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-ATLANTICO -SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION
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	**99614-417371**
No. de documento	**12400**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	ADDA OSIRIS HOYOS LEON	**C.C.**	22.443.747	**IP/Nº de contacto**	3003618013
Correo electrónico contratista:	ahl@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 ?**		NO	
Banco al cual consignar:	DAVIVIENDA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		0550006800830546	
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:	2207407/2021			**Nº Compromiso SIIF**		**42521**	
Valor Total del Contrato	$ 27.864.540	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 27.864.540	**1**	**Del**	**01/02/2021**	**Al**	**28/02/2021**	**$ 2.786.454,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 25.078.086		Comisiones			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTORES-IMPARTIR FORM PROF EN EL AREA DE VENTAS EN LOS DIVERSOS PROG DE FORMACION TITULADA PRESENCIAL, VIRTUAL Y/O COMPLEMENTARIA QUE MANEJA EL CCYS SENA REG ATICO PROG DE ATENCION A DESPLAZADO SEGUN RADICADI 9-2021-000000...PZO 30 NOV 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	**$ 1.642.507**	**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	----------	**9416301213**	Valor Base retención en la fuente	1.642.507,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.114.582	$ 0	Valor Base retención en la fuente ICA	2.468.654,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 139.400	$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 178.400	$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL I	$ 5.900	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8299	24.687,00	1,000%
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -		-	0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.522.064	$ -		-	0,00	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.630.800	$ -		-	0,00	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta $ 1.161.856	$ 278.645		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 580.928	$ -				
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 547.502		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		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

IIMPARTIR FORMACION PROFESIONAL EN EL AREA DE VENTAS EN LOS DIVERSOS PROGRAMAS DE FORMACION TITULADA PRESENCIAL, VIRTUAL Y/O COMPLEMENTARIA QUE MANEJA EL CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS DEL SENA REGIONAL ATLANTICO EN EL PROGRAMA DE POBLACIONES ESPECIALES
Orientar procesos de formación a los aprendices de POBLACION VULNERABLE: TRES CURSOS COMPLEMENTARIOS FICHA 2257819-2257820-2257821
Entregar al equipo de Sofia plus la información requerida para la asignación de rol de instructor Sena y disponibilidad en el aplicati
Atender oportunamente los requerimientos que haga el supervisor del contrato y presentar informes mensuales de la ejecución del contrato.

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.

ADDA OSIRIS HOYOS LEON
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 22443747		HOYOS LEON ADDA OSIRIS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 43 #75b 187	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3037155	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	16301213	9416301213	I	2021/02/10	2021/02/16	BANCO AV VILLAS	5	$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: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)					$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$0	$0			$0	$0		$0	$0
1	CC	22443747	HOYOS ADDA	230201	30	$908,526	$145,400	EPS005	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 22443747		HOYOS LEON ADDA OSIRIS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 43 #75b 187	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3037155	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	16301213	9416301213	I	2021/02/10	2021/02/16	BANCO AV VILLAS	5	$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
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$145,400	$0	$0	$145,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$113,600	$0	$0	$113,600
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	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 14729906593

(415)7707212489984(8020) 000001472990659 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
2 2 4 4 3 7 4 7	4	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	2 2 4 4 3 7 4 7	1 9 8 6 1 0 1 5

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
HOYOS	LEON	ADDA	OSIRIS

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CL 43 43 100 AP 5

42. Correo electrónico: adhoyos@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 0 3 6 1 8 0 1 3	3 1 6 4 3 0 7 4 7 4

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 4 2	2 0 1 4 0 1 0 2	4 6 4 5	2 0 2 1 0 1 0 7	8 5 5 1				

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

22- Obligado a cumplir deberes formales a

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 2021 - 01 - 07 / 13 : 34: 17

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 HOYOS LEON ADDA OSIRIS
985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Barranquilla, 28 de febrero de 2021

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:

C.C.	**22358359**	**ADDA MARIA LEON DE HOYOS**	**MADRE**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Padre o hermano que se encuentra en situación de dependencia, por ingresos en el año menores a 260 UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

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: ADDA OSIRIS HOYOS LEON

C.C. 22,443,7477

HISTORIA CLINICA
CLINICA LA MERCED IPS
Nit. 800094898
Dir. Calle 60 No 38-29 - Tel. 3197704

Codigo Plantilla:HC001
Fecha Historia:07/05/2018 05:52 p.m.
Lugar y Fecha:BARRANQUILLA (DISTRITO),ATLÁNTICO 07/05/2018 05:52 p.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 22358359 ADDA MARIA LEON DE HOYOS
No Historia: 22358359
Atención: Ambulatorio

Datos Generales
Fecha Nacimiento F: 30/08/1953
Nombre: ADDA MARIA LEON DE HOYOS
Hora: 17:49
FC: 67.00
Temperatura: 37.00
Historia: 22358359
Edad: 64 Años
TA: 120/78
FR(min): 14.00

Datos de la Consulta
Motivo de la Consulta: SE ME OLVIDAN LAS COSAS- CON CAIDAS-
Enfermedad Actual: DES AHEC MAS DE 2 AÑAOS -

Antecedentes
Patologicos: HTA SI
DBT NO-

Examen Fisico
Estado de conciencia: VIGIL
Examen F.: CON SINDOIRME DISEJECUTIVOS SIN DEFICIT

Análisis
Análisis: SINDROME COGNITIVO PROGRESIVO SE SOLICTA TAC DE C EREBRO SIMPLE CONTROL CON RESULTADO

Plan de Manejo
Tipo de Diagnostico Principal: IMPRESION DIAGNOSTICA
Dx. Principal: F03X-DEMENCIA , NO ESPECIFICADA
Finalidad de la Consulta: No Aplica
Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL
Dx. Relacionado 1: I10X-HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)
Plan.: CONTROL CON RESULTADO

DR. RODRIGO ZEQUEIRA COTES
CC 77007997
Especialidad. NEUROLOGIA
Registro. 8886

HISTORIA CLINICA

Código Plantilla:EVOLUCION
Fecha Historia:05/12/2018 10:57 a.m.
Lugar y Fecha:BARRANQUILLA (DISTRITO),ATLÁNTICO 05/12/2018 10:57 a.m.
Documento y Nombre del Paciente: CC 22358359 ADDA MARIA LEON DE HOYOS
No Historia: 22358359
Atención: Ambulatorio

Datos Generales
Historia: 22358359
Hora: 10:51
Convenio: 18
Nombre: ADDA MARIA LEON DE HOYOS
E.A.P.B.: COOMEVA EPS
Edad: 65 Años

ANTECEDENTES PERSONALES
Aislamiento: PROTECTOR
Medicamentos: -

Subjetivo
SUBJETIVO.: HIPOACUSIA , NO ENTIENDO LO QUE DICEN", CRONICO. AUDIOM: HIPOACUSIA NS BIL. DESDE 1000 LEVE A SEVERA. IMPEDANCIOm A BIL. PACIENTE LABORALMNETE ACTIVA.

Objetivo
OBJETIVO.: OIDOS LIBRES.

Análisis
Análisis: REQUIERE AUDIFONOS BIL. VAL. AUDIOLOGIA. LOGO.

DIAGNOSTICO
Dx. Principal: H903-HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, BILATERAL
Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL

Plan de Manejo
PLAN: IDEM.
SE INFORMA AL PACIENTE RESULTADOS: NO
Recibe informacion(nombre):: .....

R.M. # 8.746.023

DR. LUIS ANTONIO GOMEZ RESTREPO
CC 8746023
Especialidad. OTORRINOLARINGOLOGIA
Registro. 8746023

seguros mundial®

tu compañía siempre

NIT 860.037.013-6
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
IVA RÉGIMEN COMÚN - AUTORETENEDORES

COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

DIRECCIÓN GENERAL CALLE 33 N. 6B - 24 PISOS 1, 2 Y 3 - BOGOTÁ
TELÉFONO: 2855600 FAX 2851220 - **WWW.SEGUROSMUNDIAL.COM.CO**

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO

ENTIDADES ESTATALES DECRETO 1082

VERSIÓN CLAUSULADO 20-10-2016-1317-P-05-PPSUS2R000000045

No. PÓLIZA	BQ-100037217	No. ANEXO	0	No. CERTIFICADO	28266409	No. RIESGO	
TIPO DE DOCUMENTO				FECHA DE EXPEDICIÓN	01/02/2021	SUC. EXPEDIDORA	BARRANQUILLA

VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	DÍAS	VIGENCIA DEL CERTIFICADO DESDE		VIGENCIA DEL CERTIFICADO HASTA	
00:00 Horas Del 01/02/2021	24:00 Horas Del 30/03/2022		N/A	N/A	N/A	N/A

TOMADOR	HOYOS LEON, ADDA OSIRIS	No. DOC. IDENTIDAD	22443747
DIRECCIÓN	CL 43 43 100 AP 5	TELÉFONO	3003618013
ASEGURADO	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	No. DOC. IDENTIDAD	8999990341
DIRECCIÓN	CRA 18-7. 7. 58 BARRIO GALÁN ARMENIA	TELÉFONO	8844545
BENEFICIARIO	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	No. DOC. IDENTIDAD	8999990341
DIRECCIÓN	CRA 18-7. 7. 58 BARRIO GALÁN ARMENIA	TELÉFONO	8844545

OBJETO DE CONTRATO

GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN EL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No.CO1.PCCNTR.2207407 , CUYO OBJETO ES
IMPARTIR FORMACION PROFESIONAL EN EL AREA DE VENTAS EN LOS DIVERSOS PROGRAMAS DE FORMACION TITULADA PRESENCIAL, VIRTUAL Y/O COMPLEMENTARIA QUE MANEJA EL CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS DEL SENA REGIONAL ATLANTICO EN EL MARCO DEL PROGRAMA DE ATENCIONA DESPLAZADOS.

NOMBRE DEL AMPARO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEGURADA	VALOR PRIMA
CUMPLIMIENTO	00:00: Horas Del 01/02/2021	24:00: Horas Del 30/03/2022	2.786.454	20.000
		TOTAL ASEGURADO	$ 2.786.454	

INTERMEDIARIOS	TIPO	% PARTICIPACIÓN
MARIA EUGENIA TRIANA	AGENCIAS	100,00

PRIMA BRUTA	$	20.000
DESCUENTOS	$	0
EXTRA PRIMA		
PRIMA NETA	$	20.000
GASTOS EXP.	$	5.000
IVA	$	4.750
TOTAL A PAGAR	$	29.750

DISTRIBUCIÓN COASEGURO

COMPAÑÍA	TIPO COASEGURO	PÓLIZA LÍDER	CERTIF. LÍDER	% PARTICIPACIÓN

CONVENIO DE PAGO	DIRECTO EFECTIVO, Fecha de Pago: 01/02/2021

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

ES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO DILIGENCIAR EL FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE, SUMINISTRAR INFORMACIÓN VERAZ Y VERIFICABLE Y REALIZAR ACTUALIZACIÓN DE DATOS POR LO MENOS ANUALMENTE (CIRCULAR EXTERNA 026 DE 2008 SUPERFINANCIERA).

PUEDES CONSULTAR TU PÓLIZA EN **WWW.SEGUROSMUNDIAL.COM.CO**

EL TOMADOR Y/O ASGURADO SEGÚN CORRESPONDA, SE COMPROMETE A PAGAR LA PRIMA DENTRO DE LOS 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DEL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

DE ACUERDO CON EL ARTICULO 1068 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, MODIFICADO POR EL ARTÍCULO 82 DE LA LEY 45 DE 1990, **LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PRESENTE PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS POR LA EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA.**

EN MI CALIDAD COMO TOMADOR DE LA PÓLIZA INDICADA EN ESTA CARATULA, MANIFIESTO EXPRESAMENTE QUE HE TENIDO A MI DISPOSICIÓN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA. MANIFIESTO ADEMÁS, QUE DURANTE EL PROCESO DE NEGOCIACIÓN, ANTICIPADAMENTE ME HAN SIDO EXPLICADAS POR LA COMPAÑÍA Y/O POR EL INTERMEDIARIOS DE SEGUROS AQUÍ INDICADO, SOBRE LAS EXCLUSIONES Y ALCANCES Y CONTENIDOS DE LA COBERTURA, ASI COMO LAS GARNTÍAS. EN VIRTUD DE TAL ENTENDIMIENTO, LAS ACEPTO Y DECIDO TOMAR LA PÓLIZA DE SEGUROS CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO.

Firma Autorizada - Compañía Mundial de Seguros S.A.

TOMADOR

Líneas de Atención al Cliente:
- Nacional: **01 8000 111 935**
- Bogotá: **327 4712 - 327 4713**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Cumplimos los sueños de nuestro planeta reciclando responsablemente.
Protege el Medio Ambiente evitando la impresión de este documento.

AFILIADOS A LA CÁMARA COLOMBIANA DE LA INFRAESTRUCTURA Y PASA - APF

POSITIVA

Compañía de Seguros S.A.
N.I.T 860.011.153-6

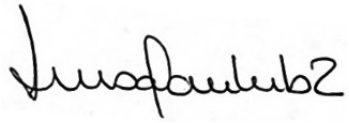
CERTIFICA

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que ADDA OSIRIS HOYOS LEON, con Cédula Ciudadanía No. 22443747 contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con Nit No. 899999034. Registra como trabajador INDEPENDIENTE con fecha de inicio de cobertura 03/02/2021, para el contrato registrado con fecha desde 02/02/2021 y fecha hasta 30/11/2021, su estado actual de afiliación es ACTIVO y riesgo 1.

Recuerde que una vez cumplida la fecha hasta indicada en el presente certificado, 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): 202101012360005.

Dada en Bogotá, a los 15 días del mes de febrero de 2021



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Hace constar:

Que el Sr(a) ADDA OSIRIS HOYOS LEON Identificado(a) con cédula de ciudadanía 22443747 realizó el día 15/02/2021 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 ADDA OSIRIS HOYOS LEON Identificado(a) con cédula de ciudadanía 22443747 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 -

Calle 69E No. 41 - 209
Tels: 3049205
Celular: 3205211107
Email: saludoiltda@hotmail.com

Audiometria Tamiz



Tipo Doc: CC
Nro Identidad: 22443747
Sexo: Femenino ♀
Apellido: Hoyos Leon
Nombre: Adda Osiris
Edad: 52 años
Direccion: Calle 43 No 43-100 Apto 5 Barranquilla
Telefono:
Celular: 3003618013
EPS: Coomeva
ARL: Positiva
AFP: Colpensiones
Escolaridad: Magister
Estado Civil: Soltero
Jornada Laboral: Sin Definir
Ciudad: .:: No Aplica ::.
Fecha: 25/Ene/2020, **Hora:** 09:34:36 a.m.
Recepcion: # 27013

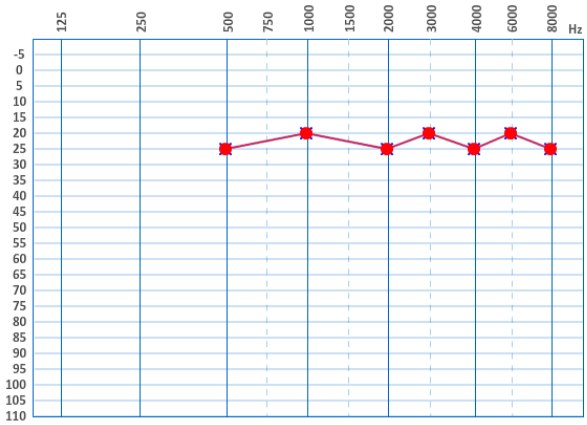
.

Antecedentes

Personales	Si/No	OI/OD	Personales	Si/No	Tiempo	Uso EPP
Cirugia	No	Ninguno	Practica de tiro	No		No
Otalgia	No	Ninguno	Presto el servicio militar	No		No
Otorrea	No	Ninguno	Musica a alto volumen	No		No
Prurito	No	Ninguno	Audífonos / Diademas	No		No
Acufeno	No	Ninguno	Uso de motocicleta	No		No
Vertigo	No	Ninguno	Actividades Acuaticas	No		No
Consumo medicinas Ototoxicas	No	Ninguno	Frecuencia sitios ruidosos	No		No
Consumo del cigarrillo	No	Ninguno				
Trabajo con Exposicion	No	Ninguno				

OTOSCOPIA

Oido Derecho Normal **Oido Izquierdo** Normal



Oido Izquierdo: **22.86** Oido Derecho: **22.86**
Oido Izquierdo: **22.5** Oido Derecho: **22.5**

	250 Hz	500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	3000 Hz	4000 Hz	6000 Hz	8000 Hz
Oido Izquierdo:		25	20	25	20	25	20	25
Oido Derecho:		25	20	25	20	25	20	25

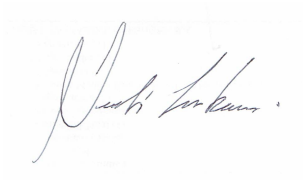
Diagnostico Audiologico:

Paciente Con Audiometria Bilateral Normal

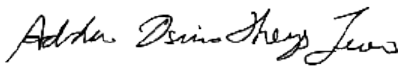
Recomendaciones:

Calle 69E No. 41 - 209
Tels: 3049205
Celular: 3205211107
Email: saludoiltda@hotmail.com

Uso De Epp



Nerlis Candelaria Serpa Romero



Adda Osiris Hoyos Leon
CC 22443747

Calle 69E No. 41 - 209
Tels: 3049205
Celular: 3205211107
Email: saludoiltda@hotmail.com

Visiometria



Tipo Doc: CC
Nro Identidad: 22443747
Sexo: Femenino ♀
Apellido: Hoyos Leon
Nombre: Adda Osiris
Edad: 52 años
Direccion: Calle 43 No 43-100 Apto 5 Barranquilla
Telefono:
Celular: 3003618013
EPS: Coomeva
ARL: Positiva
AFP: Colpensiones
Escolaridad: Magister
Estado Civil: Soltero
Jornada Laboral: Sin Definir
Ciudad: .:: No Aplica ::.
Fecha: 25/Ene/2020, **Hora:** 09:34:36 a.m.
Recepcion: # 27013

.

Antiguedad en la Empresa

Antiguedad en el Cargo

Antecedentes					
Personales		**Familiares**		**Laborales**	
Hipertension Arterial	No	Hipertension Arterial	No		No
Diabetes	No	Diabetes	No		No
Hipercolesterolemia	No	Glaucoma	No		No
Glaucoma	No	Cataratas	No		No
Migraña	No	Miopía	No		No
Cataratas	No	Astigmatismo	No		No
Cirugías Oculares	No	Hipermetropía	No		No
Traumas Oculares	No				
Cuerpos Extraños	No				
Hipermetropía	No				
Astigmatismo	No				
Miopía	No				

Correccion	
Usa Lentes	No
Cerca	No
De Contacto	No
Lejos	No
Bifocales	No

Evaluacion			
Agudeza Visual	**Cerca**	**Lejos**	**Con Correccion**
O.D.	Anormal	Anormal	
O.I.	Anormal	Anormal	
A.O.	Anormal	Anormal	

Examen Externo					
Percepcion del Color				**Convergencia**	
Percepcion Anormal	No			Lejos	No
				Cerca	No

Interpretacion	Lejos		Cerca	
	Derecho	**Izquierdo**	**Derecho**	**Izquierdo**

Calle 69E No. 41 - 209
Tels: 3049205
Celular: 3205211107
Email: saludoiltda@hotmail.com

Agudeza Visual Normal

Patologia de Refraccion

Adecuadamente Corregida

Inadecuadamente Corregida

No Corregida

Interpretacion	Normal	Anormal
Vision de Profundidad		
Percepcion de Colores		
Forias		
Vision Periferica		

Concepto
Cumple actualmente requerimiento ocupacional: Si X No

Recomentaciones							
Debe usar correccion para laborar	Si No X	Valoracion por Optometria	Si X No	Valoracion por Oftalmologia	Si No X	Se recomienda control de Visiometria	en Meses

Conducta Paciente Con Defecto De Regraccion Visual Lejena Y Cercana

Nerlis Candelaria Serpa Romero

Adda Osiris Hoyos Leon
CC 22443747

ID	:200125-1034	Código Minnesota:
Nomb	:	
Edad	: 52 A	
Sexo	: Femeni	
PA	: mmHg	Ada Hoyos.
Altura	: cm	
Peso	: kg	
FC	: 76 bpm	Información de Diagnosis:
Dur P	: 108 ms	800: Ritmo del sino
Int PR	: 174 ms	***ECG Normal***
Dur QRS	: 102 ms	
Int QT/QTC	: 374/421 ms	
Eje P/QRS/T	: 33/14/20 °	
Amp RV5/SV1	: 0.705/0.609 mV	
Amp RV5+SV1	: 1.314 mV	
Amp RV6/SV2	: 0.649/0.750 mV	Reporte confirmado por:

Calle 69E No. 41 - 209
Tels: 3049205
Celular: 3205211107
Email: saludoiltda@hotmail.com

Certificado de Aptitud Laboral



Tipo Doc: CC
Nro Identidad: 22443747
Sexo: Femenino ♀
Apellido: Hoyos Leon
Nombre: Adda Osiris
Edad: 52 años
Empresa: Sena Regional Atlantico
Nacim: 18/Jul/1967
Cargo: Instructora
Rh: O+
Direccion: Calle 43 No 43-100 Apto 5 Barranquilla
Telefono:
Celular: 3003618013
EPS: Coomeva
ARL: Positiva
AFP: Colpensiones
Escolaridad: Magister
Estado Civil: Soltero
Jornada Laboral: Sin Definir
Ciudad: .:: No Aplica ::.
Fecha: 25/Ene/2020, **Hora:** 09:34:36 a.m.
Recepcion: # 27013

Tipo de Examen: Ingreso

Examenes Realizados

Audiometria Tamiz, Visiometria, Parcial De Orina, Glicemia, Hemograma Tipo Iv, Valoracion Psicologica, Osteomuscular, Perfil Lipidico, Electrocardiograma

Concepto

Valoración Medica Osteomuscular: Normal, Sin Restricciones Para El Cargo, Valoracion Psicologica:normal

Recomendaciones

Estilo De Vida Saludable

Observaciones

Bajar De Peso

IMPORTANTE:
1 - El trabajador recibió orientación médica sobre las recomendaciones necesarias para prevenir probables efectos en la salud relacionados o asociados con los riesgos ocupacionales propios en su cargo.
2 - Señor(a) trabajador: a partir de la fecha, usted cuenta con 30 días para seguir y realizar las indicaciones del médico especialista en salud ocupacional registradas en este documento.
DECLARACION DEL ASPIRANTE: Manifiesto con mi firma o huella que no omiti datos relevantes en mis antecedentes que pudieran influir sobre la evaluación de mi estado actual de salud

Alfredo Córdoba de la Hoz
Medico Especialista en
Salud Ocupacional
R.M. 0950 - LIC S.O. 237

Alfredo Antonio Córdoba De La Hoz
Medico Especialista Salud Ocupacional
Lic. de S.O #: 237
Registro #: 0950

Adda Osiris Hoyos Leon
CC 22443747

Laboratorio Clinico Labsystems

NIT. 802.020.945 - 1

Fecha: 25/01/2020 03:12 p.m. SEDE: Principal

Paciente: Hoyos Leon Adda
Edad: 52 A **Sexo:** F **Identificación:** 27-22443747
Teléfonos:
Empresa: SALUD OI LTDA

Recepción: 39442 **Sala:** N/A
Fecha rcp: 25/01/2020 03:09:05 p.m.
Médico : No Asignado

	Resultado	Valores de referencia
Hematologia		
1 **Hemograma Tipo IV**		
Hematies	4.5 mill/mm3	4.1 a 5.4 mill/mm3
Hematocrito	42 %	35 a 47 %
Hemoglobina	13.9 gr%	12.0 a 16.0 gr%
Leucocitos	7.700 mm3	4500 a 10500 mm3
Formula Diferencial		
P.N. Neutrofilos	58 %	45 a 71 %
Linfocitos	42 %	30 a 40 %
P.N. Eosinofilos	0 %	0.1 a 6 %
P.N. Basófilos	0 %	0.1 a 5 %
Monocitos	0 %	0 a 3 %
Indices Hematicos		
VCM(Vol. Corp. Medio)	93.33 U3	86 a 96 U3
HCM (Hemg. Corp. Media)	30.89 Ug	27 a 33 Ug
CHCM (Conc. Hb. Corp. Media)	33.1 %	32 a 35 %
RECUENTO DE PLAQUETAS	290 mil/mm3	140 a 440 mil/mm3
Parasitologia		
2 **Orina Parcial**		
EXAMEN FISICO		
Color de orina	Amarilla	
Aspecto	Ligeramente Turbio	
Ph	5.0	
Densidad	1030	
Glucosa	negativo	
Proteinas	negativo	
EXAMEN MICROSCOPICO.		
Células Epiteliales	1-2	
Leucocitos	2-3 /Campo	
Bacterias	+	
Moco	+	

Laboratorio Clinico Labsystems

NIT. 802.020.945 - 1

Fecha: 25/01/2020 03:12 p.m. SEDE: Principal

Paciente: Hoyos Leon Adda
Edad: 52 A **Sexo:** F **Identificación:** 27-22443747
Teléfonos:
Empresa: SALUD OI LTDA

Recepción: 39442 **Sala:** N/A
Fecha rep: 25/01/2020 03:09:05 p.m.
Médico : No Asignado

	Resultado	Valores de referencia
Quimica		
3 **Glicemia**		
Nivel Serico De Glucosa	92 mg%	70 a 100 mg%
4 **Perfil de Lipidos**		
Colesterol Total	203 mg%	0.1 a 200 mg%
Interpretacion		
Sospechoso mayor a 220 mg/dl		
Patológico mayor a 260 mg/dl		
Nivel de H.D.L.	46 mg%	40 a 70 mg%
Interpretacion		
Alto riesgo menor de 45 gr/dl		
Colesterol L.D.L	135 mg%	0.1 a 130 mg%
Colesterol V.L.D.L.	22 mg%	0.1 a 40 mg%
Nivel serico de Triglicerídos	110 mg%	0.1 a 170 mg%

Bacteriólogo

LABORATORIO CLINICO NEWTON

NIT: 22.473.667-1

Fecha: 05/02/2019 13:17 SEDE: Principal

Paciente: ADDA OSIRIS HOYOS LEON **Recepción:** 14618 **Sala:** N/A
Edad: 51 A **Sexo:** F **Identificación:** 22443747 **Fecha rcp:** 05/02/2019 10:38:48
Teléfonos: **Médico :** No Asignado
Empresa: SALUD OCUPACIONAL

		Resultado	Valores de referencia
Quimica			
1	Colesterol total sérico	144 mg/dl	100 a 200 mg/dl
2	GLICEMIA	80 mg/dl	70 a 110 mg/dl
3	Colestrol H.D.L. **Alto riesgo menor de 45 gr/dl**	36 mg/dl	45 a 65 mg/dl
	VLDL	32 mg/dl	25 a 35 mg/dl
4	Trigliceridos	160 mg/dl	35 a 135 mg/dl

LABORATORIO CLINICO NEWTON

Bacteriologo

Carrera 58 No. 70 - 129 consultorios 307 Centro Médico Chicago
Teléfono: 360 10 98 Celular: 3007521439-3113034510
E-mail: laboratorionewton@gmail.com
Barranquilla - Colombia