABANALARGA Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)					$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$0	$0			$0	$0		$0	$0
1	CC	32850788	DE LOS REYES HERIKA	230301	30	$908,526	$145,400	EPS037	30	$908,526	$113,600		0	$0	$0		0	$0	$0	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$0	$0			$0	$0		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 32850788		DELOSREYES GOMEZ HERIKA MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cl17 16 68	SABANALARGA-ATLANTICO	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-01	2021-01	1000001433	9415820300	I	2021/02/19	2021/02/09	BANCO BOGOTA	0	$259,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,400	$0	$0	$145,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$145,400	$0	$0	$145,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$113,600	$0	$0	$113,600
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$113,600	$0	$0	$113,600
TOTAL				1	$259,000	$0	$0	$259,000

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14676464968

(415)7707212489984(8020) 000001467646496 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
3 2 8 5 0 7 8 8	8	Impuestos de Barranquilla 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	3 2 8 5 0 7 8 8	1 9 9 6 0 1 2 2

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Atlántico 0 8	Sabanalarga 6 3 8

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
DE LOS REYES	GOMEZ	HERIKA	MARIA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Atlántico 0 8	Sabanalarga 6 3 8

41. Dirección principal: CL 17 16 68 BRR JHONN F KENNEDY

42. Correo electrónico: herik2177@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 0 2 0 7 7 5 3 4	3 0 5 3 2 5 3 9 4 7

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
6 9 2 0	2 0 0 8 1 0 0 4	8 5 5 1	2 0 1 2 0 4 0 2	7 0 1 0			2 4 1 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 4 9																									

49 - No responsable de IVA

Obligados 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 61. Fecha 2019 - 12 - 30

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

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

984. Nombre DE LOS REYES GOMEZ HERIKA MARIA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Barranquilla, febrero 2021 Haga clic aquí para escribir una fecha.

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Ciudad

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de empleado contribuyente y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el parágrafo cuarto del artículo segundo del Decreto 0099 de 2013, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

T.I.	**1007963627**	**JESUS DAVID BARRAZA DE LOS REYES**	**HIJO**
CC	**1193554884**	**GABRIELA MARIA BARRAZA DE LOS REYES**	**HIJA**

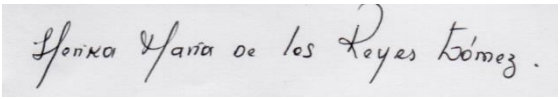
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.

Igualmente con mi firma declaro: que **NINGUNA PERSONA** ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

Cordialmente,



_____

FIRMA
Nombre: _Herika Maria De los Reyes Gomez____

C.C. ___32850788_____

NOTARIA UNICA DE SABANALARGA

Es fiel y auténtica fotocopia tomada de su original, que reposa en los archivos de Registro de esta Notaria, a Folio 34896712 ,Para acreditar parentesco este Registro no tiene vencimiento, excepto para matrimonio. Decreto 2188-83 Art. 115.

A solicitud de:

Sabanalarga 04 NOV 2020

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL ATLANTICO
NOTARIA UNICA DE SABANALARGA
Roberto Molina Barros
Notario

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP C4V0250600

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 34896712

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
	X					046

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía: COLOMBIA ATLANTICO SABANALARGA.-

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
BARRAZA.	DE LOS REYES.-

Nombre(s): GABRIELA MARIA.

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2002 Mes AGT Día 14	FEMENINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA ATLANTICO SABANALARGA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO NACIDO VIVO .	A. 4411940

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: DE LOS REYES GOMEZ HERIKA MARIA .

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.No.32.850.788 DE SABANALARGA.-	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: BARRAZA DE LOS REYES DAIRO .

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.No.8.643.785 DE SABANALARGA.	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: BARRAZA DE LOS REYES DAIRO.

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C.No.8.643.785 DE SABANALARGA.	Dairo Barraza Delos R

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos: -

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
-	-

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos: -

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
-	

Fecha de inscripción	*Nombre y firma del funcionario que autoriza*
Año 2002 Mes AGT Día 30	VICENTE CARLOS BERDUGO CUENTAS Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
Dairo Barraza Delos Reyes Firma	VICENTE CARLOS BERDUGO CUENTAS Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

La Registraduría Nacional le asignó al inscrito el NUIP Nº 1193554884.

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

NOTARIA UNICA DE SABANALARGA
Es fiel y auténtica fotocopia tomada de su original, que reposa en los archivos de Registro de esta Notaria, a Folio 35874260, Para acreditar parentesco este Registro no tiene vencimiento, excepto para matrimonio. Decreto 2158-83 Art. 115.
A solicitud de:
Sabanalarga. 04 NOV 2020

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL ATLANTICO
NOTARIA UNICA DE SABANALARGA
Roberto Molina Barros
Notario

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP C4V025[illegible]1371

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 35874260

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 046

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA ATLANTICO SABANALARGA.=

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
BARRAZA . = =	DE LOS REYES. = =

Nombre(s): JESUS DAVID. = =

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2003 Mes DIC Día 12	MASCULINO	O	+

Lugar de nacimiento (Pais - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA ATLANTICO SABANALARGA.=

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO NACIDOVIVO = = =	A 5327423

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: DE LOS REYES GOMEZ HERIKA MARIA.=

Documento de identificacón (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.No.32.850.788 DE SABANALARGA. = =	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: BARRAZA DE LOS REYES DAIRO . = =

Documento de identificacón (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.No.8.643.785 DE SABANALARGA. = =	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: BARRAZA DE LOS REYES DAIRO. = =

Documento de identificacón (Clase y número)	Firma
C.C.No.8.643.785 DE SABANALARGA. = =	Dairo A Barraza R.

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos: = = = = = = = = = =

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
= = = = = = = = = =	= = =

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos: = = = = = = = = = =

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
= = = = = = = = = =	= = =

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2003 Mes DIC Día 23	VICENTE CARLOS BERDUGO CUENTAS Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Dairo A Barraza Delos R. Firma	VICENTE CARLOS BERDUGO CUENTAS Nombre y Firma

ESPACIO PARA NOTAS

La Registradora Nacional le asignó al Inscrito NUIP # 1.007.963.627

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

UNIVERSIDAD
SIMÓN BOLÍVAR

UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR

NIT. 890104633 - 9
Cra 54 # 59-102 - Barranquilla - Telefono: 3444333 Ext 101
Av 3 # 13-34 La Playa - Cúcuta - Telefono: 5827070 Ext 118
Email: www.unisimonbolivar.edu.co

La UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR es una entidad sin animo de lucro, Régimen Tributario Especial, por lo tanto está exenta de retención en la fuente. Resolucion DIAN No. 18764007439849 del 12/11/2020. Numeración autorizada del USBM 1 al USBM 20000. Vigencia 12 meses. Ésta factura se asimila en todos sus efectos a una letra de cambio según Artículo 671, 772 y 774 del Código de Comercio. Factura Electrónica Resolución 0042 del 05/05/2020

CUFE: 7e0db6753993037aba723961e7cad990af3389c3caec28eafa89740dc915362c57e8b5f733654833f10c142789a80c85

Fecha de Facturación: 04/01/2021 03:09	Fecha de Vencimiento: 04/01/2021	**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No. USBM6294**

INFORMACIÓN DEL CLIENTE (TERCERO)

Cliente: GABRIELA MARIA BARRAZA DE LOS REYES
NIT: 1193554884 **Teléfono:**
Dirección: . **Ciudad:** BARRANQUILLA

DETALLE DEL DOCUMENTO

No	PRODUCTO	NOMBRE	CANT	VR. UNIT	TOTAL
2010201 01002		MATRICULAS MEDX - BAQ	1	12.764.800,00	12.764.800,00

	SUBTOTAL	**12.764.800,00**
FORMA DE PAGO: Contado	**ANTICIPO**	12.126.600,00
MEDIO DE PAGO: Efectivo	**TOTAL A PAGAR**	0,00

SON: DOCE MILLONES CIENTO VEINTISEIS MIL SEISCIENTOS 00 PESOS

ANOTACIONES

ACEPTADA (FIRMA Y SELLO)

Recibí a satisfacción y acepto las condiciones de pago de esta Factura.

Nombre: _____
CC: _____
F. Recibido: _____

DATOS EMPRESA

Firma Autorizada: _____
Elaborado por: _____

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
BARRANQUILLA	**BARRANQUILLA**	**85**	**85-44-101108800**	**0**

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
29	**01**	**2021**	**01**	**02**	**2021**	**00:00**	**30**	**04**	**2022**	**23:59**	**EMISION ORIGINAL**

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL: **DELOSREYES GOMEZ, HERIKA MARIA** — IDENTIFICACIÓN **CC: 32.850.788**

DIRECCIÓN: CALLE 17 N 16 - 68 — CIUDAD: SABANALARGA, ATLANTICO — TELÉFONO: 3002077534

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - REGIONAL ATLANTICO** — IDENTIFICACIÓN **NIT: 899.999.034-1**

DIRECCIÓN: KR 43 NRO. 42 - 40 PISO 10 — CIUDAD: BARRANQUILLA, ATLANTICO — TELÉFONO 3704470

ADICIONAL:

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO N C01.PCCNTR.2186048 REFERENTE A IMPARTIR FORMACION PROFESIONAL EN EL AREA DE NOMINA Y PRESTACIONES SOCIALES EN LOS DIVERSOS PROGRAMAS DE FORMACION TITULADA PRESENCIAL, VIRTUAL Y/O COMPLEMENTARIA QUE MANEJE EL CCYS DEL SENA REGIONAL ATLANTICO EN EL MARCO DEL PROGRAMA DE ARTICULACION CON LA MEDIA, SEGUIMIENTO A LA FORMACION Y SEGUIMIENTO ETAPA PRODUCTIVA.

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS

AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	**01/02/2021**	**30/04/2022**	**$2,814,318.50**

ACLARACIONES

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******20,000.00	$ *******8,000.00	$ *******5,320.00	$ ***********33,320.00	$ ********2,814,318.50	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
ANTONIO BARROS & COMPANIA LIMITADA-	48763	100.00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 58 NO. 70-136 - TELEFONO: 3681078 - BARRANQUILLA

85-44-101108800

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

FIRMA TOMADOR

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN	SUCURSAL	COD.SUC	NO.PÓLIZA	ANEXO
BARRANQUILLA	BARRANQUILLA	85	85-44-101108800	0

FECHA EXPEDICIÓN DÍA	MES	AÑO	VIGENCIA DESDE DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	VIGENCIA HASTA DÍA	MES	AÑO	A LAS HORAS	TIPO MOVIMIENTO
29	01	2021	01	02	2021	00:00	30	04	2022	23:59	EMISION ORIGINAL

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL	IDENTIFICACIÓN
DELOSREYES GOMEZ, HERIKA MARIA	CC: 32.850.788

DIRECCIÓN:	CIUDAD:	TELÉFONO:
CALLE 17 N 16 - 68	SABANALARGA, ATLANTICO	3002077534

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO:	IDENTIFICACIÓN
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - REGIONAL ATLANTICO	NIT: 899.999.034-1

DIRECCIÓN:	CIUDAD:	TELÉFONO
KR 43 NRO. 42 - 40 PISO 10	BARRANQUILLA, ATLANTICO	3704470

ADICIONAL:

PAGUESTADO
PORTAL DE PAGOS

PAGINA WEB

CORRESPONSALES BANCARIOS

959595/4361

Pagos con convenio *No aplica para transferencias

Banco de Bogotá Seguros del Estado S.A Cuenta Corriente 008465445

Grupo Bancolombia Seguros del Estado S.A Cuenta Convenio 47189

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO
$ ******20,000.00	$ *******8,000.00	$ *******5,320.00	$ ***********33,320.00	$ ********2,814,318.50	CONTADO

INTERMEDIARIO

NOMBRE	CLAVE	% DE PART.
ANTONIO BARROS & COMPANIA LIMITADA-	48763	100.00

DISTRIBUCION COASEGURO

NOMBRE COMPAÑÍA	% PART.	VALOR ASEGURADO

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

NOTA: SEGUROS DE ESTADO S.A SE RESERVA EL DERECHO DE REVISAR Y HACER ACOMPAÑAMIENTO AL RIESGO ASUMIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, POR LO TANTO EL ASEGURADOR COMO EL TOMADOR, PRESTARAN SU COLABORACIÓN

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CARRERA 58 NO. 70-136 - TELEFONO: 3681078 - BARRANQUILLA

FORMA DE PAGO		
BANCO	CHEQUE No.	VALOR

EFECTIVO	
CHEQUE	
TOTAL $	

(415)7709998021167(8020)11013607947515(3900)000000033320(96)20220201

REFERENCIA PAGO:

1101360794751-5

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COPIA PARA PAGO EN BANCOS NO NEGOCIABLE

SEGUROS DEL ESTADO S.A.

NIT. 860.009.578-6

CONSTANCIA DE NO REVOCATORIA NI CANCELACION POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA

Hacemos constar, que la póliza Nº 101108800, anexo 0, no expirara por falta de pago de la prima, ni por revocatoria unilateral del tomador de la póliza o de la aseguradora.

Lo anterior de conformidad con lo establecido en el decreto 1082 de 2015 el cual regula las garantías ante entidades estatales

Dado en BARRANQUILLA a los 29 días del mes de ENERO de 2021

85-44-101108800

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

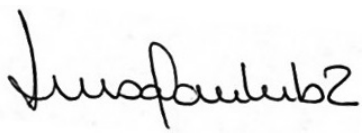
Verificada la base de datos de la compañía se encontró que la señora HERIKA MARIA DE LOS REYES GOMEZ, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 32.850.788, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 01/02/2021 y fecha fin de contrato 03/12/2021 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): 202101012352956.

Esta certificación se expide a los 15 días del mes de Febrero de 2021.

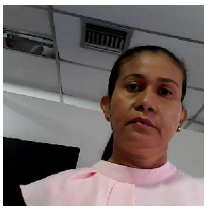
Cordialmente



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

SOLMEDIC IPS

SOLUCIONES MEDICAS DE LA COSTA IPS SAS
NIT 900.825.550-5
Calle 68 # 50 - 178 Local 3
Tel.: 3452146 - 3052595666
Email: mercadeo@solmedicips.com
Barranquilla - Colombia



CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

30 DE ENERO DE 2020	BARRANQUILLA - ATLÁNTICO	**SMC-15122**

IDENTIFICACION DE LA EMPRESA				
PARTICULAR	O1	CALLE 68 #50-178 LOCAL	3452146	

INFORMACION DEL PACIENTE		
HERIKA MARIA DE LOS REYES GOMEZ	CC 32850788	1977-09-21
42	FEMENINO	CASADO
CALLE17#16-68	SABANALARGA	SABANALARGA
3002077534	DOCENTE	O POSITIVO
174 Cms	77 Kg	25.43268595587264 - Sobre Peso

TIPO DE EXAMEN	PREOCUPACIONAL		
ENFASIS	**EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR**	**ENFASIS 2**	**OSTEOMUSCULAR**

EXAMENES PRACTICADOS					
OPTOMETRIA	ANORMAL	ELECTROCARDIOGRAMA	NORMAL	AUDIOMETRIA	NORMAL
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	NORMAL	PERFIL DE LIPIDOS	NORMAL	PRUEBAS PSICOLOGICAS	NORMAL

CONCEPTO INGRESO					
APTO	X	APTO CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA SU CAPACIDAD LABORAL		APTO CON RESTRICCONES	
APTO CON CONDICIONES		APLAZADO		APTO CON SEGUIMIENTO	

CONCEPTO PERIODICO			
PUEDE CONTINUAR CON SU LABOR		PRESENTA CONDICIONES DE ENFERMEDAD COMUN QUE DEBEN SER VALORADAS POR EPS	
SE DEBE REASIGNAR, REUBICAR, ANALIZAR PUESTO DE TRABAJO		PRESENTA SECUELAS DE ACCIDENTE DE TRABAJO	

CONCEPTO EGRESO					
SATISFACTORIO		PRESENTA SECUELAS DE ACCIDENTE DE TRABAJO		NO SATISFACTORIO	

POST-INCAPACIDAD					
PUEDE CONTINUAR CON SU LABOR		APLAZADO		SE DEBE REASIGNAR FUNCIONES, REUBICAR	

OTROS CONCEPTOS					
APTO PARA TRABAJOS EN ALTURAS		APTO PARA TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS		APTO PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS	
NO APTO PARA TRABAJOS EN ALTURAS		NO APTO PARA ESPACIOS CONFINADOS		APLAZADO PARA MANIPULAR ALIMENTOS	

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

SEGÚN IMC		MANEJO EPS/ARP	INCLUIR SVE	
DIETA BAJA EN GRASAS Y CARBOHIDRATOS		CONTROL MÉDICO EN SU EPS	VISUAL	HIGIENE POSTURAL
EJERCICIO REGULAR	X	REMISIÓN A SU EPS PARA MANEJO	AUDITIVO	UTILIZACIÓN DE LOS EPP
VALORACIÓN NUTRICIONAL	X	RESTRICCIÓN MANEJO DE CARGA MAYOR A 25Kg.	RESPIRATORIO	AYUDAS ERGONÓMICAS
DESCARTAR ALTERACIÓN METABÓLICA		REMISIÓN ARL PARA MANEJO DE CASO	ERGONÓMICO	MEDIDAS ANTIESTASIS VENOSA
			CARDIOVASCULAR	PAUSAS ACTIVAS X

OBSERVACIONES:OSTEOMUSCULARMENTE NORMAL, MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES Y COLUMNA VERTEBRAL CONSERVADOS

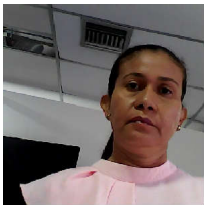
RECOMENDACIONES:CONSULTAR EPS OPTOMETRA -CONSULTAR EPS NUTRICION -BAJAR DE PESO -CUMPLIR CON LAS NORMAS DE SEGURIDAD ESTABLECIDAS POR LA EMPRESA,ESTILOS DE VIDA CARDIOSALUDABLES,ACTIVIDAD FISICA REGULAR,HABITOS DE ALIMENTACION SALUDABLES,PAUSAS ACTIVAS

El trabajador examinado ha sido informado de cualquier hallazgo médico y recomendaciones médicas. la resolución 1918 de junio 2009 del ministerio de protección social, la empresa solo puede cuando lo requiera. de ellos tener una copia conocer el certificado médico del aspirante. Los documentos completos de la historia clínica están bajo custodia y guarda, acorde con lo establecido en la resolución y el trabajado.

NOMBRE DEL MÉDICO OCUPACIONAL
DR. KATERINE EUGENIA DEVIA ARAGON
LICENCIA SALUD OCUPACIONAL 7584
REGISTRO MÉDICO 0499

FIRMA DEL TRABAJADOR
CEDULA 32850788

SOLUCIONES MEDICAS DE LA COSTA IPS SAS
NIT 900.825.550-5
Calle 68 # 50 - 178 Local 3
Tel.: 3452146
Email: mercadeo@solmedicips.com
Barranquilla - Colombia



AUDIOMETRIA

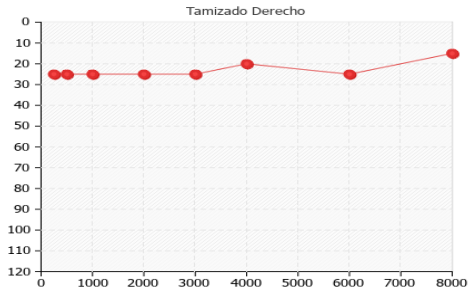
2020-01-30 03:31:40	BARRANQUILLA - ATLANTICO

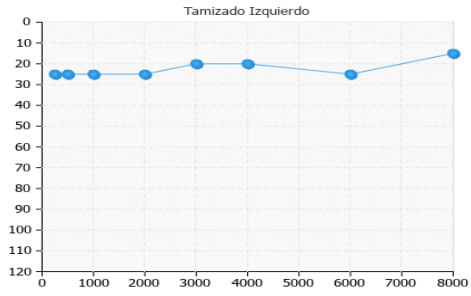
IDENTIFICACION DE LA EMPRESA				
PARTICULAR	O1	CALLE 68 #50-178 LOCAL	3452146	

INFORMACION DEL PACIENTE		
HERIKA MARIA DE LOS REYES GOMEZ	32850788	1977-09-21
42 AÑOS	MASCULINO	CASADO
CALLE17#16-68	SABANALARGA	
3002077534	DOCENTE	O POSITIVO
174 Cms	77 Kg	25.43268595587264 - Sobre Peso

TAMIZAJE AUDITIVO

	250 Hz	500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	3000 Hz	4000 Hz	6000 Hz	8000 Hz
DERECHO:	25 Db	25 Db	25 Db	25 Db	25 Db	20 Db	25 Db	15 Db
IZQUIERDO:	25 Db	25 Db	25 Db	25 Db	20 Db	20 Db	25 Db	15 Db





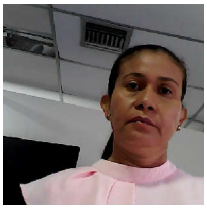
RESULTADOS			
TIPO AUDIOMETRÍA	TONAL AEREA	FRECUENCIAS ALTERADAS	
SAL	GRADO: B - SIGNIFICADO: CASI NORMAL		
ELI DERECHO	VALOR: 14 (GRADO: B - INTERPRETACION: BUENO)		
ELI IZQUIERDO	VALOR: 14 (GRADO: B - INTERPRETACION: BUENO)		

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA	
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES	

NOMBRE DEL MÉDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
DR. KATERINE EUGENIA DEVIA ARAGON
RM. 0499 SO. 7584

FIRMA DEL TRABAJADOR
CEDULA 32850788

SOLUCIONES MEDICAS DE LA COSTA IPS SAS
NIT 900.825.550-5
Calle 68 # 50 - 178 Local 3
Tel.: 3452146
Email: mercadeo@solmedicips.com
Barranquilla - Colombia



HISTORIA CLINICA
OPTOMETRA

FECHA	2020-01-30	EMPRESA	PARTICULAR	EDAD	42
NOMBRE	HERIKA MARIA			SEXO	F
TELEFONO	3002077534	TIPO DE EXAMEN	PREOCUPACIONAL		
CARGO	DOCENTE				
USAR RX	SI - NO	C.C	32850788		

ANTECEDENTES PERSONALES	VISION BORROSA LEJANA Y CERCANA
ANTECEDENTES FAMILIARES	NO
MOTIVO DE CONSULTA	INGRESO LABORAL

A.V. (S.C.)	V.L.	V.P.
O.D	20/30	20/25
O.I	20/50	20/40

A.V. (C.C.)	V.L.	V.P.
O.D	20/20	20/20
O.I	20/20	20/20

EXAMEN EXTERNO	normal			
OFTALMOLOSCOPIA	normal			
MOTILIDAD OCULAR	normal			
VISION CROMATICA	normal	STEREOPSIS	normal	
REFRACCION	O.D	-0.50 ESF	O.I	-1.75 ESF

			A.V.	D.P.
PRESCRIPCION FINAL	O.D	-0.50 ESF -ADIC 1.50	20/20	66
	O.I	-1.75 ESF/ ADIC 1.50	20/20	64

DIAGNOSTICO	MIOPIA + PRESBICIA A.O
OBSERVACIONES	LABORAR CON LENTES
RECOMENDACIONES	CONTROL ANUAL

Image not found
./../../images/firma_jorge_cruz_benavides.JPG

NOMBRE DEL MÉDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
DR. JORGE E. CRUZ BENAVIDES
RES.08-1693-07

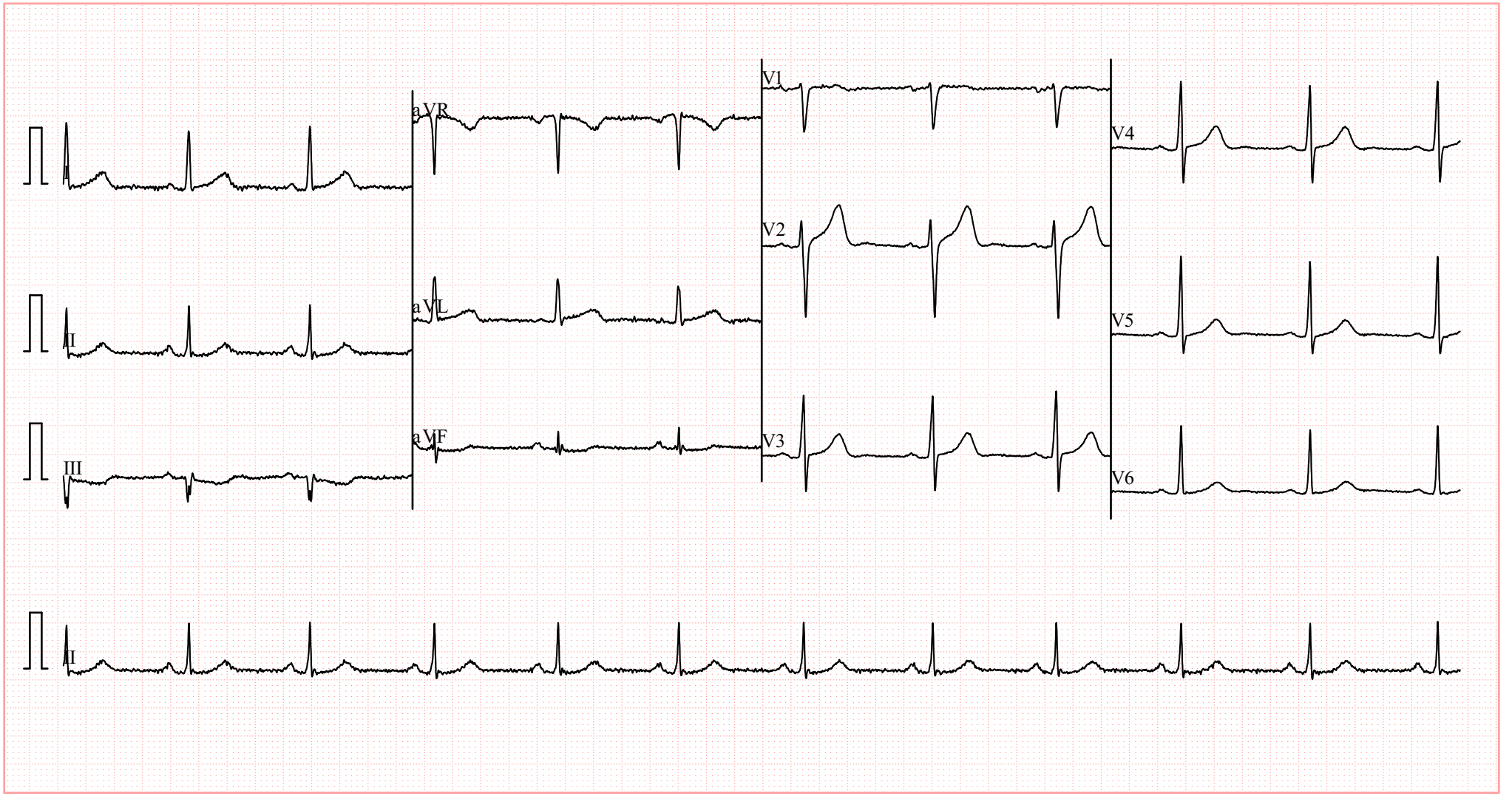
FIRMA DEL TRABAJADOR
CEDULA 32850788

SOLMEDIC Reporte ECG

ID : 1098810476 35Años cm kg / mmHg Raza:Desconocida No. hab.: Departam.:
Sala de ex.: Medicina:

FC	: 67 bpm	Cód Minessota:	Información de Diagnostico:
P	: 108 ms	9-4-1	Ritmo del sino
PR	: 165 ms		***ECG Normal***
QRS	: 80 ms		
QT/QTc	: 386/408 ms		
P/QRS/T	: 50/2/6 °		
RV5/SV1	: 1.405/0.730 mV		

Técnico :
Méd. der. :
Informe confirm por:



0.67~45Hz AC60 25mm/s 10mm/mV 4por2.5s+1Ritmo ♥67 SE-3 V1.0 SEMIP V1.7

26-01-2020 12:34:52 PM [Dispositivo No.: 1611036]

Clinica Santa Monica

Laboratorio Clinico

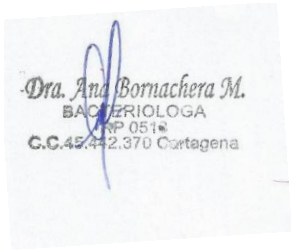
Lyons & Pacini

Carrera 43 # 70 - 144 Tel. 3583311

CC	**32850788**
PACIENTE	**HERIKA MARIA DE LOS REYES GOMEZ**
FECHA	31/01/2020

QUIMICA SANGUINEA

PRUEBA	**RESULTADO**	**Uds**	**VALOR NORMAL**
Colesterol total	196,00	MG/DL	HASTA 200
Colesterol H.D.L	60,00	MG/DL	> DE 55
Colesterol L.D.L.	124,20	MG/DL	HASTA 190
Colesterol V.L.D.L	11,80	MG/DL	HASTA 40
Relación Ct/HDL	3,27		HASTA 4,5
Trigliceridos	59,00	MG/DL	HASTA 150



ANA BORNACHERA M

BACTERIOLOGO TP 0518

Hace constar:

Que el Sr(a) HERIKA MARIA DE LOS REYES GOMEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 32850788 realizó el día 13/02/2021 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 HERIKA MARIA DE LOS REYES GOMEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 32850788 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.
5. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.
6. Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivada de mi contrato.

_____
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) HERIKA MARIA DE LOS REYES GOMEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 32850788 realizó el día 16/02/2021 la Capacitación Módulo 2 - Riesgos en el puesto de trabajo y medidas de prevención de la entidad y aprobó la

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) HERIKA MARIA DE LOS REYES GOMEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 32850788 realizó el día 16/02/2021 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